Buiten de gebaande paden.
Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid

Raad voor het openbaar bestuur

ONDERWIJS raad

rvz
Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Buiten de gebaande paden.
Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Onderwijsraad en de Raad voor het openbaar bestuur aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2009

Inhoudsopgave

Samenvatting **5**

Gezamenlijk advies **11**

Deel I **29**
Kansen voor gezondheidswinst en de noodzaak van intersectoraal gezondheidsbeleid
Raad voor de Volksgezondheid
1. Waarom dit advies **30**
2. Kansen voor gezondheidswinst **37**
3. Intersectoraal gezondheidsbeleid **50**

Deel II **62**
Onderwijs en gezondheid
Onderwijsraad
1. Onderwijs en gezondheid **63**

Deel III **89**
Rol van de overheid
Raad voor het openbaar bestuur
1. Rol van de overheid **90**

Deel IV **122**
De rol van bedrijven
Sociaal-Economische Raad
1. De rol van bedrijven **123**

Bijlagen

Bijlage 1 Adviesaanvraag
Bijlage 2 Adviesvoorbereiding
Bijlage 3 Lijst van afkortingen
Bijlage 4 Literatuurlijst

Samenvatting

Veel kansen voor gezondheidswinst blijven onbenut
Wat voor individuen geldt, geldt ook voor de Nederlandse bevolking als geheel: je kunt behoorlijk gezond zijn, en toch weten dat het nog een stuk beter kan - als je bijvoorbeeld maar meer zou bewegen, niet zou roken en geen werkstress had. In de Europese ranglijst heeft Nederland inmiddels een positie in de middenmoot. Vergeleken met het gemiddelde scoren wij nog wel beter, maar een topnotering hebben we niet meer.

Dat betekent dat er kansen liggen voor gezondheidswinst die op dit moment niet worden benut. De cijfers over vermijdbare ziekte en sterfte laten dat ook zien. Zo wordt 13% van de ziektelast in Nederland veroorzaakt door roken, 4,5% door overmatig alcoholgebruik en 4% door te weinig bewegen. Ook voeding, milieufactoren en arbeidsomstandigheden leveren een bijdrage van een paar procent aan de totale ziektelast.

De zwakste schouders dragen de zwaarste lasten
Opvallend - maar zeker niet nieuw - is dat niet iedereen in gelijke mate 'bijdraagt' aan de vermijdbare ziektelast. Als het gaat om gezondheid zijn het de zwakste schouders die de zwaarste lasten dragen: mensen die sociaaleconomisch minder goed af zijn hebben doorgaans meer gezondheidsproblemen.

Gemeten over hun hele leven voelen zij zich zelfs 16 jaar langer ongezond dan mensen met een hoger inkomen en een goede opleiding. De levensverwachting verschilt ook aanzienlijk. Nog schrijnender is dat de sociaaleconomische gezondheidsverschillen de laatste jaren alleen maar zijn toegenomen.

Intersectoraal beleid en inzet van buiten de gz zijn nodig
Het goede nieuws is dat er volop kansen liggen voor verbetering. Maar hoe kunnen we ervoor zorgen dat vermijdbare ziekte en sterfte inderdaad vermeden worden? En wat moeten we doen om de baten juist ook ten goede te laten komen aan de mensen die nu gemiddeld het ongezondst zijn?

Dat vraagt om de toepassing van intersectoraal gezondheidsbeleid en het inzetten van effectieve interventies, ook buiten de gezondheidszorg. Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor een goede gezondheidszorg. Daarbuiten liggen echter nog veel meer kansen, met name om gezondheidsproblemen te voorkomen.

In dit advies wordt gefocust op de bijdrage die onderwijs, arbeid en lokaal bestuur in dat opzicht kunnen bieden. Om gezondheidswinst te boeken is intersectoraal beleid nodig. Ook kunnen de juridische, economische en communicatieve interventies die in elke sector al beschikbaar zijn beter worden benut.

Gezond eigenbelang kan aanzetten tot actie

Hoe valt te stimuleren dat meer intersectoraal gezondheidsbeleid ontstaat, en effectieve interventies worden ingezet? Een incentive kan zijn dat gezondheidswinst niet louter doel op zich is, maar aanwijsbare voordelen heeft voor de sector in kwestie. Er is dan sprake van parallelle belangen. Zo hebben werkgevers belang bij gezonde werknemers. Gezond eigenbelang kan hen er daarom toe aanzetten schadelijke invloeden te vermijden - iets wat niet alleen goed is voor het bedrijf, maar ook voor de volksgezondheid.

Dat klinkt eenvoudig, maar in de praktijk blijkt het moeilijk om sectoren tot een extra inspanning te bewegen, en om intersectoraal te werken. Soms is het belang voor de sector in kwestie niet zo groot, terwijl wel een flinke inspanning nodig is om verschil te maken. Soms weet men niet wat er allemaal kan. Soms is er al zoveel te doen dat een nieuw speerpunt niet meteen de aandacht krijgt.

Onderwijs moet focussen op het mbo en gezonde gebouwen

Dat laatste speelt in het onderwijs. Scholen voelen zich verantwoordelijk voor veel meer dan de leerprestaties van hun leerlingen, maar hebben er de afgelopen jaren al veel extra taken bij gekregen. Bij maatschappelijke problemen wordt immers graag een beroep gedaan op het onderwijs.

Wat gebeurt er allemaal al? Van oudsher is er het bewegingsonderwijs, met zijn letterlijke en figuurlijke ups en downs. Verder doen scholen mee in stimuleringsregelingen, zoals de BOS-impuls (Buurt, Onderwijs en Sport). 'Brede scholen' kwijten zich van maatschappelijke taken, er is een stortvloed aan lespakketten en er ontstaan gaandeweg steeds meer gezonde kantines. Verder staat het binnenmilieu op scholen in de aandacht, en wordt er nagedacht over manieren om ook rondom de school aan te zetten tot gezond gedrag. Voor dit alles is een veelheid aan subsidiepotjes, projecten en programma's beschikbaar. Wat daarom vooral niet moet gebeuren, is dat er nog meer losse initiatieven ontstaan.

Maar er is wel degelijk nog wat te winnen. Zo zijn stringente normen nodig voor het binnenklimaat op scholen - en die moeten vervolgens ook gehandhaafd worden. Verder is bewegingsonderwijs voor alle leerplichtige leerlingen nodig. Dus ook voor leerlingen in het mbo, waar het bewegingsonderwijs vaak ontbreekt.

Op de werkplek is aandacht nodig voor de zware beroepen
De SER heeft zich in zijn advies *Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties* uitgesproken over veel meer dan de link tussen gezondheid en werk. Hier focussen we echter op dat aspect. Een uitgangspunt van de raad is dat gezondere werknemers productiever en innovatiever zullen zijn, en langer doorwerken – allemaal positieve effecten.

Ook hebben goede arbeidsomstandigheden en een gezond werkklimaat een wervende uitstraling, die het aantrekken van nieuwe mensen gemakkelijker kan maken. Er is dus zeker sprake van parallelle belangen – al heeft gezondheid uiteraard, zo benadrukt de SER, ook op zichzelf waarde, los van economische effecten.

Vanuit die parallelle belangen gebeurt er al veel. Arbeidsorganisaties hebben de laatste jaren steeds meer verantwoordelijkheid gekregen in het voorkomen en terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en in het kader daarvan al veel gerealiseerd. Ook zijn er binnen arbeidsorganisaties tal van interventies ontwikkeld om de gezondheid van werknemers te bevorderen.

Wat zou er nog meer mogelijk zijn? Belangrijk is het om aandacht te besteden aan de gezondheidsproblemen in zware beroepen. Ook wat leefstijlbeleid op de werkplek betreft blijven er binnen arbeidsorganisaties nu nog kansen liggen.

Nieuwe wet- en regelgeving om dit te stimuleren is volgens de SER op dit moment niet nodig. Wel is er behoefte aan de verspreiding van 'best practices', en meer kennis over de effectiviteit van preventiemaatregelen. Verder is het belangrijk om de gezondheidszorg nauwer te betrekken bij vraagstukken van gezondheid in relatie tot arbeid.

Ook op lokaal niveau meer gezondheidswinst mogelijk
Het intersectorale gezondheidsbeleid moet op diverse niveaus worden aangestuurd. Op lokaal niveau moeten gemeenten de regie kunnen nemen. Een regionale VTV kan daar helpen om

zicht te krijgen op gemiste kansen. Dat betekent wel dat de deskundigheid en de capaciteit op het gebied van de volksgezondheid uitbreiding behoeft. Ook de samenwerking met de GGD moet verbeterd worden.

Winst is ook mogelijk als het lokaal bestuur samenwerkt met zorgverzekeraars (en dat vastlegt in overeenkomsten en convenanten) in het terugdringen van bijvoorbeeld overgewicht en diabetes. Verder moet gezondheid zwaarder mee gaan tellen bij de inrichting van de leefomgeving. Zo draagt de combinatie van autoluwe zones rond scholen en veilige fietsroutes ertoe bij dat jongeren meer bewegen.

Sociaal-economisch zwakkere groepen verdienen voorrang

Op veel maatschappelijke terreinen doen zich kansen voor om de volksgezondheid te verbeteren. De meest dringende opdracht is echter om de nog steeds toenemende sociaal-economische gezondheidsverschillen aan te pakken.

Dat kan alleen als we verschil durven te maken. Veel gezondheidsmaatregelen zijn nu bestemd voor de hele bevolking, zoals het aanbieden van sport op het werk of gezond eten op school. Er is dringend behoefte aan maatregelen die gericht zijn op de gezondheid van de armste groepen. Dat kan betekenen dat bijvoorbeeld bij woningrenovatie voorrang wordt gegeven aan achterstandswijken - een keuze die commitment vergt van het kabinet.

Een gebiedsgerichte aanpak leent zich goed voor de intersectorale aanpak van onaanvaardbare gezondheidsverschillen. Beter en veiliger wonen, betere scholen, veiliger arbeidsplekken, effectieve reïntegratie, een optimale inrichting van de openbare ruimte: al die aspecten dragen dan bij aan een betere gezondheid waar dat het hardst nodig is.

De overheid moet een gevoel van urgentie creëren

De belangrijkste taak voor de overheid is om bij alle maatschappelijk actoren bewustwording en een gevoel van urgentie te creëren voor de gezondheidsbedreigingen. Parallelle belangen zijn immers wel aanwezig, maar niet altijd zichtbaar.

Het is in de eerste plaats aan het ministerie van VWS om daar aandacht voor te vragen: bij mensen op andere beleidsterreinen, en in alle lagen van het openbaar bestuur. De minister

heeft dus een leidende rol. Op lokaal niveau moet de wethouder voor Volksgezondheid een sleutelrol gaan spelen.

Het is aan hen om mensen in uiteenlopende sectoren uit te dagen en stimuleren om buiten de gebaande paden te treden, en gezondheid mee te nemen in hun beleid - met het terugdringen van sociaal-economische verschillen als speerpunt. Daartoe zullen zij een heldere visie moeten formuleren op de mogelijkheden voor gezondheidswinst, en samen met anderen programma's moeten ontwikkelen om die winst te verzilveren. Leiderschap en politiek committent zijn daarbij onontbeerlijk.

Omdat de Minister van Volksgezondheid een specifieke verantwoordelijkheid heeft, moet binnen zijn departement meer menskracht, kennis en deskundigheid worden ingezet. Dat zou kunnen binnen een directie intersectoraal gezondheidsbeleid. Die kan tevens de opdracht krijgen om een nationaal platform op te richten, waarin verschillende partijen verder werken aan intersectoraal gezondheidsbeleid.

Verder zal de Minister van Volksgezondheid op zijn begroting middelen vrij moeten maken voor het intersectorale gezondheidsbeleid. In sommige gevallen zal het nodig zijn om de in andere sectoren gevoelde 'parallellie' van belangen te versterken met financiële prikkels of tijdelijk te ondersteunen.

Afspraken verdienen een plaats in een nieuw regeerakkoord

Maar intersectoraal gezondheidsbeleid moet ook een zaak worden van het hele kabinet. Eén van de aanbevelingen is om dit tot onderwerp van een nieuw regeerakkoord te maken. De gezondheid van de Nederlandse bevolking is daar belangrijk genoeg voor, en samenwerking is op alle niveaus geboden - dus ook op het niveau van de regering.

Daarbij zullen dan concrete doelen geformuleerd moeten worden, niet alleen voor de gemiddelde gezondheid, maar ook voor het optrekken van het laagste gezondheidsniveau bij achterblijvende groepen in de samenleving. In de andere sectoren moeten die doelen worden onderschreven. Ook kunnen daar eigen doelen worden gesteld.

Maar ook nu kan er al veel gedaan worden

Uiteraard hoeft niet gewacht te worden op een volgend kabinet om gezondheidswinst te boeken. Het nu al aanwezige draagvlak kan benut worden om snel concrete stappen zetten. Daarom bevelen de Raden de minister aan afspraken te maken

met gemeenten, met concrete en meetbare doelstellingen, over het terugdringen van de sociaal-economische gezondheidsverschillen, bijvoorbeeld in het lopende innovatietraject 'Lokaal Centraal' .

Gezamenlijk advies

Inleiding

In het beleid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn preventie en gezondheidswinst centrale thema's. Niet alleen is het zijn uitdrukkelijke ambitie bestaande beleidslijnen steviger met elkaar te verbinden, ook wil hij nieuwe verbindingen zoeken opdat meer partijen er belang bij krijgen om een bijdrage aan preventie en gezondheidswinst te leveren. Een samenhangend en integraal gezondheidsbeleid is onderdeel van de aanpak.

Parallellie van belangen is daarbij volgens de minister een van de centrale principes. Met parallellie van belangen wordt gedoeld op het feit dat ook andere sectoren belang hebben bij een gezondere bevolking. Als directe parallelle belangen noemt de minister in de adviesaanvraag onder meer productiviteitswinst, leerprestaties, minder ziekteverzuim op school en op het werk, en een beter imago op de arbeidsmarkt. Dat maakt het volgens de minister mogelijk andere partijen te betrekken bij het vorm en inhoud geven aan preventie. Die inzet komt eveneens tot uitdrukking in zijn brieven aan de Tweede Kamer over sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV).

In dat kader heeft de minister advies gevraagd aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de Onderwijsraad (OR), de Raad voor het openbaar bestuur (Rob) en de Sociaal-Economische Raad (SER). Hij wil daarmee meer zicht krijgen op mogelijkheden om via specifieke parallelle belangen zijn beleid kracht bij te zetten. Gelet op de kabinetsdoelstelling om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen, vraagt de minister in het bijzonder hiervoor aandacht.

De minister vraagt de visie van de raden op de materie die hij in de adviesaanvraag (bijlage I) schetst. Daarnaast zou hij het op prijs stellen als de raden aanbevelingen zouden willen doen over de versterking van de bijdrage van het onderwijs, werkgevers en werknemers, en de scholen en het lokale bestuur aan de gezondheid van de Nederlandse bevolking.

De raden hebben de vragen van de minister als volgt geoperationaliseerd:

- Op welke gebieden valt in ons land nog belangrijke gezondheidswinst te boeken?

- Welke (parallelle) belangen hebben bedrijven, scholen en lokaal bestuur bij gezondere burgers?
- Hoe kan op deze belangen worden ingezet om aan te sturen op gezondheidswinst?

Elk van de vier raden heeft een deel van de adviesaanvraag voor zijn rekening genomen. Op verzoek van de RVZ heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) onderzocht wat het effect is van maatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid van de bevolking. Een eveneens voor dit advies uitgevoerd onderzoek door het European Observatory on Health Systems and Policies laat zien welke instrumenten in andere landen worden gebruikt voor intersectoraal gezondheidsbeleid, en wat de betekenis daarvan kan zijn voor de Nederlandse situatie. Een verslag daarvan is te vinden in deel 1, hoofdstukken 2 en 3. De RVZ heeft tevens, op verzoek van de minister, een coördinerende rol gespeeld bij de totstandkoming van dit advies.

De OR heeft in kaart gebracht wat er in het onderwijs al aan activiteiten en beleid is, gericht op preventie en gezondheid. Ook is gekeken waar nog meer kansen liggen in het onderwijs, gegeven de belangen en de mogelijkheden voor gezondheidswinst. Een verslag daarvan is te vinden in deel 2, Onderwijs en gezondheid. De Rob heeft in zijn bijdrage in het bijzonder aandacht voor de verschillende rollen van de overheid (op centraal en decentraal niveau) bij gezondheidsbeleid. Tevens is bezien waar kansen en knelpunten liggen voor het behalen van meer gezondheidswinst. Een verslag daarvan is te vinden in deel 3, Rol van de overheid. De SER spitst zijn bijdrage toe op de relatie van gezondheid en preventie met betaalde arbeid en de arbeidsrelatie. Een verslag daarvan is te vinden in zijn advies Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid in arbeidsorganisaties. Een korte samenvatting is opgenomen in deel 4.

In dit integrerend advies trekken de RVZ, de OR en de Rob gezamenlijke conclusies en doen zij, mede in het licht van de conclusies van de SER, aanbevelingen voor het beleid.

Conclusies

Op welke gebieden valt in ons land nog belangrijke gezondheidswinst te boeken?

Door verbetering van omgeving en gedrag nog veel gezondheidswinst mogelijk, maar maatregelen nodig op andere beleidsterreinen dan Volksgezondheid
Een groot deel van de ziektelast in Nederland is in principe vermijdbaar. Van de totale ziektelast is een derde tot de helft te herleiden tot determinanten als roken, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit, voeding, luchtverontreiniging, ongunstige arbeidsomstandigheden, en onveiligheid in verkeer, sport en woning (deel I, hoofdstuk 2 en RIVM, 2009).
Veel determinanten van gezondheid zijn niet direct vanuit de gezondheidszorg te beïnvloeden, maar vereisen maatregelen op andere terreinen, zoals onderwijs, arbeid, lokaal bestuur, verkeer, volkshuisvesting, sport en recreatie, financiën, economische zaken en milieu.

Effectieve interventies beschikbaar
Dit advies gaat nader in op de bijdrage die vanuit de beleidsterreinen onderwijs, arbeid, en lokaal bestuur aan gezondheidswinst kan worden geleverd. Overigens kan ook op andere terreinen nog veel gezondheidwinst worden geboekt, bijvoorbeeld op het gebied van milieu of verkeersveiligheid. Dit advies focust echter, op verzoek van de minister, op de hiervoor genoemde sectoren.
Op elk van deze drie terreinen zijn diverse aanbodgerelateerde, juridische, economische en communicatieve interventies beschikbaar die de determinanten van ongezondheid verder kunnen terugdringen (deel 1, hoofdstuk 2). Hoewel de bijdragen van de Onderwijsraad, de Sociaal Economische Raad en de Raad voor het openbaar bestuur laten zien dat er al veel gebeurt, worden echter nog lang niet alle interventies voldoende benut. Er liggen dus nog volop kansen voor samenwerkingsverbanden tussen de sector volksgezondheid en andere sectoren als onderwijs, arbeid en lokaal bestuur.

Draagvlak voor samenwerking rond gezondheid op andere beleidsterreinen

Voor die samenwerking is in Nederland in het algemeen voldoende draagvlak. De Raden zien dan ook veel kansen voor gezondheidswinst door intersectoraal beleid. Het is daarbij zaak om het aanwezige draagvlak te gebruiken voor effectieve interventies die aangrijpen op de belangrijkste gezondheidsproblemen.

De Raden maken hierbij wel de kanttekening dat een actieve rol van de overheid niet op alle terreinen even vanzelfsprekend is. Bij maatregelen op het terrein van de gezondheidsbescherming is de rol van de overheid in het algemeen onomstreden. Maatregelen op het terrein van de gezondheidsbevordering, waarbij pogingen worden gedaan het gedrag van individuele burgers te verbeteren, raken echter al snel de grenzen van de individuele keuzevrijheid. Om in die keuzevrijheid te treden, zijn sterke argumenten nodig. Daarbij maakt het volgens de raden wel verschil of het gaat om volwassenen of kinderen. Kinderen 'sturen' op gezond gedrag is meer geaccepteerd dan bij volwassenen. Dat neemt niet weg dat ook bij volwassenen soms voldoende argumenten aanwezig zijn om de leefstijl te beïnvloeden, bijvoorbeeld wanneer niet kan worden aangenomen dat burgers zich voldoende bewust zijn van de gezondheidsrisico's die zij lopen.

Veel concrete aanknopingspunten

Elk van de raden noemt in zijn rapport een aantal aanknopingspunten voor gezondheidswinst. De Onderwijsraad geeft aan dat met name in het middelbaar beroepsonderwijs veel meer aandacht nodig is voor het thema gezondheid. Zo zou in het mbo voor leerplichtige leerlingen een aantal uren bewegingsonderwijs verplicht moeten worden gesteld. Ook zou de overheid stringente normen kunnen opstellen en handhaven voor het binnenklimaat op scholen. Leerlingen en studenten van zorgopleidingen moeten meer les krijgen over de implicaties van SEGV voor hun toekomstige beroepsuitoefening. Daarbij valt onder meer te denken aan stages in achterstandswijken en aan les krijgen in communicatie met achterstandsgroepen.

Ook de Sociaal-Economische Raad ziet in zijn advies veel kansen voor meer gezondheidswinst, door integraal gezondheidsmanagement: structurele aandacht voor het behoud en de bevordering van gezondheid van werknemers. Gezondheidsbevorderingsprogramma's kunnen daarvan onderdeel uitmaken. In arbeidsorganisaties zijn daarnaast mogelijkheden voor verbetering van de gezondheid van werknemers door een

groeiende betrokkenheid van de reguliere gezondheidszorg bij vraagstukken van gezondheid in relatie tot arbeid. In dat licht wordt een verkenning aanbevolen naar de mogelijkheden voor een betere samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen. De Raad voor het openbaar bestuur geeft aan dat het lokaal bestuur door middel van convenanten en beleidsovereenkomsten tussen gemeentebestuur en zorgverzekeraars kan bijdragen aan de aanpak van bijvoorbeeld overgewicht of diabetes. Een onontgonnen gebied is de koppeling van de collectieve preventie aan preventie op grond van de Zorgverzekeringswet. Ook in het ouderenbeleid liggen kansen om gezondheidswinst te behalen. Met de inrichting van de openbare ruimte kan de gemeente de fysieke leefomgeving van scholen zodanig beïnvloeden, dat deze bijdraagt aan bewegen (bijvoorbeeld een autoluwe zone, gepaard aan veilige fietsroutes). Door middel van onderwijshuisvestingsbeleid kunnen in achterstandswijken bredere scholen worden ontwikkeld, voorzien van speel- en sportfaciliteiten en eventueel een centrum voor jeugd en gezin. Via vestigingsbeleid kan regulering plaatsvinden van coffeeshops, snackbars en winkels met alcoholaanbod. Bij een dichtslibbende en volgebouwde stad liggen er mogelijkheden om met ruimtelijke ordening de gezondheid van burgers te bevorderen door het realiseren van recreatie om de stad. Veiligheid en leefbaarheid van wijken zijn beleidsdomeinen waarop door middel van integraal beleid kan worden gestuurd op het behalen van gezondheidswinst. Minder geweld en overlast op straat, huiselijk geweld, criminaliteit of drugsgebruik dragen bij aan geestelijke en lichamelijk welbevinden. De gemeente kan ook de verkeersveiligheid bevorderen. De raden menen verder dat ook de betekenis van woningbouwcorporaties bij bovenstaande beleidsmaatregelen niet onderschat moet worden. Datzelfde geldt voor zorginstellingen, die daarin eveneens een prominente rol kunnen vervullen.

Ook voor terugdringen van SEGV veel aanknopingspunten
Belangrijke gezondheidswinst is ook te boeken door het gericht verminderen van de ziektelast in de lagere sociaal-economische groepen. De SEGV zijn de afgelopen jaren eerder toe- dan afgenomen. Dat het verschil in ervaren gezonde levensjaren tussen hoogopgeleiden en laagopgeleiden nu 16 tot 19 jaar bedraagt wordt door de raden als een krachtig argument voor ingrijpen beschouwd. Daarbij zou het accent moeten liggen op het 'optrekken' van de gezondheid van mensen met een lagere sociaal-economische positie.
Als de overheid dat ernst is, lijkt verschil durven maken belangrijker dan een maatregel treffen die voor alle burgers van

toepassing is. Het komt er op neer dat primair maatregelen van de overheid gericht op de gezondheid van de armste groepen genomen moeten worden. Alleen op die manier kan de ongelijkheid in gezondheid verminderd worden. Dit geldt zowel voor het beleid op het terrein van de volksgezondheid als voor dat op andere beleidsterreinen.
Er zijn in het recente verleden al veel maatregelen voorgesteld om de gezondheid van mensen met een lagere sociaal-economische positie te verbeteren, variërend van verminderen van onderwijsachterstanden tot aanbieden van extra gezondheidszorg in achterstandsbuurten, en van gerichte bestrijding van tabaksgebruik in lagere sociaal-economische groepen tot verbetering van arbeidsomstandigheden voor mensen met lager betaalde beroepen (Commissie-Albeda 2001). Met daadwerkelijke uitvoering van deze maatregelen kan nog veel winst worden behaald. Verder zijn de komende tijd nog meer aanknopingspunten voor interventie te verwachten wanneer de resultaten bekend worden van een onderzoek van het RIVM waarbij specifiek wordt gekeken naar de effectiviteit van maatregelen buiten het domein van volksgezondheid op SEGV. De resultaten worden eind dit jaar verwacht.
Het 'optrekken' van de gezondheid van mensen met lagere sociaal-economische positie zou voor alle betrokkenen, naast het verbeteren van het gemiddelde voor de hele bevolking, de toetssteen van beleid moeten zijn. Iedereen gelijk behandelen lijkt dan (ook binnen de gezondheidszorg) geen optie. Verschil durven maken om achtergestelde groepen anders te behandelen (vooral ook door gezondheidsprofessionals) lijkt dan meer aangewezen. Zo wijst de Onderwijsraad er op dat met name de categorie leerplichtige *mbo-leerlingen op niveau 1en 2* extra aandacht verdient. Binnen de arbeid verdienen de zware beroepen meer aandacht
Ook op lokaal niveau zou de overheid het effect van zijn beleid mede op het verminderen van de gezondheidsachterstand van mensen met lagere sociaal-economische posities moeten enten. Het instrument van re-integratie van bijstandsgerechtigden biedt kansen om in te zetten op de determinanten opleiden, werk en inkomen, maar ook om voorlichting te geven over het vergroten van kansen op werk bij een goede gezondheid. Een gebiedsgerichte aanpak in achterstandswijken leent zich goed voor aanbodgerelateerde maatregelen en biedt mogelijkheden voor integraal beleid waarbij volksgezondheid samengaat met veiligheid, wonen, openbare ruimte. Via centra voor jeugd en gezin kan de lokale overheid met programma's over gezondheid gericht sturen op doelgroepen in achterstandswijken.

Welke (parallelle) belangen hebben scholen, bedrijven, en lokaal bestuur bij gezondere burgers?

Parallelle belangen in het onderwijs
Het bevorderen van gezond gedrag is opgenomen in de kerndoelen van het onderwijs. Dat komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in de kerndoelen van het primair- en voortgezet onderwijs. Daarnaast komen parallelle belangen voort uit het feit dat een betere gezondheid van scholieren vermoedelijk ook helpt de schoolprestaties te verbeteren, tot minder schooluitval leidt, en scholieren meer kansen biedt om een hoger opleidingsniveau te behalen. Dat is tevens van belang voor de arbeidsmarkt. Minder schooluitval is ook financieel aantrekkelijker voor scholen.

Parallelle belangen in de arbeid
Gezonde werknemers dragen bij aan de bedrijfscontinuïteit. Werkgevers en werknemers zijn gebaat bij minder verzuim en uitval, een hogere productie, betere prestaties en minder beroep op collectieve regelingen zoals de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Een betere gezondheid zorgt op termijn ook voor een langere inzetbaarheid van werknemers. Niet alleen arbeidsorganisaties profiteren daarvan, ook de samenleving als geheel.

Parallelle belangen in het lokaal bestuur
Het is lastig om de rol van het lokaal bestuur op het terrein van gezondheid te benaderen vanuit een 'belang' van dat bestuur bij de gezondheid van de burgers. Het lokaal bestuur draagt de verantwoordelijkheid voor het lokaal volksgezondheidbeleid. De rol van het lokaal bestuur verschilt daarmee wezenlijk van die van bedrijven of scholen. Daarmee is het behalen van gezondheidswinst een opgave voor zowel de centrale als de decentrale overheid. Het belang van de overheid bij gezonde burgers en een gezonde bevolking is niet zoals in het geval van scholen en bedrijven een welbegrepen eigenbelang, maar valt samen met het collectieve gezondheidsbelang. Anders gezegd: de gezondheid van burgers is niet zozeer een belang *voor* de overheid, maar een belang dat wordt gediend *door* de overheid.

Het belang van gezonde burgers kan concurreren met andere belangen die de overheid moet afwegen, maar kan daarmee ook samenlopen of daarbij aansluiten. Een betere gezondheid van burgers dient verschillende andere beleidsdoelen, zoals

maatschappelijke- en arbeidsparticipatie en een verminderd beroep op voorzieningen van de Wmo of bijstandsuitkeringen. Andersom wordt het belang van gezondheid gediend met maatregelen op andere beleidsterreinen, zoals het terugdringen van alcoholgebruik bij jongeren en roken in het algemeen, het zodanig inrichten van de openbare ruimte dat er meer wordt bewogen, het bevorderen van speel- en sportfaciliteiten, het verbeteren van de luchtkwaliteit of het bieden van sociale steun aan ouderen. Voor het benutten van deze samenloop van gezondheids- en andere doelen is het voor de gezondheidssector de kunst om aanknoping te vinden bij grote beleidsthema's zoals duurzaamheid en participatie.
Het beleid moet worden ingezet met de instrumenten die het meest effectief zijn gebleken: aanbodgerelateerde, juridische, communicatieve en economische maatregelen. Om het meeste effect te sorteren moeten de maatregelen een structureel karakter hebben. Het gebrek aan kennis over effectieve interventies kan onder meer worden ondervangen door bij iedere grote beleidsmaatregel die wordt ingevoerd gelijktijdig een longitudinale evaluatie te starten.

Belemmeringen om op parallelle belangen in te zetten
Hoewel de raden in het algemeen geen moeite hebben om enige parallellie te zien tussen gezondheidsbelangen en de belangen die in andere sectoren spelen, is het toch niet vanzelfsprekend dat die parallellie van belangen benut kan worden voor gezondheidsbeleid. Allereerst verschilt de zichtbaarheid van parallelle belangen sterk tussen de sectoren. Zo is het voor het onderwijs lastiger om gezondheidsbelangen te herkennen dan voor werkgevers en werknemers. Een zieke werknemer is zichtbaar improductief en kost geld, een zieke leerling is voor de school niet zonder meer een kostenpost. De benadering via parallelle belangen vereist dat duidelijk is bij wie en op welke termijn de baten van de inspanningen terechtkomen. Die duidelijkheid is er nu nog niet in alle gevallen, en vraagt soms om meer onderzoek.
Verder gelden in alle sectoren ook specifieke belemmeringen die het moeilijk kunnen maken parallelle belangen om te zetten in effectief gezondheidsbeleid. Specifieke belemmeringen in het *onderwijs* liggen volgens de Onderwijsraad in het gegeven dat scholen veel maatschappelijke thema's op hun bord krijgen. 'Ze moeten 'wat' met criminaliteit, veiligheid, sociale cohesie, milieu, duurzaamheid en homoseksualiteit, om een paar andere thema's te noemen. Ook de leeftijd en het interessegebied van de scholieren spelen een rol. Zo oefenen drinken, drugs en roken op veel scholieren een grotere aantrekkings-

kracht uit dan de (toekomstige) gezondheid. En wat bewegen betreft staat het bewegingsonderwijs onder druk. Snackbars, coffeeshops en supermarkten met breezers in de omgeving van scholen werken ook niet echt mee om scholieren tot gezond gedrag te bewegen.
Leefstijlbeleid in bedrijven acht de SER aanbevelingswaardig. Tegelijkertijd constateert de raad dat het eventueel aanpassen van een ongezonde leefstijl behoort tot de autonomie van de werknemer. De werkgever kan dat slechts faciliteren. Gelukkig gebeurt dit in steeds meer bedrijven. Verder constateert de SER dat werkgevers en werknemers de afgelopen jaren onder invloed van nieuwe wet- en regelgeving steeds meer de gezamenlijke verantwoordelijkheid nemen voor gezondheidsbescherming en –bevordering in de werksfeer. Daarom ziet de raad geen reden voor meer wet- en regelgeving.
Belemmeringen in het *lokaal bestuur* liggen volgens de Raad voor het Openbaar Bestuur in het spanningsveld tussen centraal en decentraal beleid, tussen regels en ruimte. De gezondheidsproblematiek kan niet worden opgelost door uitsluitend een lokale benadering. Landelijke maatregelen op de terreinen van economie, onderwijs, zorg en sociale zekerheid hebben minstens evenveel, zo niet meer invloed op leefomstandigheden en de gezondheid van de individuele burger. Financieel gezien moet de rijksoverheid ervoor zorgen dat gemeenten in ieder geval voldoende middelen ter beschikking staan om de volksgezondheidsopgave te kunnen bekostigen. Belemmeringen in bevoegdheden of wet- en regelgeving om de regierol van gemeenten in te vullen moeten worden weggenomen. Maatregelen moeten een structureel karakter hebben. De planvorming van de Wet publieke gezondheid functioneert niet naar behoren. Er moet een relatie worden gelegd met de planvorming van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Het geconstateerde tekort in de samenwerking tussen gemeente en de adviserende GGD moet worden opgelost. De verplichting dat bij gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen altijd de GGD om advies wordt gevraagd, moet worden nageleefd. Het instrument van de GES is niet goed bekend en wordt niet ten volle benut.

Hoe kan op deze belangen worden ingezet om aan te sturen op gezondheidswinst?

Uit de rapporten van Onderwijsraad, Sociaal-Economische Raad en Raad voor openbaar bestuur blijkt dat een beroep op parallelle belangen op zichzelf nog geen voldoende basis biedt voor effectief gezondheidsbeleid. Weliswaar gebeurt er op

andere beleidsterreinen al veel dat een bijdrage aan verbetering van de gezondheid kan leveren, maar veelal ontbreekt een duidelijke richting, en ook is het bereik van maatregelen vaak beperkt. Voor systematisch gezondheidsbeleid in samenwerking met andere sectoren is daarom meer nodig, en dat blijkt ook uit ervaringen in andere landen. In andere landen is de laatste jaren veel ervaring opgedaan met de bestuurlijke en organisatorische vormgeving van intersectoraal gezondheidsbeleid. Hieruit zijn enkele belangrijke lessen te trekken voor de Nederlandse situatie.

Leiderschap en politiek commitment
Benadering via parallelle belangen vraagt allereerst om regie. Parallelle belangen worden veelal pas helder in het gesprek daarover. Inzicht in de gezondheidseffecten van beleid op het terrein van onderwijs, arbeid, lokaal bestuur e.d. is ook niet vanzelfsprekend in die sectoren aanwezig. Met andere woorden: het is nodig actief op zoek te gaan naar die parallelle belangen. Voor de nationale overheid ligt er een opgave om de bewustwording bij alle actoren te stimuleren door steeds opnieuw aandacht te vragen voor de urgentie van gezondheidsbedreigingen, en iedereen uit te dagen naar eigen vermogen een bijdrage te leveren aan de volksgezondheid. Volgens de raden impliceert dat op nationaal niveau leiderschap van de minister van VWS, en op lokaal niveau van de Wethouder voor Volksgezondheid. Het is aan deze politici en bestuurders om een heldere visie te formuleren op mogelijkheden voor gezondheidswinst, en in samenwerking met andere beleidssectoren programma's te ontwikkelen die die winst kunnen verzilveren.

Daarnaast blijkt uit de buitenlandse voorbeelden dat een mechanisme nodig is dat een breder politiek *commitment* tot stand kan brengen. Voor de Nederlandse situatie moet gezocht worden naar een geschikte vorm om kabinetsbreed (nationaal niveau) resp. collegebreed (lokaal niveau) de politieke verantwoordelijkheid voor intersectoraal gezondheidsbeleid te delen.

Overleg en afstemming
Behalve leiderschap en *commitment* op het hoogste niveau zijn ook werkvormen nodig waarin met betrokkenen concrete beleidsprogramma's worden ontwikkeld en afgestemd. In veel landen zijn hiervoor interdepartementale commissies of stuurgroepen ingesteld, of is de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het intersectorale gezondheidsbeleid belegd bij een al bestaande overlegstructuur.

Deze onderlinge afstemming is ook gebaat bij gezamenlijk geformuleerde doelstellingen. Aan de hand van kwantitatieve doelstellingen zou voor een bepaalde periode (bijv. een zittingstermijn van een kabinet of college van Burgemeester en Wethouders) een beleidsprogramma van effectieve interventies en beleidsmaatregelen kunnen worden ontworpen.
Op lokaal niveau zijn er in dit verband ook mogelijkheden voor het beter benutten van de vierjaarlijkse gemeentelijke nota gezondheidsbeleid en van het overleg tussen gemeenten en schoolbesturen. Sturen op gezondheidswinst veronderstelt tevens kennis over vermijdbare ziektelast en SEGV. Een regionale VTV kan hiervoor input leveren. Regionale en lokale verschillen krijgen op die manier aandacht en een gepaste aanpak.

Ondersteuning en facilitering
Vrijwel alle landen die intersectoraal gezondheidsbeleid systematisch tot ontwikkeling hebben gebracht, hebben een zichtbare en aanspreekbare *unit* binnen het ministerie van volksgezondheid om dit te ondersteunen en te faciliteren. Voor de concrete uitwerking van beleidsdoelen en meerjarige beleidsstrategieën is de opbouw van kennis en capaciteit op het departement onontbeerlijk. Ook op lokaal niveau zou meer kennis en menskracht gemobiliseerd moeten worden om intersectoraal beleid te bevorderen en te implementeren. Er is de laatste tijd al veel op het bord van de lokale overheid terecht gekomen, en er kan niet van worden uitgegaan dat de deskundigheid voor deze nieuwe taken zonder extra inspanning aanwezig is.

Gezondheid Effect Schatting
Het instrument van Gezondheid Effect Schatting is onmisbaar bij intersectoraal gezondheidsbeleid, maar is tegelijkertijd nog onvoldoende ontwikkeld om harde uitspraken aan te ontlenen. Dat betekent dat de resultaten van Gezondheids Effect Schatting vooralsnog slechts een indicatieve rol kunnen spelen in het intersectorale overleg. De raden bevelen dan ook aan te investeren in verdere instrumentontwikkeling. Verplichtstelling is op dit moment nog niet aan de orde, maar uitbreiding van het gebruik van GES zeker aan te bevelen.

Aanbevelingen
Op basis van deze conclusies hebben de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Onderwijsraad en de Raad voor het openbaar bestuur een aantal aanbevelingen geformuleerd, die de minister van VWS kunnen helpen het intersectorale ge-

zondheidsbeleid structureel te versterken. Ook gaan ze in op de concrete mogelijkheden die er nu al zijn om meer gezondheidswinst te realiseren d.m.v. samenwerking met het onderwijs, het bedrijfsleven, en het lokaal bestuur.

1) Verbeter de beleidsmatige verankering van het intersectorale gezondheidsbeleid

a) Maak intersectoraal gezondheidsbeleid onderwerp van een nieuw regeerakkoord. De gezondheid van de Nederlandse bevolking is hiervoor belangrijk genoeg: de bestrijding van overgewicht, de verbetering van de gezondheid en arbeidsparticipatie van oudere werknemers, en de vermindering van de gezondheidsachterstand van mensen met een lagere sociaaleconomische positie zijn voorbeelden van thema's die in zo'n kabinetsbreed programma een plaats kunnen krijgen. De realisatie van een dergelijk programma vergt organisatorische voorzieningen op kabinetsniveau, bijvoorbeeld een onderraad of een interdepartementale werkgroep die de opdracht krijgt voor een gehele kabinetsperiode een beleidsprogramma van effectieve maatregelen te ontwerpen dat de gestelde doelen kan realiseren. Het opgestelde beleidsprogramma wordt in het kabinet vastgesteld.

b) De minister van volksgezondheid heeft in het intersectorale gezondheidsbeleid een speciale verantwoordelijkheid. De interdepartementale werkgroep staat dan ook onder voorzitterschap van de minister van volksgezondheid. Deze wordt eerstverantwoordelijke voor het intersectorale gezondheidsbeleid, en wordt daartoe ondersteund door een zichtbare en aanspreekbare directie.
De minister van volksgezondheid dient op zijn begroting middelen vrij te maken voor het intersectorale gezondheidsbeleid. In sommige gevallen zal het nodig zijn om de in andere sectoren gevoelde 'parallellie' van belangen te versterken met financiële prikkels of tijdelijk te ondersteunen. Wanneer de gezondheidsbaten van interventies op andere beleidsterreinen aanzienlijk zijn, zal de minister van volksgezondheid in voorkomende gevallen bereid moeten zijn een financiële bijdrage te leveren.
Ook zal de minister van volksgezondheid soms de gezondheidszorg als ruilmiddel moeten inzetten. Vanuit andere sectoren wordt soms de behoefte gevoeld aan een andere inzet van de gezondheidszorg c.q. gezondheidszorginstellingen, bijv. om ziekteverzuim zoveel mogelijk te voorkomen of om voorlichting te geven aan specifieke doelgroepen. De minister van

volksgezondheid zal in voorkomende gevallen bereid moeten zijn zich hiervoor in te zetten.

c) Stimuleer dat gemeenten meer invulling geven aan hun verantwoordelijkheid voor het intersectorale gezondheidsbeleid zoals die in de Wet publieke gezondheid is omschreven. Verruim de beleidscapaciteit en vergroot de deskundigheid voor volksgezondheid op lokaal niveau. Geef het intersectorale gezondheidsbeleid een plaats in de opleidingen van de Bestuursacademie. Integreer de planvorming van de Wet publieke gezondheid met die van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Agendeer in het overleg met gemeenten dat de wettelijke verplichting om bij gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen altijd advies van de GGD te vragen, dient te worden nageleefd. Agendeer eveneens het thema gezondheid in het overleg tussen gemeenten en schoolbesturen.
Om de samenwerking tussen gemeente en GGD te verbeteren en op lokaal niveau meer invulling te kunnen geven aan de bestaande wettelijke verantwoordelijkheid van burgemeester en wethouders voor het (lokale) intersectoraal gezondheidsbeleid, wordt met gemeenten afgesproken dat alle gemeentelijke gezondheidsnota's worden gebaseerd op een analyse van de determinanten van de lokale gezondheidstoestand, en op de mogelijkheden voor intersectoraal gezondheidsbeleid. Burgemeester en wethouders worden hierbij ondersteund door de GGD.

d) Stimuleer dat voor de uitvoering van het intersectorale gezondheidsbeleid op lokaal niveau coalities worden gevormd van bijvoorbeeld zorginstellingen, zorgverzekeraars, woningbouwcorporaties, onderwijsinstellingen en gemeentelijke diensten (waaronder GGD'en). Deze instellingen kunnen verantwoordelijkheid nemen voor die onderdelen van gemeentelijke gezondheidsplannen die aansluiten op de eigen (parallelle) belangen. Door zorginstellingen in deze coalities te betrekken wordt tevens geprofiteerd van de kennis die binnen deze instellingen aanwezig is; dit zal eens te meer gelden als het om Universitaire Medische Centra gaat. Door zorgverzekeraars in deze coalities te betrekken kan optimaal van eventuele financiele synergie gebruik worden gemaakt.

e) Zorg voor additionele prikkels door het stroomlijnen van informatie- en subsidiestromen, zodat de verschillende inspanningen effectiever kunnen worden en kunnen worden samen gebracht in een duidelijk beleid. Tijdens de voorbereiding van het advies is meerdere malen de wenselijkheid van

stroomlijning van financiële middelen door betrokkenen naar voren gebracht. Zo hebben gemeenten en zorgverzekeraars parallelle belangen op het gebied van collectieve preventie. Als ze het gezamenlijk lukt om ketens (zoals de diabetesketen) financieel aan elkaar te koppelen, ontstaat een kansrijke samenwerking. Een additionele prikkel is ook het stimuleren door het Ministerie van VWS van de ontwikkeling van gezonde steden door een predicaat te verlenen aan die steden waarin het bestuur niet alleen zorgt voor infrastructuur en gezonde voorzieningen, maar er ook in slaagt om afspraken te maken met in de stad gelegen bedrijven, scholen, zorgverzekeraars, sportverenigingen, recreatieve centra, restaurants etc.

f) Laat grote beleidsinitiatieven op alle niveaus (rijk en gemeente) beoordelen op hun mogelijke gezondheidseffecten. Als bij een eerste beoordeling blijkt dat die effecten aanzienlijk kunnen zijn, laat dan een gestructureerde GES uitvoeren. Ook al is dit instrument nog niet voldoende uitontwikkeld om in alle gevallen kwantitatieve uitspraken mogelijk te maken, toch wordt daarmee in kwalitatieve zin de aard van mogelijke gezondheidseffecten zichtbaar en kunnen zo nodig alternatieven worden ontwikkeld. Soms zal koppeling van GES aan MER zinvol zijn, maar waar dat niet het geval is zal in voorkomende gevallen een zelfstandige GES moeten worden uitgevoerd

2) Organiseer het intersectorale gezondheidsbeleid rond concrete doelstellingen

a) Kies voor het intersectorale gezondheidsbeleid kwantitatieve doelstellingen, zowel voor de gemiddelde gezondheid als voor het optrekken van het laagste gezondheidsniveau, en neem deze doelstellingen op in het kabinetsbrede uitvoeringsprogramma. Kwantitatieve doelstellingen zijn een belangrijk hulpmiddel in het intersectorale gezondheidsbeleid, omdat ze helpen de inspanningen van alle betrokken partijen te coördineren, en gaande de rit te evalueren. Belangrijk is dat deze doelstellingen niet worden gebruikt om bewindspersonen politiek op af te rekenen, maar om een beleidsprogramma te ontwerpen dat op bevolkingsniveau effect sorteert. Dit vereist dat de doelstellingen worden doorvertaald in een cascade van concrete tussendoelen en specifieke maatregelen, die de effectiviteit en het bereik hebben om het einddoel te realiseren.

b) Betrek alle betrokken partijen bij de formulering van de doelstellingen. Een belangrijke voorwaarde voor succes is dat de doelstellingen door alle betrokkenen worden onderschreven

en meegenomen in de eigen beleidsplannen. Dat vergroot bovendien de kans dat doelstellingen reëel zijn en worden uitgevoerd. Dit geldt zowel voor andere overheidsinstellingen op nationaal en lokaal niveau, als voor private partijen. Overtuig alle betrokken partijen ervan dat het voor het behalen van de geformuleerde doelstellingen essentieel is, dat de ingezette interventies effectief zijn en een voldoende bereik hebben.

c) Laat ook gezondheidszorginstellingen doelstellingen formuleren die aan het bereiken van gezondheidswinst op bevolkingsniveau kunnen bijdragen. Deze doelstellingen kunnen ook aansluiten bij het door de IGZ op te stellen normenkader voor de uitkomsten van zorg. Zorg dat ziekenhuizen die hieraan een substantiële bijdrage weten te leveren, ook financieel worden beloond.
Laat ziekenhuizen ook, op geleide van de regionale VTV, doelstellingen formuleren om SEGV terug te dringen in hun regio. Evenals voor andere maatschappelijke doelstellingen moeten ziekenhuizen hiervoor samenwerken met andere relevante partijen waaronder de huisartsen, wijkverpleegkundigen en GGD-en.
Verplicht ziekenhuizen (via Kwaliteitswet zorginstellingen) om inspanningen en prestaties in relatie tot deze doelstellingen in het kwaliteitsjaarverslag te presenteren. Op die manier krijgt de maatschappelijke relevantie van een ziekenhuis (ziekenhuizen) voor de regio concrete invulling. Hiermee kan rekening gehouden worden bij de beoordeling door de overheid over al dan niet te nemen maatregelen bij (financiële) problemen.

3) Verbeter de ondersteuning van het intersectorale gezondheidsbeleid

a) Op het Ministerie van Volksgezondheid moet meer capaciteit (menskracht, kennis en deskundigheid) worden ingezet om het intersectoraal gezondheidsbeleid te ondersteunen en aan te jagen. Het kiezen van gezondheidsdoelen en het ontwikkelen van beleidsprogramma's om die doelen te realiseren vereist specifieke deskundigheid die bij het Ministerie van Volksgezondheid moet worden opgebouwd. Voor de vormgeving zijn verschillende opties, bijvoorbeeld een binnen het ministerie van VWS op te richten interdepartementale directie intersectoraal gezondheidsbeleid, die als taak krijgt enerzijds de interdepartementale werkgroep op nationaal niveau te ondersteunen, en anderzijds de lokale overheid en andere partijen te ondersteunen. Binnen een dergelijke interdepartementale directie kunnen ook medewerkers van andere departementen die zich

met gezondheidsbeleid bezighouden, worden geplaatst. De uiteindelijke vormgeving zal echter afhangen van de wijze waarop een volgend kabinet (ook andere) kabinetsbrede taken gaat uitvoeren.

b) Geef het RIVM een taak bij de onderzoeksmatige ondersteuning van deze directie. Laat het RIVM de kwantitatieve analyses uitvoeren waarmee de aansluiting tussen doelen en middelen van intersectorale beleidsprogramma's kan worden beoordeeld. Vorm bij het RIVM een organisatorische eenheid die verantwoordelijk is voor de uitvoering van GES en de daarvoor benodigde omvang en deskundigheid heeft.

c) Organiseer de communicatie tussen diverse beleidsterreinen die voor de gezondheid van belang zijn. Eerder heeft de RVZ "loopbruggen" tussen de openbare gezondheidszorg en de curatieve sector bepleit vanuit het perspectief van het optimaliseren van een effectievere en doelmatiger werkende openbare gezondheidszorg (RVZ, 2000). Hiermee wordt bedoeld dat verbinding met andere partijen moet worden gelegd. Dergelijke "loopbruggen" kunnen ook een middel zijn om te leren zien waar belangen parallel lopen. Ze kunnen ook worden ingezet om de belangen die ziektekostenverzekeraars hebben bij het beperken van schadelast in verbinding te brengen met de belangen van scholen en gemeenten bij gezonde burgers. Om meer partijen uit verschillende geledingen en beleidsterreinen kennis te laten nemen van de onderwerpen die samenhangen met intersectoraal gezondheidsbeleid wordt een nationaal platform opgericht dat ambtelijk wordt gevoed en ondersteund vanuit de eerder genoemde directie intersectoraal gezondheidsbeleid. Omgekeerd is het platform een bron van informatie voor het beleid van VWS: weten waar de belemmeringen zitten en welke succesvol beleid zijn weg naar de praktijk gevonden heeft. De adviesvoorbereiding heeft laten zien dat in het onderwijs, bij het lokaal bestuur en in arbeidsorganisaties tal van voorbeelden te vinden zijn die intersectoraal gezondheidsbeleid concreet en zichtbaar kunnen maken en die in het platform een bijdrage kunnen leveren aan wederzijdse betrokkenheid tussen beleid en praktijk.

d) Het Ministerie van Volksgezondheid moet ook meer investeren in wetenschappelijk onderzoek gericht op de ontwikkeling van intersectoraal gezondheidsbeleid. Kennis over effectiviteit van interventies op verschillende beleidsterreinen schiet in veel gevallen nog tekort. Mede vanwege het interdisciplinaire karakter van het benodigde wetenschappelijk onderzoek

komt deze kennis niet vanzelf tot stand. Ook moet worden geïnvesteerd in instrumentontwikkeling ten behoeve van Gezondheid Effect Schatting.

4) Zet nu al in op gezondheidswinst

a) Met het nastreven van gezondheidswinst door intersectoraal gezondheidsbeleid hoeft niet te worden gewacht op een volgende kabinetsperiode. Ook nu is al gezondheidswinst mogelijk door meer samenwerking tussen de sectoren volksgezondheid, onderwijs, arbeid en lokaal bestuur (en met andere sectoren die in dit advies niet aan de orde komen). Maak gebruik van het aanwezige draagvlak door afspraken te maken over de maatregelen die door de verschillende raden worden aanbevolen.
De Onderwijsraad wijst bijvoorbeeld op de wenselijkheid van verplicht bewegingsonderwijs voor leerplichtige leerlingen in het voortgezet onderwijs, het creëren van meer mogelijkheden voor bewegen rond de school, en een gerichtere benutting van beschikbare gezondheidsgerelateerde schoolinrichtingen.
De Sociaal-Economische Raad geeft aan dat er behoefte is meer kennis over de effectiviteit van preventiemaatregelen binnen bedrijven en aan de verspreiding van 'best practices'. Verder is het belangrijk om de gezondheidszorg nauwer te betrekken bij vraagstukken van gezondheid in relatie tot arbeid. Een betere en structurele samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts zou onderdeel daarvan kunnen zijn.
De Raad voor het openbaar bestuur benoemt een aantal concrete aanknopingspunten voor gezondheidswinst door het lokaal bestuur. Er kan beter gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden die de Wet publieke gezondheid biedt om in alle beleidsbeslissingen van de lokale overheid met gezondheidsaspecten rekening te houden. De lokale overheid kan eveneens het goede voorbeeld geven in de rol van werkgever. In die specifieke hoedanigheid kan het iets doen op het gebied van gezonde voeding, binnenmilieu, arbeidsomstandigheden en stimuleren van bewegen voor het eigen personeel.

b) Ook met het verminderen van de gezondheidsachterstand van mensen met lagere sociaal-economische posities kan nu al een stevig begin worden gemaakt. Er lag al voor dit adviestraject begon, een pakket van mogelijke maatregelen klaar om te worden uitgevoerd. Deze maatregelen variëren van het verminderen van onderwijsachterstanden tot het aanbieden van extra gezondheidszorg in achterstandsbuurten, en van gerichte bestrijding van tabaksgebruik in lagere sociaal-economische

groepen tot verbetering van arbeidsomstandigheden voor mensen met lager betaalde beroepen. Op de lange termijn is vooral van investeringen in het onderwijsniveau van toekomstige generaties veel gezondheidswinst te verwachten. Een verbetering van het opleidingsniveau van de laagst gekwalificeerde groepen kan ook helpen hun gezondheid in de toekomst naar het gemiddelde 'op te trekken'. Op kortere termijn kan ook van andere maatregelen, zoals versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg in achterstandsbuurten en het realiseren van een groter bereik van stop-met-roken interventies onder laag opgeleide rokers, effect op de gezondheid van mensen met lagere sociaal-economische posities worden verwacht. Tijdens de adviesvoorbereiding zijn ook verschillende nieuwe mogelijkheden voor het verminderen van sociaal-economische gezondheidsachterstanden genoemd. Zo zal er in het onderwijs aan (toekomstige) gezondheidsprofessionals meer aandacht aan sociaal-economische gezondheidsverschillen moeten worden besteed. In de beleidsbrief SEGV wordt in dit verband gesproken van een toolkit gezondheidsvaardigheden die instrumenten bevat om mensen met lage gezondheidsvaardigheden te herkennen en de communicatie met deze doelgroep te optimaliseren. In aanvulling daarop bevelen de raden aan deze toolkit in het onderwijs aan gezondheidszorgprofessionals te integreren en te verplichten. De opleidingseisen voor de onderscheiden professionals in het kader van de wet BIG worden daarvoor aangepast. Voor de vervolgopleidingen en specialismen bevelen de raden aan dat de minister van VWS met de betreffende beroepsorganisaties hierover afspraken maakt. Maatregelen ter bestrijding van sociaal-economische gezondheidsachterstanden moeten ook op lokaal niveau worden genomen. De raden bevelen de minister van VWS aan, om met de gemeenten afspraken te maken over inspanningen en resultaten gericht op terugdringen van SEGV. Dat zou het resultaat moeten zijn van de inzet van het ministerie van VWS in het meerjarig innovatietraject ' Lokaal Centraal'. Ook hierbij kunnen concrete en meetbare doelstellingen worden geformuleerd.

Ter afsluiting

De raden menen met deze aanbevelingen een fundament te hebben gelegd onder het intersectorale gezondheidsbeleid, en geven de minister de suggestie om voor andere beleidsterreinen dan onderwijs, arbeid en lokaal bestuur een analoge aanpak te ontwikkelen. Ze blijven verder graag betrokken bij de uitwerking van deze aanbevelingen.

Deel I

Kansen voor gezondheidswinst en de noodzaak van intersectoraal gezondheidsbeleid

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

1 Waarom dit advies?

1.1 Meer gezondheid mogelijk

Een groot deel van de ziektelast in Nederland is vermijdbaar. Dat blijkt uit schattingen van de bijdrage van (vermijdbare) risicofactoren en uit variaties in gezondheid binnen Nederland en elders. Zo zijn leefstijlfactoren (roken, overmatig alcoholgebruik en te weinig bewegen) belangrijke beïnvloedbare risicofactoren van ziekte en sterfte. Ook arbeidsomstandigheden. luchtvervuiling en andere omgevingsfactoren dragen aan de ziektelast bij (RIVM, 2006 en 2009). En zo heeft een lage opleiding levenslang invloed op de gezonde levensverwachting (Jagger et al, 2009).

Met het bestrijden van vermijdbare ziekte en sterfte kan tevens een bijdrage worden geleverd aan het verbeteren van de 'middelmatige' positie van Nederland op internationale ranglijsten. De levensverwachting van Nederlandse mannen ligt weliswaar boven het EU-27 gemiddelde, maar er zijn toch verschillende Europese landen met een hogere levensverwachting bij de geboorte. Nederlandse vrouwen komen met hun levensverwachting nauwelijks boven gemiddelde van de EU-27 uit. De kernboodschap van recente studies van het RIVM is dan ook dat er nog een flinke gezondheidswinst mogelijk is wanneer Nederland zich zou inspannen één van de gezondste EU-landen te worden (RIVM, 2008).

Daarvoor moet echter een beroep worden gedaan op sectoren buiten de gezondheidszorg. Dat er meer gezondheidswinst te boeken valt in sectoren buiten de sector gezondheidszorg dan daarbinnen, is een bekend gegeven. De historische bijdrage van schoon drinkwater en sanitaire voorzieningen aan de gezondheid van de bevolking is daarvan een goed voorbeeld (Mackenbach, BMJ, 2007, 334, 6 jan). Maar er zijn ook veel recente voorbeelden van behalen van gezondheidswinst door maatregelen op terreinen buiten de gezondheidszorg. Het ministerie van Verkeer en Waterstaat heeft de afgelopen decennia een bijzonder succesvol beleid gevoerd om het aantal verkeersslachtoffers terug te dringen, en dat heeft bijgedragen aan veel gezondheidswinst. Mede door maatregelen als de aanleg van verkeersrotondes en de aanleg van veiliger provinciale wegen (SWOV, 2003) is het aantal dodelijke verkeers-

slachtoffers de afgelopen jaren aanzienlijk gedaald: van 1066 in 2002 naar 791 in 2007 (CBS).

Het is echter niet vanzelfsprekend dat die andere sectoren een optimale bijdrage aan de gezondheid van de bevolking leveren. De primaire belangen van die sectoren liggen immers elders. Het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap (OCW) heeft bijvoorbeeld als kerntaak te zorgen voor goed onderwijs. Het rapport van de commissie Dijsselbloem maakt duidelijk dat die kerntaak er de afgelopen decennia misschien weleens bij in is geschoten. Het onderwijs wordt geacht een bijdrage te leveren aan (te)veel maatschappelijke problemen. Hoewel het onderwijs gebaat is bij gezonde leerlingen, bijvoorbeeld omdat dit minder schooluitval veroorzaakt, is gezondheid(winst) niet de primaire taak van de onderwijssector.

In het beleid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn preventie en gezondheidswinst centrale thema's. Niet alleen is het zijn uitdrukkelijke ambitie bestaande beleidslijnen steviger met elkaar te verbinden, ook wil hij nieuwe verbindingen zoeken opdat meer partijen er belang bij krijgen om een bijdrage aan preventie en gezondheidswinst te leveren. Een samenhangend en integraal gezondheidsbeleid is onderdeel van de aanpak (TK 2007-2008, 22 894, nr. 134).

Parallellie van belangen is daarbij volgens de minister een van de centrale principes. Met parallellie van belangen wordt gedoeld op het feit dat ook andere sectoren belang hebben bij een gezondere bevolking. Als directe parallelle belangen noemt de minister in de adviesaanvraag onder meer productiviteitswinst, leerprestaties, minder ziekteverzuim op school en op het werk en een beter imago op de arbeidsmarkt. Dat maakt het volgens de minister mogelijk andere partijen te betrekken bij het vorm en inhoud geven aan preventie. Die inzet komt eveneens tot uitdrukking in zijn brieven aan de Tweede Kamer over sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV, TK 2007–2008, 22 894, nr. 176 en TK 2007–2008, 22 894, nr. 209).

De minister wijst in het kader van parallellie van belangen op het beleid van zijn collega's van OCW, J&G, SZW, VROM en LNV gericht op opleiding (zoals tegengaan schooluitval), werk en inkomen en sociale/fysieke omgeving. Hij wil met hen in overleg over continuering en mogelijke versterking van dit beleid. In dat kader vraagt hij tevens advies aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de Onderwijsraad (OR) en de Raad voor het

openbaar bestuur (Rob). Hij wil daarmee meer zicht krijgen op mogelijkheden om via specifieke parallelle belangen zijn beleid kracht bij te zetten. De Sociaal-Economische Raad (SER) ontvangt een gelijkluidende adviesaanvraag. Gelet op de kabinetsdoelstelling om sociaal-economische gezondheidsverschillen terug te dringen, vraagt de minister in het bijzonder hiervoor aandacht.

1.2 Beleidsvragen

Aan de Raden wordt een visie gevraagd op de materie die de minister in de adviesaanvraag (bijlage I) schetst. Daarnaast zou hij het op prijs stellen als de Raden aanbevelingen zouden willen doen over de versterking van de bijdrage van het onderwijs, werkgevers en werknemers, en de scholen en het lokale bestuur aan de gezondheid van de Nederlandse bevolking.

De Raden hebben de vragen uit de adviesaanvraag (bijlage I) als volgt geoperationaliseerd:
- Op welke gebieden valt in ons land nog belangrijke gezondheidswinst te boeken?
- Welke (parallelle) belangen hebben bedrijven, scholen en lokaal bestuur en bedrijven bij gezondere burgers?
- Hoe kan op deze belangen worden ingezet om aan te sturen op gezondheidswinst?

1.3 Functie in het beleidsproces

Het advies heeft de volgende functies:

Een bijdrage leveren aan het beter organiseren van het intersectoraal gezondheidsbeleid
Intersectoraal gezondheidsbeleid komt niet eenvoudig tot stand. De manier waarop overheid/openbaar bestuur is georganiseerd, is daar mede debet aan. Door in het advies aandacht te geven aan de voor intersectoraal beleid in te zetten geschikte governance-instrumenten wordt een bijdrage geleverd aan het beter organiseren van het intersectoraal gezondheidsbeleid.

Verhelderen van de (coördinerende) rol van de minister van VWS.
Uit de adviesaanvraag is duidelijk dat de minister van VWS voor zichzelf een voortrekkersrol ziet op het gebied van het intersectoraal gezondheidsbeleid. Maar hoe kan die rol het beste ingevuld worden? In dit advies zal niet alleen worden ingegaan op de verantwoordelijkheidsverdeling, maar ook op de randvoorwaarden voor een effectieve uitoefening van die

rol, bijvoorbeeld in de zin van opbouw van capaciteit bij het ministerie van VWS.

Aangeven van concrete aangrijpingspunten voor gezondheidswinst door maatregelen op andere terreinen dan de gezondheidszorg
Er is in Nederland al veel bekend over vermijdbare risicofactoren voor ziekte en sterfte. Door een overzicht te maken van effectieve maatregelen die kunnen helpen die risicofactoren terug te dringen, in het bijzonder op het terrein van onderwijs, bedrijfsleven, en lokaal bestuur, levert dit advies concrete aangrijpingspunten voor intersectoraal gezondheidsbeleid.

Een bijdrage leveren aan het beleid om SEGV te verkleinen
De minister van VWS noemt sociaal-economische gezondheidsverschillen als belangrijk voorbeeld van een volksgezondheidsprobleem waarbij veel winst te boeken is door middel van intersectoraal gezondheidsbeleid. Hij wijst in zijn recente brieven aan de Tweede Kamer over SEGV (TK 22894, nr.176 en TK 22894, nr. 209) nadrukkelijk op de parallelle belangen die in het geding zijn, met te hier behalen gezondheidswinst. Door advies te vragen aan de raden wil hij meer zicht krijgen op mogelijkheden om via specifieke parallelle belangen zijn beleid om SEGV te verkleinen, kracht bij te kunnen zetten. Het advies moet helpen om zijn doel - te komen tot afstemming en vervlechting van de agenda's - naderbij te brengen.

1.4 Begrippen

In de adviesaanvraag van de minister worden onder meer begrippen als gezondheidswinst, en sociaal-economische gradiënt in gezondheid gebruikt. Wat wordt precies met die begrippen bedoeld? 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.

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?

Het is belangrijk dat betrokkenen uit de wereld van het openbaar bestuur, het onderwijs en de gezondheidszorg elkaar begrijpen als zij samen een advies voorbereiden. Daarom heeft de RVZ op verzoek van de minister met een 'begrippenkader'/ 'voorstudie naar begrippen' een bijdrage geleverd om de voorbereiding van het advies te faciliteren. Die is te vinden op de site van de raden/www.rvz.net . Onder meer wordt ingegaan op hoe gezondheid wordt gemeten, welke gezondheidsindicatoren worden gebruikt, preventie in al zijn facetten komt aan bod, intersectoraal gezondheidsbeleid, integraal gezondheidsbeleid, sociaaleconomische gezondheidsverschillen en parallelle belangen. Hieronder worden de meest gehanteerde begrippen in dit advies toegelicht.

Parallelle belangen
Uit de adviesaanvraag, de literatuur en de praktijk van alledag zijn wel voorbeelden van parallelle gezondheidsbelangen te destilleren, zonder dat die term precies is gedefinieerd. De raden geven de volgende interpretatie aan parallelle belangen op het terrein van gezondheid. In dit advies spreken we van parallelle belangen als maatregelen met gezondheidseffecten ook voordelen opleveren voor een ander beleidsterrein dan het terrein waarop de maatregelen worden genomen. De voordelen kunnen direct samenhangen met de gezondheidseffecten (bijvoorbeeld wanneer een betere gezondheid van leerlingen betere schoolprestaties oplevert), dan wel met andere effecten van de betreffende maatregelen (bijvoorbeeld wanneer een verbetering van arbeidsomstandigheden niet alleen de werknemers gezonder maakt maar ook hun arbeidsproductiviteit verhoogt).

Zie een eerste aanzet voor verdere invulling van het begrip het voor dit advies opgestelde begrippenkader (www.rvz.net).

Intersectoraal beleid/ integraal 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.

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).

Het verschil tussen de twee begrippen is dat bij integraal gezondheidsbeleid de focus voor alle betrokken is gericht op meer gezondheid (voor iedereen is meer gezondheid het doel), en bij intersectoraal beleid, zoals het grote stedenbeleid, is gezondheid een aspect van het geheel.

De raden geven voor dit advies de voorkeur aan de term intersectoraal (gezondheids)beleid. Die maakt beter dan de term integraal beleid duidelijk dat belangen in de verschillende sectoren kunnen divergeren, maar soms parallel lopen.

HIA en GES
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.

1.5 Werkwijze

Om de vragen van de minister te kunnen beantwoorden hebben de Onderwijsraad, de Raad voor het openbaar bestuur en de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) nauw samengewerkt. Zo hebben ze een stuurgroep geformeerd (zie voor de samenstelling bijlage 2) die het advies heeft voorbereid. Met de Sociaal-Economische Raad is informatie uitgewisseld en zijn de werkzaamheden op elkaar afgestemd.

Voor het advies zijn twee achtergrondstudies uitgevoerd. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft onderzocht wat het effect is van maatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid van de bevolking. Het European Observatory on Health Systems and Policies heeft onderzocht welke instrumenten in andere landen worden gebruikt door de overheid om intersectoraal gezondheidsbeleid concreet vorm te geven. De rapporten worden samen met het advies gepubliceerd op de website van de RVZ: www.rvz.net .

Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidbeleid zijn bijeengebracht in de brochure 'Buiten de gebaande paden'. Enthousiaste mensen die in de praktijk volop aan de slag zijn

met het daadwerkelijk vormgeven van intersectoraal gezondheidsbeleid komen daarin aan het woord. De brochure wordt eveneens tegelijk met het advies gepubliceerd.

Tijdens de voorbereiding van het advies hebben de raden een bijeenkomst georganiseerd met vertegenwoordigers van verzekeraars, het lokaal bestuur, het onderwijs, de gezondheidszorg en de wetenschap, om bevorderende en belemmerende factoren voor intersectoraal gezondheidsbeleid te identificeren. Het verslag van die bijeenkomst is te vinden op de website(s) van de raden. De deelnemers aan de bijeenkomst staan vermeld in bijlage 2.

1.6 Leeswijzer

De uitwerking en onderbouwing van het advies heeft de volgende opbouw. In deel 1, hoofdstuk 2 wordt aangegeven waar de kansen liggen voor meer gezondheidswinst. Hoofdstuk 3 vat de resultaten uit de studie naar in het buitenland gebruikte instrumenten voor intersectoraal beleid samen, en bespreekt de relevantie daarvan voor de Nederlandse situatie.

Deel 2 bevat de bijdrage van de Onderwijsraad en is getiteld Onderwijs en gezondheid. Deel 3 bevat de bijdrage van de Raad voor het openbaar bestuur. Beide raden gaan in op respectievelijk de rol van het onderwijs en de overheid en op de in het geding zijnde parallelle belangen bij gezondheidswinst. In deel 4 worden de belangrijkste bevindingen uit het advies van de SER samengevat.

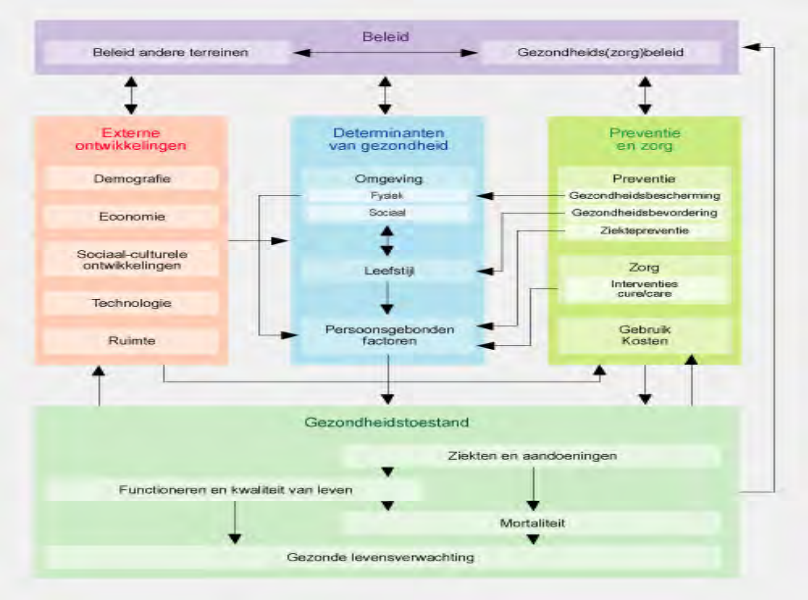
In het integrerend advies trekken de RVZ, de OR en de Rob gezamenlijke conclusies en doen zij, mede in het licht van de conclusies van de SER, aanbevelingen voor het beleid.

2 Kansen voor gezondheidswinst

2.1 Inleiding

Kansen om gezondheidswinst te boeken liggen voor een belangrijk deel buiten de gezondheidszorg. De determinanten die, naast leefstijl, een belangrijke rol spelen zijn onder meer sociale omgevingsfactoren (onder meer werkgelegenheid, onderwijs, sociale samenhang) en factoren in de fysieke omgeving (onder meer luchtvervuiling, arbeidsomstandigheden, verkeersveiligheid). Het conceptuele model van de invloed van determinanten op de volksgezondheid staat hieronder weergegeven. In paragraaf 2.2 gaan de raden in op kansen voor gezondheidswinst door intersectoraal beleid in.

Figuur 1 Het conceptuele model van de volksgezondheid uit de RIVM achtergrondstudie



Bron: RIVM, 2006.

Het vóórkomen van deze determinanten concentreert zich voor een deel in de lagere sociaal-economische groepen. De sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn de afgelopen decennia eerder toe- dan afgenomen. In het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen liggen dan ook belangrijke kansen om gezondheidswinst te boeken. De minister heeft de raden verzocht hieraan in het bijzonder aandacht te besteden. Dat doen zij in paragraaf 2.3.

Naast intersectoraal beleid gericht op de determinanten en aandacht specifiek voor de groep met een lage sociaal economische status besteden de raden in paragraaf 2.4 globaal aandacht aan de relatie met arbeid, lokaal bestuur en onderwijs. In de hierna volgende hoofdstukken wordt daar uitgebreider op ingegaan. Het hoofdstuk eindigt met een (voorlopige) visie van de raden op de kansen voor gezondheidswinst.

2.2 Verminderen van vermijdbare ziektelast

De achtergrondstudie die het RIVM op verzoek van de raden voor dit advies heeft uitgevoerd, laat zien dat er kansrijke aanknopingspunten zijn voor gezondheidswinst door effectieve maatregelen en beleidsmaatregelen in te zetten op het terugdringen van vermijdbare risicofactoren van ziekte en sterfte.

Determinanten
De tien belangrijkste determinanten, in termen van ziektelast en sterfte, zijn in de studie geselecteerd. Zowel de persoongebonden factoren, leefstijlfactoren als de fysieke en sociale omgevingsdeterminanten komen aan bod. Om inzicht te krijgen in de beïnvloedingsmogelijkheden van andere sectoren is vervolgens in kaart gebracht welke sectoren van invloed zijn op deze determinanten. Hieronder vallen zowel publieke als private partijen. Tot slot zijn de (effectieve) maatregelen die binnen deze sectoren zouden kunnen worden genomen, helder en eenduidig beschreven, per determinant en sector.

Tabel 2 Bijdrage van determinanten aan ziektelast

Determinant	Range	DALY's[a]	Bijdrage DALY's (%)[b]
Roken		380.000	13
Overmatig alcoholgebruik		131.000	4,5
Lichamelijke inactiviteit		120.000	4,1
Voeding	Laag	70.000	2,4
	Hoog	202.000	6,9
Milieufactoren	Laag	58.000	2
	Hoog	146.000	5
Ongunstige arbeidsomstandigheden	Laag	58.000	2
	Hoog	117.000	4
Verkeersongevallen		68.800	2,4
Privé-ongevallen		92.300	3,2
Openbare ruimte		n.b	n.b
Sociale steun		n.b	n.b

Bron : RIVM, 2009.

[a] DALY's : Disability Adjusted Life Years: Maat voor ziektelast in een populatie. Deze maat is samengesteld uit het aantal verloren levensjaren (door vroegtijdige sterfte) en het aantal jaren geleefd met gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld ziekte).

[b] Bijdrage aan DALY's in %: Mate waarin de determinant bijdraagt aan de ziektelast veroorzaakt door 71 aandoeningen

Van de totale ziektelast is dertien procent direct herleidbaar tot tabaksgebruik, vooral door longkanker, COPD en coronaire hartziekten. Ook andere gedragsgerelateerde 9 determinanten dragen in belangrijke mate bij aan de ziektelast.

Overmatig gebruik van alcohol zorgt voor 4,5% van de ziektelast in Nederland, lichamelijke inactiviteit zorg voor 4,1% ziektelast en voeding tussen de 2,4 en 6,9%.

Milieufactoren dragen 2 tot 5% bij aan ongezondheid in Nederland. Het gaat om uiteenlopende effecten van luchtverontreiniging, geluidsoverlast, radon- en UV-straling en tabaksrook of vocht in het binnenmilieu. Luchtverontreiniging door ul-

trakleine deeltjes (fijn stof) levert volgens de berekeningen veruit de belangrijkste bijdrage, gevolgd door geluid.

Ongunstige arbeidsomstandigheden leveren op diverse manieren een bijdrage aan de ziektelast en zijn goed voor 2 tot 4 % van de totale last. Enerzijds hebben werknemers een betere gezondheid dan mensen die niet werken. Men zegt wel: van werken word je gezond. Anderzijds kan werken ook gezondheidsschade veroorzaken. Een flink deel van de werknemers loopt risico's op ongevallen of ziekten die worden veroorzaakt door blootstelling aan gevaren in de arbeidssituatie, zoals chemicaliën, lawaai en stress. Van de werkgerelateerde ziektelast wordt 40% veroorzaakt door verwondingen en letsels. Schattingen over werkgerelateerde stress lopen uiteen van 4 tot 7% van de Nederlandse beroepsbevolking die daarmee te maken krijgt.

Veiligheid is van belang om ongevallen bij vooral jongeren en jongvolwassenen te voorkomen. Verkeersongevallen zorgen voor 2,4% van de ziektelast en ongevallen in de privé-situatie dragen 3,2% bij aan de ziektelast.

Het is niet bekend voor hoeveel procent de inrichting van de openbare ruimte of wijk bijdraagt aan de totale ziektelast in Nederland. Wel is bekend dat mensen in achterstandswijken een minder goede gezondheid ervaren, meer langdurige aandoeningen en beperkingen hebben en minder sporten. Verder blijkt uit onderzoek onder jongeren dat in achterstandswijken slechts 3% van de leerlingen uit groep 3 tot en met 7 genoeg beweegt. En de inrichting van de openbare ruimte is mede bepalend voor de lichamelijke inactiviteit, zoals aanbod speelplaatsen, voldoende groenvoorzieningen en sportvelden.

Evenmin is bekend voor hoeveel procent een gebrek aan sociale steun bijdraagt aan de ziektelast. Wel is bekend dat sociale steun beschermt tegen hart- en vaatziekten. Gezien het feit dat coronaire hartziekten en stemmings- en angststoornissen verantwoordelijk zijn voor een belangrijk deel van de ziektelast, wordt sociale steun gezien als een belangrijke determinant van de gezondheid. Vooral ook omdat uit analyses binnen de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk blijkt dat tussen de 28 en 40% van de onderzochte populatie (> 18 jaar) aangeeft in enige of ernstige mate een tekort aan sociale steun te ervaren.

Andere determinanten
Naast de reeks/top tien van determinanten uit de studie van het RIVM zijn er nog vele andere factoren die voor ziektelast zorgen. Zo is sprake van een toenemende evidentie dat het effect van softdruggebruik door adolescenten zorgt voor langdurige ziektelast in de psychiatrie. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat cannabis een risicofactor is voor psychotische en voor manische symptomen, en dat het gebruik van cannabis een rol zou kunnen spelen in de co-morbiditeit van beide aandoeningen (Henquet, 2006 en Moore, 2007). En de beginleeftijd van cannabisgebruik hangt samen met de leeftijd waarop het ontstaan van een psychose tot uiting komt (Dragt, et al, 2008). En mensen die zich ongezond gedragen beperken zich doorgaans niet tot één soort risicogedrag, maar gedragen zich vaak op meerdere vlakken tegelijkertijd ongezond. Vooral roken gaat vaak samen met ander ongezond gedrag, bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik (RIVM, 2006).

Effectieve interventies
Kansen voor gezondheidswinst liggen in het toepassen van effectieve interventies. In de RIVM-studie zijn voor iedere determinant effectieve interventies en beleidsmaatregelen (op nationaal en lokaal niveau) geïnventariseerd. Daaruit blijkt in de eerste plaats dat er veel mogelijke interventies beschikbaar zijn voor de onderzochte determinanten. Zo hebben massamediale campagnes, anders dan wel wordt gedacht, effect in het verkeer. Het gevolg is onder meer minder alcoholgebruik en meer gordelgebruik onder automobilisten. En zo leidt een strenge handhaving van de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol tot minder alcoholgebruik onder jongeren.

In de tweede plaats laat de inventarisatie zien dat toepassing van effectieve interventies en beleidsmaatregelen actieve betrokkenheid van uiteenlopende beleidsterreinen vereist. Zo zijn voor interventies en beleidsmaatregelen op het terrein van veiligheid niet alleen de industrie en de politie aan zet, ook de gebouwde omgeving en de verkeersinfrastructuur dragen bij aan veiligheid. Kortom, bijna alle departementen kunnen in hun beleid bijdragen aan gezondheidswinst: van financiën en onderwijs tot sport en verkeer.

Voor de gevonden interventies en beleidsmaatregelen is in kaart gebracht wat de mate van bewijslast is voor de effectiviteit. De type beleidsmaatregelen zijn onderverdeeld in communicatieve maatregelen (voorlichtingsprogramma's), econo-

mische maatregelen, aanbod en spreiding van voorzieningen, en juridische maatregelen. In box 1 staan de interventies en beleidsmaatregelen buiten het domein van de volksgezondheid waarbij de bewijslast voor effectiviteit het grootst is.

Box 1 Beleidsmaatregelen buiten het VGZ domein met de meeste bewijslast voor effectiviteit	
Communicatief Voorlichting	*Roken:* voorlichting op school en werk; *Lichamelijke activiteit*: voorlichting op school, keuzemomenten; *Alcohol:* voorlichting via gezin; *Voeding:* voorlichting via gezin; *Luchtkwaliteit:* advies op maat binnenmilieu; *Verkeersveiligheid*: campagne; *Stress:* sociaal emotionele vaardigheidstrainingen in gezin (op-voedingsondersteuning).
Economisch Subsidie	*Roken:* vergoeding stoppen met roken; *Lichamelijke activiteit:* stimuleren fietsen naar het werk; *Luchtkwaliteit:* subsidie roetfilters, stimuleringsregeling schone scheepvaart; *Stress:* kantoorinrichting.
Economisch Heffing	*Roken:* tabakaccijnzen en prijzen; *Alcohol:* alcoholaccijnzen en prijzen.
Versterking aanbod en spreiding	*Lichamelijke activiteit:* meer bewegingsonderwijs op school, wandel en fietspaden, beweegvriendelijke inrichting schoolplein, aanwezigheid voorzieningen op loop- en fietsafstand, beweegprogramma's op werk; *Voeding:* samenstelling voedingsmiddelen door industrie, aanbod frisdranken en snacks in automaten op school; *Alcohol:* controle (blaastest); *Luchtkwaliteit:* fietsvriendelijke steden; *Openbare ruimte:* aanwezigheid voorzieningen, wandel en fietspaden; *Veiligheid:* handhaving verkeersregels, lokale infrastructurele maatregelen (verkeer), oefenprogramma's veiligheid voor ouderen; *Stress*: gezond roosteren, verbeteren werkfactoren, ontspanningsoefeningen.
Beperking aanbod en sprei-	*Roken:* rookvrije school, rookvrije werkplek;

ding	*Alcohol:* beperkte beschikbaarheid verkooppunten (incl. vergunningen);
Juridisch Wetgeving (gebod/verbod)	*Roken:* rookverbod werkplek; *Alcohol:* verkooptijden alcohol, (handhaving) leeftijdsgrenzen alcohol; *Luchtkwaliteit*: beperking uitstoot verkeer (vervuilende vrachtauto's uit de stad, max. snelheid van 80 km/u, langzaam rijden), vervoersmanagement schoon wagenpark, garanderen gezondheidskundige kwaliteit woningen; *Veiligheid:* veiligheidsvoorzieningen zwembaden, voertuigmaatregelen, verkeerswetgeving.

Toepassing effectieve interventies nog mondjesmaat
Er zijn dus veel kansen voor gezondheidswinst. Maar beschikbaarheid van effectieve interventies en beleidsmaatregelen houdt niet automatisch in dat ze ook voldoende bereik hebben c.q. voldoende worden ingezet. Sommige van de in box 1 genoemde interventies en beleidsmaatregelen worden al op grote schaal toegepast, maar veel andere hebben een zeer beperkt bereik. Zo signaleert de IGZ dat op lokaal niveau over het aanbod van interventies (gericht op roken, alcohol, overgewicht en depressie) wel iets bekend is, maar nauwelijks iets over het bereik. Daarbij komt dat de gemeenten niet vanzelfsprekend de op rijksniveau geformuleerde speerpunten overnemen. Zo is er weinig belangstelling voor het voorkomen van depressie. En ook in het onderwijs worden niet vanzelfsprekend de door de rijksoverheid gestelde doelen op gezondheidsbeleid tot speerpunt gemaakt.

2.3 SEGV verkleinen

Wanneer de gezondheid van mensen met lagere opleidingen en inkomens wordt opgetrokken naar het niveau van mensen met een hogere sociaal-economische status, wordt veel gezondheidswinst geboekt. Hoogopgeleiden leven immers langer dan laagopgeleiden: 6 tot 7 jaar. Het verschil in het aantal ervaren gezonde levensjaren bedraagt zelfs 16 tot 19 (CBS, 2008).

Deze verschillen komen voort uit het feit dat vrijwel alle ziekten en aandoeningen onder mensen met een lagere sociaaleconomische status aanzienlijk meer vóórkomen. Het CBS verklaart de grote sociaaleconomische ongelijkheid in gezonde levensverwachting door de aanwezigheid van sterk beperkende ziektes bij laagopgeleiden: meer hartaandoeningen hartaandoe-

ningen, meer rugklachten en meer reumatische aandoeningen. Bovendien hebben laagopgeleiden meer beperkingen van het bewegingsapparaat (CBS, 2008).

Uit onderzoek blijkt dat sociaal-economische gezondheidsverschillen berusten op twee verschillende mechanismen: sociale causatie (een lage sociaal-economische status leidt via verschillende determinanten tot een slechtere gezondheid) en sociale selectie (een slechte gezondheidstoestand leidt via negatieve effecten op opleiding en werk tot een lagere sociaal-economische status). Sociale causatie is van deze twee mechanismen kwantitatief het belangrijkste. Drie groepen specifieke determinanten leveren een bijdrage aan het effect van sociaal-economische status op gezondheid: gedragsfactoren, psychosociale factoren en materiële of structurele omgevingsfactoren (Programmacommissie SEGV-II, ZON, 2001).

Voorbeelden van factoren die ook in Nederland een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn roken, gebrek aan lichaamsbeweging, overgewicht, negatieve levensgebeurtenissen, gebrek aan sociale steun, ongunstige sociale en fysieke arbeidsomstandigheden, en financiële situatie (Mackenbach, 2003, Van Lenthe et al, 2004, Van Oort et al, 2005).

In de afgelopen decennia zijn de sociaal-economische gezondheidsverschillen eerder toe- dan afgenomen. In veel landen zijn de verschillen in sterftecijfers tussen mensen met een lagere en hogere sociaal-economische positie sinds de jaren '70 toegenomen, doordat de sterfte aan onder meer hart- en vaatziekten veel sneller daalden onder mensen met een hogere opleiding of inkomen.

Mede naar aanleiding van deze toename zijn in veel landen beleidsprogramma's ontwikkeld om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. In Nederland heeft de Commissie-Albeda in 2001 hiervoor voorstellen gedaan (Programmacommissie SEGV-II, ZON, 2001). Voor het bereiken van een substantiële reductie van sociaal-economische gezondheidsverschillen achtte de Commissie-Albeda maatregelen nodig op diverse beleidsterreinen. De commissie noemde vier aangrijpingspunten voor beleid:

1 het verkleinen van verschillen in sociaal-economische achtergrondfactoren zoals opleiding, werk en inkomen;
2 het verminderen van de negatieve effecten van gezondheidsproblemen op opleiding, beroepsniveau en inkomen;

3 het verminderen van de negatieve gezondheidseffecten van een lage opleiding, een laag beroepsniveau en een laag inkomen, en
4 het verbeteren van de toegankelijkheid en de effectiviteit van gezondheidszorg aan lagere sociaal-economische groepen.

Om deze effecten te bereiken werd een pakket van interventies en beleidsmaatregelen aanbevolen waarvan de effectiviteit in onderzoek aannemelijk was gemaakt. Veel van deze interventies en beleidsmaatregelen lagen op andere terreinen dan de gezondheidszorg.

SEGV komen overigens in alle landen voor. Een internationale vergelijking tussen 22 landen laat echter zien dat er aanzienlijke verschillen tussen landen bestaan. Zo is in heel Europa de sterfte onder laagopgeleiden groter, maar ook hier met variatie tussen de landen (Mackenbach et al, NEJM, 2008).

Beleidsplan SEGV van het kabinet
Alle rapporten ten spijt is er in de eerste jaren van deze eeuw op nationaal niveau betrekkelijk weinig gebeurd om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. De Tweede Kamer achtte het in 2008 nodig een breed gedragen motie te aanvaarden die de regering opriep om - gelet op de grote sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland en constaterende dat er onvoldoende beleid bestaat dat is gericht op het verkleinen ervan - een beleidsplan op te stellen waarin de regering de doelen en aanpak aangeeft om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen (TK 31 200 XVI, nr. 49).

In reactie daarop heeft het kabinet op een rij gezet welke reeds genomen maatregelen kunnen bijdragen aan het verminderen van sociaaleconomische achterstanden. Ze staan genoemd in de brief die de minister van VWS eind december 2008, mede namens de minister van Wijken, Wonen en Integratie (WWI), aan de Tweede Kamer stuurde (TK 22 894, nr. 209). In dit kabinetsbeleid heeft de aanpak van krachtwijken een bijzondere plaats. Dat is naar de mening van de raden terecht omdat, zoals ook aangegeven in de brief aan de Tweede Kamer, uit onderzoek blijkt dat de inwoners van de krachtwijken gemiddeld een slechtere gezondheid hebben dan de rest van Nederland.

Een concrete doelstelling ontbreekt echter nog. Het kabinet streeft naar een concrete doelstelling met betrekking tot de gezonde levensverwachting van laagopgeleiden. Die zal onder meer worden gebaseerd op basis van het onderhavige advies (TK 22 894, nr.209).

Hoewel de raden met instemming kennis hebben genomen van de vele reeds genomen beleidsmaatregelen, menen zij dat meer nodig is om sociaal-economische gezondheidsverschillen daadwerkelijk te verkleinen. Er zullen forse inspanningen nodig zijn om met effectieve interventies en beleidsmaatregelen een zodanig hoog bereik in lagere sociaal-economische groepen te hebben, dat de gezondheidsverschillen meetbaar kleiner worden. Verschil durven maken lijkt dan belangrijker dan het nemen van maatregelen die voor alle burgers van toepassing zijn.

Dat geldt overigens niet alleen voor andere beleidssectoren, maar ook voor de gezondheidszorg zelf. Hoger opgeleiden bijvoorbeeld weten in de gezondheidszorg in het algemeen hun weg wel te vinden. Maar lager opgeleiden zullen doorgaans meer tijd en een andere aanpak vragen. Controleren of de patiënt begrepen heeft wat van hem/haar wordt verwacht in de behandeling en maatregelen om therapietrouw te bevorderen kosten tijd en aandacht. Beschikt de patiënt wel over voldoende gezondheidscompetenties? Neemt de arts hiervoor wel voldoende tijd?

- **Onderzoek naar duur huisartsencontacten in achterstandswijken (2008)**
- 'Sociaal-economische achterstand, taal- en cultuurverschillen, veel verhuizingen en beperkte sociale samenhang leiden in achterstandswijken tot een grote en complexe zorgvraag, regelmatig in combinatie met achterliggende sociale problematiek. Dit eist meer van de huisartsen in deze wijken. Het zogenoemde Vogelaar-akkoord over de honorering was een antwoord op deze extra belasting. Huisartsen krijgen hierdoor de mogelijkheid een lang consult (van twintig minuten) dubbel te declareren. Opmerkelijk is echter dat patiënten uit achterstandswijken wel vaker naar de huisarts gaan maar niet langer, zo blijkt uit onderzoek binnen het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH) van het NIVEL. Vanwege de bewerkelijkheid van consulten in achterstandswijken was de verwachting juist dat huisartsen in deze wijken veel dubbele consulten zouden declareren. '

- ‘Het kan ook zijn dat allochtone patiënten niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid een lang consult te vragen.’ Verder is het ook mogelijk dat huisartsenpraktijken in achterstandswijken door de werkdruk terughoudend zijn met lange consulten.
- www.nivel.nl (november 2008)

2.4 Gezondheidswinst in relatie tot arbeid, onderwijs en lokaal bestuur

In de adviesaanvraag wordt terecht opgemerkt dat een belangrijk motief om gezondheid te bevorderen ligt in de maatschappelijke baten die hiermee kunnen worden behaald. Omdat het realiseren van gezondheidswinst slechts ten dele plaats vindt binnen het collectieve domein van de zorg wil het kabinet de bijdrage van andere relevante actoren bevorderen, op basis van hun belang bij gezondheid en in een redelijke verhouding tot hun verantwoordelijkheden en mogelijkheden. Tot deze actoren behoren in ieder geval de scholen, het lokale bestuur en de bedrijven.

Onderwijs
Het onderwijs biedt allerlei mogelijkheden om de gezondheid te bevorderen, op korte termijn en op langere termijn. In box 1 worden verschillende interventies en beleidsmaatregelen genoemd die effectief de gezondheid bevorderen en waarvan de uitvoering in het onderwijs zou moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld meer bewegingsonderwijs en een beweegvriendelijke inrichting van de schoolpleinen.

Daar ligt tegelijkertijd een probleem: de baten van investeren in gezondheid slaan maar ten dele neer in deze sector. En het onderwijs moet al zoveel, in ieder geval ook zorgen dat leerlingen kunnen lezen en schrijven. De Onderwijsraad gaat in zijn bijdrage aan dit advies (deel 2) verder in op de rol van het onderwijs.

Lokaal bestuur
Het lokaal bestuur heeft van oudsher een belangrijke rol en taak bij het behalen van gezondheidswinst. De GGD’en hebben hierin een spilfunctie. De taken zijn vastgelegd in de Wet Publieke Gezondheid die per 1 december 2008 in werking is getreden (en de WCPV vervangt). Maar ook op het terrein van welzijn heeft het lokaal bestuur taken op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Er zijn tal van voorbeelden te bedenken, waar het lokaal bestuur zorg draagt voor de volksgezondheid van burgers. Wat kan de overheid nog meer bijdragen? In box 1 worden verschillende interventies en beleidsmaatregelen genoemd die effectief de gezondheid bevorderen, en waarvan de uitvoering bij het lokaal bestuur ligt, bijvoorbeeld de aanleg van fiets- en wandelpaden en lokale infrastructurele verkeersmaatregelen. De Raad voor het openbaar bestuur gaat hierop in zijn bijdrage dieper in (deel 3).

Arbeid
We weten uit onderzoek dat werk belangrijk is voor de gezondheid van mensen. Zo draagt werkloosheid bij aan allerlei - vaak psychische -klachten. Inspanningen om arbeidsorganisaties zo in te richten dat iedereen - met of zonder startkwalificatie - aan de slag kan, zijn in dat licht vanzelfsprekend. Maar wat levert het de arbeidsorganisatie op, waarom zouden organisaties dat doen?

Omgekeerd zijn gezonde mensen nodig voor arbeidsorganisaties. Als gevolg van te verwachten krapte op de arbeidsmarkt over enkele jaren, hebben bedrijven baat bij gezonde werknemers die in staat zijn een bijdrage te leveren aan de groei van de economie. En arbeidsomstandigheden spelen daarbij uiteraard een rol. Wat kunnen bedrijven doen om bij te dragen aan meer gezondheidswinst? In box 1 worden verschillende interventies en beleidsmaatregelen genoemd die effectief de gezondheid bevorderen, en waarvan de uitvoering in de arbeidsomgeving zou moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld een schoon wagenpark en gezond roosteren. De SER heeft zich in zijn advies gebogen over de vraagstukken die hiermee samenhangen. In deel 4 staan de belangrijkste bevindingen uit het advies van de SER.

2.5 Tot slot

De studie van het RIVM laat zien dat veel effectieve interventies beschikbaar zijn om gezondheidswinst te boeken. Maar ook dat die maatregelen soms nog niet of slechts op kleine schaal in Nederland worden toegepast. Er is dus meer gezondheidswinst te boeken.

In het volgende hoofdstuk wordt eerst ingegaan op intersectoraal gezondheidsbeleid. Welke instrumenten kan de (centrale) overheid inzetten om daaraan concreet vorm te geven?

In de delen daarna komt de benadering voor meer gezondheidswinst via parallelle belangen aan bod. Waar liggen kansen, maar ook barrières, in het onderwijs, bij het lokaal bestuur en in arbeidssituaties om deze mogelijkheden voor gezondheidswinst te verzilveren? Wat mogen we op dat punt verwachten van gemeenten, scholen en arbeidsorganisaties? Wat is een redelijke inspanning?

3 Intersectoraal gezondheidsbeleid

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk (2) is gesteld dat de sleutel voor meer gezondheidswinst bij intersectoraal gezondheidsbeleid ligt. Maar dit vereist betrokkenheid van vele actoren, niet alleen meerdere sectoren van de rijksoverheid (volksgezondheid, onderwijs, sociale zaken en werkgelegenheid, verkeer en waterstaat, …) maar ook lagere overheden (provincies, gemeenten) en andere maatschappelijke organisaties (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, scholen, werkgevers, …). Wanneer de minister van Volksgezondheid intersectoraal gezondheidsbeleid wil voeren om doelstellingen van de rijksoverheid op het terrein van gezondheid te realiseren, zal hij deze actoren er dus toe moeten overhalen om hun medewerking te verlenen. Dat is echter niet eenvoudig, zoals onder meer blijkt uit een recent interdepartementaal beleidsonderzoek waarin wordt geconcludeerd dat samenhang ontbreekt in de organisatie van de gezondheidsbevordering (IBO-rapport 2007: Gezond gedrag bevorderd).

Welke bestuurlijke instrumenten kunnen worden ingezet om die samenhang te bevorderen? Een bekend instrument is bijvoorbeeld de Gezondheids Effect Screening (GES). De internationale benaming voor een GES is de Health Impact Assessment (HIA). Internationaal wordt een HIA beschouwd als een van de meest gestructureerde benaderingen om intersectoraal gezondheidbeleid vorm te geven.
Zo kan een GES helpen om zich te krijgen op de risico's en belangen bij de intensieve veehouderij, en wellicht betrokkenheid van andere sectoren bij gezondheidsdoelen bevorderen (zie kader hieronder). Maar is dit werkelijk een effectief instrument voor meer samenhang?

- **Een 'gezondheidseffectrapportage' om de risico's van intensieve veehouderij in kaart te brengen.**
- In Noord-Brabant is onrust ontstaan bij huisartsen en GGD'en. Kern van de kritiek is dat er te weinig duidelijkheid is over de gezondheidsrisico's van megastallen. Fijnstof uit de intensieve veehouderij zou luchtwegaandoeningen kunnen veroorzaken. Ook zouden megastallen de kans op verspreiding van infectieziekten vergroten.

- Op dit moment is het volgens landbouwminister Gerda Verburg 'voor regionale en lokale bestuurders moeilijk om effectief en rechtvaardig belangen te wegen en besluiten te nemen' over de intensieve veehouderij. Dat staat in een brief die ze mede namens Klink aan de Tweede Kamer heeft verstuurd. Minister Klink laat onderzoeken of het nodig is veehouderijen te onderwerpen aan een 'gezondheidseffectrapportage'. Aan bedrijven die nieuw willen bouwen, zouden dan extra voorwaarden kunnen worden opgelegd om gezondheidsrisico's voor de omgeving te beperken.
- *Bron: TK 28 973, nr. 33 en Binnenlands bestuur 05-09.*

Zo zijn nog meer bestuurlijke instrumenten beschikbaar die kunnen worden ingezet om intersectoraal gezondheidsbeleid te bevorderen. In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van een studie, uitgevoerd door het Eurpean Observatory on Health Systems and Policies, naar instrumenten die in een aantal andere landen voor dit doel worden gebruikt (paragraaf 3.2). Vervolgens wordt stil gestaan bij de betekenis van de bevindingen voor de Nederlandse situatie (paragraaf 3.3).

3.2 Internationale voorbeelden

Een belangrijke bevinding in de studie door het European Observatory is dat in enkele landen uitgebreide ervaring is opgedaan met diverse bestuurlijke instrumenten voor intersectoraal gezondheidsbeleid. In onderstaand overzicht worden de resultaten samengevat. De vraag van de RVZ was hoe andere landen hun intersectoraal gezondheidsbeleid concreet vormgeven.

Een overzicht van bestuurlijke instrumenten
In het bijzonder is in de studie nagegaan welke instrumenten het de centrale overheid mogelijk maken om samenwerking en eenheid van beleid rond een gezamenlijk doel vorm te geven. Het gezamenlijk doel is in dit geval het bevorderen van de gezondheid van de bevolking. De instrumenten zijn onderverdeeld in structuren, processen, financiën en mandaat. Het overzicht pretendeert niet volledig te zijn, maar instrumenten die in de literatuur veel worden genoemd komen er alle in terug.

Om te illustreren hoe deze bestuurlijke instrumenten worden gebruikt, zijn ook enkele case-studies beschreven.Van de vol-

gende landen zijn case-studies opgenomen in de achtergrondstudie: Engeland, Finland, Nieuw Zeeland, Noorwegen, Zweden en Canada (Québec). De focus in de verschillende case-studies is als volgt:

- Engeland: het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen;
- Finland: het bevorderen van de gezondheid van de bevolking;
- Nieuw Zeeland: het terugdringen van etnische gezondheidsverschillen binnen de bevolking;
- Noorwegen: het keren van de trend van achterblijvende gezondheid;
- Zweden: het formuleren van gezondheidsdoelen;
- Canada (Québec) : het systematisch beïnvloeden van determinanten van gezondheid.

Tabel 3.1

- Aard	- Instrument	- Omschrijving	- Opmerkingen over effectiviteit
- Structuren	- Kabinetscommissie	- Subcommissie uit het kabinet waarin bijvoorbeeld de minister president, de minister van financiën en de minister van gezondheid zitting hebben.	- Politiek commitment op hoog niveau wordt gezien als sleutel tot succes.
	- Interdepartementale commissie	- Commissie waartin mensen uit verschillende departementen zitting hebben.	- Dit is de meest voorkomende structuur om intersectoraal beleid te ondersteunen.
	- Stuurgroep	- In de stuurgroep zitten mensen die besluiten kunnen nemen. Daardoor kan een project slagvaardig worden aangepakt.	- Ervaring leert dat de effectiviteit groter is als er tegelijkertijd sprake is van een overkoepelend plan, gecoördineerd door een aangewezen 'instituut' met duidelijke verantwoordelijkheden
	- Netwerk	- Stelsel van bijeen-	- Deze structuur

				komsten waaraan mensen in wisselende samenstelling en op vrijwillige basis aan deelnemen		biedt een meer flexibel coördinatie- mechanisme, maar effectiviteit is niet verzekerd.
		-	Organisaties/units	- Een aparte afdeling binnen bijvoorbeeld een ministerie of een instituut belast met (het bevorderen van) intersectoraal beleid.	-	Vraagt een belangrijke investering, maar garandeert een stabiel en lange termijn commitment
-	Processen	-	Plannen en het stellen van prioriteiten	- Doelstellingen formuleren en de te bereiken doelen voorzien van een tijdlimiet	-	Gemeenschappelijke doelen worden beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor succesvol intersectoraal beleid.
		-	Gezamenlijke evaluatie	- Verschillende departementen rapporteren over de bijdrage aan de te bereiken doelstellingen (bijvoorbeeld iedere 4 jaar)	-	Bevordert onder meer de herkenning van overeenstemming tussen de missies van de verschillende participerende organisaties.
-	Financien	-	Subsidies of financiële steun voor gezamenlijke activiteiten	- Bijvoorbeeld fondsen waarop voor een bepaald doel beroep kan worden gedaan.	-	Zekerheid rond financiering is essentieel voor succes.
		-	Gezamenlijke overeenstemming over financiering	- Elk van de betrokken actoren bestemt een deel van het eigen budget voor het gemeenschappelijke doel.	-	Drukt een sterk commitment onder betrokkenen uit.
-	Mandaat	-	Wetten en regels	- Beproefd instrumentarium met sanctiemogelijkheden.	-	Krachtig instrument dat diepgaande verandering kan bewerkstelligen.
		-	Overeenstem-	- Schriftelijke vast-	-	Belangrijk dat het

		mingsprotocollen		legging van afspraken en doelen.	document duidelijk is over doelen, rollen en verantwoordelijkheden en manier van evalueren.
	-	Vastgelegde verantwoordelijkheden	-	Schriftelijke vastlegging van afspraken.	- Bij veelzijdige implementatie belangrijk om voortrekker (instantie/persoon) te benoemen

Voorbeelden van concrete toepassingen
De landen die voor de case-studies zijn geselecteerd, hebben alle op het terrein van intersectoraal gezondheidsbeleid een voortrekkersrol. Tussen deze landen zijn echter grote verschillen in de toegepaste bestuurlijke instrumenten. Hierna volgen enkele voorbeelden.

Wat structuren betreft, maakt Engeland bijvoorbeeld gebruik van een commissie op kabinetsniveau en een aparte unit op het ministerie. Finland maakt gebruik van een interdepartementale nationale commissie voor publieke gezondheid met een permanent secretariaat en een programma voor gezondheidsbevordering onder verantwoordelijkheid van de minister-president. Een van de instrumenten die Nieuw-Zeeland kiest, is een unit binnen het ministerie die zorgt voor de ondersteuning van Health Impact Assessments. Een dergelijke unit zien we ook terug in Canada.

Als het gaat om processen worden in Finland belangrijke ministeries formeel betrokken bij de implementatie van programma's voor publieke gezondheid. Net als in Engeland waar 12 departementen het beleid om gezondheidsverschillen terug te dringen hebben bekrachtigd. In Noorwegen worden intersectoraal doelen gesteld om gezondheidsverschillen terug te dringen en in Zweden worden doelen vastgesteld die verbonden zijn met meer dan 30 verschillende publieke beleidssectoren.

Voor financiële maatregelen maken de meeste landen gebruik van subsidies om lokale bestuurders te stimuleren. En als het gaat om mandaat kiezen sommige landen voor een verplichte HIA (Engeland, Canada), andere landen zoeken het in aanwijzingen voor ministeries (Zweden) of wetgeving die lokale

autoriteiten verplicht tot intersectoraal beleid (Finland) of ze daarbij betrekt (Nieuw-Zeeland).

Algemene bevindingen uit de case-studies
Terecht wordt in de studie opgemerkt dat er nooit een one-size-fits-all oplossing is voor een zo complexe wereld als die van nationale overheden. Niettemin wordt het mogelijk geacht lessen te trekken uit de gepresenteerde case-studies en uit de bestaande literatuur.

De volgende voorwaarden worden essentieel genoemd voor een succesvolle implementatie van intersectoraal gezondheidsbeleid:
- Sterk leiderschap binnen het stelsel van gezondheidszorg en sterk leiderschap op het hoogste regeringsniveau;
- Een heldere visie op gezondheid, gekoppeld aan goed geformuleerd beleid, waarin doelstellingen en richtgetallen worden genoemd;
- Een supradepartementale instelling/organisatie die zich bezighoudt met HiAP;
- Instelling van nieuwe, permanente organisatiestructuren ter ondersteuning van HiAP of toekenning van een aanzienlijk volume aan nieuwe verantwoordelijkheden voor een bestaande structuur;
- Wettelijke ondersteuning voor HiAP door aanpassing van de wet op de volksgezondheid;
- Wettelijke ondersteuning ter stimulering van specifieke activiteiten;
- Gelijktijdige actie op verschillende institutionele niveaus;
- Speciale HIA-eenheden die met voldoende middelen zijn uitgerust.

Benadrukt wordt vooral het belang van leiderschap om alle betrokkenen te overtuigen van de noodzaak gezamenlijk prioriteit te geven aan gezondheidsdoelen en van formele betrokkenheid op het hoogste niveau.

Veelbelovende strategieën
Omdat de effectiviteit van de onderscheiden maatregelen sterk afhangt van de context blijft het moeilijk een 'magic bullet' te identificeren: een instrument dat in iedere context effectief zou zijn. Niettemin worden wel enkele veelbelovende strategieën zichtbaar. Voor ieder van de eerder onderscheiden aangrijpingspunten zijn dat de volgende (zie schema hierna).

Tabel 3.2

-	Structuren	-	Een combinatie van dwingende bepalingen en incentives.
		-	Sterke en lange-termijn ondersteuning op ieder niveau van de implementatie van de strategie.
		-	Commissies die zorgen voor 'hoge' betrokkenheid en samenhangend beleid.
		-	Toegewijde unit voor 'capacity building' (onder meer voor kennisontwikkeling).
-	Processen	-	Gezamenlijke evaluatie en doelstelling.
-	Financiën	-	Beschikbaarheid financiële middelen om betrokkenheid te creëren buiten de volksgezondheidssector en op lokaal niveau.
-	Mandaat	-	Verplicht stellen van HIA kan als breekijzer fungeren.

3.3 Beschouwing over de betekenis voor de Nederlandse situatie

De landen die in de case-studies worden beschreven, hebben in de afgelopen jaren een voorsprong op Nederland genomen wat betreft de bestuurlijke vormgeving van het intersectorale gezondheidsbeleid. Nederland kan van de opgedane ervaringen daarom veel leren, ook al zijn die ervaringen meestal niet 1-op-1 overdraagbaar.

Leiderschap en politiek commitment
Effectief intersectoraal gezondheidsbeleid vereist leiderschap en politiek commitment. Het ligt voor de hand dat het leiderschap vanuit de gezondheidssector komt, dus op landelijk niveau door de minister van Volksgezondheid en op lokaal niveau door de wethouder voor Volksgezondheid wordt uitgeoefend. Deze zijn immers bij uitstek in staat om gezondheidsrisico's en kansen voor gezondheidswinst te onderscheiden, en de effectiviteit van mogelijke interventies en beleidsmaatregelen in te schatten.

Het is aan deze bewindspersonen, ondersteund door bijvoorbeeld het RIVM (op landelijk niveau) en de GGD (op lokaal niveau) om een heldere visie te formuleren op mogelijkheden voor gezondheidswinst, en in samenwerking met andere sectoren beleidsprogramma's te ontwikkelen die die winst kunnen realiseren.

De betrokkenheid van andere sectoren is echter niet gegarandeerd. Mogelijkheden om beleid op andere terreinen te beïnvloeden zijn in principe wel aanwezig, op landelijk niveau bijvoorbeeld in de ministerraad, en op lokaal niveau in het college van Burgemeester en Wethouders. Maar aan een belangrijke in de achtergrondstudie genoemde voorwaarde (formele betrokkenheid op het hoogste niveau) kan via dit overleg niet gemakkelijk worden voldaan. Hiervoor zijn zoals uit de buitenlandse voorbeelden blijkt, verschillende mogelijke oplossingen denkbaar waarvan de haalbaarheid en werkzaamheid in de Nederlandse verhoudingen moet worden nagegaan.

Op landelijk niveau zou een optie kunnen zijn de minister-president politiek verantwoordelijk te maken voor het intersectorale gezondheidsbeleid. Een andere optie is om bij een volgende kabinetsformatie het intersectorale gezondheidsbeleid een van de peilers van het kabinetsbeleid te maken (zoals nu met de Krachtwijken het geval is), of als een apart project te benoemen (zoals bijvoorbeeld voor de Randstad is gedaan).

Overleg en afstemming
Behalve leiderschap en commitment op het hoogste niveau zijn ook werkvormen nodig waarin met betrokkenen concrete beleidsprogramma's worden ontwikkeld en afgestemd. Op dit moment ontbreekt een dergelijke overlegstructuur in Nederland. In veel landen zijn hiervoor interdepartementale commissies of stuurgroepen ingesteld, of is de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het intersectorale gezondheidsbeleid belegd bij een al bestaande overlegstructuur.

Deze onderlinge afstemming is gebaat bij gezamenlijk geformuleerde doelstellingen. Aan de hand van kwantitatieve doelstellingen zou voor een bepaalde periode (bijvoorbeeld een zittingstermijn van een kabinet of college van Burgemeester en Wethouders) een beleidsprogramma van effectieve interventies en beleidsmaatregelen kunnen worden ontworpen. Voor dat programma kan behalve bij de betrokken overheidssectoren waar nodig ook steun worden gezocht bij andere maatschappelijke groeperingen. Dit beleidsprogramma kan dan bijvoorbeeld in het kabinet of college worden vastgesteld.

Tijdens de uitvoering van het beleidsprogramma kan aan de hand van de geformuleerde doelstellingen en de mate van implementatie van de voorgenomen maatregelen gezamenlijk worden nagegaan of de realisatie op schema ligt.

Ondersteuning en facilitering
Wat in de studie van het European Observatory opvalt is dat bijna alle landen in de studie een zichtbare en aanspreekbare unit hebben binnen het ministerie van volksgezondheid om intersectoraal gezondheidbeleid te ondersteunen en te faciliteren. De benaming en positionering kunnen verschillen, zowel binnen de ministeriële verantwoordelijkheid als binnen het ambtelijk apparaat, maar zichtbaarheid en aanspreekbaarheid lijken de constante factoren.

Voor de concrete uitwerking van beleidsdoelen en meerjarige beleidsstrategieën is de opbouw van kennis en capaciteit op het departement nodig. Het is begrijpelijk dat in de achterliggende periode veel aandacht en menskracht is besteed aan de hervorming van het ziektekostenstelsel. Ook nu nog gaat 95% van de menskracht van het Ministerie op aan onderwerpen die samenhangen met de gezondheidszorg in traditionele zin, incl. de invoering van marktwerking, steunverlening etc. Wanneer preventie en intersectoraal gezondheidsbeleid echter belangrijk zijn voor de minister, zou dat ook tot uitdrukking moeten komen in de daarvoor beschikbare menskracht.

Overigens zou ook een interdepartementale directie binnen VWS een optie kunnen zijn. De ambtelijke leiding en coördinatie c.q voorbereiding van intersectoraal gezondheidsbeleid blijft dan in handen van VWS, maar vanuit diverse departementen zou een uitwisseling van personeel kunnen plaatsvinden.

Ook op lokaal niveau zou meer kennis en menskracht gemobiliseerd moeten worden om intersectoraal beleid te bevorderen en te implementeren. Er is de laatste tijd veel op het bord van de lokale overheid terecht gekomen. Daar komt bij dat het lokaal bestuur onmisbaar is bij het uitwerken van door de rijksoverheid gestelde doelstellingen en prioriteiten op dit vlak.

Een noodzakelijke combinatie van kennis van de lokale situatie en bekendheid met de landelijke beleidslijnen voor succesvol intersectoraal beleid zou ook in personele zin aansluiting moeten kunnen vinden. Zo zou een optie kunnen zijn de hiervoor genoemde landelijke/departementale/directie/commissies gemengd van samenstelling te laten zijn. Dat wil zeggen dat dan zowel (uitvoerende) mensen van het departement als uit het lokaal bestuur (of van een vertegenwoordiging daarvan) in de commissie zouden participeren.

Het gebrek aan lange termijn financiering is ook in Nederland een probleem. Dat kwam onder meer naar voren op de door de raden georganiseerde bijeenkomst met vertegenwoordigers van het lokaal bestuur, het onderwijs, de gezondheidszorg en verzekeraars. Hetzelfde komt naar voren uit de voorbeelden die zijn geselecteerd voor de brochure 'Buiten de gebaande paden' om te laten zien dat op het vlak van intersectoraal gezondheidsbeleid in de praktijk al hard wordt gewerkt. Het kunnen rekenen op financiële steun zou een belangrijke impuls kunnen geven aan intersectoraal beleid.

Gezondheids Effect Screening
Uit de studie van het European Observatory komt naar voren dat Gezondheids Effect Screening (GES) een belangrijk instrument is om intersectoraal gezondheidsbeleid te stimuleren. Door middel van een GES kan zichtbaar worden gemaakt, welke positieve of negatieve gezondheidseffecten beleidsvoornemens op andere terreinen hebben. Uit een Europese studie waarin 15 HIA's zijn geëvalueerd, komt naar voren dat de opbrengsten opwogen tegen de kosten, daarmee suggererend dat HIA kosteneffectief is (Wismar et al, 2007).

Ook in Nederland is in de jaren '90 ervaring met dit instrument opgedaan. Naar aanleiding van die ervaringen achtte de RVZ het in 2000 echter niet gewenst om toepassing van GES verplicht te stellen, omdat het instrument toen nog verder ontwikkeld moest worden. Hoewel inmiddels wel vorderingen zijn gemaakt met de ontwikkeling van kwantitatieve methoden voor GES, zijn er nog steeds veel methodologische haken en ogen (Veerman, 2007). Daardoor heeft GES soms eerder een politiserend effect op de kennis die wordt gepresenteerd, dan een rationaliserend effect op beleid (Bekker, 2007).

Inmiddels loopt al een aantal jaren de discussie of het een optie is de GES te integreren in de milieu-effectrapportage (MER) of de strategische milieurapportage (RIVM, 2004). In 2005 heeft het RIVM de mogelijkheden tot integratie verkend. Vastgesteld wordt dat van integratie van gezondheid in MER positieve effecten worden verwacht, zoals betere communicatie met burgers, betere ondersteuning van besluitvorming, het meewegen van nieuwe gezondheidsaspecten en een bijdrage aan duurzame ontwikkeling. Bij betrokkenen bij MER bestaat ook bereidheid om gezondheid meer in MER te integreren. Tegelijk wordt er echter op gewezen dat daarnaast behoefte blijft bestaan aan een aparte GES. Immers niet alle ruimtelijk orde-

ning beleid is MER-plichtig. En ook op andere dan VROM beleidsterreinen kan een GES zinvol zijn.

3.4 Tot slot

Wat voor de Nederlandse situatie eveneens van belang zal zijn, is het te verwachten effect van de aanpak die de minister nu voor ogen staat: een aanpak via parallelle belangen. Daarom komt in de hierna volgende hoofdstukken eerst de vraag van de minister aan bod wat het onderwijs, het lokaal bestuur en arbeidsorganisaties kunnen bijdragen aan het behalen van gezondheidswinst. Op de vraag welke van de hierboven genoemde instrumenten voor de Nederlandse situatie het meest aangewezen is, komt antwoord in het gezamenlijk advies.

Deel II

Onderwijs en gezondheid

Onderwijsraad

1 Onderwijs en gezondheid

1.1 Belangen van school bij gezondere burgers (leerlingen)

De school is een voorbeeld van een setting waar een specifieke doelgroep goed kan worden benaderd, omdat deze groep een groot deel van de week (verplicht) aanwezig is. Er zijn ongeveer 1,6 miljoen leerlingen in het basisonderwijs, 900.000 leerlingen in het voortgezet onderwijs en 500.000 studenten in het middelbaar beroepsonderwijs. Dit betekent dat grote groepen jongeren tegelijk bereikt kunnen worden. Dat wordt dan ook door tal van partijen en organisaties geprobeerd. Met name vanaf ongeveer 1990 is de neiging om maatschappelijke problemen en onderwerpen onder de aandacht van scholen te brengen toegenomen. Voorbeelden zijn alcoholmisbruik, (digitaal) pesten, bevorderen van gezond gedrag en het leren omgaan met geld. De groei wordt verklaard door een samenloop van economische, demografische, maatschappelijke, culturele en bestuurlijke ontwikkelingen.[1] Aan de andere kant is een belangrijke maatschappelijke verwachting dat het onderwijs veel aandacht besteedt aan kernvakken, met name taal en rekenen, en de leerlingen daarin goed opleidt.

Belangrijk om te bespreken is daarom de vraag waar de rol van het onderwijs bij maatschappelijke taken begint en ophoudt. In het kader van het thema gezondheid zijn de ouders uiteraard ook een zeer belangrijke partij. Scholen moeten in principe terughoudend zijn met het overnemen en uitvoeren van taken die eigenlijk door ouders zouden moeten worden gedaan. Wel kunnen scholen ouders voorlichting geven of stimuleren tot gezond gedrag (bijvoorbeeld in het basisonderwijs door afspraken te maken over het uitdelen van traktaties of het halen en brengen van leerlingen of in het voortgezet onderwijs door thema-avonden over drugs en alcohol te organiseren).[2]

Aan de andere kant is het natuurlijk ook niet zo dat de onderwijssector niets kan doen aan het thema gezondheid. In dit hoofdstuk wordt nagegaan welk beleid en programma's op het gebied van gezondheid er in en met het onderwijs gevoerd worden en welke kansen er liggen voor een verdere verbetering. Hierbij is het belangrijk te constateren dat het

[1] Onderwijsraad, 2008a
[2] Zie over de rol van ouders ook Onderwijsraad, 2005

opleidingsniveau als zodanig, ook zonder specifiek gezondheidsbeleid of losse projecten, een belangrijke invloed heeft op sociaal-economische gezondheidsverschillen. In hoofdstuk 2 kwam al ter sprake dat laagopgeleide mensen (hoogstens vmbo) gemiddeld 2,4 jaar korter leven dan de gemiddelde Nederlander en 6,3 jaar korter in goede gezondheid. Het verschil in de als gezond ervaren jaren tussen de laagst opgeleiden en hoogst opgeleiden bedraagt maar liefst 16-19 jaar. Naar de relaties en causale verbanden tussen opleidingsniveau en gezondheid zijn veel (internationale) studies verricht.[3] Zo onderzoeken in hun boek Education, Social Status, and Health John Mirowsky en Catherine E. Ross de relatie tussen sociale status en gezondheid. Ze stellen daarbij de vraag hoe het mogelijk is dat mensen met een hoog inkomen of een prestigieus beroep over het algemeen gezonder zijn dan mensen die dat niet hebben. Silles (2009) concludeert dat bij één jaar extra scholing de kans op een goede gezondheid met gemiddeld 5% toeneemt.[4] In het verlengde hiervan zijn voor de onderwijssector de voordelen van gezondere leerlingen op de kortere termijn ook denkbaar, zoals betere leerprestaties, minder schooluitval, minder ziekteverzuim en minder gedragsproblemen.

Er zijn volgens Buijs (2002) verschillende argumenten te noemen om voor gezondheidsbevordering op school te pleiten:[5]

- economische argumenten: een zo gezond mogelijke ontwikkeling van jongeren is van belang om in de toekomst de arbeidscapaciteit op peil te houden;
- morele argumenten: de overheid streeft naar het terugdringen van ongezonde levensjaren die voorkombaar zijn';
- politieke argumenten: aandacht voor gezondheid op school helpt bij het terugdringen van gezondheidsverschillen tussen leerlingen en draagt zodoende bij aan het realiseren van gelijke kansen in de maatschappij;
- wettelijke argumenten: de overheid heeft met wetgeving op diverse terreinen de aandacht voor gezondheid in het onderwijs vastgelegd.

[3] B.v. Arendt, 2005; Arkes 2003; Cowell, 2006; Miroswky & Ross, 2003
[4] Silles, 2009,
[5] Buijs et al., 2002

Veel activiteiten in het onderwijs zijn gericht op preventie en bewustwording of verandering van leefstijl op het gebied van bijvoorbeeld roken, alcohol en drugs. Met name in de leeftijd dat leerlingen het voortgezet onderwijs bezoeken, ontwikkelt hun leefstijl zich ongunstig. Het alcoholgebruik is hoog onder Nederlandse 15-jarigen in vergelijking met andere Europese landen. Tachtig procent van de 15-19 jarigen drinkt met enige regelmaat alcohol. Onder de jongeren zijn met name bier, mixdranken, breezers, likeur en witte wijn populair.[6] Het percentage rokers ligt iets lager dan het Europees gemiddelde en bovendien is de trend dat het aantal rokers daalt.[7] Ongeveer een kwart van de jongeren tussen 10 en 19 jaar rookt minimaal 1x per maand. Rond de 15% gebruikt wel eens drugs, met name cannabis, xtc en paddo's.[8] Een groot deel van de jongeren moet echter niets van drugs hebben. Ruim een derde van de ouders met kinderen in het voortgezet onderwijs maakt zich zorgen over het alcohol- en drugsgebruik op school.[9]

In het primair, voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs zijn er verschillende aanknopingspunten voor het thema gezondheid te vinden. In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens beschreven welk beleid, programma's en pakketten er zijn (3.2); welke knelpunten scholen ervaren (3.3) en wat er meer en of anders gedaan zou kunnen worden om de rol van het onderwijs bij het thema gezondheid te bevorderen (3.4). Paragraaf 3.5 sluit af met een overzicht van de belangrijkste aanbevelingen.

1.2 Wat voor beleid en soorten initiatieven zijn er al?

Kerndoelen en leerlijnen
In het primair onderwijs wordt gebruik gemaakt van zogenaamde kerndoelen. Deze beschrijven globaal de doelstellingen die de leerling moet halen. Er zijn drie kerndoelen die direct raken aan het thema gezondheid. Eén kerndoel (nr. 34) is binnen het leergebied 'Oriëntatie op jezelf en de wereld'/mens en maatschappij) en twee kerndoelen (nr. 57 en 58) zijn er binnen het leergebied bewegingsonderwijs.

[6] www.jongerenonderinvloed.nl
[7] Harbers, e.a., 2009
[8] www.jongerenonderinvloed.nl
[9] Ministerie van OCW

Kerndoel 34:
De leerlingen leren zorg te dragen voor de lichamelijke en psychische gezondheid van henzelf en anderen.

Kerndoel 57:
De leerlingen leren op een verantwoorde manier deelnemen aan de omringende bewegingscultuur en leren de hoofdbeginselen van de belangrijkste bewegings- en spelvormen ervaren en uitvoeren.

Kerndoel 58:
De leerlingen leren samen met anderen op een respectvolle manier aan bewegingsactiviteiten deelnemen, afspraken maken over het reguleren daarvan, de eigen bewegingsmogelijkheden inschatten en daarmee bij activiteiten rekening houden.

Omdat de kerndoelen heel breed geformuleerd zijn en daarom weinig houvast voor scholen bieden, heeft de Stichting Leerplan Ontwikkeling (SLO) de kerndoelen uitgewerkt in (vrijwillige) leerlijnen met tussendoelen per (leeftijds)groep. De leerlijnen op het terrein van 'gezond gedrag' hebben betrekking op de thema's hygiëne, voeding, verslaving, ziekte en rust/ontspanning/houding/beweging. De leerlijnen zijn uitgewerkt in concrete aspecten die per leeftijdscategorie in het onderwijs (cumulatief) kunnen worden ingebracht. Zo staat als voorbeeld voor groep 1 en 2 vermeld dat het belang van het ontbijt en de pauzehap aan bod kan komen. Een leerling van groep 3 en 4 kan gewezen worden op het gevaar van riskant snoepgedrag.

In de onderbouw van het voortgezet onderwijs zijn per 1 augustus 2006 58 globaal geformuleerde kerndoelen van kracht. Deze zijn geordend in zeven domeinen: Nederlands, Engels, wiskunde, mens en natuur, mens en maatschappij, kunst en cultuur, bewegen en sport. Scholen hebben daarmee meer ruimte gekregen om zelf inhoudelijke keuzes te maken in het onderwijsprogramma voor leerlingen.

Kerndoel 34:
De leerling leert hoofdzaken te begrijpen van bouw en functie van het menselijk lichaam, verbanden te leggen met het bevorderen van lichamelijke en psychische gezondheid, en daarin een eigen verantwoordelijkheid te nemen.
Kerndoel 35:

De leerling leert over zorg en leert zorgen voor zichzelf, anderen en zijn omgeving, en hoe hij de veiligheid van zichzelf en anderen in verschillende leefsituaties (wonen, leren, werken, uitgaan, verkeer) positief kan beïnvloeden.

Net als voor het primair onderwijs heeft de SLO deze leerlijnen met voorbeelden uitgewerkt. Zo luidt een mogelijk opdracht voor de vmbo'ers, behorende bij kerndoel 35: 'De leerlingen zoeken op een etiket van een voedingsmiddel de verplichte informatie.' Voor havo/vwo'ers is bijvoorbeeld de opdracht: 'De leerlingen zoeken informatie over het gebruik van piercings en/of tatoeages bij jongeren. Daarna maken ze een advies voor jongeren via een reclamefilmpje met een leuke slogan.'

Bewegingsonderwijs

Bewegingsonderwijs in het primair onderwijs

In het basisonderwijs is het gemiddeld aantal uren dat aan bewegingsonderwijs (oftewel lichamelijke opvoeding of gymnastiek) wordt besteed de laatste 50 jaar tamelijk constant. Gemiddeld geven scholen 90 minuten bewegingsonderwijs in de groepen 3 t/m 8. De variatie tussen scholen is echter groot. De meeste scholen bevinden zich tussen de 40 en 120 minuten per week. Is er sprake van zwemonderwijs dan rekenen scholen dit daar ook toe. De meeste basisscholen organiseren sportdagen en toernooien. Ongeveer 40% van de basisscholen maakt gebruik van een vakleerkracht. Vooral in de Randstad en op grotere scholen is er meestal een vakleerkracht aanwezig. Dit heeft gunstige gevolgen voor de tijd die aan bewegingsonderwijs wordt besteed. Kleine scholen hebben meestal geen eigen vakleerkracht. Vanaf 2004 is de bevoegdheid om bewegingsonderwijs te geven gewijzigd. Voor die tijd mochten pabo-afgestudeerden automatisch bewegingsonderwijs geven. Voor afgestudeerden na 2004 geldt dit alleen nog voor de groepen 1 en 2. Om lichamelijke opvoeding te mogen in geven in de hogere groepen hebben de leerkrachten een aanvullende opleiding nodig.

Bewegingsonderwijs in het voortgezet onderwijs

Er zijn zes kerndoelen gericht op bewegingsonderwijs in de onderbouw van het voortgezet onderwijs. Daarvan is met name kerndoel 58 expliciet gericht op het bevorderen van de gezondheid.

Kerndoel 53:
Oriënteren op bewegingsactiviteiten: de leerling leert zich mede met het oog op buitenschoolse beoefening op praktische wijze te oriënteren op veel verschillende bewegingsactiviteiten uit gevarieerde gebieden als spel, turnen, atletiek, bewegen op muziek, zelfverdediging en actuele ontwikkelingen in de bewegingscultuur, en daarin de eigen mogelijkheden te verkennen.

Kerndoel 54:
Uitbreiding van bewegingsrepertoire: de leerling leert door middel van uitdagende bewegingssituaties zijn bewegingsrepertoire uit te breiden.

Kerndoel 55:
Toepassen van bewegingsprincipes: de leerling leert de hoofdbeginselen van de bewegingsactiviteiten op eigen niveau toe te passen.

Kerndoel 56:
Omgaan met anderen: de leerling leert tijdens bewegingsactiviteiten sportief te zijn, rekening te houden met de mogelijkheden en voorkeuren van anderen, en respect en zorg te hebben voor elkaar.

Kerndoel 57:
Regelen en organiseren: de leerling leert eenvoudige regelende taken te vervullen die het mogelijk maken, zelfstandig en samen met andere leerlingen bewegingsactiviteiten te beoefenen

Kerndoel 58:
Bewegen en gezondheid: de leerling leert door deel te nemen aan praktische bewegingsactiviteiten de waarde van het bewegen voor gezondheid en welzijn kennen en ervaren

De meeste scholen voor voortgezet onderwijs verzorgen in de onderbouw drie tot vier uur lichamelijke opvoeding per week. Voor bewegingsonderwijs is een minimum aantal uren onderwijstijd verplicht (vmbo 400 uur, havo 440 uur en vwo 480 uur in lesuren van 50 minuten). Een kwart van de scholen in het voortgezet onderwijs vindt de capaciteit van de sportzalen onvoldoende.[10]

[10] Inspectie van het onderwijs, 2005

Bij het invoeren van de nieuwe tweede fase havo/vwo in 2007 is er in de vrije ruimte een nieuw keuzevak Bewegen, Sport en Maatschappij gekomen. Dit vak is de opvolger van het sinds 1999 bestaande Lichamelijke Opvoeding II. Binnen het vak Bewegen Sport en Maatschappij wordt er niet alleen aandacht besteed aan het bewegen op zich, maar aan veel meer dimensies van bewegen. Zo is het vak onderverdeeld in 5 verschillende domeinen. Eén daarvan heeft specifiek betrekking op 'bewegen en gezondheid.' In 2007 boden 68 scholen de mogelijkheid om dit vak te kiezen. Het keuzevak kan binnen elk profiel gekozen worden en beslaat op de havo 320 uur en op het vwo 440 uur.

Bewegingsonderwijs in het middelbaar beroepsonderwijs
In het middelbaar beroepsonderwijs gelden sinds 1990 geen verplichte of minimumlessentabellen meer, dus ook niet voor bewegingsonderwijs. Waar al sprake is van bewegingsonderwijs is dit alleen in het eerste jaar en dan nog afhankelijk van de studierichting. In vergelijking met hun leeftijdsgenoten in het voortgezet onderwijs krijgen leerlingen in het mbo daarom over het algemeen veel minder uren bewegingsonderwijs. Ook in de nieuwe kwalificatiestructuur voor het mbo is niet voorzien in de verplichting bewegen op te nemen. Wel is er een toename van het aantal beroepsopleidingen gericht op sport en bewegen. Op ongeveer 30 ROC's wordt een dergelijke opleidingsmogelijkheid aangeboden.[11]

Platform Sport Bewegen en Onderwijs
Van 2005 tot 2008 liep het project 'Alliantie Sport en Bewegen.' Dit project was een samenwerkingsverband van de ministeries van OCW, VWS en NOC*NSF met hulp van andere organisaties uit de wereld van sport en onderwijs. Doelstelling van het project was om het levenslang sporten en bewegen van jongeren te stimuleren door meer samenwerking tussen scholen en sportorganisaties. Nevendoelstellingen waren het vergroten van het aantal leden van sportclubs, meer jongeren de beweegnorm laten halen en meer ruimte voor topsporttalent te creëren. Tijdens de slotbijeenkomst maakten de staatssecretarissen van OCW en VWS bekend dat zij 28 miljoen euro investeren in sport en bewegen in het onderwijs en dat de doelstellingen van de alliantie voortaan zijn ingebed in het platform Sport, Bewegen en Onderwijs. Dit platform bestaat uit een groot aantal maatschappelijke organisaties en de

[11] Inspectie van het onderwijs, 2005

beide ministeries. Het geld komt boven op de bestaande budgetten en is beschikbaar van 2009 tot en met 2011.

Het platform heeft afgesproken dat er extra aandacht uitgaat naar het mbo. Mbo-instellingen kunnen aanspraak maken op subsidie voor het aanstellen van een sportcoördinator en het uitvoeren van een activiteitenplan. Sport en beweging worden daarbij ook ingezet voor de bestrijding van andere problemen die bij mbo-leerlingen veel voorkomen, zoals schooluitval en overgewicht.

Combinatiefuncties onderwijs-sport
Het kabinet wil het aantal combinatiefuncties onderwijs en sport bevorderen. Hierbij zijn professionele trainers zowel op school als bij sportverenigingen actief. Inmiddels is het kabinet akkoord gegaan met de realisatie van 2.500 fte van die combinatiefuncties voor brede school, sport en cultuur. In totaal maken VWS en OCW voor de financiering van deze functies in 2008 17 miljoen euro beschikbaar. Dit bedrag zal de komende jaren geleidelijk oplopen. Behalve de ministeries worden ook de gemeenten geacht mee te betalen.[12]

Tijdelijke stimuleringsregeling Buurt, Onderwijs en Sport (BOS-impuls)
In 2006 is de zogenaamde BOS-impuls ingevoerd. Deze stimuleringsregeling buurt, onderwijs en sport, is erop gericht gemeenten te ondersteunen bij hun aanpak van achterstanden van jeugdigen van 4 tot 19 jaar, onder andere op het gebied van gezondheid. Naast het verminderen van deze achterstanden is de BOS-impuls erop gericht de door buurtbewoners ervaren overlast veroorzaakt door jeugdigen te bestrijden. Voor de periode 2005-2011 is in totaal 80 miljoen euro uitgetrokken voor de BOS-impuls.

Een BOS project in Tegelen
Voor het terugdringen van de bewegingsarmoede onder de jongeren in de leeftijd van 4 tot 19 jaar en het verhogen van sportparticipatie wordt een nuttige vrijetijdsbesteding gecreëerd door een gevarieerd aanbod op een centrale locatie in de wijk. Het BOS-project biedt een programma aan bestaande uit: Club Extra (extra bewegingslessen op of na school voor kinderen met motorische achterstand), een sportadviestest, bewegingsgroepen, WhoZnext, Buurt en Sport Spelen (jaarlijks buurtfeest met sport en welzijsactiviteiten) en worden er naschoolse activiteiten georganiseerd. De

[12] www.allianties chool ensport.nl

naschoolse activiteiten hebben ook als doel het bevorderen van de leefbaarheid van een wijk.

Bron: www.nigz.nl

Brede school: veel aandacht voor gezondheid en sport
De toegenomen maatschappelijke opdracht van het onderwijs manifesteert zich in de groei van het aantal brede scholen. Brede scholen combineren onderwijs met andere activiteiten, zoals opvang, welzijn, sport of cultuur. Er zijn nu circa 1.000 brede scholen in het primair onderwijs, waar dat er twee jaar geleden nog 600 waren. De prognose voor 2010 is dat er dan 1.200 brede scholen in het primair onderwijs zullen zijn, 15-20% van het totaal aantal basisscholen. Ook in het voortgezet onderwijs neemt het aantal brede scholen toe. Brede scholen zijn vaak voor gemeenten een manier om multifunctionele accommodaties te realiseren. Het idee is dat deze accommodaties goedkoper zijn dan afzonderlijke gebouwen, maar dat effect is vooralsnog niet aangetoond.[13] Een brede school hoeft ook niet te betekenen dat er één gebouw is, het aanbod kan ook via een zogenaamde netwerkconstructie georganiseerd worden. Sommige gemeenten kiezen bijvoorbeeld bewust voor deze vorm om het aanbod gelijkmatiger over de wijken te verspreiden.[14] In het kader van het thema gezondheid zijn vooral de brede scholen waar ook gezondheidsvoorzieningen zijn ondergebracht (GGD, Groene Kruis, consultatiebureau etc.) interessant. Uit het jaarbericht Brede Scholen 2007 blijkt dat de zorgsector hoog scoort als actieve samenwerkingspartner. Met de GGD/schoolarts/ jeugdhulpverlening, bureau Jeugdzorg en (school)maatschappelijk werk wordt door bijna de helft van de brede scholen actief samengewerkt.

Brede school Den Doelhof
Het dreigende verlies van een aantal voorzieningen (Groene Kruiswerk, bibliotheek en peuterspeelzaal), de opheffing van de mavo Meijel, een verouderd gemeenschapshuis, de fusie tussen twee basisscholen en de groeiende belangstelling voor kinderopvang maakten dat de gemeente Meijel in 1996 een accommodatieonderzoek startte. Het onderzoek leverde uiteindelijk een gemeenschapshuis op én een brede school in een multifunctioneel gebouw met de gefuseerde basisscholen, kinderopvang en een peuterspeelzaal. Vanaf 2003 is de

[13] Studulski, 2007
[14] Onderwijsraad, 2008c

kinderopvang er bij gekomen en zijn er zorgaanbieders gevestigd in de accommodatie zoals JGZ/ Groene Kruis, de GGD, Maatschap Oefentherapie Cesar en een verloskundigenpraktijk. Met de brede school wil Den Doelhof kinderen van 0 tot 14 jaar op basis van eigen aanleg en mogelijkheden een doorgaande ontwikkeling bieden.

Bron: www.bredeschool.nl

(Meer) aandacht voor sport en bewegen vormt een belangrijk onderdeel op de gemiddelde brede school. De helft van de brede scholen werkt actief samen met sportverenigingen. In vergelijking met 2005 hebben activiteiten op het gebied van sport en bewegen terrein gewonnen. Sportactiviteiten, sportinstuif en sportclinic worden veel genoemd. Daarbij wordt ook een aantal keer aangegeven dat het gaat om activiteiten in het kader van de BOS-regeling. Op een aantal brede scholen worden kennismakingslessen door sportverenigingen gegeven, soms tijdens de reguliere gymlessen, soms na schooltijd tijdens de buitenschoolse opvang. Een aantal keer wordt aangegeven dat deze activiteiten speciaal voor (te) dikke kinderen worden georganiseerd.[15]

Gymkids lessen
Sinds 1 januari 2008 krijgen 125 peuters en kleuters op drie brede scholen in Arnhem wekelijks een les beweging. De wijken Malburgen-Oost, Malburgen-West en 't Broek zijn de deelnemende buurten voor dit pilot-project. Sportbedrijf Arnhem is initiatiefnemer en heeft de KNGU (Koninklijke Nederlandse Gymnastiek Unie) ingeschakeld om wekelijks 12 'Gymkids'-lessen te verzorgen. Het lesprogramma 'Gymkids' is speciaal ontwikkeld door de KNGU om kinderen van twee tot vier jaar op een verantwoorde manier te laten bewegen. Het project is een combinatie van beweging en gezonde voeding, de peuters krijgen wekelijks beweging en hun ouders krijgen voedingsvoorlichting.

Bron: www.sportknowhowxl.nl

Lespakketten
Samenhangend met de centrale rol die het onderwijs wordt toebedacht om sociale en maatschappelijke problemen tegen te gaan of tenminste bespreekbaar te maken is er een enorm

[15] Oberon, 2007

aantal lespakketten over de meest uiteenlopende thema's op de markt. Ook het thema gezondheid neemt een prominente plaats in. De projecten op het gebied van gezondheid hebben betrekking op bijvoorbeeld genotmiddelen, gezonde leefomgeving, gezonde leefstijl of mondgezondheid. Het ministerie van VWS subsidieert overigens bepaalde organisaties als STIVORO, het Trimbos Instituut etc. om leerlingen te bereiken met voorlichting.

Om het aanbod overzichtelijker en toegankelijker te maken is sinds juni 2007 het 'Centrum voor Gezond leven' opgericht, ondergebracht bij het RIVM. Het centrum is een samenwerkingsverband van het RIVM, de landelijke GBI's (Gezondheidsbevorderende instanties) en GGD'en. Door het Centrum voor Gezond leven is een landelijk overzicht gemaakt van alle lespakketten die beschikbaar zijn voor het primair en voortgezet onderwijs. Dit overzicht is breder dan alleen projecten die betrekking hebben op gezondheid. Het gaat bijvoorbeeld ook om op projecten op het gebied van criminaliteit, seksualiteit, rouwverwerking en sociale vaardigheden.

Tabel 3.2 Aantal pakketten zoals vermeld in landelijk aanbodoverzicht 2008/2009, Centrum voor Gezond leven

Thema	Primair onderwijs	Voortgezet onderwijs
Donorvoorlichting	2	2
Genotmiddelen en gokken	4	9
Gezonde leefomgeving	1	0
Gezonde leefstijl	21	7
Gezonde werkplek	3	4
Mondgezondheid	3	0
Omgaan met een ziekte	13	9
Sport, spel en beweging	10	5
Verkeersveiligheid	14	0
Voeding	9	6

Bij de beschrijving van de lespakketten kijkt het Centrum voor Gezond leven naar het doel, de doelgroep, de kosten voor de school, de mate waarin de docent geschoold moet worden om de les uit te kunnen voeren, het materiaal, de benodigde locatie, de tijdsbesteding (zowel de voorbereiding als de uitvoering) en wat er bekend is over de resultaten. Verder staat er ook praktische informatie over contactadressen e.d.. Het Centrum voor Gezond Leven hanteert een 'sterrensysteem' om de pakketten te ordenen. Een goede beschrijving van het pakket is de ondergrens. Vervolgens wordt gekeken naar de

mogelijke effecten, de bewezen effecten en de kosteneffectiviteit. Hoe beter de methode/het pakket op deze punten scoort, hoe meer sterren te verdienen zijn.

Naast deze landelijke programma's zijn er ook veel regionale en locale projecten, bijvoorbeeld ontwikkeld door GGD's. Om hoeveel programma's het precies gaat is onbekend, maar door het Centrum voor Gezond Leven wordt ingeschat dat als alle locale varianten apart worden geteld het er al gauw een paar duizend kunnen zijn, waarvan zo'n 60-70% gericht op de jeugd. Hoeveel leerlingen er per pakket bereikt worden is onbekend.

Uit de RIVM studie blijkt dat er in Nederland tot nu toe weinig gedegen evaluatiestudies zijn uitgevoerd naar de effecten van deze lespakketten. Bij een aantal projecten is wel de verandering in kennis over gezond gedrag en gezondheid gemeten. Daaruit blijkt dat de effecten vaak een korte termijnkarakter hebben. Bijvoorbeeld bij het project "Actie Tegengif" is gebruik gemaakt van een controlegroep die niet aan het programma heeft deelgenomen. Het percentage rokers onder de groep die heeft meegedaan aan het programma is minder gestegen dan in de controlegroep (resp. 3% en 8%). Ook zijn er minder jongeren gestart met roken. Echter, na één jaar zijn de verschillen niet meer significant.[16]

Uit een recent onderzoek van het VU Medisch Centrum in Amsterdam blijkt dat scholen die jongeren tot een gezondere levensstijl proberen te verleiden, resultaat zien van hun inspanningen. Speciale lessen, extra mogelijkheden voor sport en bewegen en minder vette spijzen en dranken in de kantine leiden ertoe dat overgewicht wordt teruggedrongen. Het onderzoek had betrekking op bijna 1100 vmbo-scholieren. De jongeren die een programma volgden dat de onderzoeker had ontwikkeld, bleken per dag een kwart liter minder frisdrank te drinken. Ook hier bleek dat hoewel het programma na acht maanden een aantoonbaar effect had, de invloed van het programma na afloop geleidelijk terugliep.[17]

[16] Crone et al, 2003
[17] http://www.vumc.nl/zorg/nieuws/1021544/

Enkele voorbeelden van pakketten en programma's:

Smaaklessen
Smaaklessen is een lesprogramma met smaakvolle, aantrekkelijke en vooral praktische lessen over voeding en voedsel voor het basisonderwijs. Het gaat over proeven, ruiken, voelen en zien. Oftewel: het ervaren van eten. Kinderen leren hierdoor op een speelse manier van alles over voeding en voedsel. Het doel van de smaaklessen is kinderen al op jonge leeftijd te interesseren voor voedsel door er op een leuke en praktische manier mee bezig te zijn. Op die manier kunnen ze bewustere keuzes maken. Geestelijk vader van het project is de kok Pierre Wind. Hij heeft tien jaar geleden samen met Euro-Toques, een vereniging van Europese topkoks, het initiatief genomen voor smaaklessen op basisscholen.

TENQ Waterkoeler
Stichting WaterWijs levert gratis TENQ waterkoelers aan onderwijsinstellingen in Nederland. Op de TENQ's zit een beeldscherm waarop een programmering zichtbaar is die is afgestemd op jongeren. Op deze wijze nodigt de TENQ jongeren uit meer water te drinken. Het drinken van meer water helpt overgewicht tegen te gaan en helpt tandbederf en concentratieverlies te voorkomen.

VETLekker
Het project VETLekker is een schooltv-project gericht op leerlingen van groep 7 en 8 van de basisschool. De serie bestaat uit vier tv-programma's met informatie over voedingsstoffen en welke voedingsstoffen in de verschillende producten zitten, het belang van bewegen, informatie over verbranding en energie en informatie over gedragsverandering. Er zijn leerlingenwerkboekjes en een handleiding voor docenten beschikbaar.

Gezonde schoolkantines
De helft van de vo-scholen vindt dat zij verantwoordelijk zijn voor het tegengaan van overgewicht bij hun leerlingen. Het RIVM constateert echter dat slechts weinig scholen systematisch actie ondernemen om overgewicht te voorkomen of te bestrijden. Ook de Inspectie van het onderwijs meldt in het onderwijsverslag van 2003/2004 dat 'scholen nauwelijks meegaan in de maatschappelijke ontwikkelingen rondom overgewicht.' Ze ondernemen alleen actie als leerlingen aantoonbaar dik zijn. Afgaande op de grote aandacht voor gezonde schoolkantines lijkt de situatie de afgelopen jaren verbeterd. In het voortgezet onderwijs wordt momenteel veel werk gemaakt van gezonde schoolkantines.

Van de schoollocaties in het voortgezet onderwijs heeft 90% een kantine en/of frisdrankenautomaat.[18] Ruim driekwart heeft een snoepautomaat. Ruim de helft van de locaties omschrijft het eigen aanbod via de automaten en kantine als overwegend calorierijk. Het aanbieden van gezonde producten met weinig calorieën in de snoep- en frisdrankautomaten stimuleert scholieren te kiezen voor een gezond tussendoortje. Het uitbreiden van het assortiment met gezonde producten heeft het meeste effect. Caloriearme snacks en light frisdrank (overigens niet persé gezonder) goedkoper maken of labelen als gezond product voegt daar weinig aan toe. Dit blijkt uit onderzoek van TNO, NIGZ en het Voedingscentrum op bijna dertig middelbare scholen.[19]

Jamie Oliver
In Engeland heeft met name de kok Jamie Oliver veel invloed op het aanbod van schoolkantines. Oliver begon in 2004 een campagne om Engelse schoolkinderen gezondere maaltijden te geven. Deze 'Feed Me Better'-campagne lijkt nu daadwerkelijk zijn vruchten af te werpen volgens voedingswetenschappers van de Universiteit van Essex. Zij vergeleken de schoolresultaten van 13.000 kinderen, waarvan een deel op scholen zat die Olivers gezondere maaltijden kregen en een ander deel niet. De gezonde eters waren minder vaak ziek: het ziekteverzuim daalde bij deze leerlingen met 15 procent. Ook de schoolresultaten verbeterden iets.[20]

[18] Middelbeek, Blokdijk e.a., 2007
[19] www.automatischgezonder.nl
[20] AD 9 februari 2009

Een concurrent voor de (gezonde) schoolkantine zijn supermarkten, snackbars of tankstations. Bij 75% van de scholen liggen deze locaties op minder dan één kilometer afstand. Gezien het feit dat de meeste leerlingen tijdens tussenuren en pauzes de school mogen verlaten liggen deze locaties onder loopbereik. Sommige supermarkten verbieden de toegang tot leerlingen of laten slechts twee leerlingen tegelijk toe. De aanleiding is overigens het bestrijden van overlast en niet zozeer het verbeteren van de gezondheid, maar het gevolg is natuurlijk dat leerlingen niet meer in de directe omgeving van de school snoep e.d. kunnen kopen.

Shopverbod scholieren bij supermarkt
Leerlingen van twee middelbare scholen in het Benoordenhout zijn niet meer welkom in de Albert Heijn in de Weissenbruchstraat. Leerlingen van het Haags Montessori Lyceum mogen niet meer in de Albert Heijn in de Weissenbruchstraat. Aan het winkelverbod tussen half negen 's morgens en drie uur 's middags gaan al langer problemen vooraf. Voor zover bekend is het de enige supermarkt in Den Haag waar scholieren in de pauzes van hun school volledig worden geweerd. In Rotterdam, Zoetermeer en Amsterdam is het al eerder voorgekomen.

Bron: AD Haagsche Courant, 6 januari 2009

Idee uit het buitenland: het eetbare schoolplein
De *Edible Schoolyard* is een project op de Martin Luther King Jr. Middle School in Berkely (Californië) en is opgericht door Alice Waters. In 1995 besloot de school de geasfalteerde weg en de parkeerplaatsen naast de school om te toveren tot een prachtige moestuin. De kinderen van de school leerden hoe ze op biologische wijze groenten en fruit konden verbouwen en kregen vervolgens kooklessen van (top)koks. De ongebruikte keuken in de school werd weer in gebruik genomen en zo komt het dat de kinderen op de Martin Luther King Jr. Middle School elke dag een verse biologische schoolmaaltijd krijgen, verbouwd en gemaakt door hun medeleerlingen. De missie van de Martin Luther King school en de Edible Schoolyard is om de biologische tuin en het landschap te laten integreren als belangrijk onderdeel in het curriculum en lunchprogramma van de school. Op deze manier leren kinderen voedzaam en biologisch eten te waarderen.

Bron: www.dream-support.nl

Gezonde leer- en werkomgeving
Leerlingen en personeel zitten een groot deel van de dag in een schoolgebouw. Door de trend van brede scholen, de groei van buitenschoolse opvang etc. bevinden leerlingen zich ook steeds langer in een gebouw of in de directe omgeving (schoolpleinen etc.). Deze constatering maakt aandacht voor het gebouw als gezonde omgeving noodzakelijk. En de berichten hierover zijn vaak niet positief. Veel klaslokalen zijn benauwd, warm en stoffig.[21] Een kwart van de ouders met kinderen in het basisonderwijs vindt dat de school hier te weinig aandacht voor heeft en nog eens een kwart heeft hier geen mening over.[22] Een kwalitatief onvoldoende binnenmilieu leidt tot allerlei gezondheidsklachten zoals hoofdpijn, dufheid en benauwdheid. Hierdoor ontstaat een hoger ziekteverzuim onder leerlingen en leerkrachten en gaan de leerprestaties omlaag. Een onderzoek van TNO toont aan dat leerlingen die een 8 scoren in normale omstandigheden, in een school met een slecht binnenklimaat bij slechte omstandigheden slechts een 6,2 scoren voor rekenen en een 7,5 voor taaltaken.[23]

In februari 2008 is het kabinet met een kabinetsvisie Binnenmilieu op basisscholen gekomen. Hierin staat onder andere dat in de komende 5 jaar alle basisscholen in Nederland bezocht worden door de GGD en een advies krijgen over de ventilatie in hun lokalen. De GGD voert metingen uit en geeft een advies op maat. De school krijgt een informatiepakket, een beknopt bouwtechnisch advies en een CO2 -meter. Het gebruik van een CO2-meter heeft een positief effect op de kwaliteit van het binnenmilieu.[24] Het ministerie van OCW stelt alle scholen eenmalig geld beschikbaar voor bijvoorbeeld aanschaf van buitenzonwering of kleine bouwkundige ingrepen.[25]

Computergebruik
Specifieke aandacht vraagt het sterk toegenomen computergebruik op school. Aan het werken met de computer in het onderwijs zijn onmiskenbaar voordelen verbonden, maar er is vanuit gezondheidsoogpunt een keerzijde. Veel en

[21] www.ggdgelreijssel.nl
[22] Ministerie van OCW, 2008
[23] www.tno.nl
[24] Storm e.a., 2009
[25] www.minvrom.nl

vaak computeren kan leiden tot gezondheidsklachten, zoals pijn in armen, handen, nek en/of schouders (RSI-gerelateerde klachten), hoofdpijn en oogklachten. De klachten kunnen in de meeste gevallen worden voorkomen door kinderen te leren hoe ze een computer goed en gezond gebruiken én hen te voorzien van ergonomisch ingerichte werkplekken. De Stichting Kennisnet/ICT op School heeft een informatiewijzer 'Gezond computeren' opgesteld. Hierin staat beschreven hoe leerlingen zouden moeten zitten en hun taken moeten afwisselen. Ook is er aandacht voor de rol van leerkrachten, ICT-coördinatoren, inkopers en ouders.[26]

Schoolpleinen

Schoolpleinen komen in de verdrukking door nieuwbouw en uitbreiding van scholen. Veel scholen moeten uitbreiden omdat ze sinds enige tijd verplicht zijn ook buitenschoolse opvang te organiseren. Sommige scholen zijn zo populair dat er noodlokalen op het schoolplein worden neergezet. Weer andere scholen gaan op in een nieuwe brede school waar ook de peuterspeelzaal en andere opvang gevestigd is. Als er dan geen grond beschikbaar is, wordt er op het plein gebouwd. Ook voor scholen die nog wel een groot plein hebben is het lastig om dit open te stellen voor de buurt om meer kinderen en jongeren te laten bewegen. Vandalisme of het schoon en veilig houden van het plein maken het vaak noodzakelijk om het schoolplein na schooltijd af te sluiten. De organisatie Jantje Beton heeft een actie opgezet waarin scholen worden opgeroepen slimme oplossingen voor een open schoolplein te delen.[27]

Buurtspeelplaats

De montessorischool in Drachten won de eerste prijs van de Jantje Beton Schoolpleinactie. Directeur is Piers van der Sluis. De mate van samenwerking met de buurt, ouders en de gemeente maakte veel indruk op de juryleden. "Wij hebben van ons schoolplein een buurtspeelplaats gemaakt. Op die manier konden we aanspraak maken op verschillende subsidies. We hebben zelf ook geld ingezameld. Sponsorloop, fancyfair, noem maar op. Met hulp van de wijkraad, Samenwerkende Fondsen Buiten Spelen, de gemeente en de ouders hebben we nu een prachtige speelplaats."

[26] Stichting Kennisnet/ICT op School, 2007
[27] Jantje Beton, 2007

In 2008 hebben in acht gevallen boze buurtbewoners scholen procedures aangespannen in verband met geluidsoverlast op het schoolplein. Deze scholen en kinderdagverblijven werden min of meer gedwongen hun leerlingen binnen te houden in pauzes. Minister Cramer van VROM hoopt in het voorjaar 2009 een wetswijziging door te voeren waardoor tegen het geluid van kinderen op schoolpleinen geen bezwaar meer kan worden gemaakt.[28]

Op steeds meer scholen geldt er voor het schoolplein ook een rookverbod. In het voortgezet onderwijs is roken op 16 procent van de schoolpleinen op het hele plein verboden. 43 procent van de scholen heeft een apart rokersgedeelte en bij 31 procent is het voor bepaalde klassen verboden om te roken. Op een kwart van de scholen voor voortgezet onderwijs mag overal buiten gerookt worden. Voor het basisonderwijs geldt dat vooral wachtende ouders gebruik maken van het schoolplein als rookruimte. Van de basisscholen heeft 54 procent een geheel rookvrij plein en 16 procent een gedeelte dat rookvrij is.[29]

Personeel
Voor het voortgezet onderwijs is in 2007 Arbo-VO, het arboservicecentrum voor het voortgezet onderwijs, opgericht door de VO-raad, in nauwe samenwerking met de vakcentrales. Arbo-VO is in de eerste plaats een onafhankelijk kennis- en adviescentrum. Het belangrijkste doel is om instellingen in het voortgezet onderwijs te ondersteunen bij de invulling van hun verantwoordelijkheid op het terrein van arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie. Arbo-VO benoemt ook 'de beste schoolvoorbeelden.' In 2008 viel deze eer te beurt aan de Stichting Scholengroep Christelijk Onderwijs in Kampen. Het oordeel luidde: "Naast psychologisch welzijn besteedt de scholengroep ook aandacht aan het lichamelijk welbevinden. Gebruikte instrumenten hiervoor zijn het aanbieden van bedrijfsfitness en bedrijfsfysiotherapie. Ook biedt de scholenorganisatie cursussen stoppen met roken aan. Eens in de twee jaar worden op diverse locaties 'Gezondheidspleinen' georganiseerd. Medewerkers kunnen dan bij verschillende disciplines terecht voor een medische check up en krijgen voorlichting over passende sportactiviteiten."[30]

---

[28] De Pers, 15 januari 2009,
[29] www.stivoro.nl..
[30] Dijkslag, A.

Veilige schoolroutes
Per jaar zijn ongeveer 80.000 kinderen en jongeren betrokken bij verkeersongevallen. Vooral jongens tussen de 15 en 24 jaar lopen relatief vaak letsel op en moeten daarvoor behandeld worden bij huisarts of spoedeisende hulp. Per jaar zijn er in de leeftijdscategorie tot 24 jaar ongeveer 300 doden door verkeersongevallen te betreuren (een derde van alle verkeersdoden).

Een toenemend probleem bij basisscholen is dat veel leerlingen met de auto naar school worden gebracht. Tweederde van de basisscholen vindt dat de eigen omgeving verkeerstechnisch onveilig is.[31] Soms bevorderen instellingen echter zelf het autogebruik door bijvoorbeeld te verbieden dat kinderen van de basisschool naar de buitenschoolse opvang fietsen. Diverse gemeenten zoeken naar mogelijkheden om de situatie te verbeteren. Het instellen van een stopverbod is daar een uitwerking van.

Stopverbod auto's bij basisscholen
Er komt een stopverbod bij alle basisscholen in Groningen. Van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 16.00 uur mogen er dan geen auto's stoppen voor de ingang van de school. Het stopverbod is één van de maatregelen die het stadsbestuur neemt om de omgeving van scholen verkeersveiliger te maken. Verkeersborden bij school wijzen de mensen op het stopverbod. Ook worden er bij sommige scholen maatregelen genomen om het parkeren voor de ingang van de school onmogelijk te maken. Bijvoorbeeld het versmallen van de weg en het verbreden van de stoep. Ook kijkt de gemeente naar alternatieven, zodat kinderen veilig lopend of op de fiets de school kunnen bereiken. Of kunnen uitstappen uit de auto, op bijvoorbeeld een kiss & ride-strook. Ook kijkt de gemeente naar plekken waar ouders eventueel de auto kort kunnen parkeren om hun kind naar school te brengen.

Schoolgezondheidszorg
Ongeveer 100 jaar geleden begon de eerste schoolarts zijn werk. Veel arme, ondervoede kinderen bezweken aan TBC of een andere infectieziekte en met de hygiëne was het slecht gesteld. De functie van de schoolarts was vroeger puur medisch, maar tegenwoordig is er minstens evenveel aandacht voor psychosociale aspecten en gedragsproblemen. Belangrijke

[31] www.veiligverkeernederland.nl

thema's waar de schoolarts mee te maken heeft zijn overgewicht, bedplassen, verstopping, spraak en woordenschat.[32] Schoolkinderen worden opgeroepen voor een preventief onderzoek als ze 5, 10 en 14 jaar zijn. Als bij dit onderzoek niets bijzonders gevonden wordt, komt er geen vervolgafspraak. Wanneer er een punt van afwijking gevonden wordt, wordt het kind doorverwezen naar huisarts, specialist of jeugdhulpverlening. De schoolarts behandelt dus niet zelf.

Naast de schoolarts en de GGD zijn de afgelopen jaren overal Zorg- en Adviesteams (ZAT's) ontstaan. Dit zijn teams waarin professionals die zorg en ondersteuning bieden aan jeugdigen en hun ouders, samenwerken met scholen om problemen van kinderen en jongeren op te lossen, op het gebied van bijvoorbeeld gezondheid, veiligheid en leerplicht. De ZAT's komen voort uit de praktijk, omdat daar de behoefte werd gevoeld kinderen en jongeren met problemen snel en goed hulp te kunnen bieden. Zorg- en Adviesteams bespreken regelmatig concrete situaties van jongeren, waardoor signalen snel en vakkundig beoordeeld worden en de juiste hulp of ondersteuning voor de jeugdige, de ouders en de docenten zo snel mogelijk wordt ingeschakeld.[33]

1.3 Wat is er nog meer mogelijk?

In deze paragraaf wordt nagegaan waar de kansen liggen in het onderwijs, gegeven de belangen en de mogelijkheden, voor gezondheidswinst. Uit de voorgaande beschrijving mag duidelijk zijn dat er al enorm veel wordt ontwikkeld op het gebied van gezondheid en dat er tal van partijen zijn die zich op het onderwijs richten. Er zijn veel tijdelijke maatregelen, subsidiepotjes, projecten en programma's. De winst zal dan ook niet zozeer liggen in het fabriceren van nog meer pakketten, programma's en generieke maatregelen. Veel eerder zal gekeken moeten worden hoe informatie- en subsidiestromen gebundeld kunnen worden en hoe de verschillende inspanningen effectiever kunnen worden en kunnen worden samen gebracht in een duidelijk beleid.

In vergelijking met een aantal jaar geleden is aandacht voor de gezondheid helemaal 'in'. Scholen die veel aandacht voor het thema gezondheid hebben, kunnen zich dan ook goed profileren als zij gezondheid als marketinginstrument inzetten.

[32] www.kinder.plein.nl
[33] www.wecraad.nl

Vooral in gebieden met veel concurrentie tussen scholen en/of teruglopende leerlingenaantallen kan dit een aantrekkelijke optie zijn. Zo worden de gezonde schoolkantines breed uitgemeten in de pers, krijgen gezonde scholen prijzen en bezoek van staatssecretarissen. Dit is een goede PR voor deze scholen die geventileerd kan worden op websites, de schoolgids en folders.

Er is meer mogelijk in het bereiken van specifieke groepen. Zo is het denkbaar dat specifieke groepen leerlingen en studenten (bijvoorbeeld de 'overbelaste en overspannen jongeren' uit het rapport van de WRR over voortijdig schoolverlaten) nog te weinig in het vizier is als het om dit thema gaat. Met name de categorie mbo-leerlingen op niveau 1 en 2 verdient in dit verband extra aandacht. Op niveau 1 en 2 bevinden zich relatief veel kwetsbare leerlingen afkomstig uit gezinnen met een lagere sociaal-economische achtergrond met risico op schooluitval etc. In vergelijking met het primair en voortgezet onderwijs is de aandacht voor gezondheid op het mbo bescheiden, terwijl het gedeeltelijk om dezelfde leeftijdscategorie gaat. Bewegingsonderwijs komt ook nauwelijks voor in het mbo.

Volgens de Onderwijsraad zijn de mogelijkheden voor gezondheidswinst bij het eigen personeel binnen scholen nog onderbelicht. Bekeken moet daarom worden in hoeverre scholen in hun personeelsbeleid rekening houden met gezondheidsbevorderende maatregelen, inclusief de aandacht van pabo's en lerarenopleidingen voor dit thema.

Het gebouw en de omgeving van de school bieden veel aanknopingspunten voor gezondheidsbevordering. De kwaliteit van het binnenmilieu van scholen verdient een blijvende aandacht. Daarbij zijn de gemeenten als (meestal) eigenaar van de schoolgebouwen een onmisbare partner. Voordeel van inspanningen gericht op het gebouw en de omgeving is dat van de leraren, in tegenstelling tot bijvoorbeeld lespakketten, op zich geen extra inzet wordt gevraagd. Zo levert een aantrekkelijk schoolplein dat uitnodigt tot bewegen 'ongemerkt' gezondheidswinst op.

Overwogen kan worden om te kijken naar welke winst er te behalen valt bij de opleidingen voor de gezondheidszorg in mbo, hbo en wo. Zit daar een educatieve component in en moet dat meer zijn? Daarbij kan gekeken worden in hoeverre de opleidingen rekening houden met het voorbereiden op

werken in achterstandswijken, het communiceren met groepen met een lage SES etc. In de opleidingen voor het onderwijs (pabo, lerarenopleidingen) gaan geregeld stemmen op voor specifieke 'grote-stadsvarianten' met bijvoorbeeld aparte opleidingen voor het werken in het vmbo. Een aantal hogescholen is hier ook daadwerkelijk al mee begonnen. Wellicht dat deze aanpak ook al in de opleidingen voor de gezondheidszorg gangbaar is of invoering verdient.

Tot slot ziet de raad kansen in een betere verbinding van school met andere organisaties (zoals bijvoorbeeld in de brede school) en het buiten de formele onderwijstijd plaatsen maar wel met medewerking van de school uitvoeren van educatieve programma's, onder andere op het gebied van gezondheid. Dit laatste punt is uitgewerkt in het recente advies 'De stand van educatief Nederland 2009' in de vorm van Uitgebreid Onderwijs. Leren en onderwijs vinden immers op veel meer plekken en tijden plaats dan alleen gedurende de formele schooltijd. De effectieve leertijd van leerlingen kan worden verruimd en geïntensiveerd door onderwijsinstellingen zelf (in het funderend onderwijs met name verlengde schooldag, verlengde schoolweek, plusklassen) én/of door andere organisaties.[34]

1.4 Waar liggen knelpunten om die kansen benutten?

Het belangrijkste knelpunt om meer aan gezondheidspreventie te doen is het feit dat dit niet het enige maatschappelijke thema is dat op 'de school' afkomt. Andere thema's zijn bijvoorbeeld veiligheid, homoseksualiteit, sociale cohesie, mensenrechten, milieu. Er is duidelijk sprake van concurrentie van thema's met als risico dat alles bij de school terecht komt en de school verzandt door alle goede bedoelingen. Er is veel drukte rond de school. Aan de andere kant is er een toenemende roep om meer aandacht voor basisvakken als taal en rekenen.

De Onderwijsraad vindt het tot op zekere hoogte begrijpelijk dat scholen door overheid en maatschappij als belangrijke organisaties worden gezien om maatschappelijke onderwerpen onder de aandacht te brengen. De school vormt nog één van de weinige instituties waar kinderen en jongeren een groot aantal jaar verplicht een deel van de dag doorbrengen. Van

[34] Onderwijsraad, 2009

scholen mag tenminste verwacht worden dat zij een signalerende en verwijzende rol hebben. Zeker op het gebied van gezondheid ligt ook een belangrijke taak bij de ouders.

Een ander knelpunt is dat leerlingen over het algemeen niet geïnteresseerd zijn in het thema gezondheid en dat fastfood/drinken/drugs/roken ook zijn aantrekkingskracht heeft. Er kan bovendien sprake zijn van groepsdruk om te participeren en van ouders die zelf niet het goede voorbeeld geven. Veel jongeren vinden het niet echt een urgent probleem en vinden dat het probleem vooral voor 'de ander' geldt.[35] Het is de vraag of de wereld van de lespakketten op school genoeg verbonden is met de leefwereld van jongeren buiten schooltijd (uitgaanswereld) en in hoeverre de methoden rekening houden met deze leefwereld.

Een knelpunt bij het stimuleren van meer beweging op school is dat het bewegingsonderwijs onder druk staat en in sommige gevallen, zoals het schoolzwemmen, voor een deel weg-bezuinigd is. Er is een tekort aan bevoegde docenten voor bewegingsonderwijs sinds de bevoegdheid in 2004 gewijzigd is. Een afgestudeerde van de pabo moet eerst nog een aanvullende opleiding volgen voordat hij of zij gymlessen mag geven vanaf groep 3. Hierdoor zijn er op veel scholen tekorten ontstaan. Het is nog onduidelijk in hoeverre de nieuwe combinatiefuncties sport en onderwijs deze tekorten gaan oplossen. Door het volzetten van pleinen met noodlokalen is er op sommige scholen weinig ruimte om in de pauze te bewegen. Door onder meer de verstedelijking van de omgeving kost het veel scholen te veel tijd om geregeld naar buiten te gaan voor bijvoorbeeld de biologieles of gymnastiek. Niet alle scholen beschikken over adequate gymzalen en moeten verre afstanden overbruggen om een sporthal te bereiken, die ook nog met vele andere scholen gedeeld moet worden.

De aanwezigheid van snackbars, supermarkten en coffeeshops rond de school is een ander knelpunt dat niet alleen door het onderwijs kan worden opgelost. Coffeeshops in de buurt van scholen zijn niet aanvaardbaar. Een zelfde discussie moet gevoerd worden over snackbars en supermarkten. Criteria met betrekking tot toegankelijkheid zullen daarbij overigens zwaarder meewegen dan afstand, want die is voor leerlingen (met veel tussenuren) makkelijk te overbruggen.

[35] www.jongerenonderinvloed.nl

1.5 Afsluitend

In dit hoofdstuk is gekeken naar de stand van zaken in het onderwijs met betrekking tot het thema gezondheid(spreventie). Daarbij is naar voren gekomen dat de onderwijssector zelf en veel andere partijen veel activiteiten ontplooien om leerlingen te bereiken. Mede rekening houdend met de thema's parallelle belangen en bestrijding van sociaal economische gezondheidsverschillen zouden met betrekking tot het thema onderwijs de volgende aanbevelingen genoemd kunnen worden. Per adressant zijn dit:

Op het niveau van de rijksoverheid

1) Beweging voor alle leerplichtige leerlingen, ook in het mbo
Het thema gezondheid komt er in het middelbaar beroepsonderwijs in vergelijking met de aandacht in het primair en voortgezet onderwijs bekaaid van af. Niet alleen bij de mbo-instellingen zelf en bij de overheid, maar ook bij organisaties die zich met gezondheidsonderwijs bezighouden. Dit is onterecht vanwege het feit dat het om gedeeltelijk dezelfde leeftijdscategorie als in het voortgezet onderwijs gaat die bovendien gemiddeld genomen afkomstig is uit gezinnen met een lagere sociaal-economische status (in het bijzonder de niveaus 1 en 2). Het is bijvoorbeeld merkwaardig dat mbo-instellingen 'om reden van vergelijkbaarheid' niet mee kunnen doen aan de stimuleringsprijs De gezonde schoolkantine van het Voedingscentrum.[36] Dit soort beperkingen motiveert mbo-instellingen natuurlijk niet.

Concreet zou meer aandacht kunnen betekenen dat er in het mbo een aantal uren bewegingsonderwijs verplicht wordt gesteld, zeker waar het de leerplichtige jongeren betreft. De aangekondigde extra aandacht voor het mbo vanuit het platform Sport, Bewegen en Onderwijs is een goed begin, maar zal verder uitgebouwd moeten worden. Een knelpunt voor met name jongeren die een BBL-opleiding volgen (beroepsbegeleidende leerweg) is dat zij slechts een (beperkt aantal) dag(en) per week op school zijn. Voor hen zou gedacht kunnen worden aan vouchers voor sportlessen etc. Ook door voorlichting over roken, alcohol en drugs kunnen mbo-instellingen leefstijlbevorderend gedrag beïnvloeden. Veel

[36] www.voedingscentrum.nl

lespakketten voor het voortgezet onderwijs zullen immers qua leeftijdsgroep en taalgebruik ook geschikt zijn voor het mbo.

2) *Kennis van SEGV verplicht onderdeel zorgopleidingen*
Het is belangrijk dat zorgopleidingen aandacht hebben voor het omgaan met en tegengaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De raad beveelt aan dat er specifieke 'grotestadsvarianten' van opleidingen komen, waarbij leerlingen verplicht stage lopen in een achterstandswijk, les krijgen in communicatie met achterstandsgroepen etc. Overigens moet bedacht worden dat met name in de grote steden veel leerlingen op de zorgopleidingen zelf woonachtig zijn in achterstandswijken en/of een allochtone achtergrond hebben en daardoor hun kennis en ervaring kunnen overbrengen naar anderen.

Op het niveau van de lokale overheid

1) Ongezonde scholen het eerst aan de beurt bij nieuwbouw
De overheid schrijft stringente normen voor met het oog op het binnenklimaat op scholen en controleert hier streng op via bijvoorbeeld de GGD. Schoolgebouwen die niet voldoen aan deze normen moeten met voorrang op het huisvestingsplan van de gemeenten geplaatst worden en als eerste in aanmerking komen voor nieuw- of verbouw.

2) Meer mogelijkheden voor bewegen rondom school
Met betrekking tot de omgeving van de school geldt dat gemeenten in hun ruimtelijk ordeningsbeleid rekening moeten houden met het feit dat 'lege' terreinen op redelijke afstand van de scholen alleen met zeer grote terughoudendheid bebouwd mogen worden. Liever ontwikkelen de gemeenten samen met scholen en andere partijen deze terreinen tot aantrekkelijke (groene) ruimten. Leerlingen kunnen bijvoorbeeld in het kader van hun maatschappelijke stage deze terreinen onderhouden. Wanneer scholen niet over eigen gymnastiekruimten beschikken, zouden gemeenten ervoor moeten zorgen dat er binnen een straal van een kilometer een adequate ruimte aanwezig is. Tenslotte is de raad van mening dat alle schoolpleinen rookvrij moeten worden.

Op het niveau van de school en het schoolbestuur

1) Beleidsmatiger aanpak hanteren
Scholen doen al veel aan gezondheidsbeleid, maar vaak niet beleidsmatig en weinig gestructureerd. Een door de Vlaamse

Onderwijsraad ontwikkeld model kan scholen helpen hun gezondheidsbeleid te versterken. In dit model wordt uitgegaan van enerzijds verschillende niveaus (individuele leerling, klas, school en omgeving) en anderzijds verschillende pijlers (educatie, structurele maatregelen, afspraken en verwijzing) die met elkaar in overeenstemming moeten zijn.[37] Zo hebben lessen over gezond voedsel (educatie) vooral effect als er in de kantine dan ook een gezond aanbod is (structuur), er gezond wordt getrakteerd (afspraken) en leerlingen met ernstig overgewicht snel worden doorgestuurd naar specialisten (verwijzing).

	Individu	Klas	School	Omgeving
Educatie				
Structurele maatregelen				
Afspraken				
Verwijzing				

Een dergelijk gezondheidsbeleid van scholen moet ook op het niveau van het bevoegd gezag/het schoolbestuur een punt van gesprek zijn. De GGD kan bij leerlingen enquêtes afnemen over hun leefstijl en de resultaten terugkoppelen naar de scholen en de besturen met daarbij de belangrijkste aandachtspunten voor beleid. De school maakt met het schoolbestuur afspraken over de te nemen maatregelen.

2) Vaste spreekuren schoolarts
De raad vindt het belangrijk dat leerlingen makkelijk toegang hebben tot deskundigen wanneer zij medische vragen en klachten hebben. Daarom is het wenselijk wanneer elke school een vast spreekuur van de schoolarts heeft.

[37] Caris, G. 2009

Deel III

Rol van de overheid

Raad voor het openbaar bestuur

1 Rol van de overheid

1.1 Inleiding

Gezondheidsbeleid staat niet op zichzelf maar heeft samenhang met veel beleidsterreinen. Beslissingen die worden genomen op andere gebieden, zoals wonen, werken, welzijn, onderwijs, milieu en verkeer, kunnen de gezondheidstoestand van de bevolking beïnvloeden. Dit hoofdstuk gaat in op de rol van de overheid op het gebied van gezondheid. Het gaat in op overheidsinterventie, op de verschillende rollen van de overheid, en op het belang van de overheid bij gezonde burgers en een gezonde bevolking. Er wordt geïnventariseerd wat voor soort beleid en initiatieven er al zijn (wetgeving en beleid en de samenhang met andere beleidsterreinen), en er wordt gezocht naar kansen om gezondheidswinst te behalen en de knelpunten om die kansen te benutten.

Overheidsinterventie
Overheidsinterventie wordt aangeduid met een aparte term: beleid. Beleid verwijst naar het optreden van de overheid. Het is niet alleen een samenstel van doeleinden, middelen en tijdskeuzen, het is tegelijk ook een antwoord op een probleem. Het is een poging oplossingsgericht te handelen.

Overheidsinterventie is in onze maatschappij van alle tijden en is alom aanwezig. De overheid neemt besluiten die burgers binden, heft belastingen en legt wegen aan, verbiedt roken in de horeca en verplicht ouders om hun kinderen naar school te sturen, houdt leger en politie in stand en biedt bescherming tegen water. De overheid financiert banken in crisistijd, stimuleert de pluriformiteit van de pers, sanctioneert overtredingen, registreert persoonsgegevens, regisseert actoren in het publieke domein, keert uitkeringen uit, en doet nog veel meer. Daarnaast neemt de overheid deel aan het maatschappelijk verkeer in de hoedanigheid van onder meer werkgever, opdrachtgever, afnemer en eigenaar.

Er zijn verschillende motieven om overheidsinterventie te onderscheiden. Grofweg zijn deze onder te verdelen in economische motieven (efficiency) en normatieve motieven (equity). De eerste categorie betreft rationele economische afwegingen over marktonvolkomenheden en marktfalen, kostenoverwegingen en schaal, en externe effecten. Normatieve overwegingen hebben betrekking op paternalisme, solidariteit, gelijk-

heid en rechtvaardigheid (bijvoorbeeld herverdeling van welvaart).

Eén van de domeinen waarop de overheid intervenieert betreft de volksgezondheid. Volksgezondheid is een sociaal grondrecht. 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid', luidt het Grondwetsartikel dat invulling geeft aan de zorgverplichting van de overheid op het terrein van gezondheid. Deze opgave komt tot uiting in wetgeving en beleid op centraal en decentraal niveau.

Verschillende rollen van de overheid
De vorm waarin de overheid intervenieert hangt af van de rol die zij aanneemt. Bij gezondheidsbeleid hangt de keuze van de rol van de overheid af van de situatie, voorkeur, capaciteiten en eigenschappen. Een belangrijke rol is die van wetgever. Wetgeving heeft tot functie bindende regels te verschaffen voor overheid en burgers, de overheidsorganisatie te ordenen en de rechtsbescherming van de burger te regelen. Als wetgever kan de overheid zich bedienen van bestuursrecht, privaatrecht en strafrecht. Zij heeft een aantal juridische middelen ter beschikking om haar beleidsdoeleinden te realiseren. De overheid kan verplichtingen opleggen (ge- en verboden), kan handelingen toelaten door het verlenen van vergunningen, vrijstellingen en concessies, of kan kiezen voor een stelsel van erkenningen of certificering van instellingen bij de uitvoering van bepaalde wetten. Om een bepaald beleidsdoel te verwezenlijken kan de overheid verder gebruik maken van het subsidieinstrument. Ten slotte kan de overheid voor uitvoering van bepaald beleid overgaan tot het aangaan van overeenkomsten, bijvoorbeeld privaatrechtelijke beleidsovereenkomsten en publiekrechtelijke overeenkomsten tussen overheden.
Bij een imperfect werkende zorgmarkt kan de overheid optreden als *marktmeester* (een rol van de Nederlandse Zorgautoriteit).
De rol van *financier* kan inhouden dat de overheid geld beschikbaar stelt voor gezondheidsprojecten waarbij anderen zorgen voor de opzet en uitvoering ervan. Als private partijen in de zorgsector een probleem willen aanpakken maar elkaar niet kunnen vinden, kan de overheid als *bruggenbouwer* verbindingen leggen. In de rol van *regisseur* heeft de overheid een doel voor ogen waarbij de uitvoering in handen is van anderen.[38]

[38] De Zorgverzekeringswet is daarvan een voorbeeld. Deze wet voorziet in een publieke regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking. Iedereen is van overheidswege

In de rol van vertegenwoordiger van het *publieke belang* kan de overheid stimuleren, aanjagen, coördineren, keuzes voorhouden en waar nodig ook zelf keuzes maken. De overheid is daarnaast *werkgever*, *opdrachtgever* van bijvoorbeeld gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, *afnemer* van bijvoorbeeld arbodienstverleners, en *eigenaar* van onder meer gebouwen.

Opgave voor de overheid
In het advies Publieke gezondheid heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg[39] een scan gemaakt van de grootste volksgezondheidsproblemen voor de komende decennia die laat zien dat voor de bevolking als geheel vooral overgewicht, diabetes mellitus, angststoornissen, depressies en dementie aandacht vragen. Daarnaast vragen risicofactoren als roken aandacht. Deze volksgezondheidsgevaren vertonen een sterke groei. Elke leeftijdscategorie heeft daarnaast eigen aandachtspunten. Daarbinnen vragen de sociaal zwakkeren extra beleid. De opgave waar de overheid voor staat, is terug te zien in het speerpuntenbeleid op centraal niveau: roken, alcohol, depressie, overgewicht, diabetes. De opgaven waarvoor de gemeentelijke overheid staat, kunnen in het verlengde liggen van de landelijk geformuleerde speerpunten, maar dat hoeft geenszins het geval te zijn. Er zit nogal een verschil in de lokale volksgezondheidsproblemen van bijvoorbeeld Rotterdam met zijn grootstedelijke problemen en veel achterstandswijken, en Reimerswaal, een plattelandsgemeente met aandacht voor leefbaarheid in de kernen en de zorg voor ouderen. Of tussen Heerlen (grote werkloosheid, bevolkingsdaling) en Haarlemmermeer (grote economische bedrijvigheid, jonge bevolkingspyramide).

1.2 Belangen van de overheid bij gezonde burgers

Gezondheid komt in de eerste plaats toe aan individuele burgers. Maar de individuele dimensie moet worden geplaatst in een sociale context. Voor het voortbestaan van een gemeenschap is gezondheid een noodzakelijke voorwaarde. Gezond-

verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Private zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht om iedere verzekeringsplichtige een zorgverzekering aan te bieden.

[39] Publieke gezondheid, advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2006.

heid is daarmee te definiëren als een collectief belang. Het collectieve belang is gebaat met de instandhouding van een effectief stelsel van gezondheidszorg (cure en care), gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen. Het belang van de overheid bij gezonde burgers en een gezonde bevolking is niet een welbegrepen eigenbelang, maar valt samen met het collectieve gezondheidsbelang. De overheid is de bewaker van de collectieve belangen en heeft als taak voorwaarden te creëren voor een vitale en rechtvaardige samenleving, met een gezonde economische basis. De baten van het collectieve belang van gezondheid stimuleren de overheid tot het nemen van maatregelen om de gezondheid van burgers te bevorderen. Gezonde burgers dragen immers bij aan een vitale samenleving en een gezonde economische basis. In dit perspectief is vermijdbare ziektelast een ongewenste vorm van welvaartsverlies. Daarnaast dient de overheid het algemeen belang door zorgvuldig te zijn met de aanwending van schaarse middelen, het niet onnodig belasten van zorg en het in de hand houden van de collectieve zorgkosten. Preventie kan daarbij effectief zijn.

Kosteneffectiviteit

Eén van de belangen die de overheid dient, is het beheersen van de kosten van zorg. In het licht van de stijgende gezondheidszorgkosten spelen de kosten en de baten van (preventieve) interventies een belangrijkere rol bij de verantwoording van lopend beleid en de onderbouwing van nieuw beleid. Kosteneffectiviteit wordt vastgesteld op basis van economische evaluatiestudies. Drie belangrijke onderzoeksmethoden zijn de kosteneffectiviteitanalyse, een kostenutiliteitanalyse en een kostenbatenanalyse. De drie methoden verschillen vooral in de manier waarop de baten worden vastgesteld.[40] Van slechts een klein aantal van de preventieve interventies die in Nederland uitgevoerd worden, is de kosteneffectiviteit bekend. Dit zijn met name interventies die gericht zijn op ziektepreventie. De

[40] Bij een kosteneffectiviteitanalyse worden de baten uitgedrukt in een eenheid effect, zoals gewonnen levensjaren. De interventie met de laagste kosten per gewonnen levensjaar is het meest kosteneffectief. Bij een kostenutiliteitsanalyse worden de baten meestal in één standaard effectmaat uitgedrukt, namelijk QALY's of DALY's. Bij een kostenbatenanalyse worden alle baten uitgedrukt in monetaire eenheden, waardoor het netto effect (kosten minus baten) in geld (winst of verlies) kan worden uitgedrukt. Deze maat wordt in economische evaluaties van gezondheidszorgvoorzieningen tot op heden relatief weinig gebruikt omdat het moeilijk blijkt baten zoals gewonnen levens in geld uit te drukken. (Bron: www.rivm.nl).

kosteneffectiviteit van interventies en beleidsmaatregelen blijven onderbelicht.

In 2005 werd 1,3 miljard euro uitgegeven in de sector openbare gezondheidszorg. Dit is 1,8% van de totale kosten van de Nederlandse gezondheidszorg. In dat zelfde jaar werd aan preventie binnen de zorg 3,4 miljard euro uitgegeven. Dit is 4,9% van de totale zorgkosten. Ter vergelijking: aan de zorgfunctie curatieve diagnose en behandeling werd 35,0 miljard euro besteed. Dit is 51,1 % van de totale zorgkosten.[41]
De droge opsomming van deze bedragen leert dat er veel meer geld wordt besteed aan cure dan aan preventie. In termen van het behalen van gezondheidswinst is het de vraag of dat kosteneffectief is. Uit overwegingen van kosteneffectiviteit is het verdedigbaar dat meer budget wordt ingezet voor preventiedoeleinden.

Belangenafweging
Bij elke overheidsbeslissing dienen de relevante belangen te worden afgewogen. In besluitvorming en beleid moeten verschillende aspecten zijn te herleiden en moet de belangenafweging zichtbaar zijn. Het belang van gezonde burgers en een gezonde bevolking concurreert met andere belangen zoals het belang van verkeersveiligheid, van terrorismebestrijding of van onderwijs. Wanneer één aspect, bijvoorbeeld veiligheid of economische groei, de bovenhand krijgt, wil dat nog niet zeggen dat het gekozen beleid goed is. Vaak blijkt dat ondergesneeuwde afwegingen later weer nijpend zichtbaar worden, waarna het beleid dan weer daarop wordt aangepast.

De belangenafweging door de overheid vindt op alle niveaus plaats. Het gaat niet alleen om de afweging van verschillende deelbelangen tegen elkaar, het gaat ook om de principiële en strategische afwegingen. Een voorbeeld daarvan betreft het vraagstuk van de functionele doordecentralisatie van de verantwoordelijkheid voor onderwijshuisvesting. Wie moet de verantwoordelijkheid dragen voor onderhuisvesting: schoolbesturen of gemeenten? Scholen vinden dat zij zelf moeten kunnen beslissen over hun huisvesting. Maar gemeenten willen hun regierol op het onderwijsbeleid niet graag kwijt. Dat beperkt hun mogelijkheden om accommodatie- en vastgoedbeleid te voeren, in samenhang met jeugdbeleid en wijkwerk.

Concurrentie van belangen

[41] De kosten van ziekten, www.rivm.nl

De concurrentie van belangen kan rivaliteit tot gevolg hebben tussen verschillende onderdelen van het openbaar bestuur. De term die voor dit verschijnsel wordt gebruikt, is bureaupolitiek.[42] Bureaupolitiek doet zich voor wanneer er veel verschillende spelers zijn die uiteenlopende belangen hebben, geen van de spelers zijn zin kan doordrijven, onderhandelingen en compromisvorming daardoor onvermijdelijk zijn, en er nog veel onderhandelings- en manoeuvreerruimte is in de uitvoeringsfase. Er is strijd en emotie, opvattingen en belangen botsen, prestige en macht worden belangrijker dan juridische regels en technische rationaliteit, er worden compromissen gesloten en verbroken, onderlinge conflicten winnen het van onderlinge loyaliteit, en het algemeen belang verdwijnt naar de achtergrond. Het openbaar bestuur is verscheiden en versnipperd; er bestaat niet zoiets als *de* overheid of *het* ambtelijk apparaat. Er is een reeks van departementen, diensten, bureaus, provincies en gemeenten. Er is ook niet zoiets als *het* algemeen belang. Elk onderdeel van de overheid heeft, vanuit zijn eigen taken en achtergrond, een eigen visie op wat het algemeen belang zou moeten zijn.

Parallellie van belangen
In overheidsbeleid worden verschillende belangen gewogen. Die belangen concurreren niet alleen met elkaar, zij kunnen ook samenlopen of gelijk opgaan. Individuele burgers geven vaak aan dat gezondheid van groot belang is voor hun levensgeluk. De samenleving als geheel heeft belang bij een goed stelsel van gezondheidszorg en collectieve bescherming tegen ziekte. Zorgverzekeraars zien de zorgkosten dalen als de zorgconsumptie afneemt. Zorgverzekerden hebben uit kostenoverwegingen belang bij een lage zorgpremie. Werkgevers hebben belang bij productieve werknemers met een laag ziekteverzuim. Werknemers hebben belang bij een veilige werkomgeving zonder gevaar voor hun gezondheid. Goede leeromstandigheden zoals een gezond binnenmilieu, is in het belang van schoolgaande kinderen. Het zijn voorbeelden van parallel lopende belangen. Regie daarop door de overheid kan de verschillende belangen verenigen en de samenloop versterken. Op de regierol van gemeenten wordt verder ingegaan in paragraaf 5.4.

Sommige beleidsdoelstellingen hebben een positief neveneffect op gezondheid. Veiligheid in het verkeer zorgt voor min-

[42] M.A.P. Bovens, P. 't Hart, M.J.W. van Twist, *Openbaar bestuur. Beleid, organisatie en politiek*, Deventer, zevende druk (2007), p. 312-313

der verkeersslachtoffers (doden en gewonden). Minder verslaafden aan alcohol of drugs dragen bij aan doelstellingen op het gebied van minder huiselijk geweld of criminaliteit, maar ook aan betere individuele én collectieve gezondheid. Beleid uit milieuoverwegingen gericht op het terugdringen van het autogebruik en het stimuleren van fietsen, heeft als bijeffect dat mensen meer bewegen. Het zijn maar een paar voorbeelden waarbij gezondheid een afgeleid belang is. Het onderzoek van het RIVM naar kansrijke aangrijpingspunten van intersectoraal gezondheidsbeleid dat hierna in paragraaf 5.3 wordt besproken, geeft een breed overzicht van interventies met gezondheid als gedeeld belang binnen overheidsbeleid.

1.3 Wat voor beleid en soorten initiatieven zijn er al?

De volgende passages schetsten wetgeving en beleid op het gebied van gezondheid op internationaal, centraal en decentraal niveau. Verder wordt een overzicht op hoofdlijnen gegeven van interventies en beleidsmaatregelen waarvan de effecten positief of veelbelovend zijn.

Wetgeving
Een belangrijke regeling in internationaal verband is de Internationale Gezondheidsregeling (IGR) van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). Het doel en de reikwijdte van deze regeling zijn het voorkomen van, het beschermen tegen, het beheersen van en het voorzien in maatregelen op het gebied van de volksgezondheid ter verbetering van de internationale infectieziektebestrijding.

De grondslag voor Europese wetgeving over veiligheid en gezondheid en volksgezondheid wordt gevormd door het EG-Verdrag. Er is een groot aantal maatregelen op het gebied van veiligheid en gezondheid op het werk genomen.[43] Subsidiair aan nationaal beleid is de bepaling over volksgezondheid[44] gericht op verbetering van de volksgezondheid, preventie van ziekten en aandoeningen bij de mens en het wegnemen van bronnen van gevaar voor de menselijke gezondheid. Dit optreden omvat de bestrijding van grote bedreigingen van de gezondheid, door het bevorderen van onderzoek naar de oorzaken, de overdracht en de preventie daarvan, en door het

[43] Artikel 137 van het EG-Verdrag
[44] Artikel 152 van het EG-Verdrag

bevorderen van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsonderwijs.

Wie in de databank www.wetten.nl de term *volksgezondheid* gebruikt om alle internationale en nationale wet- en regelgeving te doorzoeken, krijgt als resultaat meer dan 1800 gevonden regelingen. Voor de termen *gezondheidszorg* en *gezondheid* ligt dit aantal op 564 en 652. Er zijn met andere woorden meer dan duizend regelingen waarvoor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (mede)verantwoordelijk is of die het domein van gezondheid(szorg) betreffen.[45] Het gaat bijvoorbeeld over de Gezondheidswet, de Tabakswet en de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Maar het gaat ook over het Arbeidsomstandighedenbesluit en het Besluit leerlinggebonden financiering.

Op decentraal niveau is aan bestuursorganen van de provincie een beperkt aantal wettelijke taken over gezondheid opgedragen. De belangrijkste taak die gezondheidszorg raakt, betreft jeugdzorg. Op grond van de Wet op de jeugdzorg zijn gedeputeerde staten verantwoordelijk voor het zorgaanbod en het Bureau Jeugdzorg. Jeugdzorg is voor het overgrote deel een individuele curatieve zorgactiviteit onder verantwoordelijkheid van de provincie.

De belangrijkste wettelijke regeling met een taakopdracht op gemeentelijk niveau is sinds 1 december 2008 de Wet publieke gezondheid. Deze wet vervangt de Wet collectieve preventie volksgezondheid, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet. De Wet publieke gezondheid maakt het college van burgemeester en wethouders verantwoordelijk voor collectieve preventie en afstemming daarvan met de curatieve gezondheidszorg. Daartoe zijn gemeenten verplicht iedere vier jaar een nota gezondheidsbeleid uit te brengen. Een andere belangrijke verantwoordelijkheid van het college betreft het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. In de wet staat verder beschreven welke taken de gemeente heeft op bijvoorbeeld het terrein van de infectieziektebestrijding en

[45] Dat loopt uiteen van het Protocol bij het Verdrag van 1979 betreffende grensoverschrijdende luchtverontreiniging over lange afstand, inzake persistente organische stoffen, tot het Besluit Protocollen hygiënevoorschriften pluimveehouderij 1999 dat voorziet in een taak van het onder de minister ressorterende Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne bij de erkenningsvoorwaarden voor laboratoria die de analyses van monsters op de aan- of afwezigheid van Salmonella en/of Campylobacter uitvoeren.

jeugdgezondheidszorg.[46] Vrijwel overal in Nederland worden deze taken uitgevoerd door de GGD.
Een andere belangrijke taak voor gemeenten is het bieden van maatschappelijke ondersteuning aan burgers. Uit de wetsgeschiedenis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) blijkt dat is overwogen de Wcpv onder de reikwijdte van de Wmo te brengen, maar zover is het niet gekomen.

Naast rijk, provincies en gemeenten is een aantal zelfstandige bestuursorganen belast met wettelijke taken op het gebied van gezondheidszorg. De belangrijkste daarvan zijn het College voor zorgverzekeringen en de Nederlandse Zorgautoriteit.

Beleid
Op centraal niveau geven de bewindslieden van VWS in de Beleidsagenda het beleid weer voor het komende jaar. Voor 2009 staan op de agenda curatieve zorg, langdurige zorg, preventie, kwaliteit en veiligheid, innovatie, werken in de zorg, participatie, regeling voor chronisch zieken en gehandicapten, sport, medische ethiek, orgaandonatie, en oorlogsgetroffenen.

Het beleidsterrein van VWS heeft veel raakvlakken met dat van andere ministeries. In een aantal gevallen is VWS de primair verantwoordelijke, op andere terreinen is er ook sprake van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Een aantal belangrijke relaties zijn er met departementen over beleidsonderwerpen als zorgtoeslag (Financiën), lokaal gezondheidsbeleid en verslavende middelen (BZK), arbeidsgehandicapten en arbeid en gezondheid (SZW), marktwerking en productveiligheid (EZ), jeugdgezondheidszorg (J&G), gezondheidsbeleid op scholen (OCW), voedselveiligheid (LNV), Woon-zorg combinaties (VROM), TBS (Justitie) en bovenregionaal vervoer (V&W).

Openbare gezondheidszorg op decentraal niveau is gericht op collectieve preventie: de bescherming, bevordering en bewa-

[46] Het gaat daarbij onder meer om het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's (met inbegrip van gezondheidsvoorlichting), het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding (algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, tuberculosebestrijding), de zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg, waaronder het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren, de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma.

king van de volksgezondheid en acute hulpverlening van de bevolking als geheel. Aan de activiteiten op het gebied van de openbare gezondheidszorg ligt in principe geen individuele hulpvraag ten grondslag. Openbare gezondheidszorg vult in feite de reguliere, individugerichte zorg aan. Het gaat daarbij vooral om gezondheid van de samenleving, van risicogroepen en van mensen die tussen wal en schip vallen. Op decentraal niveau is gezondheidsbeleid breder dan alleen volksgezondheid. Horecabeleid, de inrichting van de openbare ruimte, verkeersveiligheid, jeugd en jongerenbeleid, ouderenbeleid, sportbeleid, maatschappelijke ondersteuning, verslavingszorg, speelruimte, recreatie: het zijn allemaal beleidsvelden die in meer of mindere mate aan gezondheidsbeleid raken. Dat geldt ook voor het beleid van sociale dienstverlening en het armoedebeleid. Het ziet het er naar uit dat binnen afzienbare tijd meer gezondheidstaken worden overgedragen aan gemeenten. Gemeenten moeten in 2011 een meer aantoonbare rol spelen in het (eerstelijns) gezondheidszorgbeleid. Dat heeft de minister van VWS in de Doelstellingennota Eerstelijnszorg aan de Tweede Kamer laten weten. De minister wil onder andere de afstemming tussen gemeenten en eerstelijnszorg op lokaal niveau verbeteren. Daarbij moeten gemeenten met de zorgaanbieders in de eerste lijn en verzekeraars afstemmen over de gemeenschappelijke doelen rondom specifieke doelgroepen, zoals ouderen, jongeren en verslaafden.

Effectieve interventies en beleidsmaatregelen

Het RIVM heeft onderzoek gedaan naar kansrijke aangrijpingspunten van intersectoraal gezondheidsbeleid en effectieve interventies en beleidsmaatregelen (zie ook paragraaf 2.2).[47] Per determinant zijn interventies geselecteerd waarvan positieve effecten zijn aangetoond. In deze paragraaf worden effec-

[47] Het vaststellen van beleidseffectiviteit vergt twee analyses. In de eerste plaats moet worden vastgesteld of de doelgroep van het beleid een positieve verandering ondergaat, bijvoorbeeld een afname in ernst en omvang van ziekten, of van het risicogedrag. In de tweede plaats dient de verandering te worden toegerekend aan de interventie die is toegepast. Uitgesloten dient te worden dat de verandering in het gedrag van de doelgroep ook was opgetreden zonder dat de interventie was gepleegd. Hierbij dienen idealiter ook positieve en negatieve neveneffecten van de interventie in beschouwing te worden genomen. (Bron: Preventiebeleid: een verkennende achtergrondstudie, R. Torenvlied en A. Akkerman (Universiteit Utrecht en Radboud Universiteit Nijmegen) in opdracht van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Werkdocument 7, Den Haag, februari 2005.)

tieve maatregelen belicht die de invloedssfeer van de overheid betreffen.

Uit het onderzoek blijkt onder meer het volgende. Beleidsmaatregelen op het gebied van *roken* zijn nagenoeg allemaal interventies op het centrale niveau: rookverbod en handhaving ervan, reclameverbod, voorlichting, prijsbeleid en vergoeding van hulp bij stoppen.

Alcoholbeleid is vooral effectief als diverse overheidsmaatregelen naast elkaar bestaan. Zowel voor lokale preventie als voor regionaal alcoholbeleid zal een integrale benadering het meest succesvol zijn. In Nederland werken er bij het alcoholpreventiebeleid op centraal niveau maar liefst twaalf departementen samen, waarbij de regie ligt bij VWS. Het beleid omvat voorlichtingscampagnes, wettelijke verkoopverboden van alcohol, beperking van het aantal verkooppunten, beperking van reclame voor alcohol en maatregelen gericht op uitgaansgelegenheden (sluitingstijden en veiligheid). Vanuit de invalshoek van openbare orde is alcoholgebruik goed aan te pakken. Een goed voorbeeld is de aanpak van overmatig drankgebruik bij de West-Friese jeugd.

Intermezzo: West-Frisland[48]

Tien West-Friese gemeenten, organisaties in de preventieve gezondheidszorg, politie Noord-Holland Noord, Openbaar Ministerie en het Programmabureau Integrale Veiligheid Noord-Holland Noord werken intensief samen in de strijd tegen te jong en overmatig drankgebruik. In november 2007 sloten de gemeenten daarover een convenant met het rijk.

Om het alcoholgebruik onder jongeren te verminderen is een werkgroep actief van gemeenten, GGZ, GGD, Brijder Verslavingszorg, onderwijs en Bureau Jeugdzorg. Deze werkgroep Preventie, Hulpverlening en Bewustwording komt voort uit de bestaande ACTIEgroep West-Frisse Jeugd en richt zich onder andere op:

- voorlichting en educatie gericht op ouders, jongeren, leerkrachten, docenten, jongerenwerkers en huisartsen;
- aanbod van voorzieningen zoals cursussen, trainingen en behandeling;
- het maken van afspraken met ziekenhuizen over het doorgeven van gegevens over het aantal 'coma-drinkers';

[48] Bron: www.westfrisland.nl

- creëren van een omgeving die stimuleert tot gezond gedrag.

De wijk op lokaal niveau is een belangrijke setting waar veel maatregelen met betrekking tot *bewegen* en de *openbare ruimte* bij elkaar komen. Van belang is een goede fysieke inrichting van de wijk zoals aantrekkelijke wandel- en fietspaden, groene zones/sportvelden, (sport)voorzieningen op loop- en fietsafstand, het verkeersveilig en autoluw inrichten van wijken en een veilige en schone omgeving. Juist ook in achterstandswijken waar de fysieke omgeving vaak van mindere kwaliteit is. De wijk is ook bij uitstek een setting waarin samenwerking tussen verschillende partijen en sectoren tot stand kan komen, bijvoorbeeld het bevorderen van optimaal gebruik van sport- en speelfaciliteiten, schoolpleinen en –gebouwen (brede school), maar ook subsidies zoals de BOS-impuls (Buurt- Onderwijs- Sport) voor toegankelijk sport- en beweegaanbod, al dan niet via de setting school, te bevorderen. Om bewegen te stimuleren is naast de fysieke omgeving ook de sociale omgeving van onder andere jeugdigen belangrijk. Zo hebben ouders invloed op het beweeggedrag van hun kinderen. Zij moeten hun kinderen actief steunen en aanmoedigen om veel te bewegen. Verder nemen financiële prikkels in de vorm van lokale sportpassen barrières om te sporten weg.

Een belangrijke maatregel op centraal niveau met invloed op voeding zijn aanpassingen in de samenstelling van voedingsmiddelen (transvetzuren en suikers). Prijsmaatregelen om ongezonde voeding te ontmoedigen en gezonde voeding te bevorderen, voorlichting ('kies bewust') en gezinsgerichte maatregelen (ouderinterventies) zijn leefstijlinterventies met bewezen effectiviteit.

Maatregelen op het gebied van het binnenmilieu gaan over goede kwaliteit van woningen en schoolgebouwen. Daaraan gerelateerd zijn maatregelen in de sfeer van gezonde werk- en leeromgeving. De luchtkwaliteit buitenshuis is te verbeteren door het nemen van verkeersmaatregelen die de uitstoot beperken zoals 80 km/u zones rond steden, geen snelwegen in de buurt van scholen en schoon materieel voor het wagenpark en openbaar vervoer.

Een goed voorbeeld van een integrale benadering door de overheid van het gezondheidsprobleem is het verkeersveiligheidsbeleid. Bij preventie van letsels als gevolg van een fiets- of bromfietsongeval wordt een combinatie toegepast van lan-

delijke massamediale voorlichting (door V&W), gerichte handhaving (door politie en justitie) en regionale acties in de sfeer van voorlichting, educatie en gedragsondersteuning (door decentrale overheden en maatschappelijke organisaties als BOVAG en fietsersbond).

In het veiligheidsbeleid spreiden maatregelen in de sfeer van letselpreventie, wonen, industrie en productveiligheid zich over meerdere departementen uit. Daarom is het bij veiligheidsbeleid aan te raden om over de grenzen van departementen te kijken. Leefstijlinterventies kunnen ook effecten hebben op veiligheidsbeleid. Een ontmoedigingsmaatregel voor alcoholgebruik bijvoorbeeld, heeft effect op beleidsterreinen van meerdere departementen: op verkeersveiligheid (V&W), maar ook op vallen bij senioren (VWS), geweld (Justitie), suïcide (VWS) en mogelijk nog meer.

Interventies die arbeidsgerelateerd zoals bewegen en ontspannen onder werktijd, vallen in hoofdzaak binnen het domein van bedrijven en werknemers. De (centrale) overheid kan regels en richtlijnen stellen over arbeidsomstandigheden, en kan investeringsbeleid voeren gericht op werkgelegenheid.

Beleidsmaatregelen met invloed op sociale steun zijn vooral een aangelegenheid van de decentrale overheid. Armoedebeleid, ouderenbeleid, vrijwilligerswerk en welzijnswerk zijn bij uitstek domeinen die de gemeente aangaan. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, zie hierna) biedt kansen voor integraal beleid.

Interventies op centraal en decentraal niveau
In de vorige paragraaf zijn voorbeelden aan bod gekomen van effectieve beleidsinterventies en mogelijkheden voor intersectoraal gezondheidsbeleid. Uitgesorteerd per type beleidsinstrument volgt welke overheidslaag het meest geëigend is om beleid te maken of uit te voeren.

Aanbodgerelateerde maatregelen (aanbod en spreiding van voorzieningen, zowel het meer aanbieden van gezonde voorzieningen en het minder aanbieden van ongezonde voorzieningen) en *juridische* maatregelen (wet- en regelgeving vooral op terrein van luchtkwaliteit en verkeer) zijn het meest effectief. De gemeente kan het aanbod van voorzieningen beïnvloeden met bijvoorbeeld coffeeshop- en horecabeleid (vergunningen, bestemmingsplan), het creëren van sport- en speelaccommodaties en onderwijshuisvesting. Hier ligt een verbinding met

onder meer sportverenigingen en onderwijs. Ook de centrale overheid kan het aanbod van voorzieningen reguleren, bijvoorbeeld door over de samenstelling van voeding afspraken of bindende regelgeving met de voedingsindustrie. Voorbeelden van aanbodregulerende en (repressieve) juridische maatregelen door de centrale overheid zijn:

- het terugdringen van roken door het aanbod te beperken en het uitvaardigen én handhaven van wet- en regelgeving;
- milieuwetgeving, zonodig in internationaal verband; en
- verkeerswetgeving en voertuigmaatregelen.

Ook een aantal communicatieve maatregelen (voorlichtingsprogramma's) en economische maatregelen is bewezen effectief. De communicatieve maatregelen op het terrein van gezonde leefstijl zijn geïnitieerd binnen het domein van volksgezondheid, maar worden er buiten, in een setting school, werk of gezin uitgevoerd. Zowel de centrale als de decentrale overheid hebben hier een taak. De gemeente kan aanhaken bij rijksvoorlichtingscampagnes over gezonde voeding en de schadelijke gevolgen van ongezonde leefstijl. Maar zij kan ook in onderling verband en met de ketens uit de gezondheidszorg (GGD, GGZ, verslavingszorg) en justitie (politie, OM) uit oogpunt van openbare orde en veiligheid alcoholgebruik aanpakken. Ook zorgverzekeraars hebben een rol in leefstijlinterventies.
Van de economische maatregelen is het subsidie-instrument door zowel de rijksoverheid als de gemeente in te zetten voor het behalen van gezondheidswinst, bijvoorbeeld een vergoeding voor het stoppen met roken, het stimuleren van het fietsen naar het werk of het subsidiëren van een roetfilter. Accijnzen op alcohol of tabak zijn instrumenten in handen van de centrale overheid.

Analyse
Het onderzoek van het RIVM naar kansrijke aangrijpingspunten van intersectoraal gezondheidsbeleid laat zien wat er op centraal en decentraal niveau mogelijk is. Niet alle initiatieven zijn bewezen effectief. Van veel programma's en projecten is het eenvoudigweg nog te vroeg om te meten wat de effectiviteit is, van anderen zijn geen goede indicatoren aanwezig om de beleidseffecten te meten.

Uitgesorteerd naar positieve en veelbelovende effecten wordt uit het onderzoek van het RIVM duidelijk dat er op zowel centraal als lokaal niveau veel generiek beleid wordt ingezet

gericht op alle doelgroepen. Opvallend is dat er nauwelijks beleid is specifiek gericht op mensen met een lage SES, terwijl dat nu juist de doelgroep is waarbij wordt verondersteld dat de meeste gezondheidswinst is te behalen.

Een andere analyse die moet worden gemaakt is dat er met name sprake is van (kortlopende) projecten en dat er in het beleid weinig brede, langdurige aandacht is voor sociaal-economische gezondheidsverschillen en groepen met een lage SES.

1.4 Wat is er nog meer mogelijk?

In deze paragraaf zal worden gezocht naar kansen voor gezondheidswinst door intersectoraal overheidsbeleid.

Grote processen
Het is een opvallend verschijnsel dat weinig beleid op het terrein van volksgezondheid aandacht heeft voor 'grote processen' die er spelen. In deze paragraaf worden duurzaamheid, participatie, integratie en economische crises nader belicht.

Duurzaamheid[49] is nauwelijks inzet van gezondheidsbeleid en omgekeerd is er in het gezondheidsbeleid geen streven naar duurzaamheid. Terwijl het in beide gevallen gaat om de wens een gezond leven te leiden: bij gezondheid gaat het om je eigen leven, bij duurzaamheid om dat van iedereen. De grootste 'zorgen voor morgen' spelen op milieugebied. Vooral de problemen op het vlak van klimaatverandering en biodiversiteit zijn weerbarstig doordat de oplossingen een internationale aanpak vereisen. De opgave om de gezondheid van burgers te bevorderen ligt in internationaal verband bij milieudoelstellingen.[50]
Vanuit het oogpunt van duurzaamheid is er aandacht nodig voor arbeid en vergrijzing, kennis en sociale cohesie.
- De toenemende vergrijzing heeft een drukkend effect op de beschikbare arbeid en financiële middelen. Door te investeren in kennis en het verhogen van de deelname van

[49] Zie ook de Monitor Duurzaam Nederland 2009 van het CBS, het CPB, het PBL en het SCP (10 februari 2009).
[50] Zie ook het rapport *Mondiale milieuveranderingen en volksgezondheid* (juli 2008), waarin wordt gewaarschuwd voor volksgezondheidsrisico's in Nederland als gevolg van mondiale milieuveranderingen zoals klimaatverandering en vermindering van de ozonlaag.

vrouwen, ouderen en allochtonen aan het arbeidsproces kan hier tegenwicht tegen worden geboden.
- Voor de arbeidsproductiviteit op lange termijn is het van essentieel belang dat ons onderwijssysteem goed functioneert en dat bedrijven innoveren. Er zijn zorgen over schooluitval, het gebrek aan excellentie, het lerarentekort, de kwaliteit van het onderwijs en de samenwerking tussen universiteiten en bedrijven.
- De burger maakt zich zorgen over de sociale cohesie in de toekomst. Een hoog percentage van de burgers ziet spanningen tussen etnische groepen, zij het dat de meeste Nederlanders de integratieproblemen vooral als iets tijdelijks beschouwen. Bij de mate van sociale cohesie speelt sociaal-economische ongelijkheid een rol. Op belangrijke maatschappelijke terreinen (arbeidsmarkt, inkomen) verkeren vrouwen, niet-westerse allochtonen en laagopgeleiden in een achterstandspositie.

Bij de oplossing van de duurzaamheidsproblemen wordt de overheid op veel terreinen geconfronteerd met afruilen: beleid in de ene richting heeft vaak negatieve gevolgen op een ander gebied. Duurzaamheidsbeleid is keuzes maken met de schaarse middelen die we tot onze beschikking hebben. Meer van het één betekent vaak minder van het ander. In veel gevallen spelen er afruilrelaties tussen het 'hier en nu' met het 'elders en later'. Zo staat tegenover de schade aan klimaat en biodiversiteit een groeiende materiële welvaart. De lusten zijn vaak voor de huidige generatie en de ontwikkelde wereld, de lasten voor 'elders en later'. Het zijn dergelijke spanningen waarmee de overheid wordt geconfronteerd bij het formuleren van beleid.

Participatie is een term die in verschillende domeinen wordt toegepast voor beleid gericht op het deelhebben in iets.
Van werken wordt je gezond en gezonde mensen werken meer. Daarom biedt participatiebeleid op het gebied van arbeid, met name gericht op laaggeschoolden, kansen voor het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen en het behalen van gezondheidswinst bij mensen met een lage SES.[51]
Op het terrein van de fysieke en sociale leefomgeving beoogt participatiebeleid de betrokkenheid te verhogen van burgers bij hun wijk. Dat beleid is vooral gericht op het ontwikkelen en ondersteunen van sociale processen: het bij elkaar brengen

[51] Voor kansrijke maatregelen die de participatie bevorderen en gericht zijn op laaggeschoolden, wordt verwezen naar de CPB-notitie *Effecten van participatiebeleid* van 6 juni 2008.

van mensen, het stimuleren van de gemeenschapszin, het laten ontplooien van ideeën en experimenten. Hier liggen kansen gezondheid te bevorderen door er een activiteit van maken die zich richt op het sociale, waarbij mensen en gemeenschappen zélf het voortouw nemen.
Samenhangend lokaal beleid om participatie van alle burgers mogelijk te maken en te bevorderen, uitgevoerd dicht bij de burger door een daarvoor goed toegeruste gemeente, is het belangrijkste oogmerk van de Wmo. Het is geen sectorale, maar een algemene doelstelling. De planvorming van de Wmo biedt mogelijkheden verbindingen te leggen met het gezondheidsbeleid: met maatschappelijke ondersteuning is gezondheidswinst te bereiken. De relatie werkt ook de andere kant op: als de gezondheid van burgers verbetert, kan dat leiden tot afname van het beroep op de Wmo, en daarmee tot een kostenbesparing voor de gemeente. Kenmerkend voor participatiebeleid zijn de begrippen faciliterend en regisserend, en dat de burgers zelf de hoofdrolspelers zijn. In dit sturingsconcept dient de overheid, zowel op centraal als decentraal niveau, randvoorwaardelijk op te treden.

Integratie betekent dat mensen zich verbonden voelen met de Nederlandse maatschappij. Integratiebeleid is het beleid dat is gericht op het bevorderen van gelijke kansen op de arbeidsmarkt, in het onderwijs en op huisvesting. De doelstellingen van integratiebeleid voor de overheid zijn in die zin vooral van sociaal-economische aard en bevorderen daarmee het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ook langs de weg van integratie is dus gezondheidswinst te behalen voor mensen met een lage SES.

In tijden van een *economische crisis* vallen de hardste klappen bij de mensen met een lage SES. Onder slechte economische omstandigheden loont het juist voor deze groep om te investeren in opleiding en arbeidsmobiliteit.

Grote processen impliceren intersectoraal en integraal overheidsbeleid. Voor het domein van de volksgezondheid is het de kunst om bij grote processen aan te haken.

(Regie)rol gemeente[52]

[52] Over de regierol van gemeenten heeft de Raad voor het openbaar bestuur in 1999 geadviseerd in: *Op het toneel en achter de coulissen. De regiefunctie van gemeenten.*

In hoofdstuk 3 is een weergave gegeven van een internationaal vergelijkende studie over intersectoraal gezondheidsbeleid in Engeland, Finland, Nieuw Zeeland, Noorwegen, Zweden en Canada. Daarbij is ook aandacht gegeven aan het beleidsinstrument van de GES en aan de verantwoordelijkheid voor intersectoraal gezondheidsbeleid op centraal niveau. De Raad voor het openbaar bestuur omarmt de aanbeveling dat er bij de formatie van een nieuw kabinet intersectoraal gezondheidsbeleid expliciet een plaats in het regeerakkoord moet krijgen. In deze paragraaf gaat de Raad dieper in op intersectoraal gezondheidsbeleid op lokaal niveau.

Wanneer het lokaal bestuur de verantwoordelijkheid heeft voor de totstandkoming van beleid, maar daarbij in sterke mate afhankelijk is van de inzet, betrokkenheid en medewerking van anderen, komt de regierol van de gemeente in beeld. In zo een netwerk moet de gemeente voornamelijk via overtuiging en argumentatie de aanwezige kennis, vaardigheid en betrokkenheid beschikbaar krijgen. Het lokaal volksgezondheidsbeleid is zo een domein waarbinnen gemeenten samen met andere actoren zoals bedrijven, scholen of zorgverzekeraars de maatschappelijke opgaven aanpakken. Dat kan op verschillende manieren.

Door middel van convenanten en beleidsovereenkomsten tussen gemeentebestuur en zorgverzekeraars kan helderheid worden verschaft over de verdeling van verantwoordelijkheden in de aanpak van overgewicht of diabetes. Een onontgonnen gebied is de koppeling van de collectieve preventie aan preventie op grond van de Zorgverzekeringswet. Wat kunnen gemeenten en zorgverzekeraars op dit gebied voor elkaar betekenen?
Ook in het ouderenbeleid liggen kansen om gezondheidswinst te behalen. In het kader van participatie kan gemeentelijke subsidiëring van welzijnsinstanties bijdragen aan geformuleerde maatschappelijke effecten (outcome) op het gebied van ouderenzorg of ondersteuning van vrijwilligerswerk. De gemeente kan via het centrum voor jeugd en gezin met programma's over gezondheid gericht sturen op doelgroepen.

Met de inrichting van de openbare ruimte kan de gemeente de fysieke leefomgeving van scholen zodanig beïnvloeden, dat deze bijdraagt aan bewegen (bijvoorbeeld een autoluwe zone, gepaard aan veilige fietsroutes). Een andere mogelijkheid is het inzetten van de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor onderwijshuisvesting om in achterstandswijken brede scholen te

ontwikkelen, voorzien van speel- en sportfaciliteiten en eventueel een gezondheidscentrum, uit de buurt van coffeeshops, snackbars en winkels met alcoholaanbod, in een omgeving weg van de snelweg.

Intermezzo: school aan de snelweg[53]

Ouders van kinderen op de Jan Hekmanschool in Ouderkerk aan de Amstel zijn boos over de toekomstige nieuwbouw van hun school naast de snelweg. Zij willen niet dat hun kind straks les krijgt midden in de uitlaatgassen. Ook de GGD heeft bezwaar gemaakt: toch wil de gemeente doorzetten. Veel ouders overwegen hun kinderen van school te halen.

Bij een dichtslibbende en volgebouwde stad liggen er mogelijkheden om met ruimtelijke ordening de gezondheid van burgers te bevorderen door het realiseren van recreatie om de stad. Gemeenten zullen hiervoor de samenwerking met de provincie moeten opzoeken.

Op een aantal beleidsterreinen is de gemeente zelf als eerste aan zet. Veiligheid en leefbaarheid van wijken zijn beleidsdomeinen waarop gemeenten actief zijn en waarbij door middel van integraal beleid kan worden gestuurd op het behalen van gezondheidswinst. Minder geweld en overlast op straat, huiselijk geweld, criminaliteit of drugsgebruik dragen bij aan geestelijk en lichamelijk welbevinden. De gemeente kan de verkeersveiligheid bevorderen, en daarmee gezondheidswinst behalen, door het wegennet in te richten volgens de principes van Duurzaam Veilig.

Intermezzo: Duurzaam Veilig[54]

Duurzaam Veilig wegverkeer staat voor een structurele en preventieve aanpak waarbij verkeersveiligheid een vanzelfsprekend onderdeel is van de ruimtelijke ordening, de vormgeving van de infrastructuur en het gedrag van verkeersdeelnemers. Het betreft hierbij de infrastructuur, de regelgeving, de handhaving, de educatie en voorlichting en ten slotte de kennisoverdracht.

De gemeente kan ook medebewindstaken aangrijpen voor het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen. Op grond van de Wet werk en bijstand bijvoorbeeld zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de re-integratie van bij-

[53] Bron: www.AT5.nl, 29 januari 2009
[54] Bron: www.crow.nl

standsgerechtigden. Dat instrument biedt kansen om in te zetten op de determinanten opleiden, werk en inkomen, maar ook om voorlichting te geven over het vergroten van kansen op werk bij een goede gezondheid. En als gezondere burgers leidt tot meer arbeidsparticipatie, dan betaalt het investeren door de gemeente in gezonde burgers zich terug in minder uitgaven voor de bijstand.

Goed beschouwd hebben gemeenten eigenlijk al heel veel mogelijkheden om vorm te geven aan volksgezondheidsbeleid op lokaal niveau. Voor een goede regierol is het noodzakelijk dat de gemeente positieve energie, politieke en bestuurlijke aandacht en inhoudelijke prioriteit geeft aan de samenwerking met relevante netwerkpartners. Gemeenten moeten maatschappelijke instellingen overtuigen van hetzelfde belang: het streven naar een goede ontwikkeling van de samenleving. Samenwerking op basis van een gedeeld gevoel van urgentie en vertrouwen, kan echt gaan werken als er een duidelijke maatschappelijke opdracht ligt, het belang van de instellingen bij goede samenwerking voldoende duidelijk is, de resultaten van het geheel duidelijk zijn, de afzonderlijke bijdragen van de individuele schakels zijn benoemd en de resultaten van de verschillende partijen zijn geconcretiseerd, zodat men elkaar hierop kan aanspreken. Hierdoor wordt een bepaalde vrijblijvendheid voorkomen. Een gemeente kan verder gebruik maken van de subsidierelaties met bepaalde organisaties en instellingen. Aan de inzet van gemeentelijke financiën kunnen voorwaarden worden gesteld. Gemeenten kunnen worden geholpen door het wegnemen van voor de regierol knellende en belemmerende wet- en regelgeving.[55]

Doelgroepbeleid en gebiedsgerichte aanpak
De ongelijke verdeling van gezondheid treft met name mensen met een lage SES. Veel gezondheidswinst is te behalen door het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen bij deze doelgroep. Naast generiek beleid waarvan de bevolking als geheel profiteert, rechtvaardigt dat specifiek doelgroepbeleid gericht op opleiding, werk en inkomen. De baten daarvan slaan uiteindelijk neer bij de samenleving als geheel: een hoger opleidingsniveau van de gehele bevolking en een hoge arbeidsparticipatie zullen resulteren in een grotere welvaart.

[55] Vergelijk ook het advies van de Raad voor het openbaar bestuur van 21 november 2006: *Sociale preventie: bestuur en beleid aan de voorkant van veiligheid.*

Intermezzo: gezondheid in veertig krachtwijken[56]

Het blijkt dat de gezondheid in de veertig krachtwijken tezamen minder goed is dan de gezondheid in de rest van Nederland. In de meeste wijken zijn de bewoners ongezonder dan inwoners van de rest van Nederland. Er zijn echter ook enkele krachtwijken waar de gezondheid relatief goed is. Dit is vastgesteld aan de hand van vier afzonderlijke gezondheidsmaten: ervaren gezondheid, langdurige aandoeningen, beperkingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), en sportdeelname.

Gebiedsgerichte aanpak zoals gebeurt in de krachtwijk is niet nieuw. Met bestuurlijke vertegenwoordigers van de G-4 en de (toen nog) G-26 zijn in 2003 al afspraken gemaakt over gezondheid in het kader van het Grotestedenbeleid. Ook het programma 'Gezond en wel in de stad' uit 2005 bevat afspraken voor een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden in de steden. Deze betreffen de invoering van een gezondheidsbenchmark, de inzet van specifieke voorzieningen voor de gezondheid en arbeidsmarktpositie van uitkeringsgerechtigden (armoedebeleid, sociale activering en arbeidsmarktactivering), de inzet van de jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar) voor de risicojeugd, de bevordering van een gezonde leefstijl door middel van een integrale wijkgerichte aanpak gericht op roken, overgewicht, diabetes, wonen en milieu, en de verbetering van de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg in achterstandswijken. Het krachtwijkenbeleid van dit kabinet kan de gebiedsgerichte aanpak van het terugdringen van sociaal - economische gezondheidsverschillen een nieuwe impuls geven.

Citymarketing

Citymarketing is meer en meer een instrument om promotie- en communicatiedoeleinden te realiseren. Voor veel gemeenten is imago een grote prikkel. Imago waarmee ze bewoners, bedrijvigheid en toeristen kunnen trekken. Voor veel steden een levensvoorwaarde, zeker in tijden waarin bevolkingsdaling zich aandient. In een gezonde stad leven de mensen langer en zijn ze minder ziek. Dat is aantrekkelijk voor bewoners, bedrijven en toeristen. Het ministerie van VWS kan de ontwikkeling van gezonde steden stimuleren bijvoorbeeld door een predicaat te verlenen aan steden waarin het bestuur zorgt voor infrastructuur en gezonde voorzieningen, maar er ook in slaagt

[56] Gezondheid in veertig krachtwijken, RIVM-rapportnummer 270951001 (2008)

om afspraken te maken met in de stad gelegen bedrijven, zorgverzekeraars, scholen, sportverenigingen, recreatieve centra, restaurants etc. De stad wordt voor bedrijven aantrekkelijker omdat de werknemers minder ziek zijn. Maar in de vestigingsvoorwaarden staan dan ook wel eisen waaraan de bedrijven zelf moeten voldoen. Bewoners van de stad betalen minder verzekeringskosten. Het ministerie kan een expertisecentrum inrichten waar steden die zich door middel van citymarketing willen ontwikkelen tot gezonde stad zich kunnen melden. Zij krijgen dan advies en worden geholpen met ingangen naar andere ministeries, landelijke organisaties, zorgkoepels etc. Eens per drie jaar roept het ministerie een stad uit tot gezondste stad van Nederland. De prijs wordt uitgereikt op basis van inspanningen van de gemeente en lokale bedrijven en actoren, niet op basis van feitelijke leeftijdsverwachting. Het ministerie kan zo een gezonde onderlinge concurrentie tussen steden bevorderen op het gebied van gezondheid. Het doel is dat over twintig jaar elke stad in Nederland zich mag tooien met het predicaat. In die situatie is het geen concurrentievoordeel meer om het te zijn, maar een minimale vereiste om überhaupt in aanmerking te komen voor inwoners en bedrijven om zich er te vestigen.

De overheid geeft het goede voorbeeld

In verschillende rollen is de overheid in de positie om het goede voorbeeld te geven. Dat deed zij al bij het als eerste rookvrij maken van openbare gebouwen, maar er zijn ook andere voorbeelden denkbaar. De grootste werkgever van Nederland is de overheid. In de verhouding werkgever (overheid) en werknemer (ambtenaar), kan de overheid zelf veel betekenen bij het behalen van gezondheidswinst op de gebieden van gezonde voeding (gezonde kantines), binnenmilieu (gezonde gebouwen), arbeidsomstandigheden (veilige werkplek), of bewegen (cursussen aanbieden, autogebruik bij ambtenaren ontmoedigen en fietsgebruik of openbaar vervoer bevorderen). Dat lijkt vanzelfsprekend, maar dat is niet zo. De overheid kan ook als deelnemer aan het economisch verkeer het goede voorbeeld geven, bijvoorbeeld door aanschaf van een milieuvriendelijk wagenpark. In tijden van een economische crisis vallen de hardste klappen bij de mensen met een lage SES. De overheid kan zelf wat doen om deze groep aan het werk te houden, bijvoorbeeld door banen of leer/werktrajecten te creëren in het onderwijs, de zorg, of bij de overheid zelf.

1.5 Waar liggen knelpunten om kansen te benutten?

Deze paragraaf gaat in op de inrichting en het functioneren van de overheid: waar knelt het en waar kan het beter bij ontwikkeling en uitvoering van gezondheidsbeleid?

Spanning centraal-decentraal[57]
Landelijk en lokaal beleid hebben elk hun eigen belangen. De tegenstellingen tussen landelijk en lokaal beleid binnen het gezondheidsbeleid weerspiegelen de algemene tegenstellingen tussen lokale en landelijke overheid. Deze betreffen bijvoorbeeld de mate van beleidsvrijheid en bevoegdheden van gemeenten en de financiële steun van het rijk. Gemeenten verwachten dat decentralisering van taken gepaard gaat met een overeenkomstige toename van bevoegdheden en overeenkomstige financiële steun.
Maar ondanks deze algemene spanningen, heeft men elkaar ook nodig en streeft men naar synergie. Landelijk en lokaal bestuur zijn in de afgelopen decennia steeds meer met elkaar vervlochten geraakt. De landelijke overheid is afhankelijk van de medewerking van gemeenten bij de uitvoering van gedecentraliseerde wetgeving. Bij het zoeken naar meer synergie liggen op landelijk niveau belangrijke aanknopingspunten in de harmonisering van regelgeving in plaats van de huidige veelheid van regelingen. Op lokaal niveau ligt een belangrijk aanknopingspunt in het bevorderen van de samenhang tussen de (vele) projecten onderling. Er wordt op lokaal niveau in veel projecten samenwerking gezocht met andere partijen, maar er wordt tegelijk niet altijd aandacht besteed aan de samenhang tussen al die projecten. Een spanningsveld in de samenwerking tussen het ministerie van VWS en gemeenten ligt in het feit dat de zorg landelijk en functioneel georganiseerd is en het gemeentelijk beleid territoriaal.
Het is belangrijk om een goede balans te vinden tussen centraal en decentraal beleid: tussen regels en ruimte.

De gezondheidsproblematiek kan niet worden opgelost door uitsluitend een lokale, wijkgerichte benadering. De woning- en arbeidsmarkt en de veiligheids- en milieuproblematiek overstijgen het niveau van de wijk en de stad. Landelijke maatregelen op de terreinen van economie, onderwijs, zorg en sociale

[57] Zie ook: Gezondheid in de grote steden, RIVM-rapportnummer 270555003 (2002)

zekerheid hebben minstens evenveel, zo niet meer invloed op leefomstandigheden van de individuele burger dan de effecten die via wijkgericht beleid kunnen worden bereikt. Er is dus samenwerking nodig op meerdere beleidsniveaus en beleid dat zich niet alleen beperkt tot maatregelen in de achterstandswijken zelf.

Er moet ook aandacht zijn voor de uitvoering van het beleid op lokaal niveau. Collectieve preventie wordt op structurele basis uitgevoerd. Maar gezondheidsbevordering wordt grotendeels uitgevoerd in de vorm van tijdelijke projecten. Ook het beleid van krachtwijken wordt voor een groot deel in projectvorm uitgevoerd. Het ontbreekt vaak aan langdurige en structurele aandacht.

Een adequate invulling van de gemeentelijke regierol vraagt om ontschotting en ontkokering in de relatie tussen centraal en decentraal bestuur, en op het lokale niveau zelf 'opdat een integraal en samenhangend beleid kan worden gevoerd'.

Planvorming
Gemeenten moeten op grond van de Wet publieke gezondheid en de voorloper daarvan (de Wcpv) één keer per vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid opstellen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelde vast dat het gemeenten de grootste moeite heeft gekost om aan de planvorming te voldoen.[58] De belangrijkste belemmering voor gemeenten was de ambtelijke capaciteit. Nog steeds is bij veel gemeenten de beleidscapaciteit op het terrein van volksgezondheid voor verdere verbetering vatbaar.
Uit nieuw onderzoek van de IGZ blijkt dat volksgezondheidsbeleid onvoldoende op de gemeentelijke agenda staat. De verplichting om eens per vier jaar een nota op te stellen is onvoldoende om volksgezondheid genoeg prioriteit te geven in gemeentelijk beleid. In de gemeentelijke nota's ontbreken vaak SMART-geformuleerde doelstellingen. Gemeenten formuleren vaak eigen beleid en nemen de speerpunten van het Rijk (roken, alcohol, depressie, overgewicht, diabetes) niet vanzelfsprekend over. Er is meer samenhang nodig tussen het uitvoeren van het (speerpunten)beleid van de centrale overheid en het oppakken van de lokale volksgezondheidsproblemen.

Afwenteling op gemeente

[58] *Vrijwel alle gemeenten hebben een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld*, Inspectie voor de Gezondheidszorg, december 2007, Den Haag

De Wmo biedt een kans om gezondheidswinst in het bredere perspectief van maatschappelijke ondersteuning te bezien. Tegelijkertijd kunnen gemeenten worden geconfronteerd met de gevolgen van ongezond gedrag als daardoor een groter beroep op de Wmo wordt gedaan. Een ander afwentelingsmechanisme kan zich voordoen wanneer mensen met een hoog gezondheidsrisico uit de sociale zekerheidsarrangementen van arbeidsongeschiktheid vallen en uiteindelijk terechtkomen in de gemeentelijke bijstand.

Gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen
Een belangrijke taakopdracht voor gemeenten is het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. Uit het onderzoek van de IGZ blijkt dat in 90% van de besluiten waarbij de gemeente dacht dat er een effect was voor de volksgezondheid de GGD niet om advies werd gevraagd. Procedures over de betrokkenheid van de GGD bij besluitvorming zijn er meestal niet. Over de wel uitgebrachte adviezen zijn gemeente en GGD het vaak oneens over de effecten van besluiten op de volksgezondheid.

Gezondheidseffectschatting (GES)
In hoofdstuk 3 is het instrument van de GES besproken. Bij bestuurders en beleidsmakers is dit instrument niet goed bekend. De paradox van de GES in Nederland is dat het met intrinsiek goede uitgangspunten integraliteit en intersectoraliteit beoogt, maar het tegenovergestelde effect bewerkstelligt. Voorkomen moet worden dat de GES een verplichtend afrekeninstrument wordt. Dat vraagt om een fundamentele heroriëntatie op het instrument.

1.6 Conclusie, visie en aanbevelingen van de Raad

In deze afsluitende paragraaf trekt de Raad een aantal conclusies, geeft hij zijn visie op de rol van de overheid en doet hij een aantal aanbevelingen.

Conclusie
De beschrijving in dit hoofdstuk over de rol van de overheid illustreert dat er veel wettelijke regelingen zijn die betrekking hebben op gezondheidsbeleid, en dat het gezondheidsbeleid op centraal en decentraal niveau vele raakvlakken heeft met andere beleidsterreinen. De overheid doet al heel veel op het gebied van gezondheidsbeleid. Het overheidsbeleid is voornamelijk gericht op de gezondheidsbescherming (bijvoorbeeld

infectieziektebestrijding) en de effectiviteit van gezondheidszorg in termen van de inrichting en het functioneren van het zorgstelsel als zodanig. Het beleid over gezondheidsbevordering en preventie blijft evenwel onderbelicht.

Aanpak volksgezondheidsproblemen
Duidelijk is dat de overheid staat voor belangrijke beleidsopgaven om de grootste volksgezondheidsproblemen voor de komende decennia aan te pakken. In de diverse rollen moet zij daarbij verschillende belangen afwegen. Die belangen komen niet altijd met elkaar overeen, en stroken ook niet altijd met de belangen van andere maatschappelijke actoren.
Sommige beleidsdoelstellingen hebben een positief neveneffect op gezondheid. Maar beleid kan ook onbedoelde neveneffecten hebben. Zo heeft de Wmo misschien geleid tot een efficiëntere besteding van publieke middelen, maar de Raad waarschuwt ervoor dat de publieke verantwoordelijkheid goed moet zijn geborgd en het niveau van voorzieningen maatschappelijk aanvaardbaar moet zijn.

De verschillende overheden staan voor andere opgaven. De centrale overheid is systeemverantwoordelijk voor het stelsel van gezondheidszorg, de kostenbeheersing daarvan, en de kaders voor het publieke gezondheidsbeleid. Het lokaal bestuur is primair verantwoordelijk voor 'een goede ontwikkeling van de lokale samenleving'. Gezondheidsbescherming en -bevordering en de borging van volksgezondheid zijn onderdeel van deze algemene verantwoordelijkheid. Naast de speerpunten van het Rijk staan de gemeenten bij het uitvoeren van lokaal volksgezondheidsbeleid ieder voor zich voor lokale opgaven van zeer verschillende aard. De gezondheidsproblematiek kan niet worden opgelost door uitsluitend een lokale, wijkgerichte benadering. Landelijke maatregelen op de terreinen van economie, onderwijs, zorg en sociale zekerheid hebben minstens evenveel, zo niet meer invloed op leefomstandigheden van de individuele burger. Het Rijk moet oppassen met het opzetten van tijdelijke initiatieven met tijdelijke middelen. Vaak eindigen projecten en het daardoor losgemaakte lokale élan weer, wanneer de financiering ophoudt.

Volksgezondheid onderbelicht
Uit de studies van de IGZ blijkt dat het voor gemeenten moeilijk is om naar behoren te voldoen aan de verplichting om een nota volksgezondheid op te stellen. De ambtelijke beleidscapaciteit bij gemeenten is vaak onvoldoende, en ook het opleidingsaanbod laat te wensen over: bij de Bestuursacademie is

volkgezondheid ondergeschoven bij de opleiding Sociale Zaken, Welzijn en Onderwijs. De rol van volksgezondheid in het gemeentelijke beleid blijft ondanks alle inspanningen nog een onderbelicht domein dat erkenning en opwaardering behoeft.

Grenzen
Overheidsinterventie kent grenzen, in normatieve zin en in termen van effectiviteit. Uit het normatieve oogpunt van maatschappelijke aanvaardbaarheid en democratische legitimatie gaat het vraagstuk van de grenzen van overheidsinterventie er in de kern om waar de rol van de overheid begint en waar deze ophoudt. De begrenzing voelt scherper aan bij leefstijlinterventies dan bij beïnvloeding van sociale omgevingsfactoren, en in nog mindere mate bij fysieke omgevingsfactoren. Meer greep op de persoonlijke levenssfeer en meer 'bemoeizorg' om de volksgezondheid te bevorderen, impliceert dat de macht van de overheid over de burgers toeneemt. Voorschriften als een gezondheidsnorm en een voedingsnorm kunnen door de overheid worden aangegrepen om het gedrag van burgers te normeren. Dat met leefstijlinterventies en preventie gezondheidswinst is te behalen, betekent niet zonder meer dat burgers verplicht zijn hun bijdrage daaraan te leveren.

Ook de effectiviteit van overheidsinterventie is begrensd. Moeilijk aan te pakken problemen als obesitas en sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden door de overheid meestal modelmatig benaderd in beleidsnota's. Het leefgedrag van de burger blijkt vaak niet of nauwelijks te vangen in deze benadering. Verschillende logica's botsen: de rationaliteit van de beleidslogica in termen van doelstellingen en maatregelen botst met de irrationaliteit van het leefgedrag van de burger. De bureaupolitieke benadering maakt duidelijk waarom de vorming en uitvoering van overheidsbeleid zo vaak moeizaam verloopt. Een voorbeeld daarvan is de politisering van het instrument van de GES. Internationaal gezien loopt Nederland achter met de inzet van de GES. De effecten van de inzet van beleidsinstrumenten zijn niet altijd goed meetbaar, zeker waar het gaat om gezondheidseffecten op de langere termijn: wat nu aan preventief gezondheidsbeleid wordt ingezet heeft soms pas over twee generaties effect. Preventieve maatregelen hebben ook niet altijd zin en te eenzijdig vertrouwen op preventie draagt risico's met zich. Wie voor een check-up naar een ziekenhuis gaat, kan daar ziek worden.

Effectieve maatregelen

Het RIVM-overzicht en de brochure met goede voorbeelden bij dit advies laten zien wat er allemaal mogelijk is om in intersectoraal verband gezondheidswinst te behalen. Gemeenten, maar ook de rijksoverheid kunnen hiervan veel leren.
Het meest effectief zijn aanbodgerelateerde en juridische maatregelen. Dat betreft het aanbod en de spreiding van voorzieningen, zowel het meer aanbieden van gezonde voorzieningen als het minder aanbieden van ongezonde voorzieningen, en wet- en regelgeving vooral op terrein van luchtkwaliteit en verkeer. Uit onderzoek blijkt dat alleen van een aantal repressieve juridische maatregelen de effectiviteit bekend is. Het effect van de te nemen juridische maatregelen hangt dus samen met de handhaafbaarheid ervan. Vanuit een morele rol én vanuit het bestel geniet een overheid die niet aan effectieve rechtshandhaving doet (of wil doen), in de regel geen gezag of vertrouwen. Verder is een aantal communicatieve maatregelen (voorlichtingsprogramma's) en economische maatregelen bewezen effectief.

Als lichamelijk en geestelijk welbevinden maakt dat mensen beter presteren en participeren, dan is het de vraag welke actor - overheid, scholen, bedrijven - het beste wat kan doen. Paragraaf 5.4 van dit hoofdstuk, het RIVM-overzicht en de brochure met goede voorbeelden bij dit advies laten zien wat er allemaal mogelijk is om in intersectoraal verband gezondheidswinst te behalen. Gemeenten en de rijksoverheid kunnen hiervan veel leren. De overheid is in verschillende hoedanigheden bij uitstek in de positie om de goede voorbeelden in praktijk te brengen, bijvoorbeeld op het gebied van gezonde voeding, binnenmilieu, arbeidsomstandigheden, of bewegen.

Visie en aanbevelingen van de Raad
In de visie van de Raad gaat het vraagstuk van intersectoraal gezondheidsbeleid en het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen niet zozeer over het vergroten of verkleinen van de rol van de overheid, maar over het invullen van een 'andere' rol. De Minister van VWS kan de wenselijkheid aangeven dat gemeenten maatregelen nemen die bewezen effectief zijn, met inachtneming van de verantwoordelijkheden en posities van alle betrokken overheden. Hij zal het volgens de Raad verder van overtuigingskracht moeten hebben en het kunnen mobiliseren van overheden en maatschappelijke actoren voor gezondheidsbelangen waar die parallel lopen met andere belangen. Daartoe doet de Raad de volgende aanbevelingen.

1) De overheid op centraal en lokaal niveau draagt de urgentie van bedreigingen van het collectieve belang van gezondheid bij alle maatschappelijke actoren uit. De aandacht is vooral gericht op de ziekten met de meeste ziektelast.

Van de ziekten met de meeste ziektelast[59] gaat een dreiging uit die het collectieve belang van gezondheid kan aantasten (zie ook paragraaf 2.2). 13**%** van de totale ziektelast is direct herleidbaar tot roken. 4,5% wordt veroorzaakt door overmatig alcoholgebruik. Lichamelijke inactiviteit draagt meer dan **4%** en ongezonde voeding 2,4 tot bijna 7**%** bij. Milieufactoren dragen 2 tot 5% bij aan de ziektelast. Het aandeel van luchtverontreiniging kan zelfs oplopen tot meer dan 10%. Ongeveer 2,5% van de ziektelast is toe te schrijven aan verkeersongevallen, 3,2% aan privé-ongevallen. 2 tot 4% van de totale ziektelast is het gevolg van ongunstige arbeidsomstandigheden.

De cijfers liegen er niet om. Voor de overheid op centraal en decentraal niveau ziet de Raad de opgave om de bewustwording bij alle actoren te stimuleren door blijvend aandacht te vragen voor de urgentie van de bedreigingen voor het collectieve belang van gezondheid, en iedereen uit te dagen naar eigen vermogen een bijdrage te leveren aan de volksgezondheid. Burgers, bedrijven, scholen, wetenschappers, zorginstellingen, verzekeraars, maatschappelijke actoren én de overheid moeten volgens de Raad de urgentie van de problematiek onder ogen zien. De onderlinge afruilverhoudingen moeten worden vertaald in gemeenschappelijke belangen.

2) Actoren binnen het domein van volksgezondheid richten hun blik naar buiten. Intersectoraal gezondheidsbeleid haakt aan bij grote processen. Koppel volksgezondheid aan bestaande leefstijlinterventies en aan fysieke en sociale omgevingsfactoren. Het instrumentarium is aanbodgerelateerd, juridisch, communicatief en economisch. Zorg voor maatregelen met een structureel karakter onder gelijktijdige invoering van longitudinale evaluaties.

Als de meeste gezondheidswinst is te behalen buiten het domein van de volksgezondheidszorg, dan vergt dat volgens de Raad van de actoren binnen die sector dat zij hun aandacht richten op wat er buiten gebeurt. En het vergt van de volksgezondheidssector het vermogen om aan te haken bij grote processen van duurzaamheid en participatie/integratie. Volksgezondheidsbeleid moet aanknoping zoeken én vinden bij bestaande interventies op de terreinen van leefstijl in het onderwijs, de media, sport en recreatie, en de industrie (voe-

[59] Dit zijn: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroerte, depressie, COPD, diabetes, longkanker en alcoholafhankelijkheid.

ding/tabak). Het beleid moet ook worden gekoppeld aan fysieke omgevingsfactoren (het milieu, de openbare ruimte, openbare orde, verkeer en vervoer), en sociale omgevingsfactoren (arbeid en inkomen, jeugd en gezin, zorg en welzijn). Het beleid moet worden ingezet met de instrumenten die het meest effectief zijn gebleken: *aanbodgerelateerde*, *juridische*, *communicatieve* en *economische* maatregelen. Om het meeste effect te sorteren moeten de maatregelen een *structureel karakter* hebben. Het gebrek aan kennis over effectieve interventies kan volgens de Raad worden ondervangen door bij iedere grote beleidsmaatregel die wordt ingevoerd gelijktijdig een *longitudinale evaluatie* te starten.

3) Geef intersectoraal gezondheidsbeleid bij de formatie van een nieuw kabinet expliciet een plaats in het regeerakkoord. Versterk de regierol van gemeenten en verruim de beleidscapaciteit voor volksgezondheid. Het Ministerie van VWS stimuleert de ontwikkeling van gezonde steden.
Uit de internationale vergelijking blijkt dat onverkorte politieke en bestuurlijke betrokkenheid op het kabinetsniveau één van de sleutels is voor succesvol integraal gezondheidsbeleid. De raad vindt dat bij de formatie van een nieuw kabinet intersectoraal gezondheidsbeleid expliciet een plaats in het regeerakkoord moet krijgen. De regierol van de gemeente bij lokaal volksgezondheidsbeleid moet worden versterkt. Daarvoor is nodig dat de gemeente over voldoende organiserend vermogen beschikt om in een netwerkomgeving maatschappelijke krachten te mobiliseren en te coördineren. Daarvoor is verruiming nodig van de ambtelijke capaciteit voor volksgezondheidsbeleid bij de gemeente. Ook kan worden gedacht aan het opwaarderen van de opleidingscapaciteit.
Het Rijk kan een betekenisvolle bijdrage leveren aan het versterken van de regierol van de gemeenten. Het gaat dan niet zo zeer om een sturende rol op de inhoud, maar meer om een meedenkende, faciliterende en ondersteunende functie. Knellende regelgeving moet worden aangepakt en kennis moet worden verspreid door het ontwikkelen en ondersteunen van monitors zoals een regionale of lokale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). De raad wijst een nieuwe specifieke uitkering voor intersectoraal gezondheidsbeleid op decentraal niveau af.
Het Ministerie van VWS kan de ontwikkeling van gezonde steden stimuleren bijvoorbeeld door een predicaat te verlenen aan steden waarin het bestuur zorgt voor infrastructuur en gezonde voorzieningen, maar er ook in slaagt om afspraken te maken met in de stad gelegen bedrijven, scholen, zorgverzekeraars, sportverenigingen, recreatieve centra, restaurants etc.

4) De overheid op centraal en lokaal niveau dringt sociaal economische gezondheidsverschillen terug via specifiek doelgroepbeleid en een gebiedsgerichte aanpak. Maak daarbij gebruik van de structuur van de centra voor jeugd en gezin als uitvoeringsorganisatie.
Een subdoelstelling van het behalen van gezondheidswinst is het terugdringen van sociaal economische gezondheidsverschillen. De doelgroep betreft mensen met een lage SES. De ongelijke verdeling van gezondheid over deze bevolkingsgroep en hun sociaal zwakkere positie ten opzichte van andere bevolkingsgroepen, rechtvaardigen volgens de Raad uit oogpunt van solidariteit specifiek overheidsingrijpen.
Via scholen en centra voor jeugd en gezin kan deze doelgroep worden bereikt. Een gebiedsgerichte aanpak in achterstandswijken leent zich goed voor aanbodgerelateerde maatregelen en biedt mogelijkheden voor integraal beleid, waarbij volksgezondheid samengaat met veiligheid, wonen, openbare ruimte. Via centra voor jeugd en gezin kan de (lokale) overheid met programma's over gezondheid gericht sturen op doelgroepen in achterstandswijken.

5) Integreer de planvorming van de Wet publieke gezondheid met die van de Wet maatschappelijke opvang
Uit het onderzoek van de IGZ blijkt dat de planvorming van de Wet publieke gezondheid niet naar behoren functioneert. Voor het Rijk ligt hier een taak om de gemeenten te ondersteunen, voor gemeenten ligt er een taak om echt werk te maken van het formuleren van ambities op het gebied van volksgezondheid. Daarbij kan een relatie worden gelegd tussen de planvorming van de Wet publieke gezondheid en die van de Wet maatschappelijke opvang.

6) Gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen
De wettelijke taakopdracht over het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen moet door het College van Burgemeester en Wethouders werkelijk worden ingevuld. Het geconstateerde tekort in de samenwerking tussen gemeente en de adviserende GGD moet worden opgelost. De verplichting dat bij gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen altijd de GGD om advies wordt gevraagd, moet worden nageleefd. Er moet ook een duidelijke verdeling komen in taken en verantwoordelijkheden: de gemeente is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van lokaal volksgezondheidsbeleid, de GGD ondersteunt/adviseert en voert uit.

7) Koppel collectieve preventie aan preventie Zorgverzekeringswet

Gemeenten en zorgverzekeraars gaan de uitdaging aan gezondheidswinst te behalen door een koppeling te leggen tussen de collectieve preventie en de preventie op grond van de Zorgverzekeringswet. De Minister van VWS onderzoekt de mogelijkheden om hiervoor budgetten uit de Zorgverzekeringswet vrij te maken. Uit overwegingen van kosteneffectiviteit is het sowieso verdedigbaar dat meer budget wordt ingezet voor preventiedoeleinden.

Deel IV

De rol van bedrijven

Sociaal-Economische Raad

1 De rol van bedrijven

1.1 Inleiding

In zijn advies *Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties* beziet de SER gezondheid en preventie specifiek in relatie tot betaalde arbeid en tot de arbeidsorganisatie. Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties is in de visie van de SER breed en omvat gezondheidsmanagement, HRM-beleid (voor zover relevant voor de gezondheid) en mogelijk leefstijlbeleid.

Voor dit hoofdstuk heeft de RVZ het brede SER-advies bezien vanuit het stramien dat ook in de andere hoofdstukken is aangehouden. Dit betekent dat met name de bevindingen in het SER-advies ten aanzien van parallelle belangen, de belemmeringen en benodigde incentives voor meer gezondheidswinst worden samengevat.
Daardoor blijven uiteraard veel onderwerpen die in het SER-advies worden belicht, noodgedwongen buiten beschouwing. Zo gaat het advies uitgebreid in op de manier waarop invulling wordt gegeven aan de doelvoorschriften in de Arbowetgeving via arboconvenanten, arbocatalogi en risico-inventarisaties en -evaluaties (RI&E's). Verder is er aandacht voor de samenwerking in de zorgketen en de daarbij betrokken actoren: de preventiemedewerker, de bedrijfsarts, de arbodienstverlener, de zorgaanbieder, zorgverzekeraar en verzuimverzekeraar en de re-integratiedienstverlener. Een gevolg is verder dat onvoldoende recht kan worden gedaan aan de in het SER-advies beschreven succesvolle voorbeelden van gezondheidsbevordering op de werkplek die hun weg naar de praktijk al gevonden hebben.
Hieronder wordt kort samengevat hetgeen de SER heeft opgemerkt over een aantal in het kader van dit hoofdstuk relevante aspecten van de relatie tussen gezondheid en arbeid.

1.2 Gezondheid en arbeid

In de visie van de SER is de winst van een goede gezondheid samengesteld uit veel componenten op verschillende niveaus en voor verschillende actoren. Zo heeft gezondheid een grote intrinsieke waarde: individuen krijgen een grotere kans op een lang en gezond leven en op maatschappelijke participatie.

Daarnaast is er sprake van een sociaal-economische betekenis van gezondheid in het algemeen en meer in het bijzonder voor de arbeid. Of gezonde werknemers ook productievere werknemers zijn, is moeilijk precies vast te stellen, maar lijkt zeer plausibel, aldus de SER. Het rendement van gezondheid is - behalve in termen van vergrote productiviteit - ook uit te drukken in gecreëerde meerwaarde voor de arbeidsorganisatie en de werknemer: kwaliteit, imagoverbetering, innovatief vermogen, ontplooiing.

Over het saldo van kosten en baten van gezondheidszorg voor een bevolking die door preventie langer leeft, kan volgens de SER gediscussieerd worden en verschillen de meningen. Voor de SER staat evenwel vast dat op microniveau preventie wel degelijk positief effect heeft en dat een betere gezondheid een grotere kans biedt op duurzame en volwaardige maatschappelijke participatie en op een langere productieve periode voor werkenden. Dit laatste is gelet op de vergrijzing van de beroepsbevolking en de daardoor dreigende arbeidstekorten op langere termijn, een gunstig perspectief. Als preventie daaraan bijdraagt, is dat een belangrijke opbrengst te noemen (deel 2, par.1.6).

Arbeidsrelevante dimensies van gezondheid
De SER heeft gezondheid en preventie bezien vanuit een specifiek perspectief: een visie waarin de relatie van gezondheid en preventie met betaalde arbeid en de arbeidsorganisatie centraal staat. Omdat gezondheidsbevordering en -bescherming in de arbeidsfeer geïntegreerd is in arbo-, verzuim- en reintegratiebeleid, acht de SER het zinvol om in zijn advies breder te kijken en alle mogelijkheden - ook die met betrekking tot leefstijlbeleid - te bezien om in de arbeidsorganisatie gezondheidswinst te realiseren.

Preventie binnen bedrijven wordt dan breed opgevat als alle vormen van bedrijfsbeleid die de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers bevorderen. In het verlengde daarvan is volgens de SER de gezondheidswinst die in arbeidsorganisaties bereikt kan worden te definiëren in termen van inzetbaarheid, employability en vitaliteit van werknemers. Dit zijn dimensies van gezondheid die bijdragen aan de duurzame inzetbaarheid van werknemers (deel 3, par. 2.1 en 2.4).

Arbeidsgerelateerde ziektelast

Het RIVM berekende voor dit advies dat 2 tot 4 procent van de totale ziektelast van de gehele bevolking kan worden toegeschreven aan ongunstige arbeidsomstandigheden. Andere determinanten dragen overigens meer bij aan de ziektelast: roken bijvoorbeeld 13 procent en voeding tussen de 2 en 7 procent (zie ook hoofdstuk 2 van het onderhavige advies)

Arbeidsgerelateerde gezondheidsklachten
Ten behoeve van zijn analyse van preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties is de SER onder meer nagegaan welke kenmerken van het werken volgens de beschikbare onderzoeksliteratuur (mede-)veroorzaker zijn van gezondheidsklachten, welke kenmerken klachten kunnen verergeren of verminderen en welke maatregelen effectief zijn gebleken. In de literatuur is bewijs te vinden voor de schadelijkheid van een aantal werkkenmerken voor de arbeidsparticipatie in brede zin. Tot de causale arbeidsrisico's behoort onder meer blootstelling op het werk aan een aantal inmiddels bekende schadelijke omstandigheden en stoffen zoals tillen, lawaai, kwik, oplosmiddelen en fijnstof, maar ook werkstress, gebrek aan regelmogelijkheden of sociale steun op het werk. Conditionele arbeidsrisico s zijn bijvoorbeeld verminderde dan wel vermeerderde blootstelling aan schadelijke omstandigheden. In geval van depressie verergeren ongewenste omgangsvormen en arbeidsconflicten de aandoening.

Niet-arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen
Gezondheidsproblemen van werknemers kunnen ook buiten het werk liggen. Ongeveer een kwart van de werknemers meent dat hun laatste verzuim (gedeeltelijk) aan het werk was te wijten. Daarmee zou voor ongeveer driekwart van de verzuimsituaties het werk niet de oorzaak zijn (deel 2, par. 2.3.2.). Zo komt 34 procent van alle verzuimmeldingen voor rekening van griep of verkoudheid. Niet-arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen kunnen - behalve uit infecties - voortkomen uit persoonsgebonden en leefstijlfactoren.

Gezondheidsproblemen naar hun relatie met arbeid
De SER heeft de belangrijkste arbeidsgerelateerde en niet-arbeidsgerelateerde gezondheids- of inzetbaarheidsproblemen van werknemers op een rij gezet. Onderstaande tabel bevat de volgende - niet limitatieve - opsommingen van al dan niet arbeidsgerelateerde gezondheids- of inzetbaarheidsproblemen die in veel van de in het SER advies besproken onderzoeken naar voren komen. Daarbij worden de arbeidsfactoren of arbeidsrisico's dan wel de persoonsgebonden en leefstijlfactoren

vermeld die bij het ontstaan of de verergering van deze klachten of aandoeningen een rol spelen.

Tabel 6.1 Gezondheidsproblemen naar hun relatie met arbeid

Arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen:	Arbeidsfactoren (arbeidsrisico's):
psychische klachten	gebrek aan regelmogelijkheden
klachten aan Armen, Nek en Schouders	houdingsbelasting
(KANS)	hoge tijdsdruk en taakeisen
chronische longziekten (COPD)	gebrek aan sociale steun
rugklachten	conflict met leidinggevende/werkgever
uitputtings- en vermoeidheidsklachten	agressie en geweld op het werk
slaapproblemen	flexibele arbeidstijden en werkplek
verstoorde werk-privébalans	
Niet-arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen:	Persoonsgebonden en leefstijlfactoren:
griep- of verkoudheid	verhoogde bloeddruk
hart- en vaatziekten	ongunstig cholesterolniveau
diabetes	roken
longkanker	alcohol
luchtwegklachten	overvoeding
depressie	gebrek aan beweging
overgewicht en obesitas	

Bron: SER-advies Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties

Het onderscheid tussen arbeidsgerelateerde en niet-arbeidsgerelateerde gezondheids- of inzetbaarheidsproblemen acht de SER van belang voor de verantwoordelijkheidsverdeling bij het inzetten van preventiebeleid. Bij een arbeidsgerelateerd risico ligt – binnen de door de wetgever aangegeven kaders - een proactieve rol voor de werkgever bij het aanpakken van eventueel daaruit voortvloeiende problemen voor de hand. Deze rol houdt in dit geval ook in dat de werknemer actief bij die aanpak wordt betrokken en dat van hem of haar actieve medewerking mag worden verwacht. Bij het opstellen van beleid voor de aanpak van arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's door de werkgever is daarnaast ook een rol weggelegd voor de ondernemingsraad (or) of personeelsvertegenwoordiging (pv).
Bij gezondheidsrisico's die niet arbeidsgerelateerd zijn, is het de verantwoordelijkheid van de werknemer om eventueel de eigen leefstijl aan te passen. De werkgever kan dat faciliteren. In het algemeen kan leefstijlbeïnvloeding binnen de arbeidsorganisatie – gelet op de autonomie van de werknemer en de meestal onduidelijke causaliteit tussen leefstijl en individuele gezondheidsproblemen – geen andere vorm hebben dan die van een aanbod aan 'interventies' waarvan werknemers al dan niet gebruik kunnen maken. Het aanbod door werkgevers en de deelname van werknemers daaraan berust op vrijwilligheid (deel 3, par. 2.3).

Preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties
Na een 'tour d' horizon' langs alle vormen van preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties concludeert de SER dat werkgevers en werknemers het belang van duurzame inzetbaarheid en daarmee van een goede gezondheid van werknemers erkennen. Beiden voelen zich in belangrijke mate verantwoordelijk voor het bevorderen van die inzetbaarheid. Vanuit dit verantwoordelijkheidsbesef zijn inmiddels door en in samenwerking met bedrijven en organisaties diverse vernieuwende initiatieven ontwikkeld, veelal zonder dat dit door wetgeving wordt voorgeschreven. Werkgevers en werknemers blijken beiden te beseffen dat preventiebeleid hun voordelen biedt (deel 3, par. 3.1).

1.3 Parallelle belangen en arbeid

In zijn advies gaat de SER uitgebreid in op het belang van gezonde mensen voor arbeidsorganisaties. Maar eerst wordt opgemerkt dat gezondheid een grote intrinsieke waarde heeft.

Individuen krijgen een grotere kans op een lang en gezond leven en op maatschappelijke participatie.

Voor arbeidsorganisaties ziet de SER veel voordelen van gezonde werknemers. Zo worden genoemd: minder verzuim en uitval, een hogere productie, betere prestaties en minder beroep op collectieve regelingen zoals bij arbeidsongeschiktheid.. Een betere gezondheid zorgt op termijn ook voor een langere inzetbaarheid van werknemers. Niet alleen arbeidsorganisaties profiteren daarvan, ook de samenleving als geheel.

Duurzame inzetbaarheid van arbeidskrachten is ook in het belang van het oplossen van de structurele problemen die worden voorzien op de arbeidsmarkt. Gezonde mensen kunnen voorziene arbeidstekorten helpen verminderen. Verder kan duurzame inzetbaarheid helpen om de kosten van de vergrijzing op te vangen en om het innoverend en mentaal vermogen van de beroepsbevolking optimaal te benutten. En het draagvlak voor de sociale zekerheid kan er door op peil worden gehouden. Bovendien impliceert een goede gezondheid van de bevolking minder uitgaven voor zorg (deel 3, par. 1).

1.4 Belemmeringen en incentives

Net als de minister van VWS meent de SER dat de opdracht voor de 21e eeuw is om de bereikte gezondheidswinst te behouden en deze verder uit te breiden. Voor gezondheidsbevordering ligt een verantwoordelijkheid bij de overheid, maar daarnaast zijn er verschillende actoren die (mede-)verantwoordelijkheid dragen op hun eigen domein. Als de gezondheid van burgers wordt bevorderd in alle verschillende 'settings' (waaronder arbeidsorganisaties), dan kunnen de diverse preventie-interventies elkaar versterken en kan de te bereiken gezondheidswinst des te groter zijn (deel 3, par. 1).

De SER constateert dat de afgelopen decennia het bedrijfsleven (werkgevers en werknemers) steeds meer verantwoordelijkheden en (financiële) prikkels hebben gekregen om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Daarbij wordt met name gewezen op de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte, de Wet Verbetering Poortwachter, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen en de nieuwe Arbeidsomstandighedenwet. Bedrijven en organisaties worden daardoor aangezet tot het nemen van verantwoordelijkheid voor de gezondheid van werknemers.

Daarnaast vindt de SER het van belang dat arbeidsorganisaties initiatieven nemen voor beleid gericht op gezondheidsbevordering, waaronder leefstijlbeleid. Het aanbod door werkgevers en de deelname van werknemers daaraan berusten echter op vrijwilligheid. Maar als leefstijlgedrag aantoonbaar leidt tot verminderd functioneren op het werk, kan de werkgever de werknemer aanspreken op zijn of haar verantwoordelijkheid. In bedrijven wordt volgens de SER al veel gezondheidswinst geboekt omdat bedrijven het brede preventiebeleid (gezondheidsmanagement, onderdelen van HRM-beleid en soms ook leefstijlbeleid) toepassen.

Extra kansen voor gezondheidswinst ziet de SER door intensivering van bestaand beleid en – op enkele punten – door nieuw beleid. Bij de intensivering van bestaand beleid gaat het onder andere om de verspreiding van 'Good practices' als het gaat om maatwerkpreventiepakketten voor arbeidsorganisaties, meer duurzame aandacht voor de implementatie van uitvoeringsbeleid dat uit de Arbowet voortvloeit en blijvende aandacht voor employability (loopbaanbeleid, aandacht voor carrièrekansen). En er moet speciale aandacht zijn voor werknemers in (fysiek en/of psychisch) 'zware beroepen'. Wat nieuw beleid betreft suggereert de SER dat ten behoeve van gezondheidsmanagement binnen arbeidsorganisaties de gezondheid op een aantal belangrijke punten via monitors of anderszins periodiek gemeten zou kunnen worden.

Voor additionele prikkels in de vorm van verdere wet- en regelgeving ziet de SER op dit moment geen reden, omdat initiatieven al vanzelf op grote schaal in ondernemingen ontstaan. Wel acht hij verdere kennisontwikkeling over effectiviteit van interventies en implementatie van bewezen effectieve preventiemaatregelen wenselijk. In dat kader ondersteunt hij dan ook het meerjarig kennisinvesteringsprogramma Participatie en gezondheid van het ministerie van SZW, in samenwerking met het ministerie van VWS en BZK.

1.5 Ander relevant beleid voor meer gezondheidswinst van werknemers

De SER ziet belangrijke aanknopingspunten voor verbetering van de gezondheid van werknemers bij de groeiende betrokkenheid van de reguliere gezondheidszorg bij vraagstukken van gezondheid in relatie tot arbeid. In dat kader merkt hij op dat

het begrip 'reguliere zorg' steeds minder eenduidig wordt. Er komt inmiddels een gevarieerd aanbod van preventie, zorg en aanverwante dienstverlening op de markt. Daarvoor dienen zich verschillende aanbieders aan, ook 'traditionele'. Omdat het lastig is in kaart te brengen wat het aanbod en gebruik van dergelijke initiatieven is, hoe de financiering ervan verloopt, en of de bijdrage aan gezondheidswinst en arbeidsproductiviteit van deze actoren in de zorgsector substantieel te noemen is, beveelt de SER aan om deze vragen onderwerp te maken van nader onderzoek..

Verder pleit de SER voor een verkenning naar de mogelijkheden van een structurele (verbetering van de) samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen. Contact tussen beide beroepsgroepen blijkt namelijk nog niet vanzelfsprekend te zijn, terwijl een structurele samenwerking tussen hen voor behandeling, herstel en werkhervatting van werknemers met gezondheidsproblemen

Bijlagen

Bijlage 1

1 Adviesaanvraag aan RVZ

Raad v/d Volksgezondheid en Zorg
4362 | Nr. 08.34
Ingekomen 19 SEP 2008
1e behand.naar: R. Meijerink
2e behand.naar: P. Ucs
3e behand.naar: C. Raas (archief)

Onderwijsraad
T.a.v. prof. dr. A.M.L. van Wieringen
Nassaulaan 6
2514 JS DEN HAAG

Raad voor Openbaar Bestuur
t.a.v. prof. dr. J.A. van Kemenade
Postbus 20011
2500 EA DEN HAAG

Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg
t.a.v. prof. drs. M.H. Meijerink
Postbus 19404
2500 CK DEN HAAG

Onderwerp
Adviesaanvraag m.b.t. parallelle belangen bij gezondheid en preventie

Bijlagen
Preventievisie
IBO Gezond gedrag bevorderd
Kaderbrief Preventie
Pm: achtergrondinformatie van o.a. RIVM en OECD

Geachte heren Van Wieringen, Van Kemenade en Meijerink,

In september 2007 heb ik mijn visie op gezondheid en preventie aan de Tweede Kamer aangeboden[1]. Gezondheid is een groot goed voor mens en samenleving. Een belangrijk motief voor de rijksoverheid om gezondheid te bevorderen ligt in de maatschappelijke baten die hiermee kunnen worden behaald, vooral in de vorm van maatschappelijke en economische participatie en draagvlak voor een solidair zorgstelsel. Het realiseren van gezondheidswinst vindt slechts ten dele plaats binnen het collectieve domein. Het kabinet wil daarom de bijdrage van relevante actoren hieraan bevorderen, op basis van hun belang bij gezondheid en in een redelijke verhouding tot hun verantwoordelijkheden en mogelijkheden. Tot deze actoren behoren in ieder geval de scholen, het lokale bestuur en de bedrijven.

Het kabinet wil in de komende tijd een concreet plan van aanpak voor deze zogenoemde parallelle belangen ontwikkelen. Daarvoor moeten echter nog diverse vragen worden beantwoord op het gebied van samenhang, belangen, prikkels en instrumenten. Het gaat om een complexe materie die het kabinet nader wil bezien na kennisname van de visie en het advies van uw Raden en van de SER.

Vermijdbare ongezondheid/maakbare gezondheid

Het gaat goed met de gezondheid in Nederland. De levensverwachting is de afgelopen decennia toegenomen en groeit ook momenteel nog. De oorzaken zijn onder meer de toegenomen

[1] Gezond zijn, gezond blijven; bijlage bij Kaderbrief 2007-2011, TK 2007-2008, 22 894, nr.134

kwaliteit van de zorg, het toegenomen niveau van opleiding en welvaart, veilig verkeer en een gezondere leefstijl. Ook in andere landen stijgt de gemiddelde levensverwachting; in een aantal omringende landen ligt die op een hoger niveau dan in Nederland en is men verder gevorderd met het bevorderen van een gezonde leefstijl. Gezondheid blijkt tot op zekere hoogte maakbaar; veel ongezondheid is vermijdbaar.
Een logisch aangrijpingspunt voor het realiseren van meer gezondheidswinst is het verder inperken van risico's die onze gezondheid kunnen schaden. De kansen daarvoor liggen onder andere bij ongezond consumptiegedrag (leefstijl), een ongezonde omgeving en ongezond werk. De urgentie van een brede aanpak wordt onderstreept door de grote en toenemende ziektelast als gevolg van onder meer te weinig bewegen, teveel en ongezond voedsel, roken en depressie.

Parallelle belangen

Bij gezondheidswinst staat het individuele belang vanzelfsprekend voorop. Door de meeste mensen wordt dit belang goed gezien en opgevolgd. Dit is ook een efficiënt mechanisme. Mensen hebben immers zelf de informatie over de eigen behoeften en gezondheid. Ook nemen ze zelf – binnen de beschikbare middelen - de meeste beslissingen op het gebied van voeding, hygiëne en leefstijl voor zichzelf en hun kinderen. Dit geldt ook voor beslissingen op het gebied van school, opleiding, beroep, werkgever en woonomgeving. Zij kunnen zich daarbij echter niet altijd onttrekken aan directe en indirecte invloeden van buitenaf, uit de dagelijkse leefomgeving in de buurt, op school en op het werk. Daarmee komen ook andere actoren, met meer belangen dan alleen gezondheid, in beeld.

De parallelle belangen bij gezondheid worden door deze actoren uiteenlopend gewaardeerd. Soms worden de eigen baten als gevolg van inspanningen voor gezondheid van anderen niet hoog ingeschat en wordt volstaan met het toepassen van de regels die de overheid oplegt. In andere gevallen zien derde partijen individuele gezondheid wellicht juist als existentieel belang of maatschappelijke verantwoordelijkheid en stemmen hun beleid daarop af. Het is een kwestie van doelmatigheid om directe parallelle belangen (productiviteitswinst, leerprestaties, minder ziekteverzuim op school en op het werk, een beter imago op productmarkten en de arbeidsmarkt, meer weerbaarheid onder de bevolking en een beter sociaal klimaat in de wijk) onder ogen te zien en waar mogelijk te verzilveren. Dit is overigens geen nieuw verschijnsel. Ook rond het begin van de vorige eeuw namen werkgevers en het lokaal bestuur initiatieven om de levensomstandigheden (riolering, drinkwater, huisvesting) en leefgewoonten (hygiënemaatregelen) van werknemers en burgers te verbeteren. Toen ging het vooral om de destijds alom tegenwoordige infectieziekten; tegenwoordig zorgen de aan leefstijl gerelateerde somatische en psychische veelal chronische ziekten voor de meeste ziektelast.

Wanneer gezondheidsbelangen voldoende groot zijn maar onvoldoende vanuit parallelle belangen worden opgepakt, en kosten van ongezondheid worden afgewenteld, kan de overheid extra prikkels creëren. Voorbeelden hiervan liggen in de sfeer van fiscale prikkels en subsidies, van de sociale zekerheid en van het lokaal bestuur. Zo zijn in het openbaar bestuur financiële risico's gecreëerd waarbij de gezondheid van de bevolking een factor kan zijn. Dit betreft bijvoorbeeld de uitkering aan gemeenten op basis van de Wet Werk en Bijstand. Ook lopen de gemeenten financieel risico over de taken op het gebied van onder meer welzijn en veiligheid die worden bekostigd uit de algemene middelen uit het Gemeentefonds.

Kabinetsbeleid

De afgelopen decennia heeft het kabinet veel beleid gevoerd dat direct of indirect heeft bijgedragen aan de gezondheid van de bevolking. Op de meeste beleidsterreinen van de overheid

zijn aanknopingspunten met gezondheid te vinden: gezondheidsbevordering (mede gericht op tabak- en alcoholgebruik, voeding en bewegen), onderwijs, arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid, inkomen, wonen en wijken, milieu, verkeer en zorg. De levensverwachting van de Nederlandse burger is mede hierdoor toegenomen. Ik streef dus naar voortzetting van dit beleid en wil de integraliteit en samenhang tussen de diverse inspanningen waar mogelijk vergroten. De onderhavige adviesaanvraag kan mede in dit perspectief worden gezien.

Het kabinetsbeleid op het gebied van gezondheid en zorg betreft de gehele keten van preventie, cure en care. Het is nu een moment om, mede vanuit het doelmatigheidsperspectief, te onderzoeken of een beweging kan worden gemaakt van "nazorg" naar "voorzorg". De toenemende aan leefstijl (roken, voeding/bewegen, depressie) gerelateerde ziektelast, gekoppeld aan een toenemende levensverwachting, betekent immers een financieel risico voor zowel de cure als de care. In dit verband is ook de sociaal-economische gradiënt in gezondheid relevant. Ik onderzoek momenteel hoe ik deze beweging naar meer voorzorg binnen het VWS-domein gestalte kan geven; een optie daarbij is om, mits budgettair inpasbaar, kosteneffectieve leefstijlinterventies bij medische indicatie te verstrekken via het basispakket van de Zvw. Ik wil daarnaast het beleid richten op actoren buiten het domein van de zorg (bedrijven, scholen, lokaal bestuur), met hun parallelle belangen als richtsnoer. Mijn beleid richt zich daarbij onder andere op

- (onderzoek naar) de kosteneffectiviteit en implementatie van preventieve interventies in deze domeinen.
- de verbinding tussen preventie en zorg; bijvoorbeeld de verbinding tussen de eerstelijnszorg en de bedrijfsgezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg en de lokale openbare gezondheidszorg.

Bij de verdere vormgeving van het kabinetsbeleid is meer specifiek inzicht nodig in de mogelijkheden in de onderscheiden domeinen en eventuele omstandigheden waarmee rekening zou moeten worden gehouden[2]. In dat verband heb ik in de volgende paragraaf een aantal concrete vragen geformuleerd die ik graag aan uw Raden voor wil leggen. Een overeenkomstige vraagstelling, toegespitst op de sector bedrijven, leg ik gelijktijdig voor aan de SER.

Visie en advies van de Onderwijsraad, ROB en RVZ

Ik zou het op prijs stellen wanneer de Raden hun visie zouden willen geven op de hier geschetste materie en aanbevelingen zouden willen doen over de versterking van de bijdrage van de scholen en het lokale bestuur aan de gezondheid van leerlingen en burgers/wijkbewoners. De vragen die ik hierbij aan u wil voorleggen zijn:

- Hoe ziet u de kansen op gezondheidswinst door inspanningen in respectievelijk de scholen en op lokaal (wijk-/buurt-)niveau?

- Wat zijn de (potentiële) baten van gezondheidswinst en bij wie slaan deze neer?

- Welke prikkels ondervinden de relevante actoren thans en sporen die met de parallelle belangen? Waar kan de prikkelstructuur worden verbeterd?

- Ziet u nog andere aspecten die van belang kunnen zijn bij een beleid gericht op meer gezondheidswinst via de parallelle belangen in de genoemde domeinen?

---

[2] Op dit moment werken de VROM-raad en de Gezondheidsraad aan adviezen over het gezond ontwerpen en inrichten van de fysieke leefomgeving

Wijze van opereren
Het kabinet gaat er van uit dat de Raden hun expertise samen laten komen in één advies, waarbij de Onderwijsraad de vraagstelling beziet voor de scholen en de ROB voor het lokale bestuur. Ik verzoek de RVZ om de inhoudelijke afstemming wat betreft onder meer begrippen en analytisch kader, de facilitering van het proces alsmede een integrerende slotbeschouwing voor zijn rekening te willen nemen.

Voorts verzoek ik de RVZ om afstemming met de SER, die een soortgelijke vraagstelling, maar dan voor de sector bedrijven, zal beantwoorden. Met name verzoek ik de RVZ in zijn integrerende slotbeschouwing óók het advies van de SER te betrekken. De adviesaanvraag aan de SER treft u ter informatie hierbij aan.

Het kabinet zou uw advies graag zo mogelijk vóór 1 april van het komende jaar ontvangen.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Gevolgde procedure

Het adviesproject is begonnen met een startbijeenkomst tussen representanten en het ministerie van VWS, DG de Goeij, als opdrachtgever en de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) als opdrachtnemer. De startbijeenkomst is gehouden op 29 mei 2008. Als gevolg hierop is op 10 november 2008 een tweede bijeenkomst belegd waarin het voorstel over de samenwerking tussen de Onderwijsraad, de Raad voor het openbaar bestuur en de RVZ is gepresenteerd aan DG de Goeij. Onderdeel daarvan is de instelling van een stuurgroep met vertegenwoordigers vanuit de diverse raden (zie hierna).

Verder heeft er regelmatig overleg plaatsgevonden met de contactpersoon voor dit adviestraject, de heer drs. F.J. van Slotern van de directie FEZ van het ministerie van VWS.

Stuurgroepvergaderingen

Tijdens het adviestraject zijn 4 stuurgroepvergaderingen door de RVZ georganiseerd:

27 januari 2009
18 februari 2009
17 maart 2009
15 april 2009

Deelnemers aan de stuurgroepvergaderingen:

Organisatie	Voorzitter	Raadsleden	Secretariaat
RVZ	prof. drs. M.H. Meijerink	prof. dr. J.P. Mackenbach drs. M. Sint	drs. P. Vos, algemeen secretaris mr. G.P.M. Raas, projectmanager
Rob	prof.dr. J.A. van Kemenade	drs. P.A. Lankhorst A.G.M. van de Vondervoort	dr. C.J.M.. Breed, algemeen secretaris drs. M.M.S. Mekel, projectleider vanuit de Rob

Onderwijsraad	prof. dr. A.M.L. van Wieringen	C.J. Drenthe J.M. Reijman	drs. A. van der Rest, secetaris/directeur dr. P.J. Gramberg, projectleider vanuit de OR
SER			dr. H.J. Groenendijk

Mevrouw drs. M.C. Willemsen van MC Communicatie bood ondersteuning bij de organisatie van het door de raden georganiseerde debat en schreef de bij het advies behorende brochure met inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid.

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
De heer prof. dr. J.P. Mackenbach
Voorzitter bestuur Netherlands Institute for Health Services.
Lid bestuur Instituut voor onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
Lid Gezondheidsraad.
Vice-decaan, Netherlands School of Public and Occupational Health.
Plaatsvervangend lid College Sociale Geneeskunde.
Lid bestuur Gerrit-Jan Mulder stichting.
Editor-in-chief European Journal of Public Health.
Vice-voorzitter Programmacommissie Preventie, ZONMw.
Honorary professor Londen School of Hygiene and Tropical Medicine.
Lid Raad van Advies Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Mevrouw drs. M. Sint
Vanaf 2007 is mevrouw Sint voorzitter van de Raad van Bestuur van de Isala Klinieken Zwolle. Van 2000-2007 was zij secretaris-generaal van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Daarvoor was zij werkzaam als Gemeentesecretaris Amsterdam.

Verder is mevrouw Sint lid van de Raad van Toezicht Jellinek-Mentrum (Geestelijke Gezondheidszorg Amsterdam) en lid van de Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest.
De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draag-

vlakverwerking. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Onderwijsraad
De heer prof. dr. A.M.L. van Wieringen
Hoogleraar Onderwijskunde, in het bijzonder beleid, bestuur en beheer, aan de Universiteit vanAmsterdam.
Lid van de Nationale Unesco Commissie/voorzitter werkgroep onderwijs.

Mevrouw C.J. Drenthe
Lid van het College van Bestuur LMC Voortgezet Onderwijs te Rotterdam.
Lid raad van Toezicht DISCK (instelling voor sociaal-cultureel werk en kinderopvang Delfshaven, Rotterdam).
Bestuurslid Stichting Volksuniversiteit Rotterdam.
Bestuurslid Stichting openbaar basisonderwijs Alblasserwaard/Vijfherenlanden.

Mevrouw J.M. Reijman
Algemeen directeur Laurentius Stichtiing voor katholiek primair onderwijs, Delft.
Lid bestuurlijk netwerk bond KBO.
Lid landelijk platform kleurrijke scholen VVO.
Lid werkgeversoverleg identiteitsbegeleiders.
Lid netwerk 12 Provinciën KPC.
Bestuurslid diverse samenwerkingsverbanden WSNS PO en VO.

Raad voor het openbaar bestuur
De heer drs. P.A. Lankhorst
Adviseur Jeugdbeleid en Jeugdzorg.
Voorzitter Amsterdams Jeugdsportfonds.

Mevrouw A.G.M. van de Vondervoort
Gedeputeerde van de provincie Zuid-Holland.
Plaatsvervangend voorzitter van de Raad voor de financiële verhoudingen.
Lid van de Raad van Toezicht van Zorggroep STR, Rotterdam.
Voorzitter van de Raad van Commissarissen van de Onderlinge Verzekeringen Overheid (OVO).

Debat Intersectoraal Gezondheidsbeleid
Op woensdag 18 maart 2009 heeft de RVZ een debat georganiseerd met vertegenwoordigers uit de kring van de gezond-

heidszorg, de wetenschap, verzekeraars, het lokaal bestuur en het onderwijs. Voorzitter van deze bijeenkomst was Chiel Bos.

Deelnemers
- de heer H.A.J. van Asseldonk, lid College van Bestuur, Lucas Onderwijs
- de heer mr. H. Baayens, directeur NPHF
- de heer J.J. Crasborn, directeur strategie Agis Zorgverzekeringen
- de heer H.J. Dannenberg, wethouder gemeente Zwolle
- de heer A.A.H.H. van Dijk, directeur Volksgezondheid en Zorg gemeente Den Haag
- mevrouw dr. H. Groenendijk, senior beleidsmedewerker SER
- mevrouw F. Hajer, hoofd progamma's Jantje Beton
- de heer drs. J.G.M. Hendriks, voorzitter Raad van Bestuur ziekenhuis Bronovo
- de heer Hermans, voorzitter Raad van Bestuur CVZ
- de heer H. Hopmans, manager Zorginnovatie Achmea Zorg
- de heer dr. T.C.M. Horn, wethouder gemeente Haarlemmermeer
- mevrouw J. Leenhouts, voorzitter College van Bestuur ROC Mondriaan
- mevrouw ir. H.A.G.M. Linden, directeur GG&GD Utrecht
- de heer C.G. Mastenbroek, adviseur CVZ
- de heer drs. H. Nienhuis MD, hoofd Zorginnovatie Menzis
- de heer J. Peter, Algemene Verenging van Schoolleiders
- de heer D. Rensen, wethouder gemeente Delft
- mevrouw dr. P. Reuligs, inspecteur IGZ
- mevrouw mr. K. Stronks PhD, hoogleraar sociale geneeskunde AMC
- de heer R. Tersteeg, clustermanager Zorgregie GG&GD Rotterdam
- mevrouw drs. T. Venrooy, wethouder gemeente Nieuwerkerk a/d IJssel
- de heer B. Verbeek, adviseur Innovatie stichting IZZ
- de heer J. Willenborg, adjunct directeur De Haagse Scholen

Vanuit Rob:
- De heer drs. P. A. Lankhorst (raadslid Rob),
- mevrouw A.G.M. van de Vondervoort (raadslid Rob),
- de heer dr. K. Breed (algemeen secretaris Rob)

- heer drs. M.M.S. Mekel (adviseur Rob)

Vanuit OR:
- mevrouw C.J. Drenthe (raadslid OR),
- mevrouw J.M. Reijman (raadslid OR),
- de heer drs. A. van de Rest (algemeen secretaris OR),
- de heer dr. P.J. Gramberg (stafmedewerker OR)

Vanuit RVZ:
- de heer prof. dr. J.P. Mackenbach (raadslid RVZ),
- de heer drs. P. Vos (algmeen secretaris RVZ)
- mw. mr. G.P.M. Raas (senioradviseur RVZ)

Achtergrondstudies

De RVZ heeft twee achtergondstudies laten uitvoeren. De European Observatory on Health Systems and Policies heeft een studie geschreven met de titel 'Governance tools and Framework for Health in All Policies'. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu heeft een studie geschreven over 'Effecten van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid'. Beide studies zijn gepubliceerd op de website van de RVZ: www.rvz.net

Bijlage 3

Literatuur deel I (RVZ)

Bakker, D. de, C. van Dijk en R. Verheij. Contacten in achterstandswijken. Huisarts & Wetenschap, 51, 2008, no. 12, p. 585.

Bekker, M. The politics of healthy policies. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam, 12 september 2007.

Broek, L. en S. Boschman. Bevolking grote steden gaat sterk veranderen. DEMOS, 24, 2008, no. 9, p. 1-12.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers. Den Haag: CBS, 2008.

Ekamper, P. Vergrijzende EU onderzoekt toekomstige arbeidsmarkt. DEMOS, 24, 2008, no. 9, p. 11-12.

Elsen, W. van den. Agis en Utrecht actief in probleemwijken. Zorgvisie, 8 oktober 2008.

GGD Eemland; GGD Zeeland. Preventief Gezondheidsonderzoek bij Ouderen. Zeist; Zeeland: GGD Eemland: GGD Zeeland, 2009.

Herten, L.M. Health targets. Navigating in health policy. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 10 mei 2001.

Huisman, M., A.E. Kunst and J.P. Mackenbach. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. Tobacco Control, 14, 2005, p. 106-113.

Hunter, D.J. Jamie Oliver is belangrijker voor onze gezondheid dan nóg een ziekenhuis erbij. NRC/Opinie, zaterdag 17 november 2007.

Hunter, D.J. Verbind gezondheid aan grote sociale onderwerpen. Lezing gehouden op 14 november 2007.

Hunter, D.J. 'Zorg voor gezondheid vergt meer dan gezondheidszorg: de noodzaak van een nieuwe paradigma'. Lezing uitgesproken op 14 november 2007 te Utrecht.

Institute for Social & Economic Research. Healthy School Meals and Educational Outcomes. Oxford; Essex: ESRC, 2009.

Jagger, C. et al. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis, www.thelancet.com, 372, 2008, no. 20/27, p. 2124-2131.

Kasdorp, J.J. Effective school-based weight control interventions. Den Haag: De Haagse Hogeschool, 2008.

Kippersluis, H., E. van Doorslaer en T. van Ourti. Inkomen alleen maakt niet gezond. ESB, 4551, 2009, no. 94, p. 20-23.

Lenthe, F.J. van et al. Investigating explanations of socio-economic inequalities in health. European journal of public health, 14, 2004, p. 63-70.

Mackenbach, J.P. An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic. International Journal of Health Services, 33, 2003, no. 3, p. 523-541.

Mackenbach, J.P. Sanitation: pragmatism works. BMJ, 334, 2007, p. 1-2.

Mackenbach, J.P and M.J. Bakker. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. The Lancet, 362, 2003, p. 1409-1414.

Mackenbach, J.P. et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. The New England Journal of Medicine, 358, 2008, p. 2468-2481.

Major, S. English government launches initiative to cut obesity. BMJ, 338, 2009, p. 1.

Marmot, M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. The Lancet, 370, 2007, p. 1153-1163.

Ministery of Social Affairs and Health. Health in all policies. Prospects and potentials. Finland: Ministery of Social Affairs and Health, 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaal economische achtergronden. Den Haag: VWS, 2008.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Klink aan de voorzitter van de Tweede Kamer over het beleidsplan van het kabinet. Den Haag: VWS, 2008.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Brief van de minister van VWS, 22 december 2008, PG/VGP 2899985.

Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Overgewicht. Lokaal ingedikt en uitgediept. Woerden: NIGZ, 2004.

Onderwijsraad. De stand van educatief Nederland 2009. Den Haag: Onderwijsraad, 2009.

Oort., F. van, F.J. van Lenthe and J.P. Mackenbach. Material, psychosocial, and behavioural factors in he explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. BMJ, 59, 2005, p. 214-220.

Programmacommmissie Sociaal-Economische Gezondheids-Verschillen-tweede fase. Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Den Haag: SEGV-II, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezond zonder zorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Publieke gezondheid: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg. Den Haag: RVZ, 2008.

Rainham, D. Do differences in health make a difference? A review for health policymakers. Health Policy, 84, 2007, p. 123-132.

Rusland, E.C. Bestuurlijke verankering van innovaties in de openbare gezondheidszorg. Proefschrift. Universiteit van Maastricht, 20 juni 2008.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Effecten van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid. Bilthoven: RIVM, 2009.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezondheidseffectschatting. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. Bilthoven: RIVM, 2004.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezondheid in milieueffectrapportage en strategische milieubeoordeling. Verkenning van de mogelijkheden tot integratie. Bilthoven: RIVM, 2005.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Dare to Compare! Bilthoven: RIVM, 2008.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Health assessment of policy measures for chemicals in non-food consumer products. Bilthoven: RIVM, 2008.

Schuit, A.J. Gezondheidsbevordering: onderzoek met beleid. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidsbevordering en beleid. Vrije Universiteit Amsterdam, 10 oktober 2008.

Silles, M. The causal effect of education on health: Evidence from the United Kingdom, Economics of Education Review, 28, 2009, p. 122–128.

Sloover, S. de. Niemand krijgt betaald om mensen gezond te hóuden. Vkbanen, interview met directievoorzitter Pieter de Kort op 28 oktober 2008.

Smit, K.E. et al. Partners in health? A systematic review of the impact of organizational partnerships on public health outcomes in England between 1997 and 2008. Journal of Public Health, 2009, p. 1-12.

St-Pierre, L. Governance tools and Framework for Health in All Policies. Québec: HiAP, 2009.

Stronks, K. and J.P. Mackenbach. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. European Journal of Public Health, 16, 2005, no. 4, p. 346-353.

Stuurgroep Zichtbare Zorg Openbare Gezondheidszorg. Verantwoording Gemeentelijk Gezondheidsbeleid. Den Haag: Stuurgroep OGZ, 2008.

TU Delft. New Perspectives on Socioeconomic Inequalities in Health. Delft: TU, 2008.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009. No. 22894-209.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Toekomst van de intensieve veehouderij. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009. No. 28973-33.

Veerman, J. Kwantitatieve Gezondheidseffectschatting: exploratie van methoden en validiteit. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 12 september 2007.

Voordouw, I., N. van der Zouwe en M. Salden. Integrale aanpak depressiepreventie voor ouderen. Kwaliteit in Zorg, 2003, no. 3, p. 4-7.

Warbroek, B. Klink onderzoekt risico's megastal. Binnenlands Bestuur, 2009, no. 5, p. 15.

Wismar, M. et al. Health Targets in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, 5, 1999, no. 2.

Wismar, M. et al. The effectiveness of Health Impact Assessment. European Observatory on Health Systems and Policies, 9, 2007, no. 2.

Literatuur deel II (OR)

Arendt, N. Education effects on health: a panel data analysis using school reform for identification. Economics of Education Review, 24, 2005, no. 2, p. 149-160.

Arkes, J. Does Schooling Improve Health? Working paper, RAND Corporation, 2003.

Buijs, G. et al. Ontwikkeling van een actieprogramma schoolgezondheidsbeleid Nederland. Woerden: NIGZ, 2002.

Caris, G. Werk maken van een gezonde basisschool. Praktijkgids voor de basisschool, 2009, p. 1-15.

Cowell, A.J. The Relationship between Education and Health Behavior: Some Empirical Evidence. Health Economics, 15, 2006, p. 125-146.

Crone, M.R. et al. Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school-based intervention study. JECH, 2003b, no. 57, p. 625-680.

Dijkslag, A. Alleen ziek bij echte griep. VO-Magazine, 5, 2009, p. 34-35.

Harbers, M.M. et al. Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). Bilthoven: RIVM, 2009.

Inspectie van het Onderwijs. Onderwijsverslag 2003/2004. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs, 2005.

Jantje Beton. Een schoolplein voor de buurt. Utrecht: Jantje Beton, 2007.

Kindergegil werkt buurt op zenuwen. De Pers, 15 januari 2009.

Middelbeek, L. et al. Overgewichtpreventie in het voortgezet onderwijs: het landelijke en regionale beeld. RIVM-rapport nr. 260412001/2007. Bilthoven: RIVM, 2007.

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. Onderwijsmeter 2008. Amsterdam: TNS NIPO, 2008.

Mirowsky, J. and C.E. Ross. Education, Social Status & Health. Piscataway: Transaction Publishers, 2003.

Oberon. Jaarbericht Brede Scholen 2007. Utrecht: Oberon, 2007.

Onderwijsraad. Sociale vorming en sociale netwerken in het onderwijs. Den Haag: Onderwijsraad, 2005.

Onderwijsraad. Een rijk programma voor ieder kind. Den Haag: Onderwijsraad, 2008.

Onderwijsraad. Maatschappelijke verwachtingen en de school. Den Haag: Onderwijsraad, 2008.

Onderwijsraad. Stand van educatief Nederland 2009. Den Haag: OR, 2009.

Stichting Kennisnet/ICT op school. Gezond computeren op school. Computergebruik ergonomisch bekeken. Zoetermeer: Kennisnet/ICT op school, 2007.

Storm, I., J. Jansen en A.J. Schuit. Effecten van beleidsmaatregelen buiten het volksgezondheidsdomein op de gezondheid. Bilthoven: RIVM/Centrum Volksgezondheid Toekomstverkenning, 2009.

Studulski, F. De brede school, Perspectief op een educatieve reorganisatie. Amsterdam: SWP Uitgevers, 2007.

Tv-chef kookt gezonder. Algemeen Dagblad, 9 februari 2009.

www.alliantieschoolensport.nl

www.automatischgezonder.nl

www.dream-support.nl

www.gezondeschool.nl

www.jongerenonderinvloed.nl 'Uitgaan & de leefwereld van jongeren anno 2007'

www.minvrom.nl 'Kabinet maakt werk van binnenmilieu basisscholen'

www.kinder.plein.nl 'De schoolarts en zijn taken'

www.ggdgelreijssel.nl, 'Frisse lucht op scholen'

www.stivoro.nl, 'De rookvrije school'

www.tno.nl, 'Ventilatiesysteem voor hogere leerprestaties'

www.vumc.nl/zorg/nieuws /1021544

www.veiligverkeernederland.nl

www.voedingscentrum.nl 'De gezonde schoolkantine'

www.wecraad.nl 'Zorg Advies Teams'

Noten en literatuur deel III (Rob)

1 Bewerking van het artikel *Een toefje slagroom. De opkomst van het verhef fings* 2008. Wijnberg bespreekt vier boeken met verschillende opvattingen over paternalisme: *Sweeting the Small Stuff. Inner City Schools and the New Paternalism* van D. Witman; *Meer dan een optelsom. Kantte keningen bij de waarde van het gezin* van G.G. de Kruijf en P. Schaafsma; *McSex. De pornoficatie van onze samenleving* van M. Hilens; en *Improving Decisions about Health, Wealth, and Happyness* van R. Thaler en C. Sunstein

2 De Zorgverzekeringswet is daarvan een voorbeeld. Deze wet voor ziet in een publieke regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking. Ieder een is van overheidswege verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Private zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht om iedere verzekeringsplichtige een zorgverzekering aan te bieden.

3 Publieke gezondheid, advies uitgebracht door de Raad voor de Volks gezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, 2006

4 Binnen het Ministerie van VWS richt de beleidsdirectie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie zich op het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de burger. De directie Publieke Gezondheid richt zich onder meer op het bevorderen van ieders algehele gezondheidstoestand en het voorkomen van ziekten

5 Bij een kosteneffectiviteitanalyse worden de baten uitgedrukt in een eenheid effect, zoals gewonnen levensjaren. De interventie met de laagste kosten per gewonnen levensjaar is het meest kosten effectief. Bij een kostenutiliteitsanalyse worden de baten meestal in één standaard effectmaat uitgedrukt, namelijk Quality Adjusted Life Years (QALY's) of Disablility Adjusted Life Years (DALY's). Deze maat is erop gericht om effecten op de lengte van het leven (gewonnen levensjaren) en op kwaliteit van het levente bundelen. Bij een kosten-batenanalyse worden alle baten uitgedrukt in monetaire eenheden, waardoor het netto effect (kosten minus baten) in geld (winst of verlies) kan worden uitgedrukt. Deze maat wordt in economische evaluaties van gezondheidszorgvoorzieningen tot op heden relatief weinig gebruikt omdat het moeilijk blijkt baten zoals gewonnen levens in geld uit te drukken. Bron: www.rivm.nl

6 De kosten van ziekten, www.rivm.nl

7 Bewerking van artikel in Binnenlands Bestuur, 26 februari 2009

[8] M.A.P. Bovens, P. 't Hart, M.J.W. van Twist, *Openbaar bestuur. Beleid, organisatie en politiek*, Deventer, zevende druk (2007), p. 312-313

[9] Artikel 137 van het EG-Verdrag

[10] Artikel 152 van het EG-Verdrag

[11] Dat loopt uiteen van het Protocol bij het Verdrag van 1979 betreffende grensoverschrijdende luchtverontreiniging over lange afstand, inzake persistente organische stoffen, tot het Besluit Protocollen hygiënevoorschriften hygiënevoorschriften pluimveehouderij 1999 dat voorziet in een taak van het onder de minister ressorterende Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne bij de erkenningsvoorwaarden voor laboratoria die de analyses van monsters op de aan- of afwezigheid van Salmonella en/of Campylobacter uitvoeren

[12] Het gaat daarbij onder meer om het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's (met inbegrip van gezondheidsvoorlichting), het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding (algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, tuberculosebestrijding), de zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg, waaronder het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren, de vroeg tijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma

[13] Preventiebeleid: een verkennende achtergrondstudie, R. Torenvlied en A. Akkerman (Universiteit Utrecht en Radboud Universiteit Nijmegen) in opdracht van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Werkdocument 7, Den Haag, februari 2005

[14] Bron: www.westfriesland.nl

[15] Zie ook de Monitor Duurzaam Nederland 2009 van het CBS, het CPB, het PBL en het SCP (10 februari 2009).

[16] Zie ook het rapport *Mondiale milieuveranderingen en volksgezondheid* (juli 2008), waarin wordt gewaarschuwd voor volksgezondheidsrisico's in Nederland als gevolg van mondiale milieuveranderingen zoals kli maatverandering en vermindering van de ozonlaag.

[17] Voor kansrijke maatregelen die de participatie bevorderen en gericht zijn op laaggeschoolden, wordt verwezen naar de CPB-notitie *Effecten van participatiebeleid* van 6 juni 2008

[18] Deze passage is een bewerking van het rapport *Governance tools and frameworks for Health in All Policies* (National collaborating Centre for Healthy Public Policy, maart 2009) dat een overzicht biedt van benaderingen die intersectoraal gezondheidsbeleid bevorderen

[19] Over de regierol van gemeenten heeft de Raad voor het openbaar bestuur in 1999 geadviseerd in: *Op het toneel en achter de coulissen. De regiefunctie van gemeenten*

[20] Bron: www.AT5.nl, 29 januari 2009

[21] Bron: www.crow.nl

[22] Zie voor een vergelijking ook het advies van de Raad voor het openbaar bestuur van 21 november 2006: *Sociale preventie: bestuur en beleid aan de voorkant van veiligheid*

[23] Gezondheid in veertig krachtwijken, RIVM-rapportnummer 270951001 (2008)

[24] Gezondheid in de grote steden, RIVM-rapportnummer 270555003 (2002)

[25] *Vrijwel alle gemeenten hebben een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld*, Inspectie voor de Gezondheidszorg, december 2007, Den Haag

[26] M. Bekker, *The Politics of Healthy Policies: Redesigning Health Impact Assessment to Integrate Health in Public Policy* (2007)

[27] Dit zijn: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroerte, depressie, COPD, diabetes, longkanker en alcoholafhankelijkheid

Bijlage 4

Lijst van afkortingen

ADL	algemene dagelijkse levensverrichtingen
BBL	beroepsbegeleidende leerweg
BOS	Buurt, Onderwijs en Sport
BZK	ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	chronische longziekte
DALY	Disability Adjusted Life Years
EG	Europese Gemeenschap
EU	Europese Unie
GBI	Gezondheidsbevorderende instanties
GES	Gezondheids Effect Schatting
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
HDL	huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen
HIA	Health Impact Assessment
HRM	humanresourcesmanagement
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IGR	Internationale Gezondheidsregeling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
J en G	Jeugd en Gezin
KANS	klachten aan Armen, Nek en Schouder
KNGU	Koninklijke Nederlandse Gymnastiek Unie
LNV	ministerie van Landbouw, Natuur en Voedsel kwaliteit
MER	milieu- effectrapportage
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
OCW	ministerie van Onderwijs, Cultuur en Weten schap
OR	Onderwijsraad
OM	Openbaar Ministerie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROC	regionaal opleidingscentrum
Rob	Raad voor het openbaar bestuur
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SEGV	sociaal-economische gezondheidsverschillen
SER	Sociaal-Economische Raad

SES	sociaal-economische status
SLO	Stichting Leerplan Ontwikkeling
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
SZW	ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TK	Tweede Kamer
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VGZ	
VO	voortgezet onderwijs
VROM	ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VTV	Volksgezondheidstoekomstverkenningen
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WHO	World Health Organisation – Wereldgezondheidsorganisatie
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WWI	Wijk, Wonen en Integratie
ZAT's	Zorg- en Adviesteams