

Begrippenkader

Inhoudsopgave

1	Waarom een begrippenkader?	5
1.1	Aanleiding	5
1.2	Doel	5
1.3	Leeswijzer	6
2	Gezondheid(szorg)	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Gezondheid	7
2.3	Hoe meten we gezondheid?	8
2.4	Gezondheidszorg	10
2.5	Cure en care	11
2.6	Beschouwing	13
3	Determinanten van gezondheid	14
3.1	Inleiding	14
3.2	Het VTV-model	14
3.3	Factoren die onze gezondheid bepalen: determinanten	17
3.4	Beschouwing	18
4	Preventie	20
4.1	Inleiding	20
4.2	Indelingen in soorten preventie	20
4.3	Publieke gezondheid en preventie	21
4.4	Preventie buiten het domein van de gezondheidszorg	22
4.5	Beschouwing	22
5	Facetbeleid / Intersectoraal gezondheidsbeleid / Integraal gezondheidsbeleid / Health in All Policies	24
5.1	Inleiding	24
5.2	Facetbeleid	24
5.3	Intersectoraal beleid	25
5.4	Integraal gezondheidsbeleid	26
5.5	Health in All Policies (HiAP)	27
5.6	Beschouwing	28
6	Sociaaleconomische gezondheidsverschillen	29
6.1	Inleiding	29
6.2	Sociaaleconomische gezondheidsverschillen	29
6.3	Oorzaken van gezondheidsverschillen	30
6.4	Beschouwing	31

7	Parallele belangen	32
7.1	Inleiding	32
7.2	Hoe parallele belangen te definiëren?	32
7.3	Parallele belangen in ‘andere vakgebieden’	33
7.4	Voorbeelden van parallele belangen	35
7.5	Beschouwing	36

1 Waaron een begrippenkader?

1.1 Aanleiding

In de adviesaanvraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met betrekking tot parallelle belangen bij gezondheid en preventie, een adviesaanvraag aan de Onderwijsraad (OR), de Raad voor Openbaar Bestuur (ROB), de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Sociaal-economische Raad (SER), worden onder meer begrippen als gezondheidswinst, en sociaaleconomische gradiënt in gezondheid gebruikt. Wat wordt precies met die begrippen bedoeld? Verstaan alle adviesorganen daar hetzelfde onder?

Naast termen als ‘nazorg’ en ‘voorzorg’ is ook een term als preventie in de adviesaanvraag voor meerdere uitleg vatbaar. Dat geldt eveneens voor een term als intersectoraal beleid, de titel van de tekst in het werkprogramma 2008 van de RVZ dat betrekking heeft op de in de adviesaanvraag geschetste materie. Hoe verhoudt die term zich bijvoorbeeld tot de hierboven genoemde sociaaleconomische gradiënt in gezondheid? Of tot facetbeleid? Facetbeleid wordt ook wel als synoniem gebruikt voor intersectoraal beleid, bijvoorbeeld in de Nota 2000 (1986) en het signalement Het preventieconcert (RVS, 2005). Maar is facetbeleid wel hetzelfde als intersectoraal beleid en/of zijn inmiddels andere termen in zwang? Eenmaal ingeburgerde termen blijken zich niet zo snel aan te passen aan gewijzigde (beleids)inzichten en beleidsjargon.

In de internationale literatuur met betrekking tot de in de adviesaanvraag geschetste materie komen we weer andere termen tegen. Zo zien we begrippen als ‘intersectoral action’ en ‘health public policies’. Of is Health in All Policies de meest aangewezen term?

1.2 Doel

De RVZ wil met deze ‘voorstudie’ een bijdrage leveren om de voorbereiding van het advies te faciliteren. Ook al spreken betrokkenen uit de wereld van het openbaar bestuur, het onderwijs en de gezondheidszorg niet allemaal dezelfde taal, het is wel belangrijk dat zij elkaar begrijpen als zij samen een ad-

vies voorbereiden. Dan is eenheid van taal en/of eenheid van begrippen belangrijk. Dat is de achterliggende doelstelling van deze studie. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling een uitputtend overzicht te presenteren van alle mogelijke termen die tijdens de adviesvoorbereiding een rol zullen spelen.

In deze voorstudie maakt de RVZ gebruik van definities en begrippenkaders die voor andere adviezen in de loop der tijd zijn ontwikkeld. De belangrijkste zijn die voor de adviezen Gezond zonder zorg (1999), Care en Cure (1999), Volksgezondheid en Zorg (2001), Het preventieconcert. Signalement over internationale vergelijking van publieke gezondheid (RVZ, 2005) en Publieke gezondheid (2006). Verder zijn begrippen uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) en de Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl) gebruikt en andere publicaties van het RIVM (zie verder de literatuurlijst).

1.3 Leeswijzer

De opbouw is als volgt. In het tweede hoofdstuk wordt het begrip gezondheid(szorg) tegen het licht gehouden. Wat zijn de termen die daarmee samenhangen, hoe wordt gezondheid gemeten, welke gezondheidsindicatoren worden gebruikt en wat is het verschil tussen curatieve gezondheidszorg en care.

In het derde hoofdstuk komt preventie in al zijn facetten aan bod. Zowel de collectieve als de individuele, de programmatische als de casuïstische passeren de revue.

In de hoofdstukken vier, vijf en zes komen achtereenvolgens begrippen als facetbeleid, intersectoraal gezondheidsbeleid, integraal gezondheidsbeleid, sociaaleconomische gezondheidsverschillen en parallelle belangen aan de orde. Ieder hoofdstuk sluit af met een paragraaf beschouwing.

2 Gezondheid(szorg)

2.1 Inleiding

Wat is gezondheid, en hoe weten we én meten we of er sprake is van gezondheidswinst? Dat zijn de belangrijkste begrippen die in dit hoofdstuk worden verkend. Daarnaast komen daarmee samenhangende begrippen als (individuele) gezondheidszorg en care en cure aan de orde. Het hoofdstuk sluit af met een beschouwing.

2.2 Gezondheid

Gezondheid is een lastig te definiëren begrip. In veel onderzoek geven mensen aan, dat 'gezondheid' het belangrijkste is voor hun levensgeluk. Toch weet vrijwel niemand meteen een adequate beschrijving van 'gezondheid' te geven. Voor veel mensen is 'afwezigheid van ziekte' gezondheid. 'Niet-ziekte' is in die opvatting gezondheid. Het is geen bevredigende definitie omdat veel ervaringen er niet mee verklaard kunnen worden. Sommige mensen met een ernstige ziekte voelen zich zeer gezond of vitaal. Maar er zijn ook mensen zijn bij wie ook na uitgebreid onderzoek (bloedonderzoek, scans, enz.) geen ziekte vast te stellen valt, terwijl ze zich bepaald niet gezond of vitaal voelen.

Door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is de definitie van gezondheid in 1946 omschreven als "een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken". In het Engels: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"¹. Velen zijn van mening dat deze definitie een ideaal omschrijft dat in de dagelijkse praktijk moeilijk of niet haalbaar is.

De omschrijving van de WHO vinden we ook terug in het Groot woordenboek van het hedendaags Nederlands. Van Dale omschrijft gezondheid als: toestand van welzijn in geestelijk, lichamelijk en/of maatschappelijk opzicht.

¹ WHO Constitution *Basic Documents*, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006

Duidelijk is dat het bij het begrip gezondheid dus niet alleen gaat over de lichamelijke gezondheid van mensen, maar ook over de geestelijke gezondheid en het welzijn. Gezondheid beslaat derhalve een brede range van problematiek en effecten. Men onderscheidt daarbij wel de vijf D's van gezondheidseffecten: Death, Disease, Disability, Discomfort, Dissatisfaction. In Nederlands: sterfte, ziekte, handicap, ongemak, ontevredenheid (RIVM, 2004).

2.3 Hoe meten we gezondheid?

De gezondheidstoestand is te beschrijven in termen van objectief meetbare grootheden of indicatoren (VTV 1997). *Een indicator* is een meetbare grootheid die een beeld geeft van een bepaald aspect van de gezondheidstoestand (lichamelijk, psychisch, sociaal). Aggregatie van metingen op individueel niveau levert indicatoren op populatieniveau (VTV 1997).

Gezondheidsindicatoren zijn indicatoren waarmee de gezondheidstoestand van de bevolking kan worden geanalyseerd. Sterfte en zelfredzaamheid zijn daar voorbeelden van. Zie voor de verschillende typen indicatoren onderstaand overzicht.

Een samengestelde volksgezondheidsmaat is een berekende indicator waarin gegevens over morbiditeit (ziekte) en sterfte zijn gecombineerd; voorbeelden zijn de gezonde levensverwachting (GLV) en de 'Disability Adjusted Life Years' (DALY's) (VTV 1997). Een QALY (Quality Adjusted Life Years) is een maat voor op kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren.

Een intermediaire uitkomstmaat betreft een kenmerk gemeten aan de patiënt, dat een relevante verandering in diens gezondheidstoestand ten gevolge van een zorginterventie aangeeft dan wel voorspelt (VTV 1997). Anders geformuleerd: het gaat om een tussenstap in het traject tussen een interventie en gezondheidsuitkomst. Een voorbeeld is het beter scoren op gezondheidsgelletterdheid (health literacy). Die betere score kan al gemeten worden voordat de effecten zichtbaar worden in de gezondheidstoestand.

Tabel 2.1

<i>Gezondheidsindicatoren</i>	
Type indicator	Indicatoren

Aan- of afwezigheid van ziekte	<p>Incidentie (het aantal nieuwe gevallen van of nieuwe personen met een bepaalde ziekte in een bepaalde periode, absoluut of relatief)</p> <p>Prevalentie (het aantal gevallen of personen met een bepaalde ziekte op een bepaald moment (punt-prevalentie) of in een bepaalde periode, bijvoorbeeld per jaar (periode-prevalentie), absoluut of relatief)</p>
Functioneren en kwaliteit van leven	<p>Ervaren gezondheid (te interpretern als een overall maat voor de gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven)</p> <p>Lichamelijke beperkingen (onderscheiden in langdurige en tijdelijke beperkingen)</p> <p>Psychisch onwelbevinden (bijvoorbeeld gemeten aan de hand van vragen uit de 'ABS' over negatieve gevoelens)</p> <p>Handicaps (gedefinieerd als 'maatschappelijke' gevolgen van ziekte)</p> <p>Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (als indicatoren van respectievelijk tijdelijke en meer langdurige beperkingen ten aanzien van het verrichten van arbeid)</p>
Mortaliteit	<p>Gegevens over sterfte</p> <p>Levensverwachting (het gemiddeld aantal nog te verwachten levensjaren op een bepaalde leeftijd)</p> <p>Verloren levensjaren (aantal jaren dat personen die zijn overleden ten gevolge van een aandoening nog geleefd zouden hebben bij afwezigheid van de aandoening ten opzichte van een gekozen bovengrens)</p>

	(bijvoorbeeld de resterende levensverwachting)
Samengestelde volksgezondheidsmaten	Gezonde levensverwachting (GLV) (geeft aan hoeveel 'gezonde' levensjaren men mag verwachten) Disability-Adjusted Life Year (DALY) (een maat voor de totale hoeveelheid gezondheid die verloren gaat in een bevolking door ziekte en sterfte)

Bron: RVZ, 2001, ontleend aan gegevens in VTV, RIVM, 1997

De DALY kan als een internationaal gestandaardiseerde QALY worden beschouwd, waarbij de standaardisering betrekking heeft op de wijze van berekening van verliezen ten gevolge van mortaliteit en ten gevolge van gezondheidsgebreken.

Waar de *QALY* wordt gebruikt als *uitkomstmaat voor individuele interventies*, wordt de *DALY* meer ingezet bij de vergelijking van 'performance' van *gezondheidszorgsystemen en landen*.

2.4 Gezondheidszorg

Individuele gezondheidszorg is zorg die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon en ertoe strekt diens gezondheid te bevorderen, te bewaken, van een ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, de gezondheidstoestand te beoordelen of verloskundige bijstand te verlenen.

De omschrijving van individuele gezondheidszorg is ontleend aan artikel 1 van de Wet BIG. Tijdens de parlementaire behandeling van de wet is uitvoerig en herhaaldelijk ingegaan op de betekenis van het begrip individuele gezondheidszorg en welke (zorg)handelingen daaronder vallen. Duidelijk is dat het niet alleen gaat om curatieve of technische handelingen zoals opereren, maar ook om handelingen die erop gericht zijn te voorkomen dat de gezondheid van een individu wordt bedreigd of aangetast. Het kan dus ook gaan om advies en instructie of om onderzoek. Essentieel is dat het gaat om een gerichtheid op het individu en op diens gezondheid(stoestand). Zo is uitdrukkelijk bepaald dat bejaardenzorg, sportmassage en gezinsverzorging niet onder het begrip vallen omdat ze niet specifiek op de gezondheid van het individu gericht zijn.

Individuele gezondheidszorg is een breder begrip dan de begrippen curatieve zorg en care. Care wordt meestal gebruikt voor zorg in verpleeghuizen, in de thuissituatie en in verzorgingshuizen. Cure / curatieve zorg wordt vooral gebruikt voor zorg in het ziekenhuis, de medisch specialistische zorg en de zorg van huisartsen (zie verder par. 1.5).

Collectieve gezondheidszorg is zorg die betrekking heeft op groepen personen.

Openbare gezondheidszorg (ogz) en public health. De term openbare gezondheidszorg wordt in Nederland gebruikt voor de internationale term public health. Voor de Nederlandse situatie is geen sluitende, algemeen aanvaarde definitie voorhanden, maar ogz heeft de volgende kenmerken:

- populatiegericht (gericht op de hele bevolking of groepen daaruit);
 - permanent (continu of intermitterend, bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg, bevolkingsonderzoek);
 - programmatisch (planmatig en doelgericht);
 - professioneel (gespecialiseerde professionele activiteit).
- (Bron: RVZ, april 1999, Samenwerken aan openbare gezondheidszorg).

Voor het advies Volksgezondheid en zorg heeft de RVZ *openbare gezondheidszorg* omschreven als: die delen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de volksgezondheid (RVZ, 2001).

Een andere nauw aan public health verwante term is die van *Publieke gezondheid* (zie hiervoor par. 3.3).

2.5 Cure en care

Voor het advies parallelle belangen bij gezondheid en preventie kan het van belang zijn te preciseren waar eventuele te ondernemen activiteiten en actoren moeten worden gepositioneerd. Is de cure de aangewezen sector of moeten we ook denken aan activiteiten en actoren in de care?

Hoewel het begrippenpaar cure en care in de gezondheidszorg vaak wordt gebruikt, wordt het begrip 'care' echter nog niet zo lang afzonderlijk gebezigd naast het begrip 'cure'. Care hoorde

tot ver in de jaren zestig thuis onder de paraplu-functie ‘curatieve gezondheidszorg’. Naast de curatieve gezondheidszorg onderscheidde men slechts de preventieve gezondheidszorg.

Cure verwijst naar ‘behandeling’, met als doelstellingen ‘genezen’, ‘herstel van evenwicht’, maar ook ‘draaglijk maken’ (denk aan pijnbestrijding). Care is eveneens gericht op ‘draaglijk maken’. Verder kunnen zowel care als cure gericht zijn op tertiaire preventie, waarbij het gaat om het beperken van de gevolgen van ziekten en aandoeningen.

Eenduidige en algemeen aanvaarde definities van de begrippen cure en care blijken niet voorhanden. De begrippen worden vaak omschreven aan de hand van:

- *doelen c.q. functies*: cure is gericht op genezing, herstel; care heeft als doel dat nadelen van ziekten, stoornissen en beperkingen zo min mogelijk kunnen optreden;
- *activiteiten*: cure: medische zorg, revalidatie en daarbij behorende kortdurende verpleging en verzorging; care: verpleging, begeleiding, ondersteuning, verzorging;
- *beroepen*: cure: medici en paramedici; care: verpleegkundigen, verzorgenden, activiteitenbegeleiders enzovoorts
- *domeinen*: cure is gezondheidszorg; care treedt buiten het domein van de gezondheidszorg;
- *duur*: cure: tijdelijk en kortdurend (soms ook care); care: chronisch en langdurend;
- *locatie*: cure: ziekenhuis; care: verzorgingshuis, thuiszorg, verpleeghuis, instelling voor gehandicapten;
- *verzekering*: cure is Ziekenfondswet en particuliere verzekering; care is AWBZ.

In de praktijk van de zorgverlening lopen de functies c.q. doelen van care en cure door elkaar. Echte cure in de betekenis van het blijvend elimineren van een oorzaak waardoor genezing optreedt, is ook binnen de curatieve sector eerder uitzondering dan regel geworden. En omgekeerd wordt in de caresectoren meer gedaan dan alleen liefdevol verzorgen. Zo is het maar de vraag of de cure functie toch niet een wezenlijk onderdeel is van de thuiszorg. De (kortdurende) thuiszorg aansluitend op de ziekenhuiszorg is wezenlijk niet anders dan de zorg die bij een wat langer verblijf in het ziekenhuis zou zijn genoten.

2.6 Beschouwing

Als in het advies gesproken zal worden over gezondheidswinst, zal veelvuldig gebruik gemaakt moeten worden van intermediaire uitkomstmaten. In het onderwijs en het lokaal bestuur zullen immers veelal geen gegevens / registraties voorhanden zijn die gezondheidswinst meten na bepaalde interventies / acties. Daar komt bij dat er nog nauwelijks effect-evaluatie studies zijn verricht, onder meer omdat er nog tal van methodologische problemen zijn. De bijdrage van die sectoren aan gezondheidswinst zal alleen al om die reden in andere termen verwoord moeten worden. Zo zal een programma gericht op meer bewegen door kinderen niet snel vertaald kunnen worden in termen van minder morbiditeit of mortaliteit, hoewel wel duidelijk is dat zowel de gezondheidszorg als het onderwijs daar baat bij hebben (parallele belangen).

Door veranderingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen is het nodig in het advies nader te preciseren waar en door wie activiteiten ondernomen worden. Zo wijst de minister in de adviesaanvraag op de mogelijkheid kosteneffectieve leefstijlinterventies bij medische indicatie te verstrekken via het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

3 Determinanten van gezondheid

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op het VTV-model, een model om informatie te ordenen. Het model is gebaseerd op verschillende soorten factoren / determinanten die onze gezondheid bepalen. Vervolgens wordt ingegaan op de verschillende soorten factoren / determinanten. Zo zijn er persoonsgebonden factoren en factoren die meer te maken hebben met leefstijl en/of de fysieke omgeving waarin mensen verkeren.

3.2 Het VTV-model

Sinds 1993 publiceert het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) vierjaarlijks de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Deze geeft op basis van cijfers en analyses inzicht in de gezondheidstoestand van de Nederlander, in (vermijdbare) oorzaken van gezondheidsverlies, in de ontwikkeling van behoefte, vraag, gebruik en kosten van zorg, en in de mogelijkheden tot en kosten van verbetering van de gezondheidstoestand door preventie en zorg (RIVM, 2006).

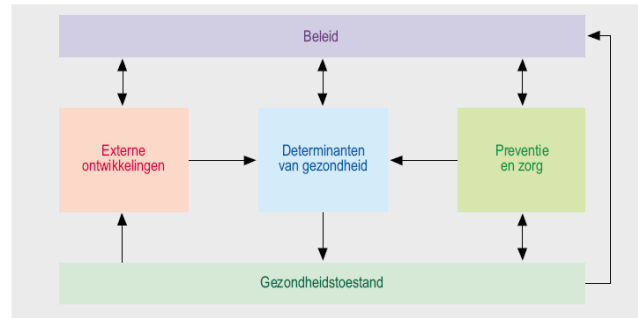
Het VTV bevat een conceptueel raamwerk om onder meer informatie logisch te structureren en het toepassen van een maat om opbrengsten van gezondheidsbeleid te meten. In het VTV-model wordt de gezondheidstoestand opgevat als de uitkomst van een multicausaal proces met diverse determinanten. Het is een uitwerking van het model van de Canadese minister Marc Lalonde (Lalonde, 1974) dat de volksgezondheid centraal stelt temidden van vier groepen van determinanten:

1. endogene of persoonsgebonden eigenschappen (genetisch, biologisch);
2. leefstijl;
3. de fysieke en sociale omgeving en;
4. de gezondheidszorg (inclusief preventie).

Het VTV-model geeft de verschillende (causale) relaties weer. Figuur 1.1 toont het model in zijn eenvoudigste vorm. Daarin is ook weergegeven dat de gezondheidstoestand van invloed is op zorggebruik en -kosten. Het model rekent demografische,

economische, technologische en sociaal-culturele ontwikkelingen tot autonome ontwikkelingen van buiten het domein van de volksgezondheid.

Figuur 1.1

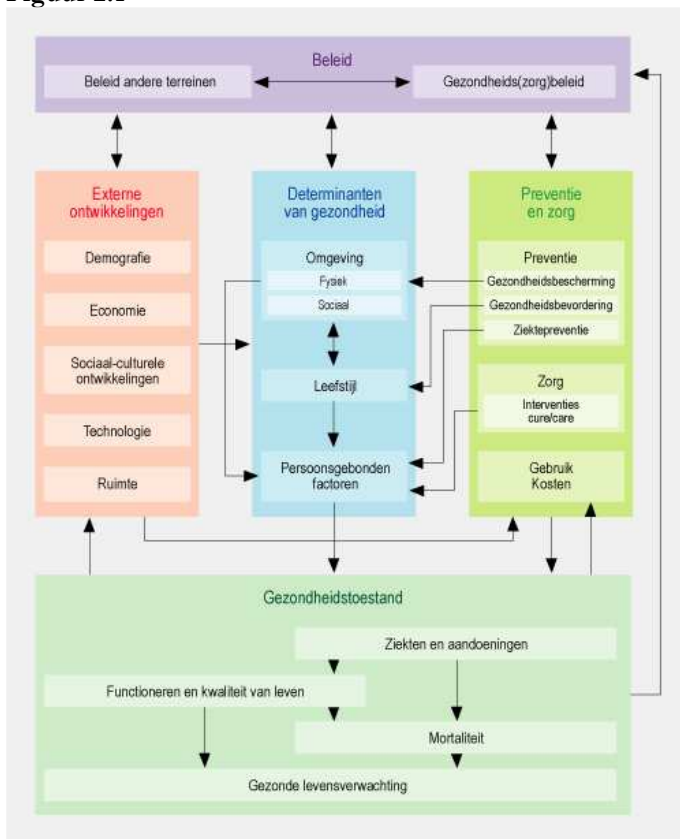


Figuur 1.1: Het conceptuele basismodel van de volksgezondheid.

Bron: VTV-model, 2006.

In het meer in detail uitgewerkte VTV-model (zie figuur 2.1) zijn in de loop der tijd meer relaties weergegeven. Zo komt de duale rol van de zorg en het integrale gezondheidsbeleid ten opzichte van eerdere versies beter uit de verf.

Figuur 2.1



Bron: VTV-model, 2006.

3.3 Factoren die onze gezondheid bepalen: determinanten

Zoals gezegd zijn er verschillende factoren (soorten determinanten) die onze gezondheid bepalen. En gezondheid is dan ook een dynamisch samenspel van die factoren / determinanten (RIVM, 2006). In het VTV-model is gekozen voor de volgende indeling van soorten determinanten: persoonsgebonden factoren, leefstijl, fysieke omgeving en sociale omgeving. Zo wordt de sociaal economische status (SES) tot de determinanten uit de sociale omgeving gerekend, evenals arbeidsomstandigheden, etniciteit en gezinsproblemen. En roken en voeding worden geplaatst in het cluster van determinanten die met leefstijl te maken hebben.

De volgende tabel uit de VTV 2006 laat de determinanten zien die geassocieerd zijn met het ontstaan van ziekten en aandoeningen, gebaseerd op de twintig ziekten met het grootste verlies aan DALY's.

Tabel 2.8

	Hart- en vaatstelsel			Stofwisselingsziekten	Ademhalingswegen	Bewegingsstelsel			Psychische stoornissen					Nieuwvormingen			Zintuigen		Letseis	
	Coronaire hartziekten	Be-roerte	hartfa-len	Dia-betes mel-litus	COPD	Artrose	Reu-ma-toïde artrit-itis	Nek-en rug-klach-ten	De-pressie	Angst-stoor-nissen	Afh van alcohol	De-mentie	Suicide	Borst-kanker	Long-kanker	Dikke darm-kanker	Ge-hoor-stoor-nissen	Ge-zichts-stoor-nissen *	Privé-ongevallen	Ver-keers-ongevallen
Determinanten																				
<i>Persoonsgebonden factoren</i>																				
Persoonlijheidskenmerken																				
Totaal cholesterol																				
Bloeddruk																				
Lichaamsgewicht																				
Glucose-intolerantie																				
<i>Leedstijl</i>																				
Roken																				
Voeding																				
Borstvoeding																				
Alcoholgebruik-afhankelijkheid																				
Lichamelijke activiteitsniveau																				
Gebruik anticonceptiepill																				
<i>Fysieke omgeving</i>																				
Geluid/lawaai																				
Woningontwerp-onderhoud																				
Chemische factoren																				
Grootschalige luchtverontreiniging																				
Straling (radon e.d.)																				
Micro-organismen (w.o. virussen)																				
<i>Sociale omgeving</i>																				
Gezinsproblemen																				
Sociale relaties																				
Sociale kwetsbaarheid																				
(Vroege) life-events																				
Arbeidsomstandigheden																				
SES																				
Etniciteit																				
Huishoudenssamenstelling																				
Urbanisatiegraad																				

* Maculadegeneratie, diabetische retinopathie, glaucoom en staar

Bron: VTV-model, 2006.

In de VTV 2006 wordt benadrukt dat het gaat om ingewikkelde relaties tussen ziekten en oorzaken. Zo zijn de hierboven weergegeven determinanten niet allemaal van dezelfde orde. Er is sprake van een zekere gelaagdheid. En de in de tabel gegeven associaties zijn niet allemaal even sterk. Zo is het verband tussen roken en longkanker sterk, maar dat geldt in mindere mate voor de relatie tussen psychische stoornissen en sociale steun.

3.4 Beschouwing

Voor het advies parallelle belangen bij gezondheid en preventie kan het VTV-model helpen om de informatie uit de sectoren onderwijs en lokaal bestuur (en arbeid) in relatie tot gezondheid een plaats te geven. Zo zou duidelijk kunnen worden waar het accent in activiteiten ligt. Worden op scholen meer activiteiten ondernomen die gerelateerd zijn aan de determi-

nanten die met leefstijl te maken hebben, of ligt het accent meer op gezinsproblematiek? Voor de andere sectoren kunnen vergelijkbare vragen worden gesteld.

De RVZ heeft het RIVM gevraagd voor dit advies in kaart te brengen wat de belangrijkste aangrijpingspunten voor intersectoraal gezondheidsbeleid zijn. Daarnaast zal aandacht worden geschonken aan de maatregelen van sectoren anders dan de gezondheidssector die van invloed zijn op de determinanten van ziekten en aan de effectiviteit van die maatregelen/interventies. Bij de beantwoording van de door de RVZ gestelde vragen zal bijzondere aandacht worden besteed aan de rol van onderwijs, gemeente en bedrijven (zie voor de exacte vraagstelling bijlage ...). Een conceptrapportage is eind december 2008 te verwachten.

4 Preventie

4.1 Inleiding

In de adviesaanvraag wordt de term ‘voorzorg’ gebruikt. In de Van Dale is dat een synoniem voor preventie. En voorzorg of ‘het voorkomen van’ wordt ook in het dagelijks spraakgebruik al snel met de term preventie geassocieerd ‘voorkomen is beter dan genezen’. Daarover zou wel wat meer te zeggen zijn, maar is niet het onderwerp van de voorstudie. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op termen die samenhangen met preventie.

4.2 Indelingen in soorten preventie

Er bestaan voor preventie verschillende indelingen. Klassiek is de indeling in:

1. *primaire preventie* : ziekteoorzaken, risicofactoren en blootstelling verminderen of wegnemen;
2. *secundaire preventie* : ziekten in een vroeg stadium opsporen en behandelen;
3. *tertiaire preventie* : monitoren van complicaties en gevolgen van bestaande ziekte.

Een andere indeling gaat uit van een gerichtheid op het collectief of individu. De primaire preventie is bij uitstek gericht op de collectiviteit(en) en de tertiaire op het individu.

Bij *programmatische preventie* gaat het om activiteiten die worden ondernomen op basis van wetenschappelijk vastgestelde risico's en interventies bij een bepaald volksgezondheidsprobleem met een daaruit ontwikkeld preventief programma. Daarbij gaat het altijd om gezondheidsrisico's die zijn vastgesteld voor een *omschreven populatie*. Deze is dus altijd collectief van aard. Voorbeelden zijn het Rijksvaccinatieprogramma, de (preventieve) jeugdgezondheidszorg, de screeningsprogramma's voor borst- en baarmoederhalskanker en de griepvaccinatie.

Bij *casuïstische of opportunistische preventie* worden preventieve activiteiten ondernomen op basis van risicobevindingen bij *individuele personen*. Het individuele karakter van de activiteiten komt naar voren wanneer op grond van contacten in de gezondheidszorg preventieve activiteiten worden gestart, zoals cholesterolverlaging. Vaak zullen deze activiteiten niet als preventie benoemd worden.

Een *tussenpositie* wordt ingenomen door zogenaamde *case-finding*, waarbij min of meer systematisch bij in aanmerking komende personen hun individuele risico wordt vastgesteld. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de huisarts bij alle patiënten boven een bepaalde leeftijd ongeacht de reden van hun komst regelmatig de bloeddruk meet.

Beleidsmatig hanteert de RVZ nog het onderscheid in:
protectie = gezondheidsbescherming;
promotie = gezondheidsbevordering, en
ziektepreventie = voorkomen van specifieke ziekte.

Gezondheidsbescherming richt zich daarbij op de hele bevolking of omschreven groepen daaruit (= collectieve preventie). Gezondheidsbevordering kan daarnaast ook individueel zijn (= individuele preventie), en ziektepreventie kent zowel individuele als collectieve varianten. Bij collectieve preventie wordt uitgegaan van risico's, zoals die voor de hele bevolking of subpopulaties gevonden zijn; bij individuele preventie van gezondheidsrisico's, zoals die voor de betreffende persoon zijn vastgesteld.

4.3 Publieke gezondheid en preventie

De termen Publieke Gezondheid en Public Health worden meestal door elkaar gebruikt. De term 'Publieke Gezondheid' was tot voor kort in Nederland niet zo gebruikelijk. Maar omdat het Ministerie van VWS zijn adviesaanvraag daarover aan de RVZ in 2005 onder deze titel stelde, heeft de RVZ die term in het advies Publieke gezondheid aangehouden

Voor de term 'Public Health' bestaan zeer uiteenlopende definities. Aan de ene kant van het spectrum staat een zeer brede definitie, waarbij eigenlijk alle maatschappelijke activiteiten rond gezondheid binnen het domein vallen, dus inclusief de hele gezondheidszorg. Aan de andere kant staat een zeer smalle definitie, waarbij de PH beperkt wordt tot de uitvoerende activiteiten op dit terrein van de overheid. Een internationaal algemeen aanvaarde definitie luidt:

“Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society”. (Acheson Committee Report, 1988).

Eerder rekende de RVZ de volgende domeinen tot de Publieke Gezondheid:

- gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering;
- ziektepreventie in de openbare gezondheidszorg én de gezondheidszorg;
- gezondheidsbeleid, sectoraal en intersectoraal, lokaal, regionaal, nationaal en internationaal.

Het is een omschrijving die het midden houdt tussen een brede en een smalle definitie van Public Health en is ook in het advies Publieke gezondheid gebruikt. Door sommigen worden ook wel de ambulancezorg en de hulpverlening bij grote ongevallen en rampen tot de PG gerekend.

4.4 Preventie buiten het domein van de gezondheidszorg

Veel preventie behoort niet tot het domein van de gezondheidszorg of de Publieke gezondheid. Gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering hebben vaak, mede uit het oogpunt van effectiviteit, een intersectoraal karakter, zoals bij preventie van (verkeers)ongevallen, beroepsziekten en ongezonde leefgewoonten. Wanneer deze intersectorale aspecten bij de preventiemogelijkheden niet worden meegenomen, worden ook kosten die elders gemaakt worden op de gezondheidszorg, en daarmee op de ziektekostenverzekering, afgewenteld.

Verschillende vormen van preventie zijn met elkaar in competitie en concurrentie. Preventie van hart- en vaatziekten kan gericht zijn op veranderen van ongezonde leefgewoonten, het opsporen van individuele risico's zoals verhoogd(e) bloeddruk en cholesterol met bijbehorende medicamenteuze behandeling, of het voorkomen van complicaties en gevolgen bij opgetreden ziekte. Al deze vormen van preventie kennen verschillende preferenties bij de burger, maar ook bij de beroepsbeoefenaars, de zorgverzekeraars en de overheid, mede gebaseerd op de waardering voor de maatschappelijke, financiële en economische effecten.

4.5 Beschouwing

Waarschijnlijk zal primaire preventie het meest aan bod komen in het advies intersectoraal beleid. Zo kan beleid gericht op het

verminderen van de sociale kwetsbaarheid en een lage sociaal-economische status, twee belangrijke determinanten voor een aantal ziektes, worden gerekend tot de primaire preventie.

Ook het vraagstuk van de kosteneffectiviteit van primaire preventie zal in het advies aan de orde komen.

5 Facetbeleid / Intersectoraal gezondheidsbeleid / Integraal gezondheidsbeleid / Health in All Policies

5.1 Inleiding

De gezondheid van de bevolking en het individu is niet alleen het resultaat van preventie en zorg. Ook van beleid op andere terreinen dan de volksgezondheid gaan bedoeld of onbedoeld gezondheidseffecten uit. Deze kunnen door vroegtijdige afstemming van beleid in gunstige zin beïnvloed worden. Dat is de basis voor het voeren van een eigenstandig gezondheidsfacetbeleid.

In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan de termen facetbeleid, intersectoraal beleid en integraal gezondheidsbeleid. De volgorde van de termen is niet willekeurig, maar laat een ontwikkeling in de tijd zien. De begrippen hebben gemeen dat *samenwerking de gemeenschappelijke noemer* is, maar verschillen in de wijze waarop accenten worden gelegd c.q. door wie het beleid wordt aangestuurd. Zo ligt bij facetbeleid de nadruk op wie de eerstverantwoordelijke bewindspersoon is, en bij integraal beleid ligt de nadruk meer op het uiteindelijke doel.

5.2 Facetbeleid

Facetbeleid kan zich op allerlei aspecten richten. Naast gezondheidsfacetbeleid kunnen milieufacetbeleid, welzijnsfacetbeleid of onderwijsfacetbeleid onderscheiden worden. Hier wordt met facetbeleid exclusief gezondheidsfacetbeleid bedoeld, maar korthedshalve wordt steeds van facetbeleid gesproken.

Facetbeleid richt zich op het beïnvloeden van beleid in andere sectoren en daarmee op sectoroverschrijdende elementen in de beleidsvorming. In de Nota 2000 in 1986 de term 'facetbeleid' voor het eerst uitdrukkelijk als middel genoemd om gezondheidswinst te boeken. Facetbeleid wordt omschreven als 'beleid dat te maken heeft met de gezondheidscomponent of – dimensie in het beleid op andere beleidsterreinen dan dat van het volksgezondheidsdomein. Verder wordt gesteld dat dit een

‘gerichte samenwerking met overige departementen betekent, waarbij de bewindspersoon voor volksgezondheid een actieve, maar niet dominerende rol speelt’(RIVM) .

Alhoewel de term facetbeleid betrekkelijk jong is, zijn de activiteiten die nu als zodanig worden aangeduid niet nieuw. Reeds in de 19de eeuw zijn dergelijke activiteiten, zoals rond drinkwater, riolering, arbeidsomstandigheden en wonen duidelijk traceerbaar (zie bijvoorbeeld ook Gezond zonder zorg: achtergrondstudies uit 2000).

Facetbeleid is populatiegericht, met het hoofddaccent op bescherming en bevordering van de volksgezondheid en slechts indirect op het verbeteren van zorgverlening.

Facetbeleid vindt zowel op (inter)nationaal niveau als op lokaal of wijkniveau plaats. Ook is facetbeleid mogelijk in interactie tussen verschillende bestuurslagen.

Facetbeleid is onderdeel van het gezondheidsbeleid. Bij gezondheidsbeleid in algemene zin ontwikkelt VWS het beleid en voert het grotendeels zelf uit, bij facetbeleid echter ontwikkelt, zoals gezegd, een ander departement het beleid en voert dat ook uit, soms samen of afgestemd met VWS, en soms ook op verzoek of initiatief van VWS. Dat geldt mutatis mutandis ook op het lokale vlak.

Facetbeleid kan onderscheiden worden in stimulerend facetbeleid, waarbij men meer aandacht vraagt bij beleidsontwikkeling door derden voor zaken die de volksgezondheid kunnen bevorderen, en reactief of repressief (RIVM, 1999) facetbeleid: men vraagt bij beleidsontwikkeling van anderen aandacht voor zaken die de volksgezondheid bedreigen.

Facetbeleid richt zich op erkende determinanten van gezondheid, waarbij sociaaleconomische en leefstijlfactoren de belangrijkste zijn.

5.3 Intersectoraal beleid

Wanneer het gaat om de afstemming van het beleid tussen verschillende beleidssectoren en beleidsdossiers spreekt men ook wel van intersectoraal beleid. Een bekende vorm, waarin dit intersectoraal beleid op landelijk niveau gestalte krijgt is de interdepartementale beleidsvorming. Voorbeelden daarvan zijn

het Grote Steden- en het Integratiebeleid, en meer recent in deze kabinetsperiode het jeugdbeleid.

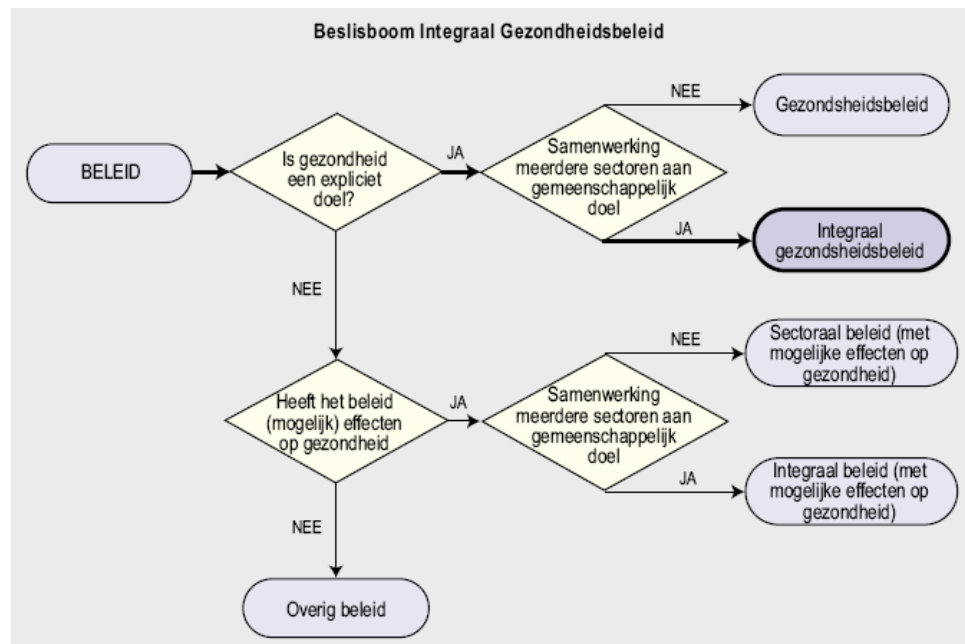
In de Nota 2000 (1986) worden de termen intersectoraal beleid en facetbeleid (nog) synoniem gebruikt. Het onderscheid is pas de laatste vijftien jaar in de beleidstaal uitgekristalliseerd. Maar facetbeleid kan opgevat worden als een speciale vorm van intersectoraal beleid met als kenmerk, dat het initiatief bij de eerstverantwoordelijke ligt, dan wel het beleid gezien wordt vanuit het standpunt van de eerstverantwoordelijke bewindspersoon.

In internationaal verband wordt een onderscheid tussen intersectoraal beleid en facetbeleid niet gemaakt en spreekt men over 'intersectoral action' of van 'healthy public policies'.

5.4 Integraal gezondheidsbeleid

Integraal gezondheidsbeleid is beleid waarbij de belangrijkste relevante sectoren binnen en buiten het volksgezondheidsdomein samenwerken aan het aspect gezondheid, waarbij het gemeenschappelijke doel is het bevorderen of beschermen van de gezondheid (RIVM, 2007). Belangrijke sectoren voor de sector volksgezondheid om mee samen te werken zijn bijvoorbeeld ruimtelijke ordening, veiligheid, economie, onderwijs en sport.

Volgens het RIVM is het niet altijd duidelijk wanneer sprake is van gezondheidsbeleid of van integraal gezondheidsbeleid. Is er sprake van integraal gezondheidsbeleid als instellingen uit verschillende subsectoren van de gezondheidszorg samenwerken om bijvoorbeeld depressie te bestrijden? Of is er dan sprake van gezondheidsbeleid omdat het gaat om instellingen binnen het domein van volksgezondheid? Een beslismodel kan behulpzaam zijn om die vraag te beantwoorden.



Bron: RIVM, 2007

5.5 Health in All Policies (HiAP)

Niet alleen op nationaal, maar ook op internationaal niveau vindt integraal gezondheidsbeleid toepassing. Men spreekt dan van Health in all Policies (HiAP). De basis daarvoor ligt in artikel 152 van het Verdrag van Amsterdam. Het artikel bepaalt dat alle EU-beleid moet voldoen aan een hoog niveau van gezondheid (EU, 1997).

HiAP is gebaseerd op de erkenning dat de volksgezondheid voor een belangrijk wordt gedetermineerd door leefomstandigheden en andere sociaal economische factoren, en om die reden beter beïnvloed kan worden door beleid gericht op andere sectoren dan op de gezondheidszorgsector. Bij HiAP gaat het naast volksgezondheid en determinanten om beïnvloeding van beleid op alle niveaus: lokaal, regionaal, nationaal en Europees.

HiAP is nauw verwant aan termen die door de World Health Organisation (WHO) zijn ontwikkeld. Termen als 'healthy public policies' en 'intersectoral action for health' zijn onder-

deel van de WHO agenda “Health for All”. De termen hebben weliswaar verschillende wortels, maar delen de kernboodschap: de noodzaak om gezondheid te betrekken in het beleid van andere sectoren dan alleen de gezondheidssector (Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2006).

Health Impact Assessment (HIA) is een instrument waarmee beleidsmakers worden voorzien van informatie over hoe hun beleid de gezondheid van de bevolking kan beïnvloeden. HIA is gebaseerd op vier waarden: democratie, rechtvaardigheid, duurzame ontwikkeling en een ethisch gebruik van bewijs (www.who.int, Why use HIA?). In Nederland is Gezondheids Effect Schatting (GES) de term die daarvoor wordt gebruikt. De RVZ heeft hierover een achtergrondstudie voorzien, GES: de stand van zaken (zie ook bijgaand plan van aanpak).

5.6 Beschouwing

De nadruk ligt de laatste tijd meer op integraal gezondheidsbeleid. Het gaat dan vaker om beleid dat verschillende sectoren samen maken in plaats van beleid van andere sectoren waarop de sector volksgezondheid invloed uitoefent (facetbeleid). De adviesaanvraag over parallelle belangen bij gezondheid en preventie aan vier adviesorganen is daar een voorbeeld van. Hierdoor is gezondheid ook meer dan voorheen een thema dat door meerdere beleidsvelden ondersteund wordt.

Of die gerichtheid op integraal beleid betekent dat facetbeleid en intersectoraal beleid ‘uit’ zijn valt nog te bezien in het advies. Zo wijst de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling op zinvolle aspecten van het bestaan van verschillende ‘beleidskokers’ in zijn advies De ontkokering voorbij. Zo kan verkokering voorkomen dat eenzijdig naar problemen wordt gekeken (RMO, 2008).

De RVZ is er voorstander van in dit advies de termen intersectoraal beleid en facetbeleid voorlopig door elkaar te gebruiken, waarbij de specifieke betekenis uit de context moet blijken

6 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

6.1 Inleiding

In de adviesaanvraag parallele belangen wordt gerefereerd aan de verschillen in gezondheid tussen groepen binnen de bevolking, gerelateerd aan de sociaaleconomische status. Zo wordt gesproken over de sociaal economische gradiënt. Onderstaand wordt eerst een definitie van het begrip sociaaleconomische gezondheidsverschillen gepresenteerd. Vervolgens wordt, hoewel niet helemaal passend in een begrippenkader, kort iets gezegd over oorzaken omdat daarmee de relatie met de parallele belangen (de adviesaanvraag) duidelijk zichtbaar wordt. Over oorzaken wordt in een andere achtergrondstudie van de RVZ uitgebreider ingegaan.

6.2 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Mensen met een lagere sociaaleconomische status hebben doorgaans een minder goede gezondheid dan mensen met een hogere sociaaleconomische status (SES). Deze verschillen in gezondheid tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status worden sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) genoemd (RIVM, Zorgatlas).

Laag opgeleiden hebben vaker ongezonde lichamelijke eigenschappen dan hoogopgeleiden. Dit geldt voor alle onderzochte persoonskenmerken. Laag opgeleiden hebben vaker overgewicht, vaker een te hoge bloeddruk en vaker een ongunstig cholesterolgehalte. Ernstig overgewicht (Queteletindex > 30) komt meer dan vier keer zo vaak voor bij laagopgeleiden als bij hoogopgeleiden. Bij bloeddruk en cholesterol zijn de verschillen iets kleiner (RIVM, Zorgatlas).

Verschillen zowel bij mannen als vrouwen

De sociaal-economische verschillen in leefwijzen bestaan zowel onder mannen als onder vrouwen. Bij roken en lichamelijk inactiviteit zijn de verschillen tussen hoge en lage SES-klassen ongeveer gelijk. Maar mannen roken veel vaker dan vrouwen. Alleen bij minder dan 3,5 uur lichamelijke activiteit per week zijn de verschillen tussen lage en hoge SES-klassen groter bij vrouwen dan bij mannen. Bij overmatig en zwaar alcoholge-

bruik is het net andersom. Het zijn dus vooral de laagopgeleide mannen die relatief vaker veel alcohol gebruiken.

Wat de sociaal-economische verschillen in lichamelijke eigenschappen betreft, die zijn groter onder vrouwen dan onder mannen. Dit geldt vooral voor overgewicht. De sociaal-economische gradiënt is hier onder vrouwen bijna twee keer zo sterk.

Mensen die in de zogeheten krachtwijken wonen, zijn minder gezond dan mensen in de rest van Nederland. Dit komt onder andere door de lagere sociaaleconomische status van de inwoners van de krachtwijken.

Het RIVM vergeleek de gezondheidssituatie van de krachtwijken met die van de rest van Nederland aan de hand van vier indicatoren: ervaren gezondheid, langdurige aandoeningen, lichamelijke beperkingen en sportdeelname. Voor de studie zijn enquêtegegevens gebruikt van 139.048 personen, van wie er 7.359 die in de krachtwijken wonen.

In de veertig krachtwijken beoordeelt 25% van de mensen zijn of haar gezondheid als minder dan goed. In de rest van Nederland is dat 17%. Verder geeft 24% van de mensen in krachtwijken aan een langdurige aandoening te hebben, terwijl dat in de rest van Nederland 21% is. Van de mensen in krachtwijken heeft 20% een beperking bij algemene en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen. In de rest van Nederland is dat 13%. In de krachtwijken sport 52% van de mensen niet, tegenover 37% in de rest van Nederland.

Bron: Persbericht RIVM, 21 oktober 2008

6.3 Oorzaken van gezondheidsverschillen

“De minder goede gezondheid van mensen met een lage ses komt voor een deel door het verhoogd voorkomen van gezondheidsrisico's. Personen met een lage ses hebben een minder gezonde leefstijl: roken en drinken meer, eten minder groenten en fruit en bewegen minder. Ook zijn materiele omstandigheden (woon en werkomstandigheden) vaak minder gunstig voor de gezondheid. Leefstijl en materiele omstandigheden hebben zowel zelfstandig

als in combinatie een effect op de gezondheidsverschillen. Bij het gecombineerde effect moet leefstijl worden gezien als gevolg van de materiele omstandigheden. Gezondheidsverschillen zijn echter ook voor een deel het gevolg van gezondheidsselectie. Juist een slechtere gezondheidstoestand kan ertoe hebben geleid dat iemand tot een lagere ses-groep behoort. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat men door gezondheidsproblemen niet kan deelnemen aan het arbeidsproces. Tot slot blijft tot op heden een deel van de samenhang tussen ses en gezondheid onverklaard” (RIVM, Zorgatlas).

Aansluitend bij de doelstellingen van het toenmalige kabinet, naar aanleiding van het rapport van de Commissie Albeda (in 2001), heeft dit kabinet zich tot doel gesteld de bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen in 2020 met tenminste 25% te verkleinen door het verbeteren van de gezondheidstoestand van de groep met een lage ses.

De overheid onderscheidt vier aangrijpingspunten voor beleid:

- Verkleinen van verschillen in opleiding, inkomen en sociaal-economische factoren.
- Verminderen negatieve effecten van gezondheidsproblemen op ses.
- Verminderen negatieve effecten van een lage ses op gezondheid door beïnvloeding determinanten van gezondheid.
- Verbeteren toegankelijkheid en effectiviteit van gezondheidszorg voor lage ses-groepen.

6.4 Beschouwing

In het advies zal verder worden ingegaan op de maatregelen die de drie Raden nodig achten om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen. De voorbeelden en aanbevelingen van de toenmalige commissie Albeda zullen daarbij betrokken worden.

7 Parallele belangen

7.1 Inleiding

De titel van de adviesaanvraag, parallelle belangen bij gezondheid en preventie, doet vermoeden dat ‘parallelle belangen’ een goed gedefinieerd en bekend begrip is. Bij nader beschouwing blijkt dat niet het geval. Daarom wordt achtereenvolgens stil gestaan bij de betekenis in de Van Dale en de passages hierover in de adviesaanvraag en of in ‘andere vakgebieden’ aanknopingspunten te vinden zijn die het begrip kunnen verduidelijken. Vervolgens worden concrete voorbeelden van parallelle belangen gegeven.

7.2 Hoe parallelle belangen te definiëren?

‘Parallel’ heeft in de Van Dale iets te maken met evenwijdigheid. Ook wordt vermeld (in de context van stroomcircuits): naast en onafhankelijk van elkaar liggend.

De term parallelie wordt gedefinieerd als: het evenwijdig zijn en is volgens de Van Dale een synoniem van parallelisme (het evenwijdig lopen). Bij parallelisme wordt als tweede de betekenis genoemd: verhouding tussen gelijksoortige zaken.

Een verhouding tussen gelijksoortige zaken lijkt nog het meest in de buurt te komen van de passages in de adviesaanvraag waar over de parallelle belangen wordt gesproken.

In de eerste plaats wordt het individuele belang van een goed gezondheid geplaatst naast het belang van gezondheidswinst voor de gemeenschap. Wel wordt gesteld dat het individuele belang bij gezondheidswinst vanzelfsprekend voorop staat.

In de tweede plaats wordt gerefereerd aan het belang van derden die belang hebben bij een goede gezondheid van individuen. In dat verband wordt onder meer gewezen op productiviteitswinst, leerprestaties, minder ziekteverzuim op school en op het werk, meer weerbaarheid onder de bevolking en een beter sociaal klimaat in de wijk. Dat die belangen er zijn is

duidelijk, maar of die belangen daarmee ook parallel zijn / evenwijdig lopen, is nog niet helder.

‘Parallellie van belangen’ heeft een positieve connotatie. Het roept associaties op met ‘samen komen we er wel uit’. Toch zijn er zonder meer ook voorbeelden te noemen waar belangen tegenstrijdig zijn. Het meest voor de voorhandliggende voorbeeld in deze context is de tegenstrijdigheid van de belangen van de tabaksindustrie en het verlies aan gezondheidswinst door roken, verlies voor zowel het individu als de samenleving. Overigens wordt in de adviesaanvraag gewezen op de inspanningen van de overheid op het gebied van tabak- en alcoholgebruik.

En wat betekent het als gesteld wordt dat bijvoorbeeld productiviteitswinst en gezondheidswinst in bedrijven evenwijdig lopen? Of op scholen leerprestatie en gezondheidswinst. Zijn dat gelijksoortige belangen of gaat het om de verhouding daartussen? Dan lijken een goede gezondheid van werknemers en studenten eerder een voorwaarde voor het behalen van respectievelijk meer productiviteitswinst en betere leerprestaties. Dat suggereert een hiërarchie van belangen. En is die hiërarchie wellicht afhankelijk van het gekozen perspectief?

7.3 Parallele belangen in ‘andere vakgebieden’

In andere vakgebieden zijn begrippen / redeneringen te vinden die mogelijk bruikbaar kunnen zijn voor het nader invullen van een begrip als parallellie van belangen.

bestuurskunde

Schillemans wijst op een aantal specifieke problemen van overheidsorganisaties die steeds terugkeren. Hij noemt onder meer de verkokering van het beleid, taken en bevoegdheden die versnipperd zijn, een gebrekkige coördinatie en afstemming en een gebrekkige samenwerking. Daarnaast vertoont ook de communicatie gebreken². Het zijn problemen die ongetwijfeld ook een rol spelen bij het concreet vormgeven van intersectoraal gezondheidsbeleid.

² Thomas Schillemans. Regelruimte Over de logica van verkokering en alternatieven voor ontkokering.

Ontkokering is volgens Schillemans niet de oplossing voor bovengenoemde problemen. Hij ziet eerder oplossingen in het concept van redundantie en regelruimte voor professionals. Over regelruimte voor professionals is uiteraard veel te zeggen, maar voor dit begrippenkader biedt zijn beschouwing over redundantie aanknopingspunten voor het verder doordenken van het begrip parallelle belangen.

Zo gebruikt Schillemans redundantie in relatie tot het begrip parallelle. “Het argument voor redundantie luidt eenvoudig gesteld dat systemen aan betrouwbaarheid winnen als zij bestaan uit parallelle, overlappende of concurrerende schakels. Want de ene schakel kan dan, mits hij onafhankelijk opereert, de fouten van de ander corrigeren.”

“Redundantie betekent concreet bijvoorbeeld:

- Dat er meerdere kanalen zijn richting hetzelfde doel;
- Dat er dus ook concurrerende oplossingen kunnen zijn voor hetzelfde doel;
- Dat er meerdere doelen bestaan binnen één en dezelfde samenwerking;
- Dat de scheidslijnen tussen organisaties niet absoluut zijn maar dat overlap wordt getolereerd of zelfs bevordert;
- Dat de ordenende taak van de overheid niet draait om het bestrijden van overlap maar het compenseren van gebrekkige overlap.” (RMO, 2008, pag. 141)

Van meerdere kanalen richting hetzelfde doel is ook sprake als we spreken over intersectoraal gezondheidsbeleid. Gezondheidswinst is immers niet alleen te halen in het domein van de volksgezondheid(szorg), maar zeker ook op andere domeinen. En ook kan sprake zijn van meerdere doelen bij samenwerking tussen verschillende sectoren om gezondheidswinst te bereiken. Naast gezondheidswinst ook betere leerprestatie bijvoorbeeld.

economie

Volgens economen zijn goederen complementair als de toename van een bepaald goed, ook het marginale nut van een ander goed doet toenemen: zonder inkt daalt het nut van een vulpen. (Jeurissen P.P.T. en Van der Grinten T, 2008, nog niet gepubliceerd). In dat perspectief doet gezondheidswinst het marginaal nut van arbeid en onderwijs toenemen: meer productiviteit c.q. betere leerprestaties. Omgekeerd is het belang van onderwijs voor de gezondheid van grote betekenis en ook

arbeid heeft overwegend een gunstig effect op de (ervaren) gezondheid.

Complementariteit impliceert symmetrie tussen instituties, terwijl institutionele hiërarchie asymmetrie en dominantie tussen instituties benadrukt. Bij dat laatste valt onder meer te denken aan de onderlinge hiërarchie tussen wet- en regelgeving, hogere regels begrenzen als het ware de vormgeving van lagere regels. Maar hogere regels kunnen ook veranderen, bijvoorbeeld als dit in het belang is van de dominerende politieke groeperingen (Jeurissen P.P.T. en Van der Grinten T, 2008, nog niet gepubliceerd).

In de vorige paragraaf is gewezen op de betekenis van parallelisme: verhouding tussen gelijksoortige zaken. Als belangen / doelen gelijksoortig zijn zoals bij gezondheidswinst, arbeid en onderwijs kan een het aangeven van een complementariteit en/of hiërarchie in een bepaald domein / bepaalde (bedrijfs)kolom wellicht behulpzaam zijn bij het positioneren van verantwoordelijkheden en prikkels.

7.4 Voorbeelden van parallelle belangen

Uit de adviesaanvraag, de literatuur en de praktijk van alledag zijn wel voorbeelden van parallelle belangen te destilleren, zonder dat die term precies is gedefinieerd. Onderstaand een eerste aanzet om die belangen te concretiseren. Tijdens de adviesvoorbereiding zullen de voorbeelden kunnen worden aangevuld.

Het belang van onderwijs bij gezonde kinderen

Gezonde kinderen leidt tot: minder schooluitval, betere schoolprestaties en meer kansen om hogere opleidingsniveau te behalen. Minder schooluitval is financieel aantrekkelijker voor scholen. Verder maken scholen met gezonde kinderen meer kans op een beter rendement van hun investeringen.

Het belang van volksgezondheid bij goed onderwijs

De relatie tussen opleiding en gezondheid is sterk. Mensen met meer opleiding zijn gezonder en leven langer (CPB, 2006). Onderwijs kan kinderen een gezonde leefstijl aanleren waardoor ze leren hoe ze in de toekomst gezond kunnen blijven. Geletterdheid is nodig om de informatie over gezondheid te kunnen begrijpen. Dit kan weer bijdragen aan bijvoorbeeld therapietrouw.

Het belang van het lokaal bestuur bij gezonde mensen

Gezonde mensen kunnen beter participeren in de samenleving, zowel in betaald als onbetaald werk. Gezonde mensen betekent in het algemeen ook minder werkloosheid waardoor de gemeenten minder geld kwijt zijn aan uitkeringen. Ook zal er minder een beroep worden gedaan op de voorzieningen op basis van de WMO.

Het belang van volksgezondheid bij goed lokaal bestuur

Het beleid van het lokaal bestuur raakt veel determinanten van gezondheid. Zo wordt door voldoende wandel- en fietspaden en buitenspeelplaatsen bewegen gestimuleerd en overgewicht, een erkend gezondheidsrisico, bestreden. Het bevordert tevens de mogelijkheden tot sociale contacten en daarmee de leefbaarheid. Het zijn determinanten die van belang zijn voor de gezondheid

Het belang van de sector bedrijven bij gezonde werknemers

Gezonde werknemers dragen bij aan de bedrijfscontinuïteit. Ze dragen meer bij aan een hogere arbeidsproductiviteit en daarmee aan de mogelijkheid van een hogere winstgevendheid van bedrijven. Minder ziekteverzuim betekent lagere kosten voor de werkgever.

Het belang van volksgezondheid bij de sector bedrijven

Inkomen is een belangrijke determinant voor gezondheid. De sector bedrijven biedt mensen de mogelijkheid een inkomen te verwerven. Verder is bedrijfsbeleid gericht op gezonde voeding, veiligheid en goede (milieu)arbeidsomstandigheden van belang voor de gezondheid.

7.5 Beschouwing

Tijdens de adviesvoorbereiding zal worden bezien of het nodig / wenselijk / mogelijk is het begrip parallelle belangen nader te precisieren dan wel dat de context bepalend zal blijken te zijn voor de invulling van het begrip.

Literatuur

Handhaving door de VROM-Inspectie gericht op gezondheid in het kader van VROM beleid Informatie over aangrijpingspunten voor Handhaving
RIVM rapport 609021030/2004

Drewes J.B.J., *Het preventieconcert, signalement over internationale vergelijking van publieke gezondheid*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer 2005.

De maatschappelijke opbrengsten van onderwijs. CPB Memorandum 177, Maart 2007

Health in All Policies. Prospects and potentials. Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

RIVM, *Volksgezondheidtoekomstverkenningen*, Bilthoven 2006.

RIVM, *Kosten van preventie in Nederland 2003, zorg voor euro's - 4*, Bilthoven 2006.

RIVM, *Zorgbalans 2008, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*, Bilthoven 2008.

RIVM, *Gezondheid in veertig krachtwijken*, Bilthoven 2008

RIVM, *Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*, Bilthoven 2007.

RVZ, *Gezond zonder zorg*, 1999

RVZ, *Care en Cure*, 1999

RVZ, *Volksgezondheid en Zorg* 2001

RVZ, *Publieke Gezondheid*, Den Haag, 2006.

www.who.int

www.zorgatlas.nl