

Vergaderjaar 2008–2009

**22 894**

**Preventiebeleid voor de volksgezondheid**

**Nr. 211**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 januari 2009

**1. Inleiding**

Ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag leiden tot een breed scala aan kleine en grote letsels. Deze variëren van verstuite enkels en kleine snijwonden tot hersenletsel en sterfte. Alles bij elkaar vormen letsels een substantieel volksgezondheidsprobleem. Op de spoedeisende hulp (SEH) afdelingen van ziekenhuizen worden per jaar bijna 900 000 letsels behandeld en in 120 000 gevallen zijn deze zo ernstig dat ziekenhuisopname noodzakelijk is. Elk jaar sterven ongeveer 5300 mensen door een ongeval of opzettelijk toegebracht letsel. Jongeren verliezen meer levensjaren door een ongeval, geweld of suïcide dan door alle andere doodsoorzaken samen. In de rangorde van de belangrijkste doodsoorzaken (uitgedrukt in verloren levensjaren) komen letsels door ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag op de derde plaats, direct na hart- en vaatziekten en kanker. Naast persoonlijk leed kosten letsels de samenleving veel geld: minstens 3,6 miljard euro per jaar, alleen al aan directe medische kosten en verzuimkosten.

In deze beleidsbrief verwoord ik, mede namens de staatssecretaris van VWS, de minister van Justitie, de minister en staatssecretaris van Verkeer en Waterstaat en in afstemming met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, standpunten op de aanbevelingen uit het RIVM Thema-rapport Let op letsels (rapport als bijlage toegevoegd).<sup>1</sup> Dit rapport is in mijn opdracht geschreven met als uiteindelijk doel het aantal letsels te verminderen door effectief preventiebeleid. Eerst ga ik kort in op de aanleiding van het rapport. Dan volgt een begripsbepaling en een afbakening van de letsels, zoals in het rapport gehanteerd.

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

## **2. Aanleiding RIVM rapport Let op letsels**

Letsels ontstaan als gevolg van een ongeval of doordat mensen elkaar of zichzelf verwonden. Ze hebben dus een externe oorzaak. De mate van invloed door aanleg of genetische factoren is bij letsels klein. Ze zijn daardoor (grotendeels) vermijdbaar. Aangezien letsels veel voorkomen, kan preventie van letsels veel opleveren in termen van gezondheidswinst en economische winst. Om die reden is inzicht nodig in o.a. de omvang van letsels, de risicofactoren, het preventie aanbod en het beleid daaromtrent. Een overzicht hiervan op het brede terrein van letsels ontbrak. Overzicht is belangrijk, omdat het kansen biedt om «gezamenlijk op te trekken» in het voorkomen van ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag. Dit zijn domeinen die tot de verantwoordelijkheid van meerdere ministeries behoren. Samen optrekken kan bijvoorbeeld door breed naar letsels te kijken; oorzaken die in het verkeer een rol spelen bij het ontstaan van ongevallen, spelen wellicht ook een rol bij het ontstaan van arbeidsongevallen of sportblessures. Daarbij is het identificeren van de personen, groepen of organisaties die het beste deze ongevallen kunnen helpen voorkomen belangrijk. In veel gevallen zijn dat burgers, organisaties of bedrijven zelf (als aanbieders van veilige producten en diensten).

De aanleiding van het rapport is ook buiten de landsgrenzen te vinden. In andere landen vormen letsels in den brede ook een belangrijk volksgezondheidsprobleem. Daarom zijn er internationale afspraken gemaakt over letselpreventie in een aanbeveling van de EU Volksgezondheidsraad over letselpreventie en bevordering van veiligheid (2007/C164/01) en in een resolutie van de Wereld Gezondheidsorganisatie, Resolution on the prevention of injuries in the WHO European Region (EUR/RC55/R9, 2005). Men benadrukt hierin de regierol voor de ministers van volksgezondheid en ik heb me verbonden aan deze afspraken.

## **3. Begripsbepaling**

Niet een hersenschudding vormt het aangrijpingspunt voor preventie, maar bijvoorbeeld de val van een trap die de oorzaak van een hersenschudding is. De oorzaken en niet de aard van letsels zijn daarom het vertrekpunt van het RIVM rapport en ook van deze brief. Mijn reactie gaat over preventie van lichamelijke letsels als gevolg van privéongevallen, verkeersongevallen, sportblessures, arbeidsongevallen, geweld en suïcide. Binnen deze categorieën valt een breed scala aan onderwerpen, bijvoorbeeld fietsongevallen, publiek geweld, brandwonden bij kinderen. De psychische gevolgen van letsels zijn in het RIVM rapport onbesproken, evenals de sociale gevolgen. Ook complicaties (medische fouten en onbedoelde schade) als gevolg van geneesen heelkundige behandeling blijven buiten beschouwing.

## **4. Aanbevelingen rapport**

Het rapport geeft aanbevelingen voor beleid dat preventie van letsels optimaliseert, met de nadruk op preventie van vallen bij ouderen, suïcide en ongevallen met fietsen en bromfietsen. Ik start met een reactie te geven op de algemene aanbevelingen voor preventie van letsels, vervolgens komen de aanbevelingen voor een aantal specifieke letsels aan bod. Als rode draad in de aanbevelingen zie ik dat zowel tussen beleidsdomeinen als tussen wetenschap en praktijk van letselpreventie, meer samengewerkt kan worden. Interdepartementale samenwerking, maar ook samenwerking tussen andere partijen kan winst opleveren door interventies meer op elkaar af te stemmen, bijvoorbeeld als er gezamenlijke oorzaken zijn of in het benaderen van dezelfde doelgroepen. Daarnaast is het essen-

tieel om beter zicht krijgen op wat werkt en wat niet werkt. Evalueren van interventies moet daarom meer aandacht krijgen.

## **5. Voornemens op basis van aanbevelingen uit Themarapport Let op letsels**

### **Aanbeveling 1**

Stimuleer onderzoek naar effectiviteit en onderlinge samenhang van interventies gericht op preventie van letsels door ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag. Laat interventies maximaal aansluiten bij beschikbare wetenschappelijke kennis. (Interventies zijn maatregelen waarmee doelbewust de preventie van letsels wordt beoogd).

### *Standpunt op aanbeveling 1*

In de kaderbrief «visie op gezondheid en preventie» van 24 september 2007 (Tweede Kamer, 2007–2008, 22 894, nr. 134) reageer ik positief op de aanbeveling om kennis over effectiviteit van preventie te vergroten.

Beleid gericht op letselpreventie lijkt, gelet op de trends, effectief te zijn. Trends in sterfte als gevolg van ongevallen zijn gemiddeld genomen gunstig. Ook in behandelingen van letsels op spoedeisende hulpafdelingen is over de hele linie sprake van een daling. Hoewel deze daling niet gereflecteerd wordt in het aantal ziekenhuisopnamen als gevolg van letsels, ben ik toch voorzichtig positief over de trends. Deze successen werken niet automatisch door in de toekomst. Een aantal maatschappelijke ontwikkelingen geven geen aanleiding om te veronderstellen dat de daling in het aantal doden en gewonden bij ongewijzigd beleid kan worden gehandhaafd, laat staan verder kan worden omgebogen. Kortom, letselpreventie blijft aandacht verdienen, waarbij effectiviteit voorop staat en in toenemende mate kosteneffectiviteit.

In de aanbeveling om kennis over effectiviteit van preventie te vergroten onderschrijf ik het belang van degelijk opgezette effectstudies. Een onderzoeksprotocol, met regels waar onderzoekers zich primair aan houden, kan hier een positieve bijdrage aan leveren. In de kaderbrief preventie staat dat het kabinet de mogelijkheid en wenselijkheid van een dergelijk onderzoeksprotocol gaat onderzoeken. Parallel wil ik verkennen of er een inhaalslag mogelijk is voor effectevaluaties op het gebied van letselpreventie. Daarbij wil ik voorlopig ook voorrang geven aan het evalueren (onderzoeken van de doelmatigheid) van bestaande interventies boven het ontwikkelen van nieuwe interventies. Kortom: ik pleit voor maximale aansturing op het evalueren van interventies. Het evalueren van verkeersveiligheidsmaatregelen en ondersteunende landelijke publiekscampagnes is een belangrijke actie in het Strategisch Plan Verkeersveiligheid. In het specifieke deel over verkeer (aanbeveling 9) staat dit nader toegelicht. Evalueren heeft binnen het beleidsterrein van Justitie veel aandacht. Vooral de aanpak van jeugdcriminaliteit wordt geëvalueerd. Monitoren, als onderdeel van evaluatie, vindt onder andere plaats bij recidivecriminaliteit en veelplegers. Ook heeft Justitie een inventarisatie uitgevoerd naar bewezen effectieve of veelbelovende maatregelen tegen de aanpak van geweld in het binnen- en buitenland. De handleiding Evaluatie preventieprojecten stimuleert het evalueren van projecten tegen geweld.

In de reactie op aanbeveling 3 kom ik terug op de onderlinge samenhang van interventies.

Om preventieve maatregelen maximaal bij wetenschappelijke kennis te laten aansluiten zie ik ten eerste een centrale rol voor de gezondheidsbevorderende instituten (GBI's), actief op het terrein van letselpreventie, weggelegd. GBI's zijn uitstekend toegerust om interventies te ontwikkelen. Voorwaarde is dat lokale partijen een belangrijke rol daarbij spelen, want het toespitsen van interventies op lokale situaties is een eis. Een tweede voorwaarde is dat bij het ontwikkelen van interventies gebruik wordt gemaakt van de meest recente wetenschappelijke inzichten.

Zoals ik al eerder noemde, pleit ik voor maximale evaluatie. In aanvulling daarop sta ik bij de formule van «academische werkplaatsen» stil. Deze werkplaatsen vormen een belangrijke ontwikkeling die in gang gezet is om de samenwerking tussen academische centra en organisaties in het veld te stimuleren, zodat wetenschap en praktijk optimaal op elkaar aansluiten. De werkplaatsen zijn succesvol, zo blijkt uit evaluatie. Daarom bekijk ik de mogelijkheden voor een academische werkplaats letselpreventie waarin partijen als GGD'en, Stichting Consument en Veiligheid, NISB, TNO en academische centra samenwerken.

Ten derde ga ik er voor zorgen dat lokale partijen/overheden, zoals GGD'en, gemeenten, provinciën en woningcorporaties, ondersteund worden in het kiezen en implementeren van interventies. Dit kan bijvoorbeeld door interventies met wetenschappelijk aangetoonde effecten te onderscheiden van interventies die geen effect hebben, of niet onderzocht zijn. Het Centrum Gezond Leven (CGL) geeft een belangrijke impuls voor het eenvoudig toegankelijk maken van resultaten van studies met aangetoonde effecten. Dit gebeurt o.a. door goede preventieve maatregelen te certificeren. Letselpreventie mag hierin niet ontbreken.

#### **Aanbeveling 2**

Stuur aan op preventie door de zorgketen. Stimuleer participatie van o.a. huisartsen en zorgverzekeraars in letselpreventie en creëer hiervoor de randvoorwaarden (verbetering van de informatievoorziening van letsels en verbeter de schattingen van de ziektelast van suïcide en geweld).

#### *Standpunt op aanbeveling 2*

Ketenzorg speelt een belangrijke rol in preventie van letsels. Wat betreft valpreventie onder senioren, wil ik huisartspraktijken, maar ook professionals werkzaam in de thuiszorg, stimuleren om kwetsbare ouderen op valrisico te beoordelen en de kansen voor preventie volop te benutten. Bij valpreventie kan dat door bijvoorbeeld een patiënt met een verhoogd valrisico door te verwijzen naar een valpoli. Via ZonMw financier ik de evaluatie van een project waarin huisartsen en wijkverpleegkundigen patiënten met een hoog valrisico en patiënten die al zijn gevallen, naar een valpoli doorverwijzen.

Ook wil ik met andere betrokken partijen, zoals verzekeraars, uitzoeken welke bijdrage zij kunnen leveren aan letselpreventie (zie aanbeveling 5).

Het volksgezondheidsbeleid in Nederland is gebaseerd op indicatoren zoals sterfte, morbiditeit, medische en maatschappelijke kosten, ziektelast, etc. Dit geldt ook voor beleid ten aanzien van verkeer, arbeid en geweld. Betrouwbare gegevensverzamelingen en statistieken zijn daarvoor noodzakelijk. Ten aanzien van letsels maken diverse departementen gebruik van gemeenschappelijke registraties zoals het Letsel Informatie Systeem (LIS) en Ongevallen en Bewegingen in Nederland (OBiN). De continuering van deze registratiebronnen stel ik garant. Omdat ik belang hecht aan een verbeterd inzicht in het ontstaan en de gevolgen van ernstige letsels, beoog ik een betere afstemming tussen LIS en de traumaregistraties. Om andere spelers in de zorgketen (huisartsen, zorgverzekeraars) actief te laten bijdragen aan letselpreventie is het nodig dat zij meer inzicht krijgen

in de letselproblematiek in hun domein. Ik geef daarom aandacht aan de aansluiting van deze domeinen op de letselregistraties. Zie ook mijn standpunt ten aanzien van aanbeveling 5.

Eén aspect van de registraties licht ik nader toe, namelijk de berekening van de ziektelast. De ziektelast (uitgedrukt in «Disability Adjusted Life Years», DALY's) vormt een onmisbaar begrip in de beschrijving van de staat van de volksgezondheid, ook in de beschrijving van letsels. De lichamelijke letsels door suïcidaal gedrag en geweld zijn onvoldoende in kaart gebracht om de volledige ziektelast te kunnen berekenen. De ziektelast voor deze letsels is hierdoor onderschat. Voor mijn reactie op de ziektelast van suïcidaal gedrag verwijs ik naar mijn standpunt op het «Beleidsadvies verminderen van suïcidaliteit» van het Trimbos-instituut (Tweede Kamer 2007–2008, 22 894, nr. 172). Ook voor geweld zal in overleg met het RIVM worden gezien of de ziektelast beter kan worden beschreven.

### **Aanbeveling 3**

Stem interventies op elkaar af als er sprake is van gezamenlijke determinanten (zoals alcohol, risicogedrag) of dezelfde doelgroepen (kinderen, ouderen, allochtonen) of gelijke settings (scholen). In aansluiting hierop kunnen de verschillende departementen hun beleid ten aanzien van letselpreventie meer op elkaar afstemmen.

### *Standpunt op aanbeveling 3*

In overeenstemming met de beleidslijn «Samenhangend en integraal gezondheidsbeleid» (kaderbrief preventie) stuur ik aan op intensievere samenwerking tussen verschillende departementen. De samenwerking om alcohol- en drugsgelerateerde problematiek tegen te gaan is een voorbeeld waar interdepartementale samenwerking vorm krijgt. Voor letselpreventie vind ik dit ook een belangrijke ontwikkeling.

Ter versterking van de lopende samenwerking draag ik in 2008 bij aan drie projecten die preventie van letsels tot doel hebben: in de arbeids sfeer, in het verkeer en letsels als gevolg van geweld.

In het project over arbeidsongevallen, in samenwerking met Sociale Zaken en Werkgelegenheid, is het de bedoeling om praktische interventies te ontwikkelen waarmee valongevallen worden voorkomen, zowel toepasbaar voor werknemers in de bouw als voor bewoners die zelf onderhoud aan hun woning plegen. In het samenwerkingsproject met Verkeer en Waterstaat investeer ik in een aantal lokale projecten, gericht op verbetering van de fietsveiligheid onder scholieren door middel van bijvoorbeeld (praktijkgerichte) educatie. In samenwerking met Justitie wordt een persoonsgerichte aanpak (PGA) van geweldplegers ontwikkeld, die moet leiden tot een afname van geweldsdelicten.

Met deze drie interdepartementale projecten wordt gehoor gegeven aan het advies om intensiever samen te werken met verschillende departementen, zoveel mogelijk samen met GGD'en. In de kaderbrief preventie beloof ik integraal gezondheidsbeleid te realiseren door de gerechtvaardigde belangen van andere sectoren en bedrijven als aangrijpingspunt voor een gezamenlijke agenda te gebruiken. De kern hiervan is dat gezondheid niet alleen voor de gezondheidszorg van belang is, maar bijvoorbeeld ook voor scholen en werknemers. Ik heb daarin toegezegd te bezien waar kansen liggen om andere sectoren voor gezondheid en preventie te winnen. De uitwerking kan in de vorm van gezamenlijke projecten, schriftelijke afspraken of een convenant tussen betrokken partijen. Voor letselpreventie moedig ik dergelijke vormen ook aan. Innovaties in het bedrijfsleven (o.a. het MKB) op het gebied van letselpreventie, bijvoorbeeld productveiligheid of beschermingsmiddelen, zijn belangrijk. De Voedsel en Waren Autoriteit handhaaft op grond van de

Warenwet en adviseert het bedrijfsleven over de veiligheid van producten. Ook Stichting Consument en Veiligheid werkt samen met andere organisaties en bedrijven aan het veiliger maken van producten en diensten of de voorlichting over het veilig omgaan met deze producten, of het veilig gebruik maken van deze diensten.

Gezien de grote omvang van letsels en de mogelijkheden tot preventie overweeg ik om van letselpreventie een prioriteit te maken in de volgende preventienota, die in 2010 zal verschijnen. De ziektelast zal, naast de verloren levensjaren, in deze afweging een belangrijk criterium zijn.

#### **Aanbeveling 4**

Naast de kansen ook kijken naar risico's van decentraal beleid, zoals verminderd overzicht, geen regie, minder samenwerking, geen uniformiteit van maatregelen (bijvoorbeeld in het verkeer), verschillen in kwaliteit van interventies, kwetsbare groepen die buiten de boot dreigen te vallen.

#### *Standpunt aanbeveling 4*

Het beleid dat enkele jaren geleden is ingezet, waarbij preventiebeleid lokaal en regionaal wordt vormgegeven binnen landelijke kaders, wil ik continueren. Er zijn voldoende voorbeelden waaruit blijkt dat dit beleid werkt. Gemeenten, in verkeersveiligheid geldt dat ook voor provincies en stadsregio's, hebben bijvoorbeeld een belangrijke regie- en aanjaagrol vervuld (Gezond zijn, gezond blijven; 2007) en men werkt lokaal en regionaal goed samen.

Verbetering van de afstemming tussen landelijk en lokaal gezondheidsbeleid is bovendien een van de doelen van het programma «Lokaal Centraal» van VWS, in samenwerking met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en GGD Nederland. Signalen over mogelijke minder gewenste effecten van deze decentrale aanpak zal ik serieus ter overweging nemen. Tot nu toe, zie ik echter geen aanleiding om af te wijken van de ingeslagen weg.

#### **Specifieke aanbevelingen**

##### **Valpreventie senioren aanbeveling 5**

In een nieuwe preventienota dient een verbinding te worden gelegd met het ouderenbeleid, waarin vallen bij ouderen als één van de belangrijkste bedreigingen van het zelfstandig functioneren wordt benoemd. In het lopende debat over financiering van preventie via de zorgverzekering dient ook aandacht te worden besteed aan valpreventie bij ouderen.

#### *Standpunt aanbeveling 5 (valpreventie)*

In het preventiebeleid vanaf 2011 wil ik valpreventie, in afstemming met het ouderenbeleid, benadrukken. Concreet ga ik overwegen om letselpreventie in de volgende preventienota als speerpunt op te nemen, zie hiervoor ook mijn standpunt op aanbeveling 3. Op deze wijze zal valpreventie in de 4 jarige preventiecyclus worden opgenomen en zullen gemeenten, meer nog dan nu, aangespoord worden lokaal beleid rondom valpreventie te voeren. In de lopende verkenning van de grotere rol van de verzekeraars bij preventie zal ik ook valpreventie bij ouderen agenderen. Een aantal interventies zijn (kosten)effectief in het voorkomen van vallen bij ouderen, dat maakt het extra interessant. Daarnaast stimuleer ik een ketenbenadering van valpreventie. Dit gebeurt door ouderen met een verhoogd risico op vallen te identificeren en door te verwijzen naar verschillende organisaties die vallen helpen te voorkomen. Daarbij heb ik

specifiek huisartsenpraktijken voor ogen. Het registreren van letsels in de eerste lijn gezondheidszorg (waar huisartspraktijken toe behoren) is essentieel om groepen met een verhoogd risico te kunnen opsporen.

#### **Valpreventie senioren aanbeveling 6**

De kwaliteit van lokale projecten dient een sterkere fundering te krijgen, bijvoorbeeld met behulp van kwaliteitscriteria waaraan lokale projecten moeten voldoen. Voorbeelden van kwaliteitscriteria betreffen een goede aansluiting bij de groepen met het hoogste risico, gebruik van interventies met aangetoonde effectiviteit of gebruik van «best practices» volgens consensus in het veld. De huidige stimulering van betrokkenheid vanuit het veld, een multifactoriële aanpak en een goede onderbouwing en beschikbaarheid van projectdocumenten, onder andere via de kennisnetwerkformule, dient gecontinueerd te worden.

#### *Standpunt aanbeveling 6 (valpreventie)*

Stichting Consument en Veiligheid speelt, door mij hiervoor gesubsidiëerd, een belangrijke rol in het ontwikkelen van interventies op het gebied van valpreventie en bij het ondersteunen van lokale partijen in het kiezen en uitvoeren van interventies. Een goed voorbeeld is: «Bewegen valt goed», een gezamenlijk project van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en Consument en Veiligheid. TNO toonde de effectiviteit van dit project aan. Het heeft ten doel ouderen te stimuleren om meer te bewegen en tegelijkertijd te voorkomen dat ze vallen. Consument en Veiligheid is samen met het EMGO Instituut/VUmc en ZonMw initiatiefnemer van het Kennisnetwerk Valpreventie. Dit netwerk zorgt voor uitwisseling van kennis tussen wetenschap en praktijk en speelt daarom een belangrijke rol in valpreventie. Voor letselpreventie, dus ook voor valpreventie, geldt dat lokale organisatoren van projecten bij het kiezen van interventies (die ze gaan implementeren) ondersteuning moeten krijgen. Om dit realiseren zijn een aantal ontwikkelingen door mij in gang gezet (zie standpunt algemene aanbeveling 1).

In de intra- en extramurale ouderenzorg staat valpreventie hoog op de agenda. Samen met de zorgsector zijn de afgelopen jaren grote stappen gezet om dit onderwerp te agenderen. Dat heeft er o.a. toe geleid dat valpreventie in de set kwaliteitsindicatoren voor verpleging, verzorging en thuiszorg (Kwaliteitskader verpleging en verzorging) is opgenomen. In het plan «Veilige zorg, ieders zorg» dat de Staatssecretaris van VWS op 22 november 2007 in ontvangst nam, zijn afspraken met het veld over de preventie van vallen vastgelegd. Dit plan richt zich op zowel intra- als extramuraal wonende ouderen.

Om het verspreiden van goede voorbeelden te bevorderen is het kwaliteitsprogramma Zorg voor Beter gestart. In dit programma is valpreventie één van de thema's. De doorbraakmethodiek in dit verbetertraject zorgt ervoor dat veldpartijen snel en adequaat betrokken worden bij valpreventie. Instellingen voor intra- en extramurale ouderenzorg en gehandicaptenzorg nemen aan dit programma deel.

#### **Valpreventie senioren aanbeveling 7**

Ten behoeve van de planmatige ontwikkeling van valpreventie moet het onderzoek naar gedrags- en omgevingsdeterminanten van vallen bij ouderen en naar de effectiviteit en doelmatigheid van specifieke componenten uit valpreventieprogramma's worden versterkt. Ook het onderzoek naar de beste voorlichtingsmethoden en implementatiestrategieën voor specifieke groepen ouderen verdient intensivering. De benoeming van een nationale regisseur (organisatie of commissie) voor valpreventie en -onderzoek wordt aanbevolen.

### *Standpunt aanbeveling 7 (valpreventie)*

Zoals ik eerder onder aanbeveling 1 noemde zal ik in het Programma Preventie van ZonMw letselpreventie als prioriteit laten opnemen en daarbij voorlopig voorrang geven aan het evalueren (onderzoeken van doelmatigheid) van bestaande interventies boven het ontwikkelen van nieuwe interventies. Dat geldt ook voor valpreventie onder senioren. De programmakaders Preventie en Langdurige zorg en Zorg voor Kwetsbare Groepen bieden kansen voor genoemd onderzoek. Daarnaast biedt het Programma Ouderzorg, dat in opdracht van VWS is ontwikkeld en 4 april jl. is gestart, een prima kader voor effectmeting van valpreventie. Met dit nieuwe programma wordt kennisontwikkeling en -verspreiding in de geriatrie en de ouderenzorg gestimuleerd.

Ik wil nagaan hoe valrisico's onder zelfstandig wonende ouderen sneller ontdekt kunnen worden om daar vervolgens adequaat op te reageren in de zorgketen. Daartoe wil ik onderzoeken hoe huisartsen, praktijkondersteuners en anderen het ondersteuningsaanbod aan ouderen beter kunnen afstemmen. Ik wil daarmee bereiken dat optimale zorg geleverd wordt aan mensen die daar het meeste mee zijn gebaat: ouderen met een hoog valrisico.

Het Kennisnetwerk Valpreventie kan, in de huidige vorm en omvang, mogelijk een landelijk coördinerende rol binnen valpreventie vervullen als het hiervoor voldoende draagvlak weet te verwerven.

#### **Valpreventie senioren aanbeveling 8**

Uitbreiding van de screening, in valklinieken en situaties in de eerste en/of nulde lijn (bijvoorbeeld huisarts, consultatiebureau ouderen), van ouderen met een verhoogd valrisico verdient stimulering.

### *Standpunt aanbeveling 8 (valpreventie)*

Een eventuele uitbreiden van screening, in valklinieken en situaties in de eerste en/of nulde lijn (bijvoorbeeld huisarts), van ouderen met een verhoogd valrisico zal ik pas overwegen als er voldoende aanwijzingen zijn voor de effectiviteit.

#### **(Brom-)fietsongevallen aanbeveling 9**

De rijksoverheid dient maatregelen en projecten in de regio's op meer dan incidentele basis te monitoren en te evalueren. Bij de totstandkoming van de op uniformiteit gerichte beleidsmaatregelen zal meer gebruik moeten worden gemaakt van de kennis van decentrale overheden ter bevordering van optimale afstemming op specifieke omstandigheden.

### *Standpunt aanbeveling 9 ((Brom-)fietsongevallen)*

Het evalueren van maatregelen en monitoren is belangrijk, zowel voor nationale als regionale maatregelen. Daarom zijn door mijn ambtsgenoot van V&W, in de Nota Mobiliteit, afspraken gemaakt met de decentrale overheden over het behalen van verkeersveiligheidsdoelstellingen voor 2010 en 2020. Deze doelstellingen worden jaarlijks gemonitord. Zoals in algemene aanbeveling 1 genoemd is meer informatie nodig over effecten van maatregelen. Dat geldt ook specifiek voor maatregelen op het gebied van verkeersveiligheid. Daar komt de komende jaren meer aandacht voor, zoals in het Strategisch Plan Verkeersveiligheid ook is aangegeven. Dat is niet louter een zaak van de rijksoverheid, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid van centrale en decentrale overheden. In het verkeersveiligheidsbeleid hebben decentrale overheden een eigen



taak, rol en verantwoordelijkheid voor de regionale en lokale invulling van dit beleid.

Monitoren op zowel regionaal als nationaal niveau is verplicht. Dat staat in de Planwet verkeer en vervoer. De minister van V&W heeft een faciliterende rol door o.a. gelden via de Brede Doel Uitkering (BDU) beschikbaar te stellen, mee te werken aan de totstandkoming van richtlijnen voor infrastructurele en gedragsgerichte maatregelen vanuit het kennisplatform voor infrastructuur, verkeer, vervoer en openbare ruimte (CROW), samen te werken bij verkeersveiligheidscampagnes en geld beschikbaar te stellen voor kennisverspreiding via het Kennisplatform Verkeer en Vervoer.

Uniformiteit binnen verkeersveiligheid wordt niet centraal voorgeschreven. Regionale en lokale partijen moeten immers maatwerk kunnen leveren. Het uitgangspunt in het verkeersveiligheidsbeleid is: «decentraal wat kan, centraal wat moet». Er bestaan richtlijnen voor uniformiteit in de infrastructuur. Die richtlijnen zijn opgesteld door het CROW en daarbij wordt gebruik gemaakt van kennis van deskundigen vanuit de decentrale overheden.

#### **(Brom-)fietsongevallen aanbeveling 10**

Voortzetting van de Duurzaam Veilig aanpak bevordert de verkeersveiligheid, maar ze kan voor fietsers nog sterker uitpakken wanneer voor hen een nog functioneler stelsel van fietspaden (betere ontsluitingsverbindingen tussen gebieden, gescheiden fietspaden) wordt gecreëerd. Ter voorkoming van meezijdige ongevallen bij fietsers dient de aanleg van gescheiden verkeersstromen krachtig gestimuleerd te worden.

#### *Standpunt aanbeveling 10 ((Brom-)fietsongevallen)*

In Nederland is veel gedaan aan goede infrastructurele voorzieningen voor fietsers. Er zijn vele kilometers vrijliggende fietspaden en fietsstroken, vooral in beheer bij regionale en lokale wegbeheerders. De wegbeheerders gaan ook de komende jaren door met verbetering van de voorzieningen voor fietsers. Met het oog op de veiligheid van fietsers staat in het Strategisch Plan Verkeersveiligheid opgenomen dat het structureel onderhouden van fietspaden belangrijk is. Voor de inrichting kan gebruik worden gemaakt van de desbetreffende regels op dat gebied, zoals CROW-richtlijnen.

Duurzaam Veilig en infrastructurele maatregelen zijn belangrijke onderdelen van een systeem om verkeersveiligheid te verbeteren. In het Strategisch Plan Verkeersveiligheid 2008–2020, dat de minister van Verkeer en Waterstaat op 10 juli 2008 naar de Tweede Kamer heeft gestuurd, onderscheidt hij in dit kader drie pijlers: samenwerking, integrale aanpak en duurzaam veilig. Samenhang is een belangrijk aspect. Hierin staat het veiliger maken van oversteekgebieden voor fietsers als speciaal aandachtsgebied opgenomen. Naast aandacht voor meezijdige fietsongevallen is er ook zorg voor éézijdige ongevallen, zoals in aanbeveling 12 naar voren komt.

#### **(Brom-)fietsongevallen aanbeveling 11**

Het is belangrijk dat automobilisten de kwetsbare verkeersdeelnemers beter herkennen en erkennen en zich bewuster worden dat niet gemotoriseerde voertuigen dezelfde rechten hebben als gemotoriseerde bestuurders, dat fietsers onvoorspelbaar gedrag kunnen vertonen en niet altijd voorrangconflicten oplossen. Effectieve voorlichting op dit terrein dient te worden ontwikkeld en geïmplementeerd.

### *Standpunt aanbeveling 11 ((Brom-)fietsongevallen)*

Iedere bestuurder van een motorvoertuig heeft de verantwoordelijkheid om rekening te houden met de veiligheidspositie van andere weggebruikers. Van iedere verkeersdeelnemer mag worden verwacht dat deze zich bewust is van de eigen verantwoordelijkheid. In de opleiding, in de wetten, in de regelgeving, handhaving en ook bij (landelijke) publiekscampagnes wordt hier aandacht aan besteed. Een voorbeeld is de campagne Rij met je hart. Van alle verkeersdeelnemers is 80% zich bewust van de eigen verantwoordelijkheid en wil zich aan de verkeersregels houden. Desondanks komen er onveilige situaties en ongevallen voor. In het Strategische Plan Verkeersveiligheid (2008–2020) staan twee doelen centraal: de kwetsbare verkeersdeelnemer zoveel mogelijk beschermen en de veroorzaker van onveiligheid hard aanpakken. Met ingang van 1 april 2008 is het vernieuwde rijexamen van kracht. Voor de verkeersveiligheid is belangrijk dat in het vernieuwde rijexamen expliciete aandacht uitgaat naar gevaarherkenning in het verkeer.

#### **(Brom-)fietsongevallen aanbeveling 12**

Er zal meer wetenschappelijke kennis en inzicht over de veiligheid van fietsers en bromfietsers moeten worden ontwikkeld, met als aandachtspunt de achterliggende oorzaken van éézijdige ongevallen (ongevallen waarbij geen andere weggebruikers betrokken zijn). Een systematisch onderzoeksprogramma ten aanzien van de verkeersveiligheid van fietsers en bromfietsers wordt aanbevolen.

### *Standpunt aanbeveling 12 ((Brom-)fietsongevallen)*

De categorie enkelvoudige fietsongevallen vormt een specifiek aandachtsgebied in de strategie voor verkeersveiligheid. Veelal zijn van enkelvoudige ongevallen nauwelijks gegevens beschikbaar en is er dus weinig bekend over de oorzaken. Op verzoek van het ministerie van Verkeer en Waterstaat is een onderzoek gestart om meer gegevens te verkrijgen over de aantallen en achtergronden van deze enkelvoudige fietsongevallen. Verdere benutting van de eerder aangehaalde letselregistraties (standpunt aanbeveling 2) is hiertoe beschikbaar. De minister van V&W onderschrijft de noodzaak om verkeersveiligheid wetenschappelijk te onderbouwen. De Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) ontvangt om die reden subsidie.

#### **(Brom-)fietsongevallen aanbeveling 13**

Het stimuleringsbeleid van de overheid gericht op toename van het gebruik van de fiets verdient voortzetting, waarbij verbetering van de verkeersveiligheid van deze groep parallel krachtig ter hand moet worden genomen.

### *Standpunt aanbeveling 13 ((Brom-)fietsongevallen)*

Aangezien de fietser een kwetsbare verkeersdeelnemer is, is het inderdaad van groot belang dat parallel aan het stimuleren van fietsgebruik ook de veiligheid van de fietsers in het verkeer toeneemt. In het Strategisch Plan Verkeersveiligheid, dat in samenspraak met veel partijen tot stand kwam, is het verbeteren van de verkeersveiligheid voor fietsers één van de belangrijkste speerpunten. Ook de ouderen, die nogal eens als fietser en soms als berijder van een scootmobiel betrokken zijn bij verkeersongevallen, zijn in dat plan een aandachtsgroep. Zoals bij de opmerkingen over aanbeveling 9 al is gemeld, is dit een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van vele partijen, zoals het rijk, de decentrale overheden, maatschappelijke organisaties en de private sector (bedrijfsleven, werkgevers en verzekeraars).

## Suïcidepreventie

Het Themarapport bevat drie aanbevelingen op het terrein van suïcidepreventie. Kortgeleden heb ik een standpunt verwoord op het Beleidsadvies «Verminderen van suïcidaliteit» dat door het Trimbos-instituut is uitgebracht. De aanbevelingen uit het Themarapport zijn in lijn met de aanbevelingen uit het Beleidsadvies. Daarom verwijs ik voor de standpunten op de volgende aanbevelingen naar mijn standpunt op het Beleidsadvies (Tweede Kamer, 2007–2008, 22 894, nr. 172).

### Suïcidepreventie aanbeveling 14

Ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek is een systematische programmering gewenst om versnippering van interventies en onderzoeken tegen te gaan. Hiertoe kan een nationale regisseur dienst doen. Taken zoals het inhoudelijk informeren van professionals over ontwikkelingen binnen de GGZ en het onderzoeken van de toegankelijkheid van de zorg zijn essentieel. Het Trimbos-instituut kan als landelijk kennisinstituut voor de GGZ en verslavingszorg hier een belangrijke rol in spelen. Daarnaast is het van belang dat opleidingen voor uiteenlopende beroepen meer tijd en aandacht besteden aan de identificatie en behandeling van het suïciderisico. Psychiaters, psychologen, huisartsen en andere hulpverleners moeten op dit gebied beter geschoold worden.

### Suïcidepreventie aanbeveling 15

Het is van belang dat een multidisciplinaire richtlijn voor suïcidepreventie wordt gemaakt. De richtlijn voor de opvang van patiënten in algemene ziekenhuizen moet worden geactualiseerd om de zorg en aansluitende nazorg te kunnen verbeteren. Het naleven van richtlijnen in de zorg en de continuïteit van zorg op het terrein van suïcidepreventie dient verbeterd te worden. De primaire verantwoordelijkheid hiertoe ligt bij hulpverleners. Het inzetten van zogenaamde doorbraakprojecten bij het implementeren van richtlijnen wordt hier aanbevolen. De overheid dient dit proces te faciliteren. Op punten, waar doelmatigheid en effectiviteit van interventies is aangetoond, verdient het beleid intensivering.

### Suïcidepreventie aanbeveling 16

De beleidsinhoud van suïcidepreventie moet meer toegespitst worden op belangrijke doelgroepen die nog niet worden bereikt, zoals allochtone Nederlanders (vooral jonge Surinaamse mannen), werklozen, alleenstaanden, jongeren in onstabiele levenssituaties en nabestaanden van mensen die zijn overleden als gevolg van suïcide. Het Beleidsadvies dat door het Trimbos-instituut is uitgegeven dient als basis voor de inhoud van het preventiebeleid op suïcide dat in 2010 in nationaal beleid moet zijn opgenomen.

## 6. Financieel

Alle genoemde voornemens vallen binnen de bestaande begrotingen van de betrokken departementen.

## 7. Tot besluit

De voornemens in deze beleidsbrief beslaan de periode 2008–2012. Na afloop hiervan laat ik een beleidsevaluatie uitvoeren om te beoordelen welke plannen zijn uitgevoerd, wat de effectiviteit was, welke plannen niet tot uitvoer zijn gebracht en wat de redenen hiervoor waren.

## Samengevat

Naar aanleiding van de aanbevelingen in het rapport Let op Letsels zal ik:

1. Aansturen op het evalueren van preventieve maatregelen, in overleg met ZonMw en Stichting Consument en Veiligheid om meer zicht te krijgen op wat werkt en wat niet.
2. In overleg met o.a. Consument en Veiligheid en andere relevante partijen de mogelijkheden van een academische werkplaats Letsel-

preventie verkennen om wetenschap en praktijk beter op elkaar te laten aansluiten.

3. Lokale partijen en overheden via het Centrum Gezond Leven ondersteunen bij het kiezen en implementeren van effectieve interventies.
4. Keten zorg versterken ten behoeve van valpreventie via ZonMw, om de daarin gelegen kansen voor preventie beter te benutten.
5. Gegevensverzameling door middel van LIS en OBiN continueren, als basis voor het preventiebeleid.
6. Betrokken partijen vragen om LIS en de traumaregistraties beter op elkaar af te stemmen, om hiermee meer inzicht te krijgen op het ontstaan en de gevolgen van ernstige letsels.
7. In overleg met het RIVM treden over verbeterde berekeningen van DALY's voor geweld en suïcide omdat de ziektelast hiervan onderschat wordt.
8. Samenwerken ten aanzien van letselpreventie met andere departementen.
9. Overwegen om letselpreventie in de volgende preventienota te prioriteren, omdat het om een groot en soms onderschat volksgezondheidsprobleem gaat met evenwel veel vermijdbare ziektelast en andere schade.
10. Valpreventie agenderen in de lopende verkenning van de preventieve rol van verzekeraars om hun mogelijke rol daarbij optimaal te benutten.
11. De mogelijkheid laten onderzoeken om letsel door vallen te registreren in de eerstelijnszorg, om meer inzicht te krijgen in de risicofactoren.
12. De uitvoering van deze voornemens over vier jaar evalueren.

Ik zal echter niet het preventiebeleid heroverwegen naar aanleiding van deze aanbevelingen waar het gaat over landelijke kaders of richtlijnen voor lokale en regionale invulling.

Ook zal ik niet de screening van het valrisico van ouderen stimuleren, bij gebrek aan aanwijzingen voor de effectiviteit van deze screening.

Ik vertrouw erop dat ik u hiermee voldoende heb geïnformeerd.

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