

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 juli 2008

**1. Aanleiding**

Sociaal-economische gezondheidsachterstanden zijn een belangrijk onderwerp in het gezondheidsbeleid. Een van de doelstellingen van het Coalitieakkoord is minder grote verschillen in levensverwachting op basis van sociaal-economische achtergronden. Een instrument daarvoor is een effectief preventiebeleid. De Kaderbrief 2007–2011, visie op gezondheid en preventie (TK 22 894, nr. 134) bevat hiervan een eerste uitwerking.

Bij de behandeling van de VWS-begroting 2008 is een motie-Van der Veen aangenomen (TK 31 200 XVI, nr. 49) waarin wordt overwogen dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland groot zijn en dat op dit moment onvoldoende beleid bestaat dat gericht is op het verkleinen daarvan. In reactie hierop heb ik een beleidsplan toegezegd vóór de zomer 2008. Inmiddels is ook de motie-Arib (TK 31 316, nr. 15) aangenomen, waarin uw Kamer vraagt om:

- een nota waarin wordt ingegaan op de verschillen in het vóórkomen van gezondheidsproblemen en ziektebeelden bij verschillende bevolkingsgroepen, op de oorzaken van verschillen in zorgconsumptie en de toegankelijkheid van de zorg voor verschillende bevolkingsgroepen.
- een plan van aanpak gericht op het wegnemen van de gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen.

Een geïntegreerde benadering van deze twee moties ligt voor de hand en vergt meer voorbereidingstijd dan eerder door mij was voorzien. Achterstanden in gezondheid als gevolg van sociaal-economische determinanten zijn immers nauw verwant met zowel het wijkniveau als met het relatief grote aantal allochtonen dat in die wijken woont. Toevoeging van de motie-Arib betekent dat een extra dimensie dient te worden meegenomen in de analyse en de ontwikkeling van een aanpak.

Vooruitlopend daarop schets ik in deze brief mijn visie en een globale analyse alsmede de hoofdlijnen van de aanpak die ik momenteel in reactie op de motie-Van der Veen ontwikkel.

## **2. Visie**

Vermijdbaar gezondheidsverlies komt het meest voor onder mensen die door sociaal-economische achtergronden meer gezondheidsrisico's lopen. Ik wil een bijdrage leveren aan het verkleinen van deze risico's en aan een verbetering van het sociaal-economische gezondheidspatroon. Dit bevordert de gezondheid in ons land, stimuleert maatschappelijke en economische participatie en leidt tot meer welvaart en welzijn. Het voorkómen van chronische ziektelast heeft als positief effect dat geen of minder beroep wordt gedaan op (onnodige) zorg. Ook sociale rechtvaardigheid is voor mij een motief om sociaal-economische gezondheidsdeterminanten aan te pakken.

Het gaat om een complex vraagstuk met leefstijl en leefomgeving (fysiek, sociaal) als belangrijke componenten. Dit vraagstuk kent een lange historie waarin veel bereikt is. Rond het begin van de vorige eeuw stond leefstijl en het tegengaan van infectieziekten op de agenda. Belangrijke resultaten zijn geboekt met riolering, drinkwatervoorziening en volkshuisvesting. Ook werden op initiatief van maatschappelijk geëngageerde partijen (onder andere uit kringen van werkgevers en woningcorporaties) inspanningen verricht om onder de arbeidersbevolking de leefgewoonten en hygiëne te verbeteren. Tegenwoordig gaat het vooral om mede door leefstijl veroorzaakte chronische ziekten en is het ook nu weer wenselijk om toegesneden en effectieve interventies aan te bieden. Die effectiviteit is gediend met inspanningen van relevante maatschappelijke partijen om de mensen waar het om gaat te helpen en te motiveren om van dergelijk aanbod gebruik te maken. In mijn beleidsplan zal ik deze aanpak verder uitwerken.

## **3. Analyse van gezondheidsachterstanden**

### *3.1 Afbakening*

Er zijn diverse sociaal-economische factoren die extra gezondheidsrisico's kunnen opleveren, onder andere een lagere opleiding, lager inkomen, slechtere woon- en werkomgeving en in een aantal gevallen etnische herkomst. Voor deze analyse baken ik de relevante bevolkingsgroep af op basis van opleidingsniveau. Dit is internationaal gebruikelijk omdat dit een goed meetbare en – over de individuele levensloop bezien – stabiele indicator is. Bovendien is opleiding in belangrijke mate bepalend voor de latere kansen op de arbeidsmarkt en op inkomen. Ik kies dan voor het criterium «lager opgeleid» en voor de operationalisering «opgeleid op maximaal VMBO-niveau». De relevante groep bestaat uit mensen met uitsluitend lager onderwijs (LO) of met VMBO (c.q. LBO/MAVO). De omvang van deze groep neemt af, van circa 40% in 1996 tot minder dan 30% van de beroepsbevolking (25–64 jaar) op dit moment. De verwachting is een verdere daling: van de beroepsbevolking van 55–64 jaar was in 2004 42% laagopgeleid; van de 25–34 jarigen nog maar 20%. Het aantal mensen met uitsluitend LO slinkt snel, maar is onder ouderen nog relatief hoog.

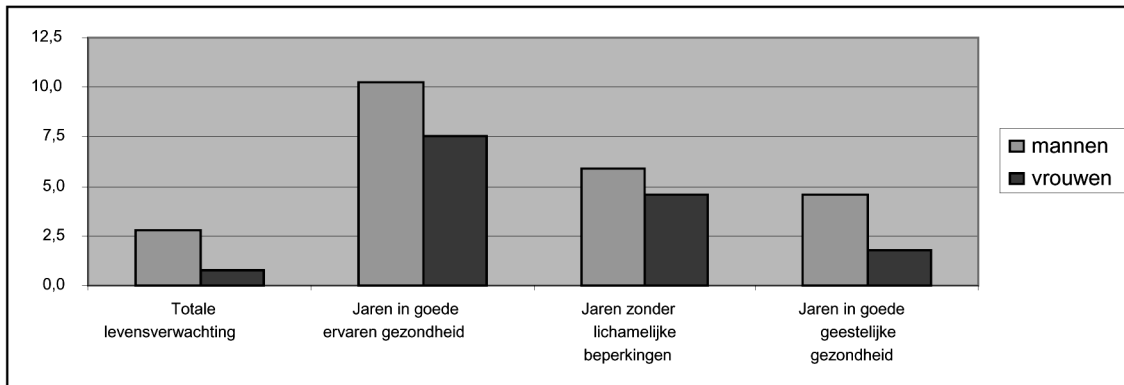
Achter de afbakening gaat een grote diversiteit schuil. Zo was in 2005 bijna de helft van de niet-westerse allochtone vrouwen laag opgeleid. In mijn beleidsplan kom ik op deze diversiteit terug. Recente gegevens over de gezondheidstoestand van onderscheiden opleidingsniveau's zijn niet beschikbaar. Een aantal in deze brief gepresen-

teerde cijfers heeft daardoor een indicatief karakter. Ik zal bezien of in het Beleidsplan later dit jaar een actueler beeld kan worden gegeven.

### 3.2 Gezondheid naar opleidingsniveau

Figuur 1 laat zien hoezeer gezondheid en opleidingsniveau gerelateerd zijn. Ten opzichte van een opleiding op ten hoogste VMBO-niveau (in 2005 een derde van de bevolking) leven mensen met een HBO/WO-opleiding 0,8 jaar (vrouwen) tot 2,8 jaar (mannen) langer. Nog sprekender is het aantal jaren in ervaren goede gezondheid (de vraag naar de eigen gezondheid wordt beantwoord met «goed» of «zeer goed»): hier loopt het verschil op tot 7,5 jaar (vrouwen), respectievelijk circa 10 jaar (mannen).

**Figuur 1: Extra (gezonde) levensverwachting van HBO/WO- t.o.v. LO/VMBO-opgeleiden (jaren)**



Bron: VWS<sup>1</sup>

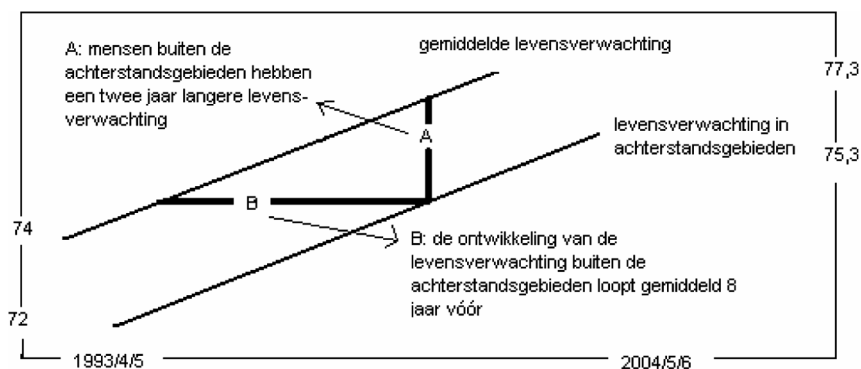
<sup>1</sup> Figuur 1 is gebaseerd op gezondheidscijfers voor de periode 1995–1999 en opleidingscijfers voor de totale bevolking van 25 tot 65 uit 2007.

Het relatief lage opleidingsniveau van niet-westerse allochtonen is geassocieerd met een hogere sterftkans voor de meeste allochtone groepen in ons land. Marokkanen, met een relatief geringe sterftkans, zijn in dit opzicht een uitzondering. Voor vrouwen zijn de etnische verschillen kleiner dan bij mannen.

### 3.3 Hardnekkigheid van achterstanden in statisch en dynamisch perspectief

De getoonde sociaal-economische achterstanden lijken ook hardnekkig te zijn. Deze conclusie wordt onder meer gebaseerd op de blijvende verschillen in leefstijl en mede daaruit voortkomende chronische aandoeningen en sterfte. Voor Engeland, waar sinds 1997 actief beleid op gezondheidsachterstanden is gevoerd, is een tijdreeks over sociaal-economische gezondheidsachterstanden beschikbaar (figuur 2). Deze heeft betrekking op de bevolking in de gebieden met de laagste levensverwachting (28% van de totale bevolking).

**Figuur 2: Sociaal-economische gezondheidsachterstand (Engeland, mannen)**



Bron: Ministerie van Volksgezondheid, Engeland

Gezondheidsachterstanden worden in figuur 2 op twee manieren zichtbaar:

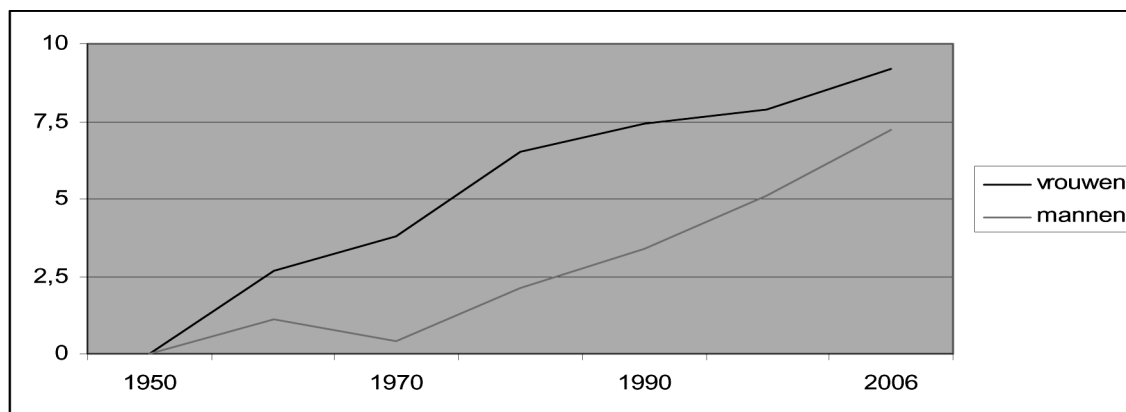
- statisch gezien is de achterstand in levensverwachting van de betreffende gebieden ten opzichte van het landelijk gemiddelde in de periode 1993/4/5 tot 2004/5/6 constant gebleven, namelijk circa 2 jaar<sup>1</sup>. In figuur 2 is deze constante achterstand af te lezen aan de verticale afstand (A) tussen de beide ontwikkelingen;
- tegelijk is zowel gemiddeld als in de gebieden met lage levensverwachting de levensverwachting in de periode 1994–2005 met ruim 3 jaar toegenomen; in dynamisch opzicht loopt de gemiddelde bevolking bij de ontwikkeling van de levensverwachting dus vóór op de achterstandsgebieden (c.q. deze gebieden lopen achter op de gemiddelde ontwikkeling). In de geschetste Engelse situatie bedraagt deze voorsprong circa 8 jaar (de horizontale afstand B in figuur 2). Bij voortzetting van deze trend zou – hypothetisch gezien – de levensverwachting in deze gebieden rond 2016 gelijk zijn geworden aan de huidige (2008) gemiddelde levensverwachting in Engeland.

### 3.4 Levensverwachting in Nederland

In de jaren '50 en '60 waren de sociaal-economische gezondheidsachterstanden in ons land kleiner dan nu. Vanaf de jaren '70 namen de achterstanden toe. Opmerkelijk is dat in deze periode ook de levensverwachting sterk toeneemt, vooral van mannen (figuur 3).

<sup>1</sup> Door verschillen in berekening is dit getal niet vergelijkbaar met de gegevens uit figuur 1.

**Figuur 3: Toename van de levensverwachting in jaren (Nederland, 1950–2006)**



Bron: CBS

Er is samenloop in de tijd tussen enerzijds de toename van de levensverwachting en anderzijds de toename van sociaal-economische achterstanden. De beleidsmatige relevantie van deze samenloop wil ik nog nader bezien. De analogie van nieuwe, gezonde leefstijlfactoren of andere gezondheidsdeterminanten met nieuwe producten, die door sommigen (de goed geïnformeerde en gemotiveerde *innovators*) veel sneller wordt opgepikt dan door anderen, ligt voor de hand. 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. Een voorbeeld is de geleidelijke afname van het aantal rokers nadat zo'n 50 jaar geleden, toen roken nog de sociale norm was, het verband met kanker werd gelegd. Ondanks die wetenschap rookte in 1970 nog 59% van de Nederlandse bevolking (mannen zelfs 75%); inmiddels is dit percentage gehalveerd (mannen nog 31%)<sup>1</sup>. De geschiedenis levert nog tal van andere voorbeelden op van de min of meer geleidelijke intrede van nieuwe inzichten in gezondheidsdeterminanten op het gebied van leefstijl, hygiëne, woon- en arbeidsomstandigheden. Bij dergelijke processen zal regelmatig een sociaal-economisch gradiënt kunnen worden aangetroffen.

Andersom zou kunnen worden beredeneerd dat een achterstand kan worden gereduceerd door een tempoversnelling in het overdragen en aannemen van gezonde leefregels en het realiseren van een gezonde leefomgeving. De opdracht kan dus ook worden geformuleerd als het teweeg brengen van die tempoversnelling. Als dat zou lukken, zou wellicht ook de hardnekkigheid van de sociaal-economische gezondheidsachterstanden kunnen worden doorbroken of ten minste sterk worden gereduceerd.

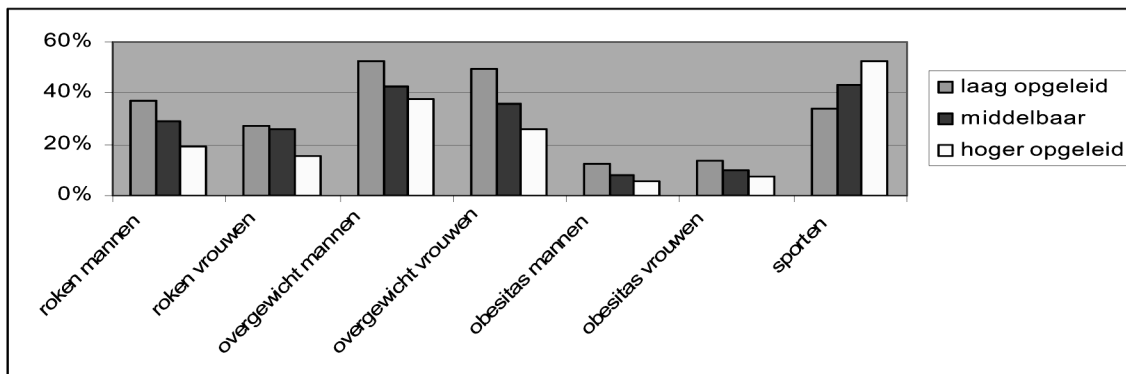
### 3.5 Determinanten van gezondheidswinst

De toename van de levensverwachting van de Nederlandse bevolking (voor mannen vanaf 1975 een toename met gemiddeld circa 3 maanden per jaar) hangt samen met onder andere verbetering van de medische zorg, toename van de welvaart, uitgebreider onderwijs en betere leefomstandigheden. Via deze determinanten kan in de komende decennia nog meer gezondheidswinst worden verwacht, hoewel ook sprake is van dreigingen. Het zijn deze zelfde factoren die ook bepalend zijn voor de ontwikkelingen in het sociaal-economische gezondheidspatroon.

<sup>1</sup> Stivoro.

- De voortschrijdende medische kennis zal ook leiden tot toename van de gezonde levensverwachting van mensen met extra sociaal-economische gezondheidsrisico's. Uit de Zorgbalans 2008 blijkt dat de toegang tot zorg in ons land voor alle sociaal-economische groepen vrijwel gelijk is. Het gebruik van zorg laat zien dat opleiding, inkomen, beroep of etnische herkomst geen drempels opleveren. Waarschijnlijk is er wel verschil in de effectiviteit van de zorg. Ik kom hierop terug in mijn beleidsplan.
- Zoals opgemerkt neemt het gemiddelde opleidingsniveau van de bevolking snel toe; het aantal laag opgeleiden in de beroepsbevolking nam sinds 1996 af van 40% tot 29%. Ook onder de allochtone bevolking neemt het aantal hoger opgeleiden toe. Deze ontwikkeling is van groot belang. Opleiding betekent dat informatie beter wordt gezocht, opgenomen en begrepen, dat de kansen op betere dagelijkse woon- en werkomstandigheden en de controle daarop verbeteren en dat zelfrespect en intrinsieke motivatie kunnen toenemen.
- De kwaliteit van de dagelijkse woon- en werkomgeving is medebepalend voor de gezondheid en heeft veel invloed op de mogelijkheden om gezond te leven. Mede om die reden investeert dit kabinet samen met de gemeenten stevig en met veel ambitie in de krachtwijken, waar laagopgeleiden en allochtonen relatief sterk zijn vertegenwoordigd en ongunstige factoren cumuleren.
- Een belangrijke constatering in deze context is dat de relevante bevolkingsgroep op veel leefstijlfactoren gemiddeld ongezond scoort (figuur 4). De indicatoren excessief of problematisch alcoholgebruik, voeding en borstvoeding wijzen in dezelfde richting. Etnische groepen hebben in een aantal gevallen een afwijkend consumptiepatroon. Zo roken Turken bovengemiddeld maar zij drinken net als Marokkanen minder alcohol.

**Figuur 4: Indicaties sociaal-economische gradiënt in leefstijl (verschillende jaren)**



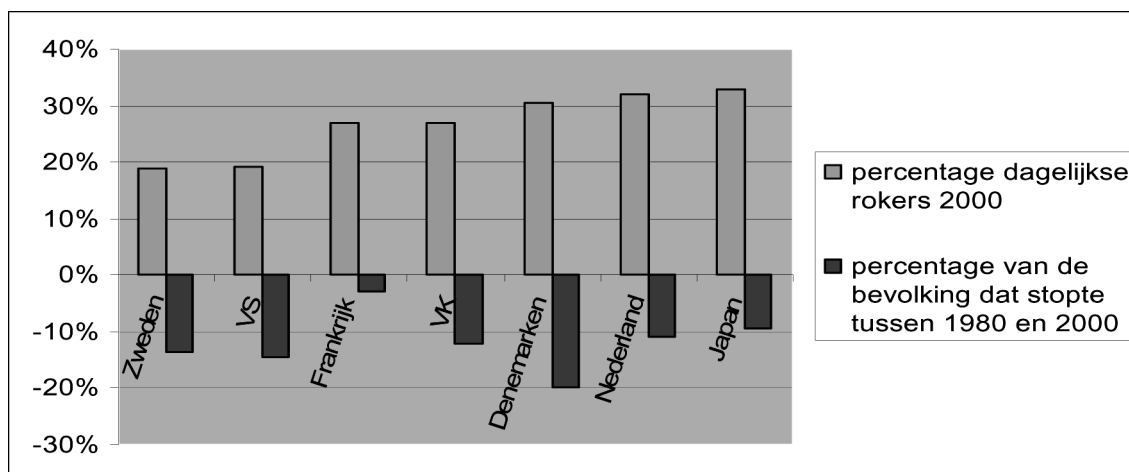
Bron: VWS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Figuur 4 is gebaseerd op leefstijlcijfers uit verschillende jaren en opleidingscijfers voor de totale bevolking van 25 tot 65 uit 2007.

### 3.6 Kansen en bedreigingen: het internationale perspectief

Op leefstijlgebied zijn er negatieve en positieve ontwikkelingen. Hierboven is al gememoreerd dat het aantal rokers langzaam, maar gestaag afneemt. In 1970 rookte nog circa 60% van de Nederlandse volwassen bevolking dagelijks; inmiddels is dit gehalveerd. In andere landen (VS, Zweden, VK) is het percentage rokers nóg beduidend lager (figuur 5) en verloopt bovendien de afname sneller. Ook in Denemarken is de afname fors geweest.

**Figuur 5: Niveau en ontwikkeling van dagelijks roken in een aantal landen**



Bron: OECD health-data 2007

Deze beperkte internationale vergelijking over (stoppen met) roken wijst uit dat het in ons land nog veel beter kan. Gelet op de sociaal-economische gradiënt in tabaksgebruik (figuur 4) kan effectief ontmoedigingsbeleid ten aanzien van tabak veel gezondheidswinst en een minder scheef sociaal-economisch gezondheidspatroon opleveren.

Op het gebied van overgewicht en obesitas is de trend ongunstig. De stelselmatige toename van obesitas en overgewicht is inmiddels overtuigend aangetoond. Voorzover nationale reeksen over een lagere periode bekend zijn laten deze zonder uitzondering een toename zien (tabel 1).

**Tabel 1: Ontwikkeling van het aantal obese volwassen mannen en vrouwen (BMI>30) in een aantal landen (verschillende tijdvakken)**

	Mannen (%)		Vrouwen (%)	
	van	naar	van	naar
Frankrijk (10 jaar: 1990–2000)	5,7	9,0	5,9	9,0
Japan (20 jaar: 1980–2000)	0,9	2,8	2,3	3,4
Nederland (20 jaar: 1985–2005)	3,7	9,9	5,3	11,4
Finland (25 jaar: 1980–2005)	6,7	14,9	8,1	13,5
Gr-Brittannië (25 jaar: 1980–2005)	6,0	22,1	8,0	24,2

Bron: OECD health data 2007; per land verschillende leeftijdsgroep en meetmethode

Internationaal zijn er wel verschillen. In tegenstelling tot bijvoorbeeld Groot-Brittannië is obesitas in Japan nog betrekkelijk zeldzaam. In sommige landen wordt het Britse niveau nog overschreden. Zo meldt de OECD voor de Verenigde Staten 27,5% obesitas onder mannen en 33,7% onder vrouwen (cijfers 2000). Projecties laten zien dat het eind van deze ontwikkeling nog niet in zicht is en dat het goed mogelijk is dat in sommige landen over 10 jaar driekwart van de bevolking ten minste (enig) overgewicht heeft. Ook zijn er internationaal verschillen tussen mannen en vrouwen.

### 3.7 Conclusies op basis van de globale analyse

- In ons land is sprake van een scheef sociaal-economisch gezondheidsspatroon. Dit wordt veroorzaakt door een complex van sociaal-economische determinanten. Goede toegang tot zorg, continue stijging van het opleidingsniveau en goede wijkaanpak zijn belangrijke voorwaarden voor het verkleinen van deze achterstanden. Het beleid moet in de eerste plaats op deze voorwaarden gericht blijven. In de afgelopen jaren heeft dit beleid onder meer geleid tot een toename van het gemiddelde opleidingsniveau en een forse daling van het aantal mensen met een lagere opleiding. Ook is een stijging van de (gezonde) levensverwachting te zien bij groepen waar deze relatief laag is.
- Het feit dat de groepen die het meeste met deze determinanten te maken hebben achterblijven in gezondheid wordt wellicht mede veroorzaakt doordat de levensverwachting in ons land, net als in omliggende landen, sinds een aantal decennia sterk toeneemt. Ik wil nader onderzoeken of deze toename ongewild debet is aan het ontstaan van achterstanden, vanuit de veronderstelling dat niet iedereen in hetzelfde tempo en even gezond reageert op nieuwe omstandigheden en inzichten. Deze veronderstelling wordt mede gevoed door de sociaal-economische gradiënt van ongezonde leefstijlen (tabak, alcohol, energiebalans). Deze zou (onder meer) kunnen duiden op het met vertraging reageren van lager opgeleide groepen op nieuwe inzichten in gezondheid en gedrag.
- De vergelijking met andere landen en tussen sociale groepen laat zien dat er veel kansen zijn om de gezonde levensverwachting van mensen die te maken hebben met ongunstige sociaal-economische determinanten te verbeteren. Of dit leidt tot reductie van achterstanden hangt van veel factoren af, waar onder de ontwikkeling in de levensverwachting van de gemiddelde bevolking. Ik zal dit beeld nauwgezet blijven volgen.

Bij de hoofdlijnen van mijn beleid, zoals ik hierna schets, zal ik mij baseren op deze conclusies.



## 4. Beleidsplan op hoofdlijnen

### 4.1 Concrete doelstelling en aard van de maatregelen

Ik sluit mij in beginsel aan bij de doelstelling die het toenmalige kabinet, naar aanleiding van het rapport van de Commissie-Albeda, in 2001 heeft geformuleerd, namelijk het verlengen van de gezonde levensverwachting van de lage sociaal-economische statusgroepen in de jaren 2000–2020. Daarnaast wil ik bezien of ik concrete doelstellingen en prestatie-indicatoren kan formuleren in termen van maatschappelijke baten, zoals leerprestaties en arbeidsparticipatie en -productiviteit. Op de nadere uitwerking van de beleidsdoelstellingen kom ik in mijn beleidsplan en rond de vervolgotrajecten van het preventiebeleid nog terug.

Veel gezondheidsverlies is het gevolg van leefstijl en hangt samen met persoonlijke keuzes en culturele aspecten; proportionaliteit van het beleid is daarom belangrijk. Dat wil zeggen dat mensen vooral moeten worden geïnformeerd en overtuigd van het belang en de mogelijkheden van gezonder gedrag. Dit moet vergezeld gaan van een passend aanbod, dat zo nodig rekening houdt met culturele aspecten of met een beperkte intrinsieke motivatie om een gezonde leefstijl na te streven<sup>1</sup> (alleen waar ongezond gedrag evidente schade aan derden kan berokkenen zijn meer ingrijpende maatregelen aan de orde). Voor een gezond voedingspatroon bij de consument betekent een en ander bijvoorbeeld dat de overheid langs twee sporen werkt: het veranderen van het productaanbod via het bedrijfsleven én het bijdragen aan een bewuster keuzegedrag van de consument.

Wat leefstijl betreft zie ik een belangrijke rol weggelegd voor de hierna te noemen partijen met parallelle belangen bij gezondheid. Er zijn duidelijke aanwijzingen voor de invloed van sociale netwerken, zoals (sport-)verenigingen, medeleerlingen en collega's op de werkvloer, op de individuele leefstijl. Ik wil in mijn beleidsplan aangeven hoe ik deze krachten ga benutten.

Belangrijke bijdragen aan het terugdringen van de invloed van sociaal-economische gezondheidsdeterminanten worden tegen deze achtergrond ook gerealiseerd via beleid van de ministeries SZW (maatregelen op het gebied van armoedebestrijding, arbeidsongeschiktheid en arbeidsomstandigheden), OCW (onderwijsachterstanden; schooluitval), J&G (jeugd-cultuur), VROM (luchtkwaliteit), LNV (voedselkwaliteit) en WWI (volkshuisvesting; wijkaanpak). Hierbij zijn diverse maatschappelijke partners betrokken, zoals werkgevers, de lokale overheid, scholen en woningbouwcorporaties. Steeds vaker zien we berichten over het gedeelde (maatschappelijk en gerechtvaardigd eigen) belang bij en een gedeelde verantwoordelijkheid voor de gezondheid van mensen<sup>2</sup>. Op basis hiervan wil ik deze partijen aanzetten tot continuering en versterking van hun inzet op dit gebied. Zoals opgemerkt wil ik dit vertalen in concrete doelstellingen.

### 4.2 Integraal beleid en parallelle belangen

Vermijdbaar gezondheidsverlies heeft een complex van oorzaken op uiteenlopende beleidsterreinen. Terugdringen van dit verlies vergt daarom integraal beleid. Daar komt bij dat behalve het individu zelf ook andere partijen belanghebbend zijn. Een beroep op deze parallelle belangen komt ten goede aan het draagvlak, de effectiviteit en de doelmatigheid van dit beleid.

- Het beleid van mijn collega's van OCW, J&G, SZW, VROM en LNV gericht op opleiding (zoals tegengaan schooluitval), werk en inkomen en sociale/fysieke omgeving heeft in de afgelopen jaren resultaten

<sup>1</sup> Het SCP is onlangs een onderzoek begonnen naar motieven van mensen om gezond te leven («Gezondheidsopvattingen»).

<sup>2</sup> Een willekeurig voorbeeld: de jaarlijkse schade voor het Amerikaanse bedrijfsleven als gevolg van obesitas wordt becijferd op \$ 45 miljard per jaar (onderzoek van The Conference Board aangehaald in de New York Times van 22 juni jl.)

gehad; ik ga met hen in overleg over continuering en mogelijke versterking van dit beleid. Ik zal hierbij ook de partners in het maatschappelijk veld betrekken. Ik overweeg om in dit verband een aantal sector-/settinggerichte adviesaanvragen (wijk, werk en school) aan de vigerende Raden te richten. Daarmee wil ik meer zicht krijgen op mogelijkheden om via specifieke parallelle belangen mijn beleid kracht bij te zetten. Mijn doel is om te komen tot afstemming en vervlechting van de agenda's.

- Ik ga met mijn collega voor WWI bezien hoe het momentum en de gebundelde energie in de krachtwijken mede kan worden benut voor meer gezondheid in die wijken. Er wordt op Rijksniveau en lokaal niveau al veel in gang gezet om de gezondheidsachterstanden terug te dringen, maar een doorbraak is noodzakelijk om deze achterstanden effectief te bestrijden. Inmiddels heeft het kabinet daarom de volgende activiteiten in gang gezet:
  - het Rijk heeft in het Actieplan Krachtwijken van de minister voor WWI aan gemeenten gevraagd aan te geven hoe ze de gezondheid van inwoners in de 40 wijken willen verbeteren. Inmiddels hebben 10 van de 18 steden aangegeven in hun krachtwijken te willen experimenteren met de gezonde wijk. Doelstelling van deze experimenten is de gezondheid van inwoners in de krachtwijken te verbeteren via een integrale aanpak gericht op gezonde bewoners, een gezonde leefomgeving (waaronder inrichting openbare ruimte en stedelijke ontwikkeling) en een samenhangende eerstelijnszorg met preventief aanbod. De komende maanden stellen deze gemeenten een plan van aanpak op waarin zij aangeven op welke wijze zij deze experimenten gaan uitvoeren.
  - ik overleg met de minister voor WWI op welke manier wij met de vier grote steden gezondheidsachterstanden in hun stad aan kunnen pakken. Dit wil ik nauw laten aansluiten bij, of opnemen in, de afspraken die in het kader van de krachtwijken gemaakt worden, respectievelijk worden uitgewerkt.

De inzet van het Rijk hierbij is om de gemeenten zoveel mogelijk te faciliteren. Voor de uitvoering van de genoemde experimenten betekent dit dat in kaart wordt gebracht welke interventies beschikbaar en effectief zijn. Het Rijk zal nagaan op welke wijze de (positieve) ervaringen van deze aanpak kunnen worden overgedragen naar andere steden en regio's.

#### *4.3 Beleid op het terrein van VWS*

Ik wil 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 het meest voorkomt. Voorwaarde is dan wel dat interventies worden aangeboden die specifiek voor de betreffende groepen effectief zijn. Om dit te bereiken:

- bevorder ik de ontwikkeling en verspreiding van interventies die (kosten)effectief zijn voor mensen die met ongunstige gezondheidsdeterminanten te maken hebben, rekening houdend met de diversiteit binnen deze groep (onder andere naar etniciteit). De inspanningen van ZonMW op dit terrein, die reeds veel hebben opgeleverd, zullen binnen de onderzoeksprogrammering een nog sterker accent krijgen.
- streef ik ernaar om, in overleg met de zorgverzekeraars, de eerstelijnszorg zodanig te ondersteunen dat deze interventies ook daadwerkelijk worden toegepast waar ze het meest nodig zijn. Dit sluit aan bij mijn

inspanningen om, samen met de aanwezige professionals, meer samenhang in de eerste lijn aan te brengen en activiteiten vooral *community based* te laten zijn.

- ga ik met de VNG en GGD NL bekijken hoe in een gezamenlijk traject de openbare gezondheidszorg kan worden versterkt. Het gaat hierbij zowel om lokale bestuurders/gemeenten meer te betrekken bij het lokale gezondheidsbeleid als om het verbeteren van het functioneren van de openbare gezondheidszorg, waaronder de GGD'en. De nadruk die in de preventievisie «Gezond zijn, Gezond blijven» wordt gelegd op de verbinding tussen preventie en curatie heeft veel GGD'en aangespoord initiatieven op dit punt te starten. Betere afstemming en meer samenwerking zijn noodzakelijk, zowel bestuurlijk (bijvoorbeeld tussen gemeenten en rijksoverheid) als operationeel (lokaal aanbod zoals openbare gezondheidszorg, curatieve zorg, Wmo en langdurige zorg/AWBZ).

#### 4.4 *Uitwerking van de relatie preventie/curatie*

Onze intentie is om preventieve interventies – binnen de daarvoor beschikbare budgettaire ruimte – op te nemen in het verzekerde pakket. Alleen doeltreffende en kosteneffectieve interventies komen daarvoor eventueel in aanmerking. Dit vergt een strenge afbakening en zorgvuldige implementatie. Concreet richt ons onderzoek zich op de volgende interventies:

- *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. 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*  
Ook hiervoor geldt dat thans proefimplementaties plaatsvinden.
- *preventie in de GGZ*  
Alle vormen van individuele preventie die voor de overheveling onder de AWBZ vergoed werden kunnen nu onder de Zvw worden gedeclareerd. Ik heb het Trimbos-instituut subsidie verleend voor een pilot en effectiviteitsonderzoek voor het programma «Mentaal Vitaal». Op basis van de resultaten en een advies van het CVZ zal ik beslissen 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 mijn brief aan de Tweede Kamer (TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 155) over de programmatische aanpak van chronische ziekten heb ik zelfmanagement genoemd als één van de pijlers van mijn beleid. Een recente evaluatie van Duitse ervaringen met dergelijke programma's toont aan dat het aantal hartinfarcten en CVA's daalt bij mensen die deelnemen aan deze programma's. Ook de kostenstijging bleef aanzienlijk achter bij die voor vergelijkbare patiënten die niet deelnamen.

Ik heb inmiddels stappen gezet om de inzet van het eigen risico van de Zvw voor de bevordering van gezond gedrag per 1 januari 2009 mogelijk te maken.

#### *4.5 Monitoring*

Ik zal de voortgang van het beleid en de resultaten monitoren. Het liefst zou ik hier een actieve inzet van de GGD'en zien. In mijn beleidsplan zal ik terugkomen op de concrete beleidsdoelstellingen, waarbij ik ook rekening zal houden met de maatschappelijke baten voor de onderscheiden partijen met parallelle belangen (scholen, bedrijven en anderen).

#### **5. Verdere procedure**

De komende maanden zal ik benutten voor de verdere uitwerking van de aspecten zoals genoemd in de moties-Van der Veen en -Arib. Ik zal hiertoe in overleg treden met de betrokken bewindslieden. Mijn geïntegreerde beleidsplan voor beide vraagstukken wil ik voor einde 2008 aan de Kamer doen toekomen.

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