

Vergaderjaar 2012–2013

**32 772**

## **Beleidsdoorlichting Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 2**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 mei 2013

Bijgaand doe ik u de beleidsdoorlichting letselpreventie over de periode 2008–2012 toekomen<sup>1</sup>.

#### **Inleiding**

Ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag leiden tot een breed scala aan kleine en grote letsels van verstuikte enkels, kleine snijwonden tot hersenletsel en sterfte. Alles bij elkaar vormen letsels een substantieel volksgezondheidsprobleem. Preventie van letsels door ongevallen, geweld en suïcide levert een bijdrage aan de gezonde levensverwachting en het voorkomen van vermijdbare sterfte en is daarmee een belangrijk onderdeel van het volksgezondheidsbeleid. De overheid is verantwoordelijk om burgers te beschermen tegen risico's waar ze geen invloed op hebben. Burgers hebben daarnaast een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken. Dat neemt niet weg dat de overheid door gerichte voorlichting en bevordering van gezond gedrag onnodig letsel kan beperken.

Nederland is een van de veiligste landen van de wereld op het vlak van letsels, wat te zien is in de relatief lage letselcijfers. Daar is veel inzet voor nodig geweest, in alle relevante domeinen. Het vraagt ook continue aandacht om op het huidige niveau te blijven. Het feit dat Nederland relatief lage letselcijfers kent betekent overigens niet automatisch dat cijfers voor alle domeinen en doelgroepen zich gunstig ontwikkelen.

Letsels zijn niet alleen een probleem uit het oogpunt van volksgezondheid. Ook vanuit het oogpunt van maatschappelijke participatie (arbeid, sport, etc.), mobiliteit en veiligheid is het voorkomen van

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

ongevallen en opzettelijk toegebracht letsel (geweld, suïcide) van belang. Dit betekent dat het beleid en de verantwoordelijkheid ten aanzien van letselpreventie verdeeld is over meerdere ministeries. Letselpreventie is een breed begrip waar veel sectoren en actoren, vanuit ieders eigen verantwoordelijkheid, een bijdrage aan leveren. Het gaat daarbij om het veiliger maken van de sociale en fysieke omgeving waarin mensen leven en werken en het aanzetten tot veilig gedrag van mensen. Uit de beleidsdoorlichting blijkt dat de term letselpreventie een verzamelterm is die vooral door VWS en internationaal gebruikt wordt. In andere sectoren en op lokaal niveau worden termen gebruikt die onder de noemer letselpreventie vallen: verkeersveiligheid, veiligheidsbeleid, valpreventie ouderen en sportblessures. Dit gegeven maakt het lastig om een goed overzicht te krijgen van alle inspanningen op het gebied van letselpreventie.

### **Beleidsdoorlichting**

Aan de hand van de beleidsdoorlichting is geïnventariseerd op welke wijze de ingezette preventiemaatregelen onder het begrotingsartikel 41 (nu begrotingsartikel 1) op het terrein van volksgezondheid hebben bijgedragen aan de operationele doelstelling «het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen». In 2011 is deze operationele doelstelling ondergebracht bij de operationele doelstelling «meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl». Het letselpreventiebeleid is doorgelicht aan de hand van tien standaardvragen conform de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE, 2012). Daarbij is de beschermingskant van letselpreventie niet meegenomen, aangezien dit onderdeel uitmaakt van het productveiligheidsbeleid dat op een ander moment doorgelicht zal worden.

De kern van het beleid ten aanzien van letselpreventie wordt gevormd door de instrumenten die worden ingezet om letsels door ongevallen te voorkomen: signalering en monitoring, normstelling en regelgeving, voorlichting en communicatie, en toezicht en handhaving. Op basis van de beantwoording van de standaardvragen is een aantal conclusies getrokken over de doelbereiking van de ingezette instrumenten, zoals hierna verwoord.

### **Conclusies**

Hoewel geen direct causaal verband aantoonbaar is, is het aannemelijk dat de ingezette preventiemaatregelen hebben bijgedragen aan het voorkomen van gezondheidsschade door privéongevallen, sportblessures en (pogingen tot) suïcide. Zo is ingezet op het ontwikkelen en beoordelen van kwalitatief goede interventies, gericht op valpreventie bij senioren, sportblessurepreventie, valtraining van kinderen en kinderveiligheid (0–4 jaar). Uit effectonderzoek naar vier daarvan blijkt dat twee een positief effect hebben op het voorkomen van ongevallen, de andere twee tonen positieve effecten op gedrag(sdeterminanten).

Uit het rapport blijkt dat over de periode 2008–2012 een daling van het aantal SEH-behandelingen voor letsels door privéongevallen en sportblessures is te zien. De laatste twee jaar is het aantal SEH-behandelingen gelijk gebleven. Tegelijkertijd zijn het aantal ziekenhuisopnamen, de ziektelast en de totale kosten in de periode 2007–2011 toegenomen.

In de beleidsdoorlichting worden mogelijke verklaringen gegeven voor de gelijktijdige toename van de zorgkosten. Een eerste verklaring is dat door de medische zorg in deze periode de letaliteit sterk is gereduceerd.

Tegelijkertijd zijn de Disability Adjusted Life Years (DALY's)<sup>2</sup> in de afgelopen jaren wel toegenomen, wat wijst op een verschuiving naar meer ernstige letsels, onder andere bij valincidenten van ouderen. Dit is deels ook terug te zien in de kosten als gevolg van letsels, deze zijn van € 3,6 miljard met 50% toegenomen in de afgelopen 5 jaar tot € 5,5 miljard. Veranderingen in het zorggebruik in het algemeen zijn een andere reden voor stijging van de kosten. Het zorggebruik wordt onder andere beïnvloed door het hulpzoekgedrag van patiënten en door veranderingen in richtlijnen, financiering, opnamebeleid en indicatiestelling van zorgverleners. Veranderd zorggebruik heeft ook weer invloed op de gebruikte indicatoren, zoals SEH-bezoeken en ziekenhuisopnamen. Ten aanzien van suïcidepreventie is de invloed van externe factoren merkbaar op toename van incidentie en sterfgevallen. Zoals ik u eerder dit jaar gemeld heb, zijn de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet in een sterker suïcidepreventiebeleid, die naar verwachting op termijn een bijdrage leveren aan het ombuigen van de stijgende trend van het aantal suïcides. Ik probeer samen met andere partijen tot een nieuw streefcijfer en mogelijk aangepaste maatregelen te komen<sup>3</sup>.

### **Reactie op de beleidsdoorlichting**

Over het algemeen ben ik tevreden met het resultaat van de beleidsdoorlichting. Grote beleidswijzigingen zijn dan ook niet nodig. Wel wil ik de beleidsdoorlichting aangrijpen om te verkennen of een aantal kleine wijzigingen of accentverschuivingen kunnen bijdragen aan het verder verbeteren van het letselpreventiebeleid.

#### *Verantwoordelijkheid en rol overheid*

Er is geen aanleiding om de huidige verantwoordelijkheidsverdeling over de verschillende departementen te wijzigen. Ook de huidige drie rollen van VWS (gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en coördinatie) worden voortgezet.

Naast blijvende inzet op gezondheidsbescherming blijkt uit de beleidsdoorlichting dat inzet op gezondheidsbevordering nog steeds relevant is. Doelgroepen zijn namelijk dynamisch, er komen steeds nieuwe ouders, kinderen en ouderen bij. Daarbij is en blijft het uitgangspunt dat burgers zelf verantwoordelijk zijn om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken. Ook zijn bedrijven, organisaties en andere overheden aan zet om (op maat toegesneden) interventies te gebruiken om veilig gedrag te bevorderen. Ook andere departementen zetten in op bevordering van gezond en veilig gedrag, omdat hiermee een positieve bijdrage geleverd kan worden aan het voorkomen van letsels. Het ministerie van SZW zet bijvoorbeeld in op een geïntegreerde aanpak gericht op gedrag en cultuur op de werkvloer. Uit 22 pilots blijkt dat meer dan 50% reductie mogelijk is in incidentie van arbeidsongevallen<sup>4</sup>.

De rijksoverheid zorgt voor borging van de registratie van letsels, om alert te kunnen reageren op (on)gunstige ontwikkelingen. Daar waar nodig wordt het registratiesysteem aangepast aan veranderende wensen. Ik ben tevreden met het niveau van de huidige inzet op gezondheidsbevordering en zie geen aanleiding om dit te veranderen.

Ten aanzien van de regierol van VWS wordt de inzet op interdepartementale coördinatie als voldoende ervaren door de betrokken ministeries. De klankbordgroep is van mening dat nog meer winst te behalen valt door gebruik te maken van een gezamenlijk begrippenkader, vergelijkbare

<sup>2</sup> De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: verloren levensjaren en jaren geleefd met ziekte.

<sup>3</sup> Zie Kamerstuk 22 894, nr. 313, vergaderjaar 2012–2013

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 883, nr. 209, vergaderjaar 2011–2012.

aanpak in analyses van ongevallen, elkaars kennis, cijfers en effectieve gedragsinterventies. Daar waar dit een toegevoegde waarde heeft zal ik een meer gezamenlijke aanpak en kennisdeling en -integratie stimuleren. Het is daarbij niet de bedoeling verantwoordelijkheden van andere partijen over te nemen. Dit geldt ook ten aanzien van de gedelegeerde verantwoordelijkheden.

#### *Gerichte informatievoorziening*

Ik continueer de ingezette lijn om informatie dichter bij burgers en professionals te organiseren en beter aan te laten sluiten bij de leefwereld van burgers en lokale professionals. Bijvoorbeeld via de databank van het CGL, websites van CJG's en via Regelhulp. Ook buiten het publieke domein wordt informatie steeds gericht ingezet, zoals tips om veilig te klussen via bouwmarkten. Het gericht informeren is een effectieve manier om informatie op toegankelijke wijze aan professionals en gebruikers aan te bieden.

#### *Keuze indicator*

De afgelopen 10 jaar is het aantal SEH-behandelingen als belangrijkste indicator voor het VWS-beleid gekozen. Gezien het recent ingezette beleid om het aantal zelfverwijzers aan SEH's naar beneden te brengen, zal de zeggingskracht van de huidige indicator minder worden. Ik laat verkennen of naast het aantal SEH-behandelingen ook een andere indicator, zoals het aantal behandelingen in de huisartsenposten, bruikbaar is.

#### *Verdieping inzicht letselproblematiek*

Het begrip letselpreventie is volgens betrokkenen te nauw afgebakend, omdat psychosociale gevolgen niet worden meegenomen bij het in kaart brengen van de gevolgen van ongevallen. Uit onderzoek komt naar voren dat de indirecte kosten nu worden onderschat, onder andere door het niet meenemen van posttraumatische stress. Ik zal verkennen of het mogelijk is de psychosociale gevolgen mee te nemen in het letsellastmodel. Ook zal ik samen met mijn collega van V&J bezien of het wenselijk is om de berekening van de ziektelast (DALY) voor geweld te verbeteren, aangezien de (maatschappelijke) kosten van letsels door geweld nu onderschat worden.

#### *Focus doelgroepen*

Het is van blijvend belang om op basis van de ontwikkeling van de letselcijfers en DALY's te bepalen voor welke doelgroepen en thema's de meeste gezondheidswinst te behalen valt. Uit de beleidsdoorlichting blijkt bijvoorbeeld dat het aantal SEH-behandelingen door een privéongeval bij jonge kinderen (0-4 jaar) zich gunstig heeft ontwikkeld de afgelopen 10 jaar. Tegelijkertijd is een ongunstige ontwikkeling te zien van SEH-behandelingen door valincidenten bij ouderen over de periode 2007-2011. Dit betekent dat de doelgroep ouderen (nog) meer aandacht behoeft. Ik ga verkennen wat mijn ministerie nog zou kunnen toevoegen aan de vele initiatieven op het vlak van ouderen in relatie tot letselpreventie.

*Aansluiten bij versterking van preventie in de zorg*

De strategische agenda van VWS zet onder andere in op het versterken van preventie in de zorg, vooral gericht op ouderen. Daarnaast is recent ook het Nationaal Programma Preventie in ontwikkeling, waarin versterking van preventie in de zorg een expliciet onderdeel is.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn