

Vergaderjaar 2009–2010

31 532

Voedingsbeleid

22 894

Preventiebeleid voor de volksgezondheid

Nr. 26

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 12 januari 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 19 november 2009 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en minister Van der Laan voor Wonen, Wijken en Integratie over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2008 over gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische verschillen (22 894, nr. 209);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 mei 2009 over de samenhang tussen het beleidsplan over sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV), de Nota voeding en gezondheid en de Nota Overgewicht (31 532, nr. 15);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 oktober 2009 als aanvulling op het Beleidsplan Sociaal Economische Gezondheidsverschillen (SEGV) van 22 december 2008 (22 894, nr. 237).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Voorzitter: Arib
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Arib, Van Gerven, Schermers, Vendrik en Zijlstra,

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en minister Van der Laan voor Wonen, Wijken en Integratie, die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministerie.

De **voorzitter**: Ik open de vergadering en heet alle aanwezigen welkom. We spreken vandaag over de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Wie arm is in de wereld is bijna als vanzelfsprekend ongezonder dan iemand die rijk is. Een land met een relatief ongezonde bevolking doet het economisch gezien slechter dan landen met een gezonde bevolking. Deze twee stellingen gelden niet alleen voor ontwikkelingslanden maar ook voor het rijke Westen, en dus ook voor Nederland. Mohammed die in de Rotterdamse krachtwijk het Oude Noorden is geboren, zal naar verwachting vijftien jaar korter leven dan zijn plaatsgenoot Johan die een kilometer verderop in Hillegersberg is geboren. Sinds het aantreden van het kabinet-Balkenende in 2001 zijn de verschillen in levensverwachting tussen arm en rijk gestegen van twaalf naar vijftien jaar. De ontwikkelingen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn verontrustend. De afgelopen decennia kennen een voortdurende toename van de welvaart maar tegelijkertijd toch een vergroting van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. In recente cijfers is het verschil in levensverwachting tussen de laagst- en hoogstopgeleiden opgelopen tot zeven jaar voor mannen. Het verschil in als gezond ervaren levensjaren is opgelopen tot bijna negentien jaar. Ik vind dit dramatische cijfers. Ze lopen parallel met een achteruitgang in de gezondheidsvoorzieningen. Eens behoorde Nederland tot de absolute top, thans is het afgezakt naar de middenmoot. Dat heeft alles te maken met de voortdurende nadruk op bezuinigingen en kostenbeheersing en de mantra «eigen verantwoordelijkheid» in plaats van nadruk te leggen op toegankelijkheid en preventie. Een onverdraaglijk gegeven. Als verzorgingsstaat hoor je vooral op te komen voor de mensen die het moeilijker hebben.

De verschillen in gezondheid en levensverwachting hangen samen met allerlei zaken. Mensen die in armere wijken geboren worden, hebben vaker een lager opleidingsniveau. Mensen met een lagere opleiding zijn ongezonder. Michael Marmot concludeerde al in zijn rapport voor de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) dat tal van zogenaamde sociale determinanten van invloed zijn op de gezondheid van mensen. Wil je de gezondheid van de bevolking verbeteren, dan is het van belang ook deze sociale determinanten te verbeteren.

Ik noem de vier w's die van groot belang zijn: wonen, werken, een wijf en welstand. Het organiseren van huwelijksbureaus gaat ook de SP te ver. Met de andere drie w's moeten we aan de slag. We moeten investeren in onderwijs, armoedebestrijding en verbetering van de woonomstandigheden. De aanpak van de gezondheidsverschillen is van groter belang dan het belang van minister Klink van Volksgezondheid. In Engeland heeft men het beter begrepen dan hier. Daar wordt het beleid om gezondheidsverschillen te verkleinen vorm gegeven door de minister van Financiën. Daar heeft ieder ministerie vanuit het ministerie van Financiën de opdracht gekregen om te werken aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen door de determinanten op eigen terrein te verkleinen. Minister Bos, die hier niet aanwezig is, bekleedt dus een sleutelpositie. Vooralsnog moeten we concluderen dat er te weinig werk wordt gemaakt van het verkleinen van de gezondheidsverschillen. In de aanpak van

minister Klink wordt vooral aandacht besteed aan de beïnvloeding van de levensstijl via het basispakket. Tijdens de begrotingsbehandeling heb ik gevraagd om een integrale en kabinetsbrede aanpak voor het verkleinen van die gezondheidsverschillen. De minister antwoordde toen dat er al een heleboel losse maatregelen zijn. De integrale visie blijft dus uit. Sterker nog, dit hele kabinet neemt maatregelen die potentieel de gezondheidsverschillen vergroten. De kinderbijslag en het kindgebonden budget worden bevroren. De studiefinanciering wordt bevroren. De partnertoeslag wordt afgeschaft. De verhoging van de AOW-leeftijd pakt vooral slecht uit voor de mensen aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Terug naar Engeland: daar houdt men periodiek per wijk een gezondheidsenquête zodat de maatregelen die genomen worden, ook een optimaal effect hebben. Omineus vind ik de zin dat het niet alleen de overheid is die aan het verbeteren van de gezondheid van laagopgeleide mensen kan bijdragen. Dat is een open deur. De essentiële vraag is wat de overheid wel kan doen om de verschillen te verkleinen. Neem het antirookbeleid: daarin is het kabinet weinig doortastend. Graag hoor ik van het kabinet een reactie op de actie van Imperial Tobacco dat trendsettende jongeren uitbetaalt met sloffen Gauloises. Waarom is er niet een scherpe veroordeling door het kabinet van deze doorzichtige actie?

Het Sociaal en Cultureel Planbureau constateerde onlangs in een rapport dat een groot aantal kinderen onder de achttien jaar opgroeit in een arm gezin. Afhankelijk van de armoedemaatstaf die wordt gehanteerd, gaat het om 150 000 tot 500 000 kinderen. Door de huidige crisis kan dit aantal nog verder stijgen, met alle gevolgen voor de gezondheid van deze kinderen en voor de maatschappij van dien. Het is dus noodzakelijk om ambitieuzere doelstellingen voor de bestrijding van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te stellen. We stellen voor om het verkleinen van deze verschillen een doel te maken van het hele kabinet, en niet alleen van de minister van Volksgezondheid en dit als doelstelling in de wet publieke gezondheidszorg op te nemen. De wijkaanpak moet een belangrijke rol spelen in het verkleinen van de gezondheidsverschillen. De gemeenten en Ggd'en krijgen hier een grote taak in. Per wijk wordt een gezondheidsenquête afgenomen, zodat ook per wijk de beste aanpak gekozen kan worden. De rijksmiddelen die aan preventie worden besteed, moeten drastisch worden verhoogd. Preventie is immers een publieke taak die niet kan worden overgelaten aan de particuliere verzekeraars die vooral oog hebben voor de korte termijn. Tot slot moeten er concrete doelen gesteld worden om de gezondheidsverschillen te verkleinen, bijvoorbeeld met 20% in 2020.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Het bestaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is al heel lang bekend. Het CDA is dan ook blij dat er eindelijk een beleidsplan ligt waardoor het probleem gestructureerd kan worden aangepakt. Het is onduidelijk wie de regie neemt en we zijn teleurgesteld dat er geen meetbare doelen worden gesteld voor de langere termijn. De minister zegt dat het daarvoor nog te vroeg is. Graag wil ik van de minister weten wanneer ik die meetbare doelstellingen mag verwachten. Bij het formuleren van beleid moet vaker worden nagedacht over de effecten van de gezondheid van vooral de patiënten uit de lagere sociaaleconomische klasse. Ik hoor graag hierop een reactie van de minister.

Bij het terugdringen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen gaat wel heel veel aandacht uit naar de krachtwijken. Dezelfde problematiek komt ook elders voor. Ook de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de GGD-Nederland zijn deze mening toegedaan. Er moet een veel meer geïntegreerde aanpak komen. De geïntegreerde aanpak in het experiment Gezonde Wijk, moet na afloop van het experiment kunnen worden overgezet naar andere wijken en het platteland. De focus van de

krachtwijken moet worden verbreed naar andere regionen, zowel inhoudelijk als geografisch. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister. Ten aanzien van leefstijlinterventies gaat de minister ver. Naast het stoppen met roken wordt mogelijk ook de beweegkuur in het basispakket opgenomen. Het CDA vindt preventie zeer belangrijk, maar wil ook de omvang van het basispakket bewaken. Wat is de stand van zaken van deze twee interventies precies? Wanneer denkt de minister hierover beslissingen te kunnen nemen? Graag hoor ik ook van de minister of hij vindt dat een extra contactmoment van jongeren met de jeugdgezondheidszorg, zoals bepleit door mijn collega Uitslag, juist voor de sociaaleconomisch zwakkeren een preventieve werking kan hebben?

Dan de gezondheid van twee bijzondere aandachtsgroepen: de ouderen en de allochtonen. De ouderen zijn een extra kwetsbare groep bij wie een cumulatie van problemen dreigt: eenzaamheid, slechte voeding, geldzorgen etc. Graag hoor ik een reactie van de minister. Het CDA denkt dat er mogelijkheden zijn de allochtone patiënten zelf een grotere rol te geven bij de informatievoorziening over ziekten en gezondheid. Zelf heb ik ervaren dat een aanpak via «vrouw zoekt vrouw» goed kan werken in de allochtone gemeenschap. Ook het Netwerk voor Organisaties van Oudere Migranten (NOOM) erkent dit en biedt regelmatig voorlichtingsbijeenkomsten aan. Ondanks deze goede initiatieven wordt er nog te weinig aandacht geschonken aan selfempowerment van de allochtone patiënt. Graag hoor ik een reactie van de minister.

Behandelende artsen moeten beter worden geïnformeerd over en meer bewust gemaakt worden van de bekende verschillen tussen de diverse etnische groepen. Dat laat onverlet dat er al veel gebeurt. Er worden cursussen en trainingen gegeven. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) besteedt hier aandacht aan in haar informatievoorziening. Er zijn een academische werkplaats en een website ontwikkeld voor huisartsen over zorg voor allochtonen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) controleert en ZonMw doet onderzoek. De aanbodbank lijkt goed geregeld. Toch is dat niet zo. De specifieke aspecten van behandeling van bepaalde ziekten bij allochtonen zijn bij het overgrote deel van de artsen niet bekend en komen ook niet in de standaarden voor. Door opname van deze kennis in de NHG-standaarden en in de opleiding van de artsen is veel te winnen. Graag hoor ik hierop een uitgebreide reactie van de minister.

Zelfs als de arts voldoende is ingevoerd in de begeleiding van ziekten bij allochtonen, is het nog niet zeker of de allochtone patiënt daadwerkelijk betere zorg krijgt. Komt de informatie wel over bij de allochtone patiënt? Het ligt voor de hand dat taalproblemen hier mede een spaak in het wiel kunnen steken. Dat probleem is gedeeltelijk op te vangen door het goed leren spreken van de Nederlandse taal, en zo nodig door gebruik te maken van tolken. De arts moet zich voortdurend afvragen of zijn patiënt hem wel begrijpt. Dat is overigens niet alleen bij de allochtone patiënt aan de orde. De voorlichters eigen taal en cultuur en allochtone zorgconsulenten kunnen helpen de culturele verschillen te overbruggen. Het spreken van de Nederlandse taal alleen is niet genoeg. Allochtone patiënten moeten ook leren omgaan met het Nederlandse zorgstelsel. Dat werd mij tijdens een recent werkbezoek duidelijk. Allochtone patiënten weten veelal onvoldoende hierover en hebben een afwijkend verwachtingspatroon van de hulpverlening. Recent onderzoek laat zien dat beide kanten, de allochtone zorgvragen en de zorgaanbieder, de wens hebben hierover meer te leren. De vrouwen die ik tijdens het werkbezoek sprak, waren zeer leergierig. Het was goed te ervaren hoe deze vrouwen hun verantwoordelijkheid willen waarmaken. Het investeren in hun kennis heeft een enorm effect. Ze zijn immers de spil in het gezin en hebben invloed op de kinderen. De minister ziet als overheidstaak vooral ook de zorg voor kwetsbare groepen. Hoe denkt de minister hieraan invulling te geven?

Het is van belang het ontstaan van kwetsbare groepen te voorkomen door nog meer in te zetten op het tegengaan van voortijdig schoolverlaten bij het vmbo en mbo. We weten dat frequent verzuim op school hier een voorbode van kan zijn. Pilots hebben laten zien dat intensieve inzet van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij herhaaldelijk schoolverzuim leidt tot minder uitval. Onderzoek door de JGZ in dit soort gevallen liet zien dat er in 87% sprake was van somatische of psychosociale problematiek. In 73% van de gevallen was een vervolgactie noodzakelijk. Het CDA staat positief tegen deze aanpak omdat er sprake is van een gerichte interventie op jonge leeftijd op grond van een goed meetbaar signaal. Graag hoor ik van de minister of hij deze aanpak samen met zijn collega van Onderwijs wil ondersteunen.

De heer **Van Gerven** (SP): We hebben gezien dat de afgelopen jaren de sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn toegenomen. Is het CDA er een voorstander van dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden verkleind? Vindt de woordvoerder ook dat die doelstelling moeten worden opgenomen in de wet publieke gezondheid?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Dat is vooralsnog niet onze inzet. Ik heb in mijn inbreng al naar voren gebracht dat er een geïntegreerde aanpak moet komen.

De heer **Van Gerven** (SP): We zien een ontwikkeling die ongezond is; ongezonde verschillen die groter worden. Is het dan, vanuit de filosofie van het CDA, niet noodzakelijk die doelstelling helder te formuleren en op te nemen in de wet publieke gezondheid? Net zoals de CDA ook het amendement-Kant heeft gesteund met betrekking tot de ouderenzorg.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik ben het eens met uw doel. Ik vind dat er een geïntegreerde aanpak en regie moet komen. Maar het is niet primair onze inzet om het te regelen via de wet publieke gezondheid.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Voor ons is de kernvraag in hoeverre het de rol van de overheid is om iets aan de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te moeten doen. Ik wijs op het nieuwe zorgstelsel waarin een belangrijke rol is weggelegd voor de zorgverzekeraars om dit soort aspecten voor hun verzekerden mee te nemen. Hun rol is te constateren of er sprake is van bepaalde achterstanden in gezondheidssituaties, daar beleid op te maken en de verschillende partijen te diversifiëren. Hoe past het in het zorgstelsel dat er pogingen worden gedaan om tot een beleid te komen op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? Moet dit niet het beleid van de zorgverzekeraars zijn? Hebben de zorgverzekeraars hier wel de middelen voor? Gezien de privacy hebben de zorgverzekeraars niet de mogelijkheid om inhoudelijke zorgadviezen aan te dragen bij hun verzekerden. Dat mogen ze wel doen als ze een collectiviteit hebben verzekerd. Als bijvoorbeeld de gemeente Barendrecht zijn werknemers collectief heeft verzekerd, mag een zorgverzekeraar het bij de gemeente aangeven als onder de verzekerden een verhoogd percentage mensen met hartproblemen voorkomt. Ze mogen aangeven dat er interessante ontwikkelingen zijn, en ze mogen de mensen adviseren daar gebruik van te maken. Dat mag niet bij individuele verzekerden. Is het niet een taak van de zorgverzekeraars om dit soort beleid neer te zetten? Moeten we ze daar niet de middelen voor geven? Volgens ons is dat de essentie van het stelsel.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik kom nog even terug op die zorgverzekeraars die de heer Zijlstra zo belangrijk acht in het nieuwe zorgstelsel. Het probleem is dat de zorgverzekeraars vooral oog hebben voor de korte termijn. Preventie en het verkleinen van de sociaaleconomische gezond-

heidsverschillen is iets van de lange termijn. Denkt de heer Zijlstra dat het uitvoerbaar is, als de zorgverzekeraars dat al zouden willen en kunnen?

De heer **Zijlstra** (VVD): Ja. Ik denk dat het uitvoerbaar is.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik geef juist aan dat de zorgverzekeraars er vooral zijn voor de korte termijn. Dat is immers een kenmerk van het stelsel zoals dat is vormgegeven. Er wordt vooral op de korte termijn ingezet en op zo laag mogelijke premies geconcurrereerd. Preventie is op de korte termijn niet effectief.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik wil bestrijden dat het stelsel is ingesteld voor de korte termijn en dat de zorgverzekeraars per definitie een kortetermijnvisie zouden hebben. Waar de heer Van Gerven een punt heeft, is dat het zorgstelsel in ontwikkeling is en zeker nog niet volmaakt. We zijn niet eens halverwege. Een van de zaken waar de zorgverzekeraars absoluut een slag moeten maken is het bieden van kwaliteit van zorg. En kwaliteit van zorg gaat over preventie. Dus ik bestrijd het punt dat de heer Van Gerven feitelijk maakt, namelijk dat de zorgverzekeraars dit intrinsiek niet zouden willen of moeten doen gezien het zorgstelsel. Voor mij ligt het precies andersom: dit hoort bij hun kerntaak. Het hoort bij de mogelijkheden om zich te onderscheiden van hun concurrenten.

Ik vond een interessante grafiek over de ontwikkelingen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen de verschillende sociaaleconomische groepen. Deze toont feitelijk aan dat de verschillen niet groter worden. Het toont aan dat mensen met een sociaal lagere economische status met een vertraging nog steeds naar een hoger gezondheidsniveau groeien. We moeten dus oppassen. Er wordt geredeneerd of we bepaalde leefstijlen nog wel moeten promoten via voorlichting etc. omdat vooral de hogeropgeleiden en middelbaaropgeleiden ervan profiteren. Ik hoor graag hoe het kabinet hierover denkt. Juist de grafiek op pagina acht van het rapport van vorig jaar toont immers aan dat dit soort beleid moet worden voortgezet omdat er wel degelijk een – weliswaar vertraagde – doorwerking is naar de groepen met een lagere economische status.

We willen graag een onderscheid maken tussen gelijkwaardigheid versus gelijkheid. Het is een illusie om te denken dat we alle mensen gelijk kunnen schakelen. Mensen zijn hier niet gelijk in. Het kabinet wijst zelfs op genetische verschillen etc. Mensen moeten wel dezelfde uitgangspositie hebben en zijn in die zin gelijkwaardig. Dat onderscheid is heel fundamenteel. We vinden dat dit beleidsplan iets te veel uitgaat van de gelijkheid die gepredikt wordt.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Natuurlijk is het een prachtig plaatje, waarop je inderdaad ziet dat de verbeteringen aan beide groepen ten goede komen. Het verschil neemt niet toe, we schuiven met zijn allen op de grafiek naar rechts. Maar er is wel een verschil, wat gedeeltelijk te ondervangen is door de groepen met lagere sociaaleconomische gezondheidsverschillen dichter naar de hoger geclassificeerde groepen te brengen. Het moet dus en-en zijn. Natuurlijk moet je streven naar een verbetering van de gezondheid van beide groepen, maar je moet ook streven naar het verkleinen van het verschil tussen die groepen.

De heer **Zijlstra** (VVD): In hoeverre kun je daar concreet iets aan doen? Bij de formulering van de doelstellingen van het kabinet staat dat het kabinet rekening zal houden met de mogelijkheid dat het aandeel laagstopgeleiden van de bevolking afneemt. Vervolgens staat er de volgende opmerking: «Tot de nog resterende groep laagstopgeleiden zal vermoedelijk een relatief groot aantal mensen behoren met een aangeboren – dus niet te vermijden – ongezondheid of zwakbegaafdheid en als gevolg daarvan een lagere sociaaleconomische positie. Dit kan het verband tussen sociaaleco-

nomische omstandigheden en gezondheid vertekenen». Hoe groot is de groep die we nog kunnen benaderen, de groep zonder genetische afwijkingen voor wie er nog iets van het beleid verwacht kan worden? Zijn we wel met zinvol beleid bezig? Als ik dit zo lees, vraag ik me af of hier soms de oude 80-20-regel opgaat. Proberen we heel veel beleid te maken om een heel klein groepje te bereiken? Graag krijg ik helderheid over dit punt van het kabinet.

Wat betreft de wijken: niemand is tegen een gezonde leefomgeving. Ik vraag de minister welke prioriteit het kabinet stelt. Als ik met het kabinet spreek over stedelijke verdichting, dan moet er binnenstedelijk fors bijgebouwd worden. Dat doe je niet op lucht, dat doe je vaak op plaatsen waar nu sportveldjes of groenplekken liggen, waar kinderen spelen etc. Kan de minister aangeven waar de prioriteit van het kabinet ligt? Als het met elkaar wringt, maakt de minister dan een keuze voor een gezonde leefomgeving en dus voor het sportveldje en niet voor extra woningen binnenstedelijk? Graag krijg ik hierop een helder antwoord.

Met betrekking tot allochtonen wordt aangegeven dat taal een groot probleem is. Dat zien we ook als een groot probleem. Als je de voorlichting qua taal niet begrijpt, houdt het snel op. De vraag is of je dan allerlei extra instrumenten moet inzetten, of dat je het moet benoemen als een extra stimulans voor allochtonen om de taal te leren. Met taal begint immers alles. Spannen we het paard feitelijk niet achter de wagen als we met alle goede bedoelingen van dien toch weer speciaal beleid voor allochtonen gaan voeren met taalfolders etc.? Is het probleem niet de consequentie van het feit dat men de taal niet beheerst?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Ik vervang vandaag mijn collega Sap. Toen ik haar stukken las, moest ik denken aan mijn oud-collega Corrie Hermann. Zij was woordvoester van 1998-2002. Dit debat is een ode aan haar. Ze heeft vele debatten met de toenmalige minister Borst gevoerd om het belang van een breed openbaar gezondheidszorgbeleid en het tegengaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen op de agenda te zetten.

We steunen de hoofdlijn van de kabinetsplannen. Het is goed dat het kabinet zwaar inzet op deze thematiek. Dat levert een goed zicht op tal van interventies die de gezondheid van onze burgers kunnen verbeteren en het hardnekkige verschil tussen de verschillende bevolkingsgroepen en hun gezondheid verminderen. Het is goed dat het kabinet zich dit ten doel stelt. Het is gek en onaanvaardbaar dat deze verschillen bestaan. Maar we kunnen er iets aan doen en het is goed dat het kabinet dit tot haar taak rekent.

Migrantengroepen, nieuwe Nederlanders in de taal van de minister voor WWI, zijn behoorlijk oververtegenwoordigd in groepen met een lage sociaaleconomische status. Het is bijzonder belangrijk dat ook daar de focus op wordt gericht. Bij de Marokkaanse en Turkse vrouwen, Nederlanders van Turkse en Marokkaanse herkomst, is sprake van een veel lagere opkomst bij het preventieve bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Zo zijn er meerdere significante verschillen in de mate waarin de Nederlandse gezondheidszorg deze groepen weet te bereiken. Ik begrijp dat dit met een veelheid van oorzaken te maken heeft: kennis over het bestaan van dit bevolkingsonderzoek en het besef dat het zinvol is eraan mee te doen. Taboes spelen wellicht ook een rol. Wat ook meespeelt is dat deze mensen niet altijd de uitnodiging voor deelname aan het onderzoek kunnen lezen. Ik heb het echt gehad met die nieuwe politieke correctheid dat we de nieuwe Nederlanders ook altijd in het Nederlands aanspreken. Als het ons echt wat waard is hen allemaal te bereiken voor wat wij aan openbare gezondheidszorg te bieden hebben, laten we ze dan desnoods in hun eigen taal aanspreken. Effectiviteit staat voorop, en niet een nieuwe politiek-culturele correctheid van de rechtse kerk dat we nooit meer een

woordje Turks, Marokkaans of anderszins in dit land mogen horen. Ik reken hierbij op steun van de minister voor WWI.

Al eerder heeft mijn fractievoorzitter gepleit voor meer aandacht voor het belang van deelname aan de openbare gezondheidszorg bij de inburgeringscursussen. De nieuwe Nederlanders zijn nauwelijks vertegenwoordigd bij de professionals die zich bezighouden met het tegengaan van gezondheidsverschillen en het bereiken van mensen over het onderwerp openbare gezondheidszorg. Misschien kan de minister van VWS samen met de minister voor WWI hier nog eens goed naar kijken.

De heer **Zijlstra** (VVD): Begrijp ik het pleidooi van GroenLinks correct dat waar beleidsdoelstellingen worden gesteld, die men natuurlijk wil realiseren, men maar in de eigen taal moet worden aangesproken? Dat geldt in dit geval dan voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen, dat geldt voor het aanvragen van een paspoort, want alles is uiteindelijk een beleidskeuze. Pleit de heer Vendrik er feitelijk voor dat we teruggaan naar de situatie waarin we alle groepen in Nederland die de taal niet beheersen, weer vrolijk gaan aanspreken in hun eigen taal? En wat betekent dat voor de integratie?

Voor zover ik weet heeft GroenLinks niet ingestemd met beleid om neef-nichthuwelijken te verbieden. Dat is een van de belangrijke oorzaken van een overdaad aan genetische aandoeningen bij allochtone groeperingen. Vindt de heer Vendrik ook hier dat het beleid dusdanig belangrijk is dat hij deze keuze maakt?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik heb mijn collega Dibi nog niet gehoord. Het debat is net geweest. Ik heb in alle drukte niet precies op mijn netvlies staan wat onze positie op dit punt is. Wat betreft het aanspreken in de eigen taal heb ik onze positie wel duidelijk. In 1991 heeft de fractie van GroenLinks er bij de toenmalige minister-president Lubbers zeer sterk op aangedrongen dat er veel meer geld beschikbaar zou komen voor taalcurssussen Nederlands. Het toenmalige kabinet heeft dat afgewezen, evenals de VVD. We vonden het niet interessant, we vonden het niet belangrijk. Over het belang van Nederlandse taalverwerving hoeft niemand mij iets duidelijk te maken. Laten we vooral heel pragmatisch handelen als in de praktijk blijkt dat nieuwe Nederlanders de taal onvoldoende machtig zijn. Ze kunnen bijvoorbeeld de papieren uitnodigingen voor deelname aan het borstkankeronderzoek niet lezen, maar wel een uitnodiging in de taal uit het land van herkomst. Laten we dan niet handelen volgens de nieuwe ideologie van de kerk waartoe de heer Zijlstra behoort. Geef mensen optimale voorlichting, zo nodig ook in eigen taal. Net zo goed als ik in Amsterdam zo vaak Engelsen, Amerikanen – want ze wonen er allemaal – in het Engels uitleg hoe je op het Damrak kan komen. Dan zeg ik ook niet dat ze eerst maar een taal cursus moeten volgen. Je stelt de mensen gerust en vertelt hoe ze het Damrak kunnen vinden. Hier gaat het over een zaak van groter belang. Laten we daarin vooral praktisch zijn.

Dit debat is ook interessant in verband met het debat over de AOW. Als het kabinet in de nota schrijft dat die sociaaleconomische gezondheidsverschillen groot zijn en dat ze ook in de levensverwachting tot uiting komen, is de conclusie snel getrokken dat we met het huidige AOW-systeem heel onrechtvaardig bezig zijn. Ik vraag daar de instemmende conclusie van het kabinet over. Mensen met een lage sociaaleconomische status werken over het algemeen langer, betalen meer premie en genieten substantieel korter van de AOW. Dat zien we hier heel helder in beeld. Het is natuurlijk goed een poging te wagen die verschillen terug te laten lopen. Is het dan ook niet rechtvaardig om vanuit hetzelfde principe van gelijkwaardigheid de AOW eerlijker te verdelen? Waarom heeft de ene maatschappelijke klasse de facto zo veel langer recht op AOW dan de andere? Dat is eigenlijk heel gek. Juist daarom hebben we het voorstel gedaan het AOW-systeem te differentiëren waardoor je dit verschil opheft en de AOW

rechtvaardiger maakt. Waarom is dat geen overweging van het kabinet, terwijl het dit probleem terecht heel serieus neemt? Graag hoor ik een reactie hierop.

Het is goed dat stoppen met roken en meer bewegen in het basispakket komen. Er zijn nog meer preventiemaatregelen denkbaar. Hoe weegt het kabinet dit soort maatregelen af? Het is van het grootste belang dat mensen met een lage sociaaleconomische status gebruikmaken van die soort maatregelen. Zet het kabinet actief in op een beter bereik van deze groepen?

Het kabinet heeft aangekondigd met doelstellingen te komen. Wij zijn benieuwd welke dat zijn. Wat betreft het debat over obesitas vraag ik de minister van VWS hoe het staat met de zelfregulering met betrekking tot de snoepreclame. Wat doet het kabinet aan deelname aan sport door jongeren uit de lagere sociale milieus? We hebben al veel voorstellen op dit punt gedaan omdat geld daar een absolute barrière is. Het betreft mensen met een minimuminkomen en bijstandsgezinnen. De jongeren gaan hierdoor niet op tijd sporten. Waarom staat erin dit plan van het kabinet geen voorstel om daar iets aan te doen?

Wat gezond voedsel betreft draaien we volgens mij in de politiek al jaren om een heel elementaire waarheid heen. Gezond voedsel is vaak duurder dan ongezond voedsel. Het wordt tijd dat we dat prijsverschil gaan opheffen. Ik heb de afgelopen tien jaar hier talloze debatten over gevoerd met ministers van Landbouw, ministers van VWS en staatssecretarissen van Economische Zaken. Iedereen is het erover eens, maar er gebeurt niets. Ik vraag dit kabinet zich als taak te stellen om dat prijsverschil op te heffen. Daar zijn diverse wegen voor. Het kan via de btw, het kan via aparte belastingen, het kan via een pas voor ecomiles. Lees de achtereenvolgende verkiezingsprogramma's van GroenLinks erop na. Er zijn allerlei varianten mogelijk. De voormalige minister van Landbouw Veerman heeft hier indertijd een experiment op uitgezet. In Nijmegen is gekeken hoe we biologisch voedsel goedkoper kunnen maken en hoe de markt daarop reageert. Er staat overal een dikke plus op; het is goed voor de gezondheid, maar we laten het lopen. Het wordt tijd dat het kabinet hier nu iets aan doet.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik worstel met het laatste punt. De heer Vendrik wil het biologische voedsel goedkoper maken. Als het goedkope voedsel duurder wordt, hebben we wel veel inkomsten maar werkt het beleid niet. Hoe denkt de heer Vendrik dit te financieren bij een begrotingstekort van 35 mld.?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): We kunnen een schuif organiseren. We introduceren bijvoorbeeld een heffing op vlees. Dat geld kunnen we vervolgens gebruiken om gezond –dus biologisch – voedsel goedkoper te maken.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Dit beleidsplan is een reactie op eerdere moties van collega Van der Veen en mijzelf. De motie-Arib ging over de zorg aan allochtonen en het verschil in gezondheidstoestand en zorggebruik. Ik ben blij dat het kabinet met een beleidsplan is gekomen in reactie op eerdere debatten over de sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de gezondheidspositie van allochtonen. Er staat een goede analyse in, maar ik mis een aantal dingen. Een concrete doelstelling ontbreekt. Het is onduidelijk hoe het beleid om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen gecoördineerd wordt, hoe de effectiviteit gemeten wordt en wie waarvoor verantwoordelijk is. Dit beleidsplan is een begin, maar de ambities van het kabinet dienen groter en concreter te zijn, zeker gezien de laatste cijfers die we van het Centraal Bureau voor de Statistiek

(CBS) hebben gekregen. In de jaren negentig hebben twee commissies-Albeda aanbevelingen gedaan voor de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Helaas moet ik constateren dat er tot nu toe weinig mee is gedaan. De hele nota ademt helaas vaagheid en algemeenheid en is vooral vrijblijvend. Er wordt verwezen naar een preventienota die we op zijn vroegst in het najaar van 2010 kunnen verwachten. Dan pas komt de minister met zijn concrete doelstelling. Is dit wel verantwoord? Waarom moeten we wachten? Waarom kan er niet gestart worden met het beleid op grond van wat we nu al weten? Ik wil graag een reactie van de minister.

Er zijn hier en daar pilots en projecten die de sociaaleconomische gezondheidsverschillen willen verminderen. De vele verschillende projecten en initiatieven maken het onoverzichtelijk en ineffectief. Bovendien gaat het om mooie bedoelingen en goede intenties, maar niet om bewezen resultaten. De minister schrijft dat een realistische doelstelling voor de langere termijn, ten aanzien van de achterblijvende gezondheid van lageropgeleiden, nog afhankelijk is van nadere analyse. Welke analyse wordt bedoeld en wanneer is de analyse afgerond? Ik dacht dat we wel genoeg geanalyseerd hebben. Ik hoor graag welke ambitie de minister heeft. Is er een gevoel van urgentie of rommelen we maar door met rapporten en analyses? Ik constateer ook dat er op dit belangrijke thema weinig aansturing en regie is van VWS. Graag hoor ik een reactie van de minister.

In de samenvatting van het beleidsplan staat dat er aanwijzingen zijn dat de zorg voor allochtonen soms effectiever kan. Waarom wordt dit zo voorzichtig geformuleerd? Van de bevolking is 10,8% van niet-westerse afkomst. Hun gezondheid is slecht en hun sterftেকans groter. Uit de ABCD-studie die gedaan is in Amsterdam, onder andere samen met het Academisch Centrum Amsterdam (AMC), blijkt dat met name Turkse, Marokkaanse en Ghanese kinderen twee tot drie keer meer risico lopen op overgewicht dan Nederlandse kinderen. Diabetes mellitus komt bij Hindoestaanse Surinamers veel vaker en op jongere leeftijd voor dan bij autochtone Nederlanders. Depressie treedt vaker op bij Turkse en Marokkaanse ouderen. Schizofrenie komt vaker voor bij Marokkaanse jongeren. En zo kan ik een hele rij voorbeelden noemen over de slechte gezondheid van allochtonen die gerelateerd is aan hun lagere sociaaleconomische status. Hoezo aanwijzingen? Zijn deze feiten niet hard genoeg? De minister voor WWI is hier ook aanwezig. Is hij op de hoogte van deze cijfers? Wat vindt hij hiervan, als minister van Integratie? Gaat zijn aandacht in de krachtwijken alleen uit naar de fysieke omgeving? Is hij ook bereid een combinatie te maken van aandacht voor de fysieke omgeving en voor wat er in de gezinnen speelt? Is hij bereid ook de sociaaleconomische gezondheidsverschillen aan te pakken bij met name allochtone groepen? Is hij bereid en durft hij specifiek beleid te voeren gericht op deze groepen? Ik had graag gezien dat mevrouw Agema ook aanwezig was. Ze heeft vaak de mond vol over hoe vaak allochtonen gebruikmaken van de zorg. In de praktijk blijkt dat de allochtonen wel premie betalen, maar van bepaalde zorgvoorzieningen nauwelijks gebruikmaken. Ze doen vaak een beroep op huisartsen, maar komen nauwelijks bij specialistische zorg of gehandicaptenzorg. Van de allochtone ouders doet 50% daar geen beroep op.

Heel veel mantelzorgers doen het werk dat eigenlijk in AWBZ-instellingen zou moeten worden gedaan. Dat wordt helaas meestal niet genoemd. Specifieke ziekten en specifieke oorzaken zijn grotendeels bekend. Ik wil graag weten welk specifiek beleid gevolgd wordt en welke specifieke maatregelen worden genomen. Het moge duidelijk zijn dat de zorg aan allochtonen onvoldoende is. Ze krijgen niet de zorg waar ze recht op hebben. Ook uit het CBS-rapport over babysterfte bij allochtone kinderen blijkt dat het sterftecijfer bij kinderen van allochtone afkomst twee maal hoger ligt dan bij autochtone kinderen. De ongelijkheid wordt in de buik al

min of meer bepaald. Het rapport bevestigt dat de gezondheidsverschillen met betrekking tot allochtonen erg groot zijn. Iedereen is gelijk, maar op dit moment krijgen allochtonen geen gelijkwaardige zorg. Artsen zijn onvoldoende op de hoogte van specifieke ziekten die bij bepaalde bevolkingsgroepen vaker voorkomen. Er wordt niet gericht gezocht naar bepaalde ziekten. Ik wil graag dat iedereen gelijkwaardige en gerichte zorg krijgt. Verder ben ik benieuwd of de minister concrete cijfers heeft over gezondheid en welzijn van allochtone bevolkingsgroepen. Daarbij speelt mee dat de zorg voor deze groepen ontoegankelijker is en niet op hen is toegesneden. Er is een grote behoefte aan kennis over de gezondheid van allochtonen. ZonMw heeft hier een belangrijke notitie over uitgebracht. Mijn waardering hiervoor. In deze notitie wordt gepleit voor meer onderzoek naar deze specifieke groepen. Ik hoor graag van de minister wat hij hiervan vindt en of hij bereid is hiernaar wetenschappelijk onderzoek te laten doen. We zien dat dit ontzettend nodig is. Ik kijk ook naar de minister voor WWI. Het is belangrijk dat hij samen met de minister van VWS optrekt als het gaat om babysterfte en allochtone moeders. Het blijkt dat ook specifiek onderzoek nodig is onder de allochtone groepen, bij Surinamers, Antillianen en Marokkanen. Alleen op die manier weet je hoe je moet interveniëren en welke instrumenten er nodig zijn om de gezondheid te verbeteren. Het kabinet kiest onvoldoende voor het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Het beleid is met mitsen en maren omgeven. Ik vind dat het er nu niet acceptabel uitziet. Het kabinet moet veel meer doen dan tot nu toe het geval is geweest. Dit beleidsplan is een begin, maar de ambities van het kabinet dienen groter en concreter te zijn. Graag hoor ik van de minister hoe hij een krachtige aanpak van het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen ziet: wie dat moet coördineren, hoe samenhang aangebracht kan worden tussen de verschillende noodzakelijke maatregelen, en vooral hoe de vrijblijvendheid gestopt kan worden zodat de verschillende departementen hun verantwoordelijkheid nemen.

Voorzitter: Arib

Minister **Klink**: Voorzitter. We hebben wel cijfers over de gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen, en daarnaast ook tussen de groepen van lager en hogeropgeleiden en de sociaaleconomische verschillen. Als je de sociaaleconomische verschillen betreft bij de verschillen die bestaan tussen allochtonen en autochtonen en de cijfers daarop corrigeert, blijken de sociaaleconomische achtergronden en achterstanden de verschillen voor een groot gedeelte verklaren. Maar niet helemaal. Er is een autonome component die te maken heeft met de herkomst van personen. Dit zit voor een deel in de genetische aanleg en voor een ander deel in de toegankelijkheid van de zorg. Deze is over de hele linie wel goed, maar niet iedereen maakt in dezelfde mate hiervan gebruik.

Terecht dat de heer Vendrik dan ook op de communicatie wijst. De minister voor WWI en ik hebben samen gesproken over de – mijns inziens terechte – wens die er leeft in de samenleving dat betrokkenen Nederlands spreken. In die zin sluit ik me dus aan bij de rechtse kerk. Een gebrekkige vaardigheid in dat Nederlands kan niet de reden zijn om de toegankelijkheid van de zorg daarop in mindering te brengen. De communicatie in de gezondheidszorg dient optimaal te zijn. Op het moment dat er gebreken zijn aan de kant van de ontvanger van de zorg, dienen die van de kant van de aanbieder van de zorg ondervangen te worden. De verschillen rechtvaardigen het wel om in de richtlijnen van het NHG eens hiernaar te kijken. Verschillen die tot uiting komen in gezondheidsomstandigheden, kunnen genetisch bepaald zijn of het gevolg van gedrag dat in bepaalde kringen voorkomt. De richtlijnen zouden aangrijpings-

punten kunnen zijn voor de huisarts om daadwerkelijk verschil te maken in zijn benadering, en zo'n verschil te maken dat de gezondheidsuitkomsten uiteindelijk beter zijn. Laat ik iets minder abstract zijn. Op het moment dat men van de zijde van Agis bezig is met het in kaart brengen van verschillen tussen bevolkingsgroepen – in dit geval in Utrecht – en daar de zorg op wil afstemmen, vind ik dat een goede zaak. Dat zou bij de richtlijnen misschien terug kunnen komen. Hoe benader je mensen die met taalproblemen zitten, dan wel genetisch een andere structuur en aanleg kennen? We komen hier nog op terug. Ik vind het een handvat om nadere invulling te geven aan datgene wat we allen beogen.

Als je bij de voorbereiding op een debat de cijfers op je laat inwerken, zijn ze toch wel erg hoog. Twee jaar korter te leven voor mensen met een lage opleiding, lager onderwijs en vmbo, is een behoorlijk getal. Als je kijkt naar de gezonde levensjaren, is er vijf jaar verschil. Als je de groepen uit gaat splitsen in groepen met de hoogste en met de laagste levensverwachting en je voegt er de gezonde levensjaren bij, dan is dat bijna negentien jaar. Tegen die achtergrond is er een beleidsthema aan de orde dat onze aandacht vraagt. We moeten wel onderkennen dat dit vraagstuk lastig in kaart te brengen is en bovendien beleidsmatig moeilijk te hanteren. Het gaat om leeftijden. Over de complexiteit van leefstijl en overheidsinterventies hoef ik de Kamer weinig toe te lichten. Het gaat om gedrag, erfelijke aanleg, wonen, werkgelegenheid, inkomen, opleiding en toegankelijkheid van zorg.

Ik geef een illustratie om duidelijk te maken hoe lastig het soms is. We kregen een schriftelijke Kamervraag over babysterfte in allochtone milieus. Hier bleek dat financiële en psychische problematiek bij aanstaande moeders van directe invloed is op bepaalde problemen met de luchtwegen. Het lijkt mij dat er nogal wat schakels tussen zitten voordat je zo'n somatische problematiek bij een kind krijgt. Als je dan al een beeld hebt, wat is dan het aangrijpingspunt om iets te gaan doen aan de financiën? Je kunt wellicht de uitkering verhogen. Dat raakt het hele vraagstuk van de armoedeval en je economische beleid. Het is dus allemaal niet zo eenduidig te beantwoorden. Het is een weerbarstig vraagstuk, maar het mag nog niet van de agenda verdwijnen.

Ik noem de leefstijl: roken en drinken. Welke producten eet men wel, welke niet? Moet de overheid hierbij interveniëren? Als je dat doet, zoals met roken, blijkt dat de effectiviteit betrekkelijk eenzijdig neerslaat bij mensen uit die sociaaleconomische milieus die vanwege dat roken een groter gezondheidsprobleem hebben.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik snap dat de minister hier niet met een kabinetsmandaat aanwezig is om de inkomensverschillen in Nederland te verkleinen. Dat is volgens mij een terechte constatering. Ik kan me goed voorstellen dat, als sociaaleconomische gezondheidsverschillen naast vele andere factoren ook een kwestie zijn van geld, dit op zichzelf een reden is om vanuit VWS richting Sociale Zaken en richting kabinet ervoor te pleiten om dit punt op de agenda te zetten. Moeten wij niet gaan werken aan een hoger sociaal minimum?

Minister **Klink**: Het hangt ervan af welke invalshoek je kiest. Ik hoef niet overtuigd te worden door mijn collega's. Mijn doelstelling komt van binnenuit. Je moet concreet gaan werken aan een goede inburgering en taalvaardigheid, zodat mensen zich kwalificeren voor de arbeidsmarkt. Je moet ervoor zorgen dat mensen vaker in staat zijn om de werkloosheid achter zich te laten en weer aan de slag te gaan. Dat zijn de belangrijkste ingrediënten voor integratie, zeker tegen de achtergrond van het feit dat sociaaleconomische verschillen bepalend zijn voor ook gezondheidsverschillen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik ben het ermee eens. Maar dan moeten we ook werken aan een minister van Sociale Zaken die snapt dat we ook een keer zelfstandig iets aan het sociaal minimum moeten doen, naast alle factoren die de minister hier terecht noemt. Wordt er ook aan gewerkt dat de minister van Sociale Zaken dit inziet en bereid is daar beleid op te maken?

Minister **Klink**: Ik heb minimaal één keer per week op vrijdag een bespreking met de minister van Sociale Zaken. Ik krijg de indruk dat hij het wel snapt. Maar hij snapt ook dat de participatie in dit land buitengewoon belangrijk is. Hij begrijpt dat je de relatie tussen de hoogte van een bijstandsuitkering, het minimuminkomen en de spankracht van het bedrijfsleven in het oog moet houden.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil het nog wat breder trekken. De minister concludeert terecht dat de cijfers rond de sociaaleconomische gezondheidsverschillen onrustbarend zijn en dat ze eigenlijk zijn toegenomen. Vindt de minister dat het de doelstelling moet zijn deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen?

Minister **Klink**: We kiezen een integrale aanpak langs drie lijnen. De eerste lijn is preventie in vooral de curatieve sfeer. De tweede lijn heeft te maken met een goede verbinding tussen wat we landelijk doen en wat er lokaal gebeurt. De derde lijn is het zo veel mogelijk erbij betrekken van de andere departementen, werkgevers en scholen enz. Dit noem ik parallelle van belangen. De doelstelling is vrij helder en van onze zijde aangegeven tot 2020, waarmee wij aansluiten bij de commissie-Albeda: verbetering van de levensverwachting met drie jaar voor deze categorie mensen.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn vraag was waar de verkleining van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen onderdeel van uitmaakt. Het gaat om de absolute toename, maar natuurlijk ook om een verkleining van het verschil. Is het dan niet verstandig die doelstelling expliciet op te nemen in de wet publieke gezondheidszorg?

Minister **Klink**: Ik ben ervan overtuigd dat, als we dit algemene beleid uitvoeren, het met name zal hechten bij de lagere inkomensgroepen. De problematiek van bijvoorbeeld roken en bepaalde eetgewoonten is bij die groepen immers het grootste. Dat zal de afstand tussen de hogeropgeleiden en de lageropgeleiden verkleinen, met inachtneming van de drie jaar die generiek geldt. Gegeven het feit dat de doelstelling van tijd tot tijd op basis van nieuwe inzichten aangepast wordt, lijkt het me niet juist deze in de wet op te nemen. Bovendien ben ik beducht voor het benoemen van een doelstelling en een percentage. We gaan het wel doen, maar ik voeg er wel een kanttekening bij. Als je het streefgetal niet haalt, zal er gezegd worden dat alles uit de kast gehaald moet worden, dat elk instrument deugt en dat het doel ieder middel heiligt. Dat gaat me te ver. Ik ben het niet met de heer Vendrik eens. Ik wil niet aan de prijzen van zogenaamde ongezonde producten komen, en zal dat ook niet doen als we de doelstellingen niet halen.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat me er niet om een concreet percentage in de wet op te nemen, maar wel de richting, namelijk verkleining van die sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Daar is een wet: uitvoeringsdoelstellingen staan daar los van. De minister moet dat niet met elkaar vermengen.

Minister **Klink**: Laat ik het juridisch wat breder trekken. In de Grondwet staat dat we als overheid gehouden zijn om de gezondheid in Nederland te bevorderen. Dat geldt voor nieuwe Nederlanders en oude Nederlan-

ders. Alleen al om die reden heb ik geen wettelijke titel nodig om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen.

Over de samenhang in het beleid hebben we onlangs advies gevraagd aan de Raad voor het openbaar bestuur, aan de Onderwijsraad en aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en aan de SER om precieze invulling te geven aan de volle breedte van de agenda die hiermee gemeoid is. De Kamer heeft die ook gekregen. In de preventienota hebben we dit parallelle van belangen genoemd. Ik noem dat zo omdat ik graag zou zien dat scholen zich bewust worden van het feit dat de onderwijsresultaten beter worden als men werkt aan een veilig klimaat op school, een klimaat waarin meer bewogen wordt, waarin de gezondheid een rol speelt. Er loopt nu onderzoek, maar er zijn veel indicaties die in die richting wijzen. Scholen moeten beseffen dat er voor hen van binnenuit een belang is om hieraan te werken.

Hetzelfde geldt voor werkgevers. Zeker tegen de achtergrond van een AOW-leeftijd van 67 jaar moeten ze gaan beseffen dat er na een x-aantal jaren in een bepaald zwaar beroep een ander aanbod gedaan moet worden. Het is van groot belang voor werkgevers om in de gezondheid van deze mensen te investeren. Het kabinet wordt wat dat betreft ook met de neus op de feiten gedrukt. Dit is de reden dat de minister van Sociale Zaken en ikzelf onlangs een artikel hebben gepubliceerd waarin we erop wijzen dat nog maar 39% van de mensen die lijden aan een chronische aandoening, op dit moment actief is op de arbeidsmarkt. Dat is veel te weinig. Deze mensen zullen dan ook van de kant van Volksgezondheid geholpen moeten worden. Tegelijkertijd moeten de werkgevers beseffen dat ze moeten investeren in hun werknemers. Langs die lijnen kunnen we winst behalen door aan twee kanten aan de gezondheid van mensen te werken.

Dit geldt ook voor het openbaar bestuur. Alcohol en het misbruik daarvan hebben effect op jongeren en gezondheid. Het is van belang dat de gemeenten zich realiseren dat dit ook hen aangaat. Om die reden kennen we de bewaking van de leeftijdsgrens aan de gemeenten toe in een pilot en stellen hen in staat rond de zestien en achttien jaar te variëren.

De heer **Zijlstra** (VVD): Iedereen geeft aan dat een onderscheid in zware beroepen noodzakelijk is. De minister zegt dat daarmee gezondheidswinst wordt gemaakt. Ik zeg dat het onderscheid niet te maken is. En als er al een onderscheid gemaakt zou worden, voorspel ik dat dit er vooral toe zal leiden dat werkgevers gaan zoeken naar manieren om van de betreffende werknemer af te komen voordat ze de dertig jaar hebben bereikt. Dus dit is wederom het paard achter de wagen spannen.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik ben het ermee eens dat werkgevers hun eigen belang bij fitte werknemers moeten inzien. Hoe kan het dan dat de minister van VWS in het kabinet kennelijk de staatssecretaris van Financiën heeft laten weggkomen met een nieuwe fiscale regeling voor werkgevers betreffende een aantal onkostenvergoedingen aan de werknemers, die bijvoorbeeld bedrijfsfitness in de problemen brengt? Dan had de minister dit moeten tegenhouden in het kabinet. Waarom zien we die regeling in het Belastingplan?

Minister **Klink**: Waar het mij om gaat, is dat het besef tot werkgevers doordringt dat ze dienen te investeren in de gezondheid van de werknemers omdat dit een belang is dat henzelf aangaat. Dat lijkt me belangrijker dan een afzonderlijk plan in de fiscale regeling van de staatssecretaris van Financiën. Ik wijs erop dat de overheid hier niet voor nodig is. Daarom spreek ik over een van binnenuit komend belang dat men heeft bij het investeren in de workability van iedereen die tot het bedrijf behoort. Als men dat niet doet, loopt men op gegeven moment aan tegen schaarste op de arbeidsmarkt en tegen extra kosten die samenhangen met de AOW.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat is geen antwoord op mijn vraag. Hier zijn we het over eens. Maar hoe kan het dan dat we dit horen van de minister van VWS – nogmaals, ondersteund door de fractie van GroenLinks – terwijl we net gestemd hebben over een Belastingplan waarin een fiscale regeling zit voor werkgevers over onkostenvergoedingen aan werknemers die er per saldo toe leidt dat de vergoedingen voor bedrijfsfitness naar beneden gaan? Dat snap ik niet. Het is het een of het ander, als het kabinet dit meent.

Minister **Klink**: Ik schaar mij achter de staatssecretaris van Financiën voor zover hij de zelfstandige waarde van de vereenvoudiging van het belastingstelsel een warm hart toedraagt. Het is niet per se de overheid die nu aan zet is. Het dient een van binnenuit komend belang te zijn van de werkgevers dat ze van binnenuit dienen te onderkennen, namelijk investeren in die gezondheid. Als de werkgever zegt dat hij daarvoor die fiscale regeling nodig heeft, begrijpt hij niet dat het in zijn eigen belang is om de mogelijkheid aan te bieden.

Wat betreft de gemeenten zijn we de bestaande cyclus op dit moment aanzienlijk aan het verbeteren. De bedoeling is dat er van de kant van de rijksoverheid een preventienota komt, waaraan de gemeenten hun eigen invulling kunnen geven. De inzichten van de GGD over de gezondheid van de lokale bevolking kunnen ze hierin meenemen. Men zal zich vervolgens binnen die nota richten op de doelstellingen die we landelijk neerzetten. De doelstellingen die de Kamer onder andere in onze preventienota vindt, zijn mede afgeleid van de inzichten die we ontlenen aan de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM. Het RIVM brengt het landelijk in kaart, VWS formuleert de speerpunten in termen van beleid met een preventienota. Vervolgens geeft de gemeente hier een eigen lokale invulling aan op basis van de inzichten die ze heeft in de gezondheidstoestand van haar bevolking. Dit is niet zomaar een verwijzing naar een al lang bestaande cyclus. Op dit moment bezien we met de inspectie in hoeverre er, ook op gemeentelijk niveau, concrete doelstellingen zijn. Vervolgens kijken we in hoeverre de instrumenten die men inzet, daadwerkelijk tot die doelstellingen kunnen leiden. We steunen de gemeenten daarbij via het Centrum Gezond Leven (CGL). Dit Centrum is de afgelopen jaren in het leven geroepen als overkoepelend orgaan van gezondheidbevorderende instellingen. Dit heeft een staalkaart van interventies opgeleverd die het CGL gestroomlijnd heeft. Voorbeelden van goed werkende interventies zijn hier bekend en krijgen een soort steunfunctie voor de gemeenten. Verder hebben we ZonMw gevraagd om besturen te helpen bij het formuleren van de doelstellingen van de preventienota's op lokaal niveau via Gezonde Slagkracht. Tot slot hebben we 4 mln. die beschikbaar was voor de gemeenten aan de G31 geschonken om een financiële impuls te geven aan de lokale preventieactiviteiten. Daarnaast loopt het project van collega Van der Laan rondom gezonde wijken in de grote steden. Dit heeft weer te maken met de integrale wijkaanpak.

Samenvattend hebben we ten eerste de integraliteit aan de kant van scholen, werkgevers, – waarbij het bijvoorbeeld ook gaat over fietspaden bij Verkeer en Waterstaat – die door het kabinet op landelijk niveau wordt geborgd. Wij willen hierbij zo veel mogelijk maatschappelijke instellingen betrekken. Ten tweede hebben we de cyclus tussen het openbaar bestuur, landelijk en regionaal. Ten derde is er de verbinding tussen preventie en curatie. Dat heeft vooral te maken met het feit dat we in een aantal zaken investeren. We gaan de afweging maken in hoeverre preventie rond roken en de beweegkuur in het basispakket komen. Ik noemde de chronisch zieken al. Over zelfmanagement en verbeteren van de aanpak hebben we vele malen gesproken; dit zal met name ook de sociaaleconomische gezondheidsverschillen gaan raken. En collega Bussemaker houdt zich bezig met de verpleegkundigen die in die 40 wijken ook aan bod komen en een financiële impuls krijgen op basis van de motie-Hamer.

De heer Van Gerven vroeg welke middelen we vrijmaken. We kennen op dit moment het vierde preventieprogramma van ZonMw. Ik noemde Gezonde Slagkracht. Hierin steunt ZonMw gemeenten bestuurlijk met betrekking tot het voorkomen van overgewicht, roken en alcohol en drugs. We kennen de decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad. Dit zijn de 4 mln. die in de richting van de G31 gaan.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Arib** (PvdA): Tijdens het debat over overgewicht heb ik een motie ingediend met betrekking tot op kinderen gerichte snoeprclame. Ik heb de motie toen aangehouden omdat de minister ruimte vroeg om te onderhandelen met de voedingsindustrie. Ook een andere motie heb ik op verzoek van de minister aangehouden. Die ging over een specifiek plan van aanpak, gericht op het terugdringen van overgewicht bij mensen met een lage sociaaleconomische status en bij allochtonen. Beide moties heb ik aangehouden omdat de minister eerst wilde praten om met het veld tot concrete afspraken te komen. Ik wil graag weten hoe het hiermee staat.

Minister **Klink**: De heer Vendrik vroeg ook naar de stand van zaken omtrent snoeprclame. Op 30 november hebben we het gesprek. Ik zal de Kamer direct daarna en nog voor het reces de uitkomsten doen toekomen. De heer Van Gerven vroeg om een gezondheidsenquête per wijk. De lokale gezondheidsmonitors en de GGD zijn ondersteunend voor de gemeenten om inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van de bevolking. Op dit moment brengen we meer eenheid aan in die monitors die ook van betekenis zijn voor het RIVM met betrekking tot de Volksgezondheid Toekomst Verkenning. In antwoord op de heer Van Gerven: Ik heb erover gesproken in hoeverre we de doelstelling moeten opnemen in de wet publieke gezondheid en ben er niet vóór.

Voorzitter: Arib

De heer **Van Gerven** (SP): Ik had ook een vraag gesteld over het concrete doel. Heeft de minister streefcijfers met betrekking tot het verkleinen van de gezondheidsverschillen, niet de absolute cijfers maar de relatieve verkleining?

Minister **Klink**: Als de heer Van Gerven met absoluut bedoelt wat we in drie jaar aan gezondheidswinst beogen, dan heb ik dat al aangegeven. We zullen in de loop van komend jaar, als we over de nieuwe toekomstverkenning van het RIVM beschikken, proberen om de concrete doelstellingen rond de specifieke groep waar het hier om gaat, te formuleren. Dat kan op dit moment nog niet. We moeten eerst inzicht hebben over waar we nu staan, gerelateerd aan die drie jaar. Verder moeten we nader inzicht krijgen in de gezondheid van de verschillende groeperingen. We hebben het RIVM gevraagd om in die Volksgezondheid Toekomst Verkenning van 2010 afzonderlijk aandacht te besteden aan de gezondheid van ouderen. We zullen in de landelijke nota gezondheidsbeleid die we eind 2010 zullen publiceren, een hoofdstuk over ouderen opnemen. In die volgorde. Het is dus niet zo dat we aan het stapelen zijn. We maken die beleidsnota naar aanleiding van de verkenning van het RIVM die ons de feiten presenteert. De nota gaat beleidsmatig op die feiten en cijfers in. We hebben het RIVM ook gevraagd de gezondheidstoestand van ouderen in kaart te brengen. We zullen hier zelf eind 2010 speerpunten op formuleren. Dit is vervolgens indicatief voor de gemeentelijke cyclus en voor de inspectie. De inspectie zal op deze onderdelen weer gaan kijken in hoeverre dat terugkomt bij de gemeenten. Praktisch sluit dit aan bij het traject Gezond Lokaal-Centraal, dat de VNG, de GGD en het ministerie van VWS op dit moment aan het opzetten zijn. Het is bedoeld als hulpmiddel

voor de gemeenten, zodat zij hierop beleid kunnen ontwikkelen. Binnen ZonMw lopen verschillende programma's waarin met name de ouderen aan bod komen. PreventieKracht Thuiszorg, het stimuleren van meer wijkverpleegkundigen, maakt daar deel van uit. Dit is op basis van de motie-Hamer. Ook het Nationaal Programma Ouderen loopt bij ZonMw. Zijn alloctonen gezonder of ongezonder zijn dan autoctonen? Etniciteit speelt hierbij een zelfstandige rol, maar veel wordt gecorrigeerd door sociaaleconomische achterstanden. Hetzelfde geldt trouwens voor de babysterfte. Zijn specifieke interventies bij specifieke bevolkingsgroepen noodzakelijk? Als we het generieke beleid uitvoeren, zal dat vooral ten goede komen aan de groepen die op dit moment de grootste achterstand hebben. Meer specifiek geldt het wel voor de benadering van alloctonen. Dan hebben we het over communicatie, wellicht op een enkel onderdeel via de richtlijnen van de NHG.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben het ermee eens dat iedereen van het generieke beleid dient te profiteren. De werkelijkheid is toch wel anders. Ondanks dat het beleid voor iedereen gelijk is, komt het niet aan specifieke groepen ten goede. Dat heeft niet alleen met de taal te maken, maar ook met de benadering. In die zin is het belangrijk om juist de initiatieven die vanuit specifieke alloctone groepen in achterstandswijken worden ondernomen, te steunen. Het is belangrijk om naast het generieke beleid, initiatieven te steunen, of het nu gaat over het ondersteunen van alloctonen met gehandicapte kinderen of over het stimuleren van alloctone vrouwen om meer gebruik maken van het bevolkingsonderzoek. Specifieke activiteiten hebben een veel groter bereik dan de algemene activiteiten.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Volgens mij is het aan de orde dat er in de gezondheidszorg een groot bewustzijn is ontstaan over de kloof tussen de zorg en de nieuwe Nederlanders. Er moet iets aan gebeuren. We hebben heel mooie initiatieven, maar het ontbreekt aan het borgen van de kennis die we opdoen in opleiding, in richtlijnen etc. Het ontbreekt eraan dat het mainstream wordt. Is de minister bereid daar vol op in te zetten?

Minister **Klink**: Ik ben het met mevrouw Arib eens dat het meer is dan alleen de taal. Laat ik een voorbeeld noemen. Een jaar geleden legden de heer Van der Laan en ikzelf een werkbezoek af in Den Haag in het kader van psychische zorg voor met name vrouwen. Dan blijkt dat men er geen gebruik van maakt. Ook al heb je een mooie folder, ook al heb je een goed communicerende huisarts. Als schakel fungeerde een welbespraakte en goed Nederlands sprekende dame van tussen de 50 en 60 jaar. Ze ontmoette wekelijks allerlei vrouwen. Ze maakte hen bewust van het feit dat het echt nodig was om niet naar een of andere kwakzalver te gaan uit de eigen bevolkingsgroep, die het allemaal wel even op zou lossen, maar naar een professionele hulpverlener. Het gaat inderdaad om meer dan communicatie alléén. Het zijn vrij weerbarstige vraagstukken in het toegankelijk maken van de zorg. Daarom is het zo belangrijk dat in de wijken waar men dit soort initiatieven kent, het initiatief wordt genomen en dat we daarvoor ruimte creëren. We kunnen het hier niet verzinnen en we kennen die dame in kwestie niet. Maar de wethouder kent die dame wel en kan daar ook bij aankloppen.

Als het om behandelingen gaat die specifieke vaardigheden vergen, kan het geen kwaad als daar in opleidingen en richtlijnen rekening mee wordt gehouden. Zeker als het gaat over het integratievraagstuk als zodanig, dat je tussen twee culturen in woont en daar psychische problemen uit voortvloeien. Ik kan me voorstellen dat ZonMw, die vaak ondersteuning biedt bij het maken van richtlijnen, er daadwerkelijk rekening mee houdt dat er

naar doelgroepen gespecificeerd dient te worden. Dat is niet raar, en het is ook niet een vraagstuk van alleen maar integratie. We kenden in het verleden de verzuiling. En reken maar dat er bij de reformatorische zuil andere psychische vraagstukken speelden dan bij mensen uit hartje Amsterdam. Ik vind het terecht om rekening te houden met de doelgroepen waarmee je werkt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben blij dat de minister dit soort specifieke initiatieven erkent. Maar ik wil graag weten welke consequenties aan dit soort initiatieven wordt verbonden. Ik weet dat er vanuit VWS veel middelen gaan naar instellingen die op papier heel goed werk doen met allochtonen, maar in de praktijk die groep nauwelijks bereiken. Terwijl initiatieven in de Schilderswijk en Amsterdam-West die hartstikke goed zijn, vastlopen en geen steun krijgen. Ik vind dat deze initiatieven ook alle financiële steun verdienen vanuit VWS en WWI.

Minister **Klink**: Om die reden hebben we die middelen, die 4 mln., dan ook gedecentraliseerd. Collega Van der Laan werkt er niet voor niets aan dat met name in die 40 wijken dit soort initiatieven van de grond komt. We kunnen deze initiatieven die van onderop komen, niet in een richtlijn gaan vastleggen. Datzelfde geldt trouwens voor de opleidingen. Dan moet het echt om een medisch-inhoudelijke invulling gaan. Als je met specifieke bestendige patronen van ziekten te maken krijgt, kan dat wel degelijk van invloed zijn op die richtlijnen. Het zwaartepunt komt te liggen bij die gezonde wijk, op de wethouder en op kennis van zaken rondom de lokale situatie.

Voorzitter: Arib

Minister **Klink**: Voorzitter. In 2010 zullen we beslissen of er in 2011 ruimte is voor de beweegkuur. Het gaat niet alleen om de kosteneffectiviteit – die is al aangetoond – maar ook om de budgettaire inpasbaarheid. Wat betreft de laagstopgeleiden heeft de heer Zijlstra gelijk. Op dit moment heeft 11% alleen een basisschool gevolgd. Die groep wordt gaandeweg kleiner. Dan zullen we de groep herdefiniëren tot basisonderwijs en vmbo.

De inschatting is dat we voor de tolken en vertalers zo'n 19 mln. op jaarbasis gaan betalen. We hebben ons afgevraagd of dat terecht is. Op die manier bestendig je het gemak om de Nederlandse taal niet te hoeven spreken, omdat men wel met een tolk komt. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst verplicht de zorgverlener om te communiceren in een voor de patiënt begrijpelijke taal. Dat vind ik logisch. Je kunt mensen geen zorg onthouden, als een soort sanctie, omdat men de Nederlandse taal niet spreekt. Daarmee zou je mensen tekortdoen. Als je een heleboel gezondheidsproblemen in aanvang laat liggen of communicatie een drempel laat zijn, kom je jezelf tegen met betrekking tot het uitdiepen van de problemen en de extra kosten die daarmee gemoeid zijn. Voorafgaand aan dit debat meldde collega Van der Laan mij dat in de geestelijke gezondheidszorg de kosten in de intramurale zorg heel hoog zijn, terwijl men nauwelijks gebruikmaakt van de geestelijke gezondheidszorg die geleverd wordt in de eerste lijn. Het kan zijn dat daar een relatie tussen zit. Op het moment dat je communicatie als drempel opwerpt, loop je het risico dat de problemen zich verergeren. Dit betekent overigens niet dat we niet voluit moeten gaan voor het leren van de Nederlandse taal.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ten aanzien van laagopgeleiden is de minister niet ingegaan op de vraag of er nog een substantiële groep overblijft waarvoor het maken van beleid zinvol is als de niet-beïnvloedbare factoren eruit zijn gehaald. De minister constateert dat ik een terechte opmerking maak, maar trekt er geen gevolgen uit. Wat de tolken betreft mag het natuurlijk

niet zo zijn dat een taalprobleem leidt tot het niet behandelen van een patiënt die een geneeskundige behandeling nodig heeft. Iedereen heeft recht op zorg. De vraag is in hoeverre je als overheid tegemoet moet komen aan een taalprobleem in communicatie- en voorlichtingstrajecten waar een eigen verantwoordelijkheid ligt bij de betreffende burger. Het lijkt ons niet verstandig. Als dat het criterium is, geldt het op alle gebieden en zijn we alles weer in een andere taal aan het doen.

Minister **Klink**: In bredere zin ga ik daar niet over. De gezondheidszorg is een vrij uitzonderlijke situatie omdat het daar over leven, dood en gezondheid van mensen gaat. Het is in het algemeen niet aan te bevelen – en dus ook niet in de gezondheidszorg – om iedereen die de Nederlandse taal niet spreekt maar van onze kant te accommoderen. Dat lijkt me een onverstandige beleidslijn. Daarmee vertolk ik een beleidslijn die mijn collega straks zal toelichten en die zeker de zijne is.

De heer **Zijlstra** (VVD): Een andere groep, deels overlappend, betreft de analfabeten. Hoe gaan we het daar doen? Ik ken regio's in mijn thuisprovincie waar het Nederlands ook niet fantastisch beheerst wordt. Gaan we daar brieven in het Fries sturen? En zo komen er nog wel meer vraagstukken voorbij.

Minister **Klink**: In mijn vorige functie in de Eerste Kamer nam ik onderwijs voor mijn rekening. Vanuit die functie weet ik dat het aantal analfabeten in de honderdduizenden loopt. Dat is echt een probleem. In hoeverre dit ook in de gezondheidszorg een probleem is, is niet duidelijk. Daar kan men natuurlijk verbaal communiceren, wat vaak wel lukt. In hoeverre blijft het probleem bestaan als steeds minder mensen uitsluitend basisonderwijs hebben gevolgd hebben? Als daardoor de gezondheidsverschillen afnemen wordt het probleem kleiner, maar met name rond allochtone groeperingen en nieuwe Nederlanders doet dit probleem zich wel degelijk voor. Vaak hebben zij niet de scholing gehad die we in gewend zijn. Hooguit is men via de inburgering tot een bepaald niveau gekomen. In die gevallen zullen de verschillen in opleiding en taalvaardigheid blijven bestaan, tenzij we ons met z'n allen enorm blijven inzetten voor die inburgering. Dit is in de afgelopen week opnieuw door het kabinet onderstreept.

Ik kom op verhoging van de AOW-leeftijd naar 67 jaar. Als wij groepen of mensen zouden gaan categoriseren en zeggen «Uw levensverwachting is x en op basis daarvan gaan wij de premie bijstellen» gaan wij in de premie differentiëren en daarmee het verzekeringskarakter van de AOW verlaten. Het zou een spaarpot worden. Dat moeten we dus niet doen. Het blijft een algemene volksverzekering voor iedereen. Het neemt niet weg dat, met het verhogen van de leeftijd naar 67 jaar, het omgekeerde wel geldt: de inspanningsverplichting van de werkgever om in de werknemer te investeren moet groter worden. De werkgever zou dit van binnenuit aan moeten voelen. Zeker tegen de achtergrond van de schaarste die we in de gezondheidszorg absoluut zullen gaan krijgen en deels zelfs al hebben. Ik wijs in dit kader op de gespecialiseerde verpleegkundigen die wij in het buitenland werven en waarover ik vorige week een interventie heb gekregen van de heer Van Gerven. Iedere instelling of bedrijf heeft belang bij het investeren in de gezondheid van haar of zijn mensen. Voor de werkgever neemt dit belang alleen maar toe.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Die logica snap ik wel en ik wil er verder niet over discussiëren; daar was het AOW-debat voor. Maar ik zet er een andere logica naast. Als u namelijk, terecht, constateert dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen zo groot zijn dat deze zich «uitbetalen» in zeer grote verschillen in de levensverwachting, bestaat er nu eigenlijk al een rechtvaardigheidsprobleem met de AOW. Je zou dan de vergrijzingsa-

genda en deze agenda moeten combineren en zeggen: «Eigenlijk willen wij een nieuwe AOW, die ook aan dat oude probleem een keer recht doet». Dat houd ik u voor.

Minister Klink: Het gaat om een reëel probleem. Zojuist gaf ik aan dat nog maar 39% werkt van mensen met chronische aandoeningen als diabetes, hartfalen en astma. De meeste chronische aandoeningen ontstaan tussen 50 en 60 jaar, vaak rond het 55ste jaar. Die groepen zijn nu nog ontzien wat betreft de AOW-leeftijd, maar iedereen die nu 40 of net 50 jaar is, zoals ikzelf, gaat daar wellicht tegen aanlopen. Reden temeer om daar in termen van preventie en goede zorg, enorm te gaan investeren. Dat is ook de reden waarom de minister van SZW en ikzelf dat artikel geschreven en ondertekend hebben. Wij willen ermee aangeven dat hier een gemeenschappelijk belang ligt. Het parallel lopen van die belangen wordt in elk geval aan onze zijde op dit moment zo ervaren, wat in het verleden wel eens anders geweest is. Gaandeweg dringt door dat preventie en gezondheidszorg ook voor de arbeidsmarkt van betekenis zijn.

Voor de vraag van heer Vendrik over sport verwijs ik naar de staatssecretaris, die daar in de afgelopen jaren de nodige meters in gemaakt heeft. Zo is er voor de allochtone jeugd het project Meedoen. Hiervoor zijn door de sportbonden en de MOgroep 500 sportprojecten en 50 sport/zorgtrajecten ontwikkeld. Het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen van VWS, dat in mijn portefeuille zit, wordt door ons gesubsidieerd. Dan is er de Impuls Brede Scholen, Sport en Cultuur van de staatssecretarissen van VWS en van OCW, waarin 2250 combinatiefuncties zijn gecreëerd tussen cultuur, sportverenigingen en scholen. Vanuit SZW loopt het convenant Kinderen Doen Mee. Gemeenten ontvangen een algemene uitkering in het kader van het armoedebeleid, die kan worden gebruikt om bewegingsprojecten te stimuleren. Ik hoop dat ook scholen dat meer zullen gaan doen en inzien dat dit ook van belang is voor het behalen van betere schoolresultaten.

Over gezonde voeding en de vraag of dat duur is, heb ik al gezegd dat ik niet van plan ben om op dat gebied fiscale of prijstechnische instrumenten in te zetten. Onlangs heb ik een debat gevolgd op de BBC, waarin mijn Engelse collega voor diezelfde vraag stond. Aanvankelijk wilde hij dat wel, maar hij heeft er toch van afgezien. Je komt dan namelijk voor heel rare vragen te staan, zoals of een Mars duurder moet worden en, zo ja, hoeveel procent. In welke bevolkingsgroepen wordt zo'n Mars gegeten, in hoeverre valt dat binnen een levenspatroon? Het is mijn stellige overtuiging dat je in buitengewoon lastige discussies terechtkomt.

Ik heb al gesproken over zelfregulering en de doelstellingen. De initiatieven tot aansturing vanuit VWS liggen voor een groot deel bij mij, maar gaandeweg dringt het bij collega's en maatschappelijke organisaties door dat het een breed vraagstuk betreft. Ik verwijs naar de minister van SZW, de minister voor WWI en het rapport van de Onderwijsraad. De coördinatie komt in elk geval gaandeweg en uit overtuiging tot stand.

Over de effectiviteit van de aanpak van zorg en preventie bij allochtonen heb ik reeds met de Kamer gesproken. Wij hebben het onder andere gehad over het initiatief in de Schilderswijk op het gebied van psychiatrische zorg.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat is goed, dan bedoelen wij hetzelfde. Er is een vraag blijven liggen over het verzoek van ZonMw, dat een prachtige notitie heeft geschreven over de toegankelijkheid van zorg voor allochtonen. Ik wil weten hoe de minister daarmee omgaat. De notitie ligt er al een tijd, en het lijkt me belangrijk om dat soort initiatieven op het gebied van onderzoek te steunen.

Minister **Klink**: Er zijn mij zojuist twee dingen aangegeven. Ten eerste: ZonMw presenteert dat rapport mede op ons eigen verzoek. Men ontwikkelt programma's omdat wij daar om vragen en er ook het geld voor verschaffen. Ten tweede zijn wij momenteel de uitkomsten van het onderzoek in kaart aan het brengen. Wellicht dat die inderdaad vertakt zullen gaan worden naar de richtlijnen, de opleidingen, de benaderingen etc. Te zijner tijd zal ik de Kamer daarover inlichten.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Prima. Het gaat om een concreet verzoek van ZonMw over etniciteit en gezondheidszorg. Ik hoor het graag.

Voorzitter: Arib

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik wil graag nog antwoord op de vragen over dit beleid in relatie tot de verantwoordelijkheden binnen het huidige zorgstelsel.

Minister **Klink**: De heer Vendrik maakte daarover de terechte opmerking dat de publieke gezondheid ons natuurlijk heel wat waard is en dat wij daarin moeten investeren. Want, zoals een van mijn dg's altijd zegt, het zijn wel de dijken van de gezondheidszorg. Ik ben dat geheel met hem eens.

Ik sprak al over de verbinding tussen curatie en preventie in het basispakket. Dat is natuurlijk een vraag die ook ons aangaat. Gaan we dat wel of niet betalen? Zorgverzekeraars beginnen daar nu al vrij veel aan te doen. Big!Move van Agis in Utrecht is daar een voorbeeld van, en zo zijn er meer. Ik denk dat het een wisselwerking is. Ik duw daarmee de opmerking over het aan zet zijn van verzekeraars, niet weg. Het gaat echter om meer dan de curatieve zorg alléén, het ligt zeker ook in de sfeer van de openbare gezondheidszorg.

Minister **Van der Laan**: Voorzitter. Ik ben vereerd dat ik bij de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport ben uitgenodigd. Wij leerden elkaar een jaar geleden kennen tijdens een wijkbezoek, waarbij gezondheid een belangrijk thema was en waaraan ik goede herinneringen heb. Dat maakt het bijzonder, want een van de eerste dingen die ik over de wijkenaanpak geleerd heb is het integrale karakter met en de verbinding naar gezondheid.

Wij kunnen inderdaad heel veel voor elkaar betekenen. Gezondheid is een belangrijk issue voor de wijkbewoners. Omgekeerd kunnen de wijken, als fysieke vindplaats van mensen met achterstanden, van betekenis zijn voor de aanpak van de minister van dit grote gezondheidsprobleem. Omdat wij in de wijkaanpak vooroplopen bij de integrale aanpak van problemen, waar gezondheid er één van is. Dat is een verdienste van mijn voorganger.

Minister Klink heeft het voornaamste al behandeld, maar dit zijn voor mij twee focuspunten. Inmiddels heb ik 39 van de 40 wijken bezocht en ik heb daarbij, ook op het terrein van gezondheid en gezondheidszorg, ernstige problemen gezien. Ik zag overigens óók dat er al heel veel op gang is gekomen. Dat staat vaak nog in de kinderschoenen en er is nog weinig resultaat te zien, maar het is wel een trend omhoog.

Essentie van de wijkaanpak is de bundeling van krachten vanuit een integrale aanpak. Kern van de zaak is om het niet alleen fysiek te doen, maar in de brede verbinding met alle sociaaleconomische aspecten. Ik denk dat het nuttig is om hier iets te vertellen over de wijkaanpak in relatie tot de problemen die de Kamer moet oplossen. Dit raakt echt de kern en wij moeten dat uitbouwen. De goede dingen die worden aangetroffen moeten wij bovendien zeer snel exporteren naar buiten die 40 krachtwijken. Dat geldt niet alleen voor het gezondheidsaspect. De wijkaanpak kent officieel vijf thema's. Ik noem ze in willekeurige volgorde: wonen, werken, leren en

opgroeien, integratie en veiligheid. Steeds als innovatie plaatsvindt, is het onze taak om dit te exporteren naar andere wijken in Nederland, waar dat maar nuttig kan zijn. Dit geldt ook voor de toegevoegde thema's gezondheid en cultuur.

Ik ben daarom heel blij dat bij de begrotingsbehandeling van Wonen en Wijken nagenoeg de hele Kamer zich met veel enthousiasme achter de wijkaanpak heeft opgesteld. De zorg is er, ook bij de Kamer, over de financiering na 2011, dus dat gaat de goede kant op.

Wat de doelstelling betreft: de wijken zijn gekozen op basis van statistische achterstanden ten opzichte van stedelijke gemiddelden. Het idee van de wijkaanpak is om in acht tot tien jaar op het stedelijk gemiddelde te komen. Dit impliceert natuurlijk dat als het gemiddelde hoger komt liggen, de wijken daarin meegroeien. Zo-even werd gesproken over wat de specifieke doelstelling voor allochtonen is. Collega Klink zei al dat die niet specifiek is. Maar ik kan me voorstellen dat wij – de Kamer vanuit haar belang en ik met mijn commissie, als onderdeel van de wijken – zeggen dat ook het gezondheidsgemiddelde binnen een periode van acht tot tien jaar moet toegroeien naar het stedelijke gemiddelde. Gezien de achterstanden waar we het vandaag over hebben, is dat volgens mij zeer ambitieus.

Graag geef ik een aantal concrete voorbeelden van de Gezonde Wijk, zodat tastbaar wordt wat er aan de hand is en wat er gebeurt. Die wijken zijn niet alleen de vindplaats van ongezondheid, maar door ongunstige levensomstandigheden soms ook de veroorzakers ervan. In deze wijken is sprake van een opeenstapeling van bepaalde ongunstige factoren die tot een minder goede gezondheid leiden. Daarom willen de heer Klink en ik samen extra aandacht geven aan het terugdringen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ik beschik over exacte getallen hoeveel wijken het betreft en wáár. In elk geval zijn negen gemeenten er enthousiast mee aan de slag gegaan en die onderzoeken nu welke aanpak effectief is om de gezondheid van de wijkbewoners te verbeteren. Op 7 oktober is er een bijeenkomst geweest over de experimenten die plaatsvinden in het kader van de wijkaanpak. Daar waren ook de betrokken professionals aanwezig om hun ervaringen uit te wisselen. Tevens was aanwezig hoogleraar mevrouw Karien Stronks, zij is hier vandaag ook in de zaal. Mevrouw Stronks heeft gewezen op de relatie tussen de vaak slechte gezondheid van mensen met een lage opleiding, en de woon/werkomgeving van die mensen. Wat zij hierover zegt is belangrijk, omdat zij een meerjarig onderzoek doet naar de effecten van de wijkaanpak op, onder andere, de gezondheid van mensen. Zij heeft de 40 aandachtswijken in onderzoek, met 40 controlewijken. Er wordt speciaal aandacht besteed aan de resultaten van het experiment Gezonde Wijk.

Om de relatie tussen de wijkenproblematiek en de gezondheid kort te schetsen – de leden hebben voldoende levenservaring om een beeld hiervan te krijgen – het gaat over overmatig drankgebruik, wat niet alleen een probleem is voor volksgezondheid maar ook een veiligheidsprobleem kan opleveren. Het betreft slechte voeding en te weinig of zelfs helemaal niet sporten. Het gaat over drugsverslaving, maar ook over onveilige wegen, die ervoor zorgen dat minder kinderen op de fiets naar school gaan. Ook dat is een oorzaak van minder beweging. Deze voorbeelden kunnen met honderden andere aangevuld worden.

De gezondheid van de mensen in deze wijken is aanmerkelijk slechter, de Kamer kent de statistieken. 25% van de bewoners beoordeelt de eigen gezondheid als minder goed, tegen 17% in de rest van Nederland. We doen dus alles om specifiek aandacht te schenken aan de gezondheid van de bewoners van dergelijke wijken.

Collega Klink, staatssecretaris Bussemaker, de andere collega's en ik doen dat samen met andere maatschappelijke partners als de gemeenten, de ggd'en, het Astmafonds, het Diabetesfonds etc. Een van de goede dingen

aan de wijkaanpak is dat het besef leeft dat hier een kans ligt om de dingen op een frisse, nieuwe manier vooruit te brengen.

Voor alle negen gemeenten geldt dat zij, via de integrale aanpak, in samenwerking met ons naar oplossingen zoeken. De concrete vragen die vanuit hun buurten of wijken worden gesteld vormen het vertrekpunt, maar komen uit bij alle beleidsterreinen die daarmee te maken hebben. Eerst wordt een wijkanalyse gemaakt, dan wordt vastgesteld waar de meeste gezondheidswinst te behalen valt, en vervolgens gaat men dat planmatig te lijf.

Ik onderstreep het belang van het bestuurlijke akkoord, dat gesloten is met de wethouders van Volksgezondheid van de G4. Deze hebben het Rijk toegezegd zich gezamenlijk in te zullen zetten voor de aanpak van de achterstanden in de vier grote steden. Dit gebeurt, zoals collega Klink al zei, in samenwerking met de verzekeraars en andere partijen.

Over de huidige status noem ik de volgende cijfers: 24% van de bewoners in de aandachtswijken heeft langdurige aandoeningen, ten opzichte van 21% in de rest van Nederland; 20% van de bewoners van aandachtswijken heeft een beperking bij dagelijkse levensverrichtingen, in de rest van het land is dit 13%; 52% van de bewoners van aandachtswijken sport niet, terwijl dat in de rest van Nederland 37% is.

Over de voorlichting in de eigen taal zijn vragen gesteld waarop collega Klink de Kamer geantwoord heeft. Ik wil daarbij onderstrepen dat dit soms vanuit de Tweede Kamer, door andere woordvoerders dan vandaag, nogal principieel wordt aangezet en hier en daar zelfs op de spits gedreven. Collega Klink en ik hebben daar een verstandige afspraak over en die heeft hij zojuist verwoord. Ik zou het heel fijn vinden als de vaste commissie vanuit haar verantwoordelijkheid voor Volksgezondheid preventief wil optreden en zorgen dat er met niet te veel kou in de lucht over dit onderwerp wordt gediscussieerd. Zodat wij rustig ons werk kunnen doen.

Het stellen van prioriteiten bij de keuze tussen stedelijke verdichting of een gezonde wijk is een punt. Dat kan soms inderdaad knellen, daar zijn concrete voorbeelden van. Uit onderzoek blijkt dat bij de inrichting van wijken veel meer rekening gehouden zou moeten worden met factoren die daarop van invloed zijn. Ik verwijs naar het onderzoek van TNO, door Sanne de Vries, over stadskinderen die de straat op moeten. Dit gaat in het bijzonder over het inrichten van een bewegingstimulerende omgeving voor de jeugd, en óók voor volwassenen. Bij de experimenten met de Gezonde Wijk zullen op lokaal niveau allianties worden aangegaan met de diensten Stadsontwikkeling, dus er is hier echt opbrengst te verwachten.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): In een zaal verderop is een interessant overleg gaande tussen de commissie voor Verkeer en Waterstaat en minister Eurlings inzake de Fietsnota van de heer Atsma. Geheel tegen onze verwachtingen in heeft de heer Atsma van het CDA daar echt een nota neergelegd om een puntje aan te zuigen! De hamvraag is wat minister Eurlings daarvan zegt. Want als wij dit thema in andere debatten aan de minister voorleggen – minder auto's in een aantal stadswijken, meer fietsen en voorrang voor de fiets – komt er toch een gezichtsuitdrukking mijn kant op die er niet op duidt dat het kabinet hier over de volle breedte erg veel zin in heeft. Met andere woorden: is minister Eurlings met de goede boodschap op pad gegaan?

Minister **Van der Laan**: U maakt veel gevoelens bij mij los. Ik kan niet in twee zalen tegelijk zijn, maar ik ga ervan uit dat minister Eurlings daar even goedvol spreekt met uw collega's, als Klink en ik dat met u proberen te doen. Het leek er even op dat u dat andere overleg interessanter had gevonden, maar dat zou ik betreuren!

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Ik weet mijn vrienden te kiezen, dus ik zit in de goede zaal. Maar het doet er wel toe hoe de kabinetsreactie op de nota van de heer Atsma zal zijn. Hier ligt gewoon een belangenconflict. Als door het kabinet het thema bewegingsvriendelijke omgeving zeer terecht benadrukt wordt, dan weet ik er nóg wel een paar. Daarom ben ik heel benieuwd wat minister Eurlings gaat zeggen.

Minister **Van der Laan**: Als collega Klink er meer van weet zal hij dat wel vertellen, maar anders komen wij samen graag terug op deze vraag. Het kabinet spreekt met één enthousiaste mond, zoals men weet. Er is mij gevraagd om concrete voorbeelden te geven van gezondheidsbevordering van jongeren in de wijken. Daar is al veel over gezegd door collega Klink, maar dan is het goed als ik u iets vertel over de Cruijff Courts, de Krajicek Playgrounds en de beweging die de professionele voetbalclubs in Nederland maken. Daar heb ik zelf het nodige mee te maken gehad, samen met collega Bussemaker. Dit zijn voorbeelden van de flow waarin de wijken terecht zijn gekomen. Het is natuurlijk fantastisch dat er professionele voetbalclubs zijn – vooral de naam FC Twente moet hier vallen, dat is een van de koplopers – die heel actief de wijken ingaan. Als minister Klink of ik in zo'n wijk komen is er een kleine rimpeeling, maar als een voetballer van FC Twente de wijk ingaat, staat die op zijn kop. Die clubs genereren daar dus heel veel motivatie en aandacht voor bewegen. Dat doen ze niet alleen door middel van beweging, maar ze duiken er nog veel verder in. Ze nemen de verantwoordelijkheid op zich om te helpen met bijvoorbeeld huiswerkbegeleiding en soortgelijke sociale activiteiten.

De geachte heer Cruijff heeft inmiddels zijn honderdste Cruijff Court geopend, dat is een getal wat hier genoemd mag worden! Ik heb verschillende courts gezien, en ze liggen er piekfijn bij. Niet omdat de gemeente ze beheert, maar omdat de kids zelf daar ontzettend goed op passen. De heer Cruijff vertelde mij dat hij eens met een kauwgompiertje in zijn hand op zo'n court stond. Er kwam een jochie op hem toe, dat hem de prullenbak wees. Cruijff vond het schitterend om op zijn eigen Court preventief behandeld te worden.

Inmiddels kan ik negen voetbalclubs noemen die hier actief in zijn, maar staatssecretaris Bussemaker en ik zijn op weg naar alle achtien. We vinden dat dit een kwestie is van noblesse oblige, dus daar hoort de Kamer nog meer van.

Ik noem enkele steekwoorden om aan te tonen dat er in de wijken inderdaad beweging op gang gekomen is. In Den Haag is de Ga voor gezond!-campagne gestart en worden alle sportlocaties verbeterd. En er lopen projecten als Wennen aan Water, werken aan het gezonde binnenmilieu, afvoerloze geisers, een stoppen-met-rokenkliniek, enzovoort. Er is een revival van de speeltuinen op gang gekomen, heel belangrijk in relatie tot het onderwerp dat wij bespreken. De heer Van Gerven noemde straks de vier w's: wonen, werken en welzijn in de wijken. Daar zie je dit gebeuren!

De heer **Zijlstra** (VVD): Even terug naar de moeilijkheid van stedelijke verdichting aan de ene kant en de behoefte aan een bewegingstimulerende omgeving anderzijds. Zaken als voetballers de wijken in sturen zijn hartstikke goed, maar een lokaal bestuur moet ook gewoon een financiële afweging maken op het moment dat gekozen moet worden tussen een woningcomplex, een kantorencomplex of een sportveldje. De ervaring is dat, als puntje bij paaltje komt, men de financiële afweging vaak laat voor gaan. Het stukje groen is nu eenmaal een kostenpost. Hoe doorbreken we die paradox? De minister heeft veel geregeld in de wijkenaanpak, dat erkent de VVD ook, maar dit punt volgens mij niet.

Minister **Van der Laan**: U benoemt terecht de spanning tussen de verschillende functies. Het kan ook niet ontkend worden dat in de afge-

lopen 40 jaar allerlei voetbalvelden door de steden verbannen zijn naar de omgeving, wat een zeer nadelig effect heeft gehad op de participatie in die voetbalclubs. U hebt hier een punt. Ik geloof dat juist de laatste vijf tot tien jaar – maar dat is intuïtie, geen onderbouwde getuigenis – het besef er op lokaal wel gekomen is. Ik weet in elk geval zeker dat er in de 40 wijken waar ik zelf mee te maken heb, nu veel zuiniger met het groen wordt omgegaan. Er zijn overigens wijken die wel veel groen hebben, maar van gebrekkige kwaliteit, en met te weinig voorzieningen of huizen. Het is een kwestie van maatwerk. Ik wil best toezeggen dat ik de Kamer wat dat betreft meer informatie geef na deze vergadering.

Inzake de taal geef ik aan dat de gezondheidszorg ook een vindplaats is voor mensen die naar de cursus moeten, maar omgekeerd is het cruciaal dat mensen de taal leren om mee te kunnen doen in Nederland op het gebied van gezondheid voor henzelf en voor hun gezin. Ook hierin kunnen wij elkaar alleen maar versterken.

De vraag van mevrouw Arib was of ik specifiek beleid durf te voeren. Ik antwoord op dezelfde manier als collega Klink deed: natuurlijk durven wij dat, als het nodig is. Mijn motto is dat wij niemand voortrekken, maar wie extra hulp nodig heeft moet die kunnen krijgen en pakken. Hier is die extra hulp dus nodig, maar die willen we wel op een gezonde manier aanbieden. Soms moet dat extra voorzichtig. Een van de dingen waar ik het meest van schrok toen ik in januari de brief moest schrijven over de Marokkaans-Nederlandse hangjongeren, was een voornaam gezondheidsaspect. Het betrof een ondervertegenwoordiging in de eenvoudige hulpverlening en een oververtegenwoordiging van maar liefst zeven in de psychiatrie. Dat is natuurlijk een afschrikwekkend getal en dit is de aanleiding geweest om niet alleen te spreken van «durven kijken naar», maar om heel snel aan de gang te gaan. Op dit moment loopt er een onderzoek onder leiding van professor Doreleijers naar de psychische problematiek onder Marokkaans-Nederlandse jongeren. De Kamer zal daar binnenkort zeker meer van horen, want het is een zeer ernstig probleem. Dat is het voor deze kids zelf, maar er wordt daardoor ook veel aangericht. Het kabinet zegt hierover: die jongens veroorzaken niet alleen problemen, maar hebben ook problemen. En wij moeten beide oplossen. Er is dus sprake van specifiek beleid waar dat nodig is, maar een en ander gebeurt zo veel mogelijk langs reguliere wegen. Dat blijft een doelstelling van de integratie.

Mevrouw Schermers noemde de extra kwetsbare positie van ouderen. Aanvullend op wat al gezegd is kan ik zeggen – en dat zal haar blij maken – dat het allermooiste wat ik in die 40 wijken dit jaar gezien heb, de achterde-voordeuraanpak is. Ik kende begrip alleen uit de krant, als iets wat was omgeven door veel privacyproblemen. Ik weet nu dat het een van de meest humane en effectieve aanpakmethodes in deze wijken is, met vooral veel opbrengst in de groep ouderen.

Het is een prachtige combinatie van een actief optredende overheid en actief optredende woningcorporaties. De «formulierenbrigades» ontdekken dat soms in een straat, waar 80 mensen ervan profiteren, € 1000 per jaar blijft liggen. Zij leren mensen rekeningen te openen in plaats van die op een stapel te leggen, en ook hoe mensen kunnen voorkomen dat nieuwe stapels ontstaan. Daardoor komt er rust in de hoofden van die mensen, en dat leidt wellicht ook tot minder gezondheidsproblemen en veel minder stress. Vanuit die rust groeit ook weer de behoefte en de gelegenheid om de deur uit te gaan en deel te nemen aan een activiteit of een cursus, of misschien zelfs wel een opleiding. Als het allemaal heel goed afloopt, komt iemand misschien ook nog aan een baan. Het mooie van de achterde-voordeuraanpak is dat deze volgens het principe van de participatieladder verloopt. Die is gericht op het nemen van kleine stapjes, wat in succes en zelfvertrouwen resulteert. Op die manier wordt de teleurstelling voorkomen, die vaak wél ontstaat als er van iemand te

veel ineens wordt gevraagd. Ik ben geen arts, maar ik schat in dat dit heel belangrijke gezondheidseffecten geeft.

De heer Zijlstra stelde aan mijn collega een specifieke vraag, die raakte aan de nieuwe organisatie van de gezondheidszorg in de laatste tien jaar. De vraag luidde wat nu de rol van de overheid is. Vanuit mijn verantwoordelijkheid gezien ligt die, zeker als onderdeel van de wijkaanpak, op het gebied van de gezondheid. De problemen waarover we hier spreken, vallen bijna in de categorie van de klassieke overheidsstaken, zoals de waterkering, de dijkbewaking en defensie. Volkshuisvesting, wat bij mij hoort, is 100 jaar geleden ontstaan uit gezondheidsproblemen. Die relatie is, na zoveel jaren en enorm veel vooruitgang, nog steeds helemaal actueel. Ik begeef mij niet op het terrein van de heer Klink, maar volgens mij sta ik schouder aan schouder met hem als ik zeg dat wij op dit punt in elk geval actief willen optreden, ongeacht het stelsel dat er is.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik dank de bewindslieden voor hun antwoorden, maar ik ben teleurgesteld. In de afgelopen tien jaar hebben we, sinds de rapporten-Albeda, slechts stilstand gezien. De éminence grise op dit gebied, Johan Mackenbach, schreef het volgende: «Klink zal de oorlog niet winnen met deze aarzelende nota. Om gezondheidsverschillen terug te dringen is een resoluter opstelling nodig. Doorstuderen is altijd goed, maar het kan na alle eerdere adviezen geen reden zijn om stil te blijven zitten.» Ook dit debat stemt mij niet vrolijk. Ik vroeg de minister waarom hij het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen niet expliciet in de wet opneemt. Ik vat zijn antwoord samen als: dat gaan we niet doen, dat is te ambitieus. Ik vind dat een concreet doel gesteld moet worden om zaken voor elkaar te kunnen krijgen. Ik herhaal mijn suggestie om de rijksmiddelen die aan preventie besteed worden drastisch te verhogen, en dat te doen vanuit de publieke middelen en niet vanuit de particuliere verzekeraars. Graag daarop een antwoord. Wat vindt de minister voor WWI van de inbreng van mevrouw Kant bij de Nota Ruimte: een concrete doelstelling van minimaal 3% groen per wijk?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Ook ik dank beide bewindslieden voor de beantwoording van onze vragen. Ik ben blij dat minister Klink de balans zoekt tussen de eigen verantwoordelijkheid van mensen – in de zin van inburgering en werk zoeken – en de bescherming van kwetsbare groepen. Ik ben ook erg blij over de empowerment van vrouwen, want ik denk dat vrouwen in de lagere sociaaleconomische gezondheidsgroepen – dus niet alleen de allochtone vrouwen – een zeer goede rol kunnen spelen op dit gebied. Uit ervaring weet ik hoe groot de informatiehonger is en hoeveel er kan gebeuren met de zo opgedane kennis.

De bewustwording bij artsen is heel belangrijk. De minister heeft gezegd het eens te zijn met het opnemen van aandachtspunten in de richtlijnen van het NHG, waar het deze aspecten betreft. Ik benadruk dat er ook binnen de artsenopleidingen veel meer bewustwording dient te komen van deze gezondheidsverschillen.

Aanvankelijk dacht ik dat minister Van der Laan als het om wijken gaat altijd aan zijn 40 wijken denkt. Dat viel mee: hij zei inmiddels op één na alle wijken bezocht te hebben. Het ging wel inderdaad om die 40 wijken. Hij zei wel dat wat men daar leert per omgaande moet worden geëxporteerd naar de buitenwereld. Daar ben ik erg blij mee. Zo ook met zijn voorbeelden van de voorbeeldfunctie die bekende mensen, zoals voetballers, kunnen vervullen. Eveneens blij ben ik met zijn woorden over de aanpak van het ouderenprobleem in de wijken. Wat betreft de psychiatrische problematiek bij Marokkaanse en Turkse jongeren heb ik gevraagd of de minister succes verwacht van een extra contactmoment met de Jeugdgezondheidszorg op zestienjarige leeftijd.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Minister Van der Laan eindigde zijn betoog met het beantwoorden van de vraag: wat is de rol van de overheid? Ik heb geluisterd naar de ministers en geef aan het kabinet mee dat wij in de afstemming van bijvoorbeeld de openbare ruimte, het stimuleren van bewegen en dat soort zaken, die rol duidelijk zien. De invulling daarvan ligt vooral op het terrein van minister Van der Laan. Ik schakel nu over naar minister Klink. Want we hebben natuurlijk te maken met een ministerie van VWS dat het, laat ik het zo maar zeggen, moeilijk vindt de touwtjes uit handen te geven op een aantal gebieden, waar het dat op papier feitelijk wel heeft gedaan. Tijdens de begrotingsbehandeling van vorige week zijn er discussies gevoerd over de rol van de NZa, en ook hier komt dat terug. Wat is de rol van de verzekeraar? Wij houden overeind dat, inzake preventief beleid, het creëren van extra gezondheidsbeleid voor specifieke doelgroepen primair dáár hoort te liggen. Graag een extra reactie hierop.

Inzake sport op scholen liggen er aangenomen moties van de heer Vendrik en mijzelf. Minister Klink zegt te hopen dat er meer gesport gaat worden op scholen. Wij hopen ook heel veel, maar dit kabinet is aan zet: Wanneer gaat de minister die motie uitvoeren?

Ik ben het niet eens met de SP dat dit niet ambitieus genoeg is. Minister Van der Laan zegt dat hij qua gezondheidswinst over tien jaar met de 40 wijken op het stedelijke gemiddelde wil zitten. Dat is volgens mij een ambitie die aan het onmogelijke grenst, dus ik raad de SP aan dat in te lijsten en op te hangen, om over tien jaar eens te kijken of het gelukt is. Wat het taalprobleem betreft begrijp ik dat minister Van der Laan zijn compromis met minister Klink graag zo nu en dan voorbij ziet komen. Laat het helder zijn dat wij vinden dat iedereen recht heeft op zorg. Als overheid hebben wij de plicht ervoor te zorgen dat mensen toegang hebben tot zorg en die ook gebruiken. Bij de toegang tot zorg mag geen taalprobleem spelen. Wel is er een eigen verantwoordelijkheid voor elke individuele burger om de taal te spreken. Vervolgens komt de vraag: hoe ver ga je als overheid, om te zorgen dat je dat met voorlichting en communicatie allemaal regelt? Daar scheiden onze wegen zich.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Ik noteer dat voor ministers die staan voor integraal beleid – en dat doen deze ministers – altijd geldt dat dit ook de volledige medewerking van een kabinet verlangt. Wij zien hier twee sympathieke heren die veel willen, maar ook een kabinet dat op de verkeerde rem staat. Ik noem de staatssecretaris van Financiën bij het echt ingrijpen in de voedselprijzen. Minister Eurlings zit weer op het gaspedaal in plaats van op de trapper. De minister van Binnenlandse Zaken wil niet dat gemeenten verplicht worden om speelveldjes in stand te houden. Tussen droom en daad zitten wettelijke bezwaren en soms verkeerde ministers. We moeten deze ministers echt gaan helpen met een paar pittige uitspraken van de Kamer. Ik kondig bij dezen aan dat wij dat ook gaan doen. Met name rond het onderwerp voedsel ben ik het een beetje zat. Ik begrijp de bezwaren van de minister, maar er zijn zoveel voorstellen gedaan. De enige barrière in al die jaren, wordt gevormd door de vrienden van Financiën. Ik ken ze, ik ben jarenlang belastingwoordvoerder geweest, ik weet precies hoe ze denken, en de knop moet daar om. Wij gaan dat in de Kamer doen.

Ik vind het fijn dat de minister van VWS eigenlijk impliciet erkent dat een andere inkomensverdeling in dit land dienstig zou zijn om die nare sociaaleconomische gezondheidsverschillen terug te brengen. Ook bij Sociale Zaken zit er dus een minister die niet snapt wat hij eigenlijk moet doen, dus ook daar kunnen wij iets betekenen.

Wij spraken over de relatie sport en lage inkomens. Honderdduizenden jongeren groeien op in armoede en hebben het geld niet voor een sportabonnement en gymschoenen. Deze jongeren wonen vaak in de grote wijken. Ik doe de minister voor WWI een ander voorstel. Wij weten – en

dat is ook al zo'n zeurende kwestie die al jaren loopt – dat met name de lage sociale inkomensgroepen veel geld mislopen. Het gaat om heel veel geld, omdat mensen niet snappen hoe het met die rare toeslagen van het CDA zit. Schuldkwijtschelding, op tijd aanvragen, enfin, daar zijn nu formulierenbrigades voor. Wij steunen dit goede initiatief van harte. Maar als wij de sportclubs, die overigens goed gesubsidieerd worden door de gemeenten, inderdaad vragen de wijken in te komen, dan kunnen wij de grote accountancyfirma's in dit land wellicht ook vragen een wijk te pakken en ervoor te zorgen dat alle papierwerk daar geregeld wordt. Daarmee breng je echt geld in de portemonnee en is de kans groter dat er gesport gaat worden. Is zo'n initiatief iets voor de wijkaanpak van de minister? Ter afsluiting noteer ik met vreugde de toezegging van de minister dat hij zal proberen te zorgen voor borging van het voorkomen van het multiculturele misverstand in de zorg. Zodat de zorg beter in staat zal zijn om een gemengde populatie te bedienen. Dat vind ik van belang. Wat betreft de neven en nichten ben ik de heer Zijlstra het antwoord nog schuldig dat wij het eens zijn met de voormalige minister van VWS, de heer Hoogervorst. Die heeft gezegd dat een wettelijk verbod op huwelijken tussen neef en nicht onhaalbaar en onwenselijk is en dat, als je dat wél zou doen, de logica dan ook zou gebieden dat je vrouwen van boven de 35 jaar verbiedt om zwanger te worden in verband met een gelijksoortig risico. Wij steunen hierin de liberaal Hoogervorst.

Voorzitter: Van Gerven

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. In mijn inbreng heb ik bewust over «durven» gesproken. Durft deze minister specifiek beleid te voeren ten aanzien van nieuwe Nederlanders, als het gaat om de gezondheidszorg? Ik kan mij namelijk niet aan de indruk onttrekken dat er een soort taboe aan het ontstaan is, dat men specifieke problemen bij bepaalde groepen allochtonen niet durft te benoemen uit angst te worden weggezet als politiek incorrect. Ik ben blij dat dit vandaag in elk geval helder geworden is en ik hoop dat beide ministers hierover ook in de debatten een offensief zullen inzetten. Wat dit betreft mis ik mevrouw Agema ontzettend. Mensen betalen premie en hebben recht op zorg, terwijl wij niets anders doen dan proberen de juiste zorg te realiseren voor de mensen die dat nodig hebben. Wij doen dat met gehandicapten, met chronisch zieken, maar als het om allochtonen gaat zijn we opeens bang dat ze misschien voortgetrokken zullen worden. Dat misverstand is vandaag gelukkig opgehelderd en ik hoop dat dit de komende tijd ook wordt uitgedragen.

Ik stip de initiatieven aan die in achterstandswijken ontplooid worden en vanuit die groepen ook tot stand komen. Ik vraag aandacht voor meer onderzoek naar specifieke ziektes en naar hoe wordt omgegaan met allerlei gezondheidsproblemen binnen specifieke allochtonengroepen. Alleen op basis van wetenschappelijke informatie kunnen we overgaan tot gerichte, effectieve preventie- en interventieprogramma's. Hierover hoor ik graag meer concrete toezeggingen van de minister.

Ik ben het helemaal eens met de heren Vendrik en Zijlstra inzake sport, maar de kwestie van fietsende allochtonen blijft toch lastig. Ik woon in Amsterdam-West en ik zie iedereen lopen of in de bus zitten. Wellicht is er meer nodig dan alleen een plan als het gaat om allochtonen en fietsen.

Minister **Klink**: Voorzitter. Volgens mij is er geen sprake van stilstand. Ik heb aangegeven langs welke drie lijnen wij vooruitgang willen boeken. Is iets vastleggen in een wet een blijk van het hebben van een ambitie? Dat lijkt mij niet, je kunt ook niet bij wet vastleggen hoeveel minder werklozen er over tien jaar moeten zijn. Een wet is niet het aangewezen middel om doelstellingen in te formuleren. Ook doet een wet het voorkomen alsof de overheid ergens een dwingende hand in heeft, en in deze kwestie is dat niet zo. Het voorbeeld van fietsen werd genoemd. Fietspaden aanleggen

is één, maar mensen aan het fietsen krijgen is twee. Wij gaan echt de veldwachter niet neerzetten om mensen tot fietsen te dwingen. Eenzelfde voorbeeld is de stoppen-met-rokenpoli in de Schilderswijk. Dat is een prachtig initiatief, maar in hoeverre mensen er gevolg aan gegeven hebben, weet ik niet. Ik ga mensen dit niet verplichten. Hetzelfde geldt voor gezonde voeding. Het is een belangrijke verantwoordelijkheid voor mensen om daar zelf voor te kiezen. In antwoord op de vraag van de heer Vendrik meld ik dat niet de minister of de staatssecretaris van Financiën dit in de weg staan, maar dat ik het zelf niet wil. Ik vind het een oneigenlijk instrument om mensen op die manier tot een gezonde keuze te bewegen, dus er komt geen wettelijke verplichting.

Ik vind het NHG en de artsenopleidingen van belang. Ik zal met het NHG bespreken in hoeverre het onderwerp – behandelingen die specifiek voor bepaalde doelgroepen gelden – meegenomen wordt. Ik denk dat dit de aandacht van het NHG al heeft, deze organisatie is in de regel buitengewoon voortvarend.

Inzake een contactmoment met de Jeugdgezondheidszorg op zestienjarige leeftijd: voor zover de informatie strekt die ik zo-even kreeg aange-reikt van de voorzitter, is daarover een motie aangenomen. Er wordt in feite aan de minister voor WWI en mij gevraagd om op deze motie te reageren, maar zij is kennelijk gericht aan de heer Rouvoet. Wij zullen daar eerst met elkaar over spreken.

Ik ben het met de heer Zijlstra eens dat met name de verzekeraar aan zet is als gaat om de curatieve zorg. Op het gebied van meer algemene preventie en de publieke gezondheidszorg is dat onze taak. Minister Van der Laan sprak in dit verband van «de dijken».

Over de moties betreffende sport op scholen zal ik mij nog buigen en de Kamer zo spoedig mogelijk antwoorden.

Gaspedaal, trapper en nu het onderwijs ... Nogmaals, wij spreken met één mond. Of het nu gaat om voeding dan wel om sportactiviteiten bij werkgevers, ik gaf al aan dat ik niet vind dat belastingwetgeving hiervoor gebruikt moet worden. Het dient van binnenuit te komen.

Inzake de inkomensverdeling is het plezierig dat de heer Vendrik mijn woorden naar zich toetrekt. Mij gaat het erom dat mensen aan de slag komen. In die zin val ik de minister van Sociale Zaken bij: een bijstandsuitkering mag niet zodanig hoog zijn dat de prikkel om te gaan werken wegvalt. Het is mijn stellige overtuiging dat daar op termijn grotere verschillen uit zouden voortvloeien – ook gezondheidsverschillen – dan wanneer er een activerend sociaal stelsel is.

Het onderzoek dat mevrouw Arib noemde loopt bij ZonMw. Wij subsidiëren heel vaak onderzoek, onder andere ook naar de babysterfte, Generation R in Rotterdam, enzovoort.

Wat betreft nieuwe Nederlanders en fietsen ben ik het met mevrouw Arib eens.

Over de reclameactie van Imperial Tabacco heb ik in de richting van de Kamer of de media al gezegd dat er een reclameverbod bestaat op tabaksproducten. Dat geldt ook voor indirecte manieren, zoals bij het hier genoemde initiatief. De VWA kijkt daar nu naar en, aangezien het naar mijn stellige overtuiging strafbaar is, zal ook het Openbaar Ministerie ernaar kijken.

Minister Van der Laan: Voorzitter. De opmerkingen van mevrouw Kant betreffende groen in de wijken, is mij niet bekend. Collega Verburg van LNV is op dit moment erg actief met dit onderwerp bezig en stelt daarvoor ook extra geld beschikbaar. De activiteiten zijn in verschillende wijken ook al opgestart. Als de genoemde nota geschreven is met het oog op de wijken, zeg ik toe dat ik deze snel zal lezen en daar op terugkom. Er is gezegd dat er alleen maar stilstand is. Ik zie echter heel veel beweging, ook in de samenwerking met collega Klink.

Wat betreft empowerment van vrouwen wijs ik erop dat mevrouw Schermers en ik voor de Commissie Gelijke Behandeling gesleurd kunnen worden, maar ik heb in de wijken ervaren dat heel veel initiatieven inderdaad hun kracht ontleen aan de inzet van vrouwen. Er zijn veel bewonersinitiatieven die de spiraal omhoog doen gaan; juist daar kom ik die vrouwen tegen. Ook in de huiswerkklassen zijn het vaak jonge meiden die de nog jongere meiden helpen, enz. Dit was een generalisatie op de wettelijke grenzen, maar ter ondersteuning van wat mevrouw Schermers aangaf.

De verbreding naar andere wijken was zo ongeveer het eerste wat ik in de wijken deed. Wijken buiten de 40 droegen de naam «preventiewijken». Ik vond dat niet passen bij de situatie in die wijken en we noemen deze nu met een neutraal begrip de 41-wijken. De export vanuit de 40 wijken naar die andere wijken, en soms ook andersom, is een van onze prioriteiten. Naar aanleiding van een vraag over een extra contactmoment bij de Jeugdgezondheidszorg op zestienjarige leeftijd zie ik een relatie met het onderzoek van professor Doreleijers dat ik eerder noemde. Ik zal de vraag hierover in gedachte houden. Op dit moment, nu we bezig zijn de problemen in kaart te brengen, vind ik het nog te vroeg om iets over dit type oplossing te zeggen. Op een later moment is het wel relevant om daarop in te gaan.

In de richting van de heer Zijlstra wil ik een misverstand voorkomen. Ik ben blij dat hij enthousiast is over de ambitie van het stedelijke gemiddelde. Hij proefde heel goed dat het hier om een forse ambitie gaat. Bij het brengen van de wijk naar het stedelijke gemiddelde, binnen de vijf thema's en nog andere, zoals cultuur en gezondheid, kunnen er altijd verschillen blijven bestaan. Niettemin zal er dan toch heel veel gebeurd zijn. En aangezien in de wijken soms meer dan 50% nieuwe Nederlanders wonen zal het moeten komen uit de winst die we bij hen behalen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik wil het beeld dat wij geloven dat die ambitie reëel is, wegnemen. Wij hebben er twijfels over of de minister dit voor elkaar kan krijgen, gezien de grond van de problematiek.

Minister **Van der Laan**: Ik respecteer dat en ik gun u die twijfel, maar mezelf gun ik optimisme. De suggestie van de heer Vendrik, te weten het inzetten van grote accountancykantoren in de wijken, vind ik aardig. Waarschijnlijk gaat men daar in het kader van het moderne maatschappelijk verantwoord ondernemen al een dagje schilderen, maar structureel formulieren invullen met vele honderden tegelijk ...? De koppeling met sport begreep ik niet, maar die is er denk ik ook niet in deze situatie. De link is dat de inkomenssituatie de sportdeelname in de weg staat.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Dat is een heel forse link, want gebrek aan geld is voor een gezin met kinderen een gigantische barrière voor sportdeelname.

Minister **Van der Laan**: Dat poets ik niet weg, maar nu begrijp ik de link. Er is een landelijke alliantie van ruim 60 grote bedrijven en organisaties die meedoen met de wijken. Albert Heijn is er daar één van. Daarmee is ook een convenant gesloten om in zo veel mogelijk wijken een Albert Heijn-vestiging te hebben. Voor een wijk is dat zo'n een beetje een statussymbool, waaruit moet blijken dat het weer de goede kant opgaat met die wijk. Ik zal grote accountantskantoren uitnodigen om aan die alliantie deel te nemen, met onder andere dat perspectief, maar misschien kunnen ze ook nog meer doen. Dat zeg ik de Kamer toe.

De heer Vendrik heeft gezegd dat wij ervoor moeten zorgen dat de zorg in zijn algemeenheid zichzelf zó moet verrijken, dat een gemengde populatie bediend kan worden. Ik noem dat de hoofdlijn van het beleid. Mevrouw Arib wil dat er geen angst voor politieke incorrectheid is om, daar waar

gaten vallen, ook specifiek beleid te voeren. Ik ben het daarmee eens, als het subsidiair is ten opzichte van de hoofdzaak. Ook uit het oogpunt van integratie vind ik dat een belangrijke volgorde om te markeren. Zo veel mogelijk regulier, zo veel mogelijk normaal, maar als er gaten vallen springen we in. Ik liet zo-even met een tamelijk gevoelig liggend punt zien, dat we daar helemaal niet benauwd voor zijn.

De **voorzitter**: Ik dank de bewindslieden en de Kamerleden voor hun inbreng.