

# Welvaartsziekten: andere ziekten, andere aanpak

Mevrouw drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg  
bij het advies Preventie van welvaartsziekten.

Den Haag, 2011



# Inhoudsopgave

	Leeswijzer	5
1	Welvaartsziekten	6
1.1	Inleiding	6
1.2	De samenleving en zijn ziekten	7
2	Betrokkenheid bij gezondheid en gedrag	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Rechtvaardiging van ingrijpen	15
2.3	Meer versturende effecten op de markt voor gezondheid:overheidsfalen	18
3	Rol van de overheid	26
3.1	Inleiding	26
3.2	De gezondheidsnota 2011	28
3.3	Andere set spelregels	30



### **Leeswijzer**

In 2010 heeft de RVZ de discussienota gepresenteerd 'Zorg voor je gezondheid, gedrag en gezondheid, de nieuwe ordening'. De hoofdstelling in deze nota was 'van zz naar gg: van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag'. Ook werd in de nota op hoofdlijnen de weg hiernaartoe geschetst. Een van de onderdelen daarvan is dat op zoek moet worden gegaan naar een andere organisatie, dan wel een andere ordening en wel één die zich richt op gezondheid en gedrag. In de adviesvraag van VWS komt deze vraag ook tot uitdrukking: hoe kan de organisatie en uitvoering van preventief gezondheidsbeleid efficiënter en effectiever georganiseerd worden?

Deze achtergrondstudie beschrijft hoe ziekten de afgelopen 50 jaar zijn veranderd en wat dat betekent voor de organisatie van preventieve gezondheid en de rol van de rijksoverheid daarbij.

Hoofdstuk 1 beschrijft de veranderingen in de samenleving, de risicofactoren en de kenmerken van welvaartsziekten.

Hoofdstuk 2 gaat in op de rechtvaardiging van betrokkenheid van de overheid bij de stimulering van gezond gedrag. Informatieasymmetrie, externe effecten en kwetsbare groepen zijn daarbij belangrijke pijlers. Voorts wordt ingegaan op de mogelijk perverse prikkels van het huidige verzekeringsstelsel op preventie. Tot slot wordt bezien hoe het menselijk gedrag een onvoorspelbare factor kan zijn die rationele keuzen onder druk zet. Hoofdstuk 3 gaat in op de rol die de overheid kan vervullen om preventie en gezond gedrag steviger te verankeren in onze samenleving.

Preventie van gezondheid en daarop gericht beleid raakt niet alleen het zorgdomein maar is intersectoraal. De RVZ heeft daarbij uitgebreid stil gestaan in het advies 'Buiten de gebaande paden'. De onderzoeksopdracht van VWS richt zich op de organisatie van preventief gezondheidsbeleid en de bijdrage die de verschillende onderdelen van VWS kunnen leveren aan een effectiever preventiebeleid. Deze studie beperkt zich daarom tot het VWS domein. Een tweede opmerking vooraf betreft het brede perspectief van deze studie. Duidelijk zal worden dat preventie en gezond gedrag vanuit een scala van invalshoeken is te benaderen. Juridische, bestuurskundige, ethische, sociologische en economische aspecten zijn allen relevant. Gelet op de vraag van VWS om advies voor een efficiënter en effectiever gezondheidsbeleid, leunt deze studie vooral op de economische aspecten.

# 1 Welvaartsziekten

## 1.1 Inleiding

Over het nut en noodzaak van preventie en publieke gezondheid heeft de RVZ het afgelopen decennium verschillende adviezen uitgebracht. In het advies ‘Gezondheid en gedrag’ was de boodschap van de Raad: ‘stimuleer gezond gedrag door de gezonde keuze gemakkelijker te maken’. In ‘Buiten de gebaande paden’ gaat de Raad in op de kansen die buiten de zorgsector liggen om gezondheidsproblemen te voorkomen, zoals via het onderwijs, op de werkvloer en op lokaal niveau. Er wordt een pleidooi gedaan voor intersectoraal gezondheidsbeleid. In ‘Perspectief op gezondheid’ wordt benadrukt dat de burger ook zelf verantwoordelijk is voor gezond gedrag en dat zorgaanbod en zorgverzekering primaire gezondheid, participatie en zelfredzaamheid kunnen bevorderen. Deze adviezen van de Raad zijn terug te vinden in de nota ‘Gezondheid dichtbij, landelijke nota gezondheidsbeleid 2011’. De minister noemt in deze nota als uitgangspunten dat gezond leven een eigen verantwoordelijkheid is; voor degene die wil, moet het wel gemakkelijk gemaakt worden; integrale aanpak is nodig zowel binnen de zorgsector als tussen sectoren zoals onderwijs, werk, ruimtelijke ordening etc.; en vooral: dicht bij de mensen in de buurt.

Waarom vinden we als maatschappij dat gezondheidsbeleid van belang is? En waarom de overheid daarbij betrekken? Belangen zijn maatschappelijke belangen als hun behartiging voor de samenleving als geheel gewenst is.<sup>1</sup> Wanneer de overheid voor een maatschappelijk belang de verantwoordelijkheid op zich neemt, is er sprake van een publiek belang. De overheid trekt zich de behartiging van een publiek belang aan op grond van de overtuiging dat dit belang anders niet goed tot zijn recht komt. Met de opname van volksgezondheid in de grondwet<sup>2</sup> heeft de overheid voor volksgezondheid expliciet verantwoordelijkheid genomen. Zij geeft blijk van deze verantwoordelijkheid door zorg te dragen voor de borging van de kwaliteit, de betaalbaarheid en de doelmatigheid van de gezondheidszorg. De hedendaagse gezondheidszorg is vooral gericht op behandeling en zorg: efficiënt en effectief voor aandoeningen die de mens overkomen, niet te voorkomen en te genezen zijn. Echter, steeds meer aandoeningen zijn niet te

genezen, maar wel te voorkomen met behulp van preventie. Het ontstaan van deze ziekten is geen toeval, maar een combinatie van gedrag, leefstijl en micro- en macro- omgevingsfactoren. Dit ander type ziekten zorgt voor een schijnbare impasse: de overheid heeft de verantwoordelijkheid de gezondheid te bevorderen, maar overheidsbeleid dat zich menkt in de persoonlijke levenssfeer via leefstijl en gedragsbeïnvloeding om ongezondheid te voorkomen, kan haaks staan op de keuzevrijheid van mensen. Of niet?

De vraag die in deze achtergrondstudie centraal staat is: wat is de rol van de rijksoverheid als het gaat om een efficiënte en effectieve aanpak van welvaartsziekten?

## 1.2 De samenleving en zijn ziekten

### *Andere samenleving*

Vanaf de industriële revolutie aan het begin 20ste eeuw is de samenleving drastisch veranderd. Nieuwe technologische ontwikkelingen deden hun intrede. Innovaties in de landbouw leidden tot toename van de voedselproductie waardoor de voedselprijzen konden dalen en er meer voedsel voor meer mensen beschikbaar kwam. Tegelijkertijd zorgden deze innovaties ervoor dat handwerk overging in machinaal werk, waardoor massaproductie mogelijk werd. Later werd dit proces nog eens versterkt door de opkomst van de automatisering. Een en ander heeft er toe bijgedragen dat werkzaamheden met veel minder lichamelijke inspanning konden worden uitgevoerd. Sterk fysieke beroepen verdwenen of veranderden in zittend werk. In korte tijd steeg de arbeidsproductiviteit. De levensstandaard ging hiermee omhoog, maar het heeft ook een keerzijde. Door de stijgende welvaart konden mensen steeds meer energierijk voedsel tot zich nemen. Daarnaast ontstonden er meer mogelijkheden voor het gebruik van genotsmiddelen zoals alcohol en tabak. De balans tussen de voeding van de mens en zijn leefwijze is daarmee verstoord geraakt.<sup>3</sup>

### *Andere ziekteprofielen: welvaartsziekten*

Economische en technologische ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het terugdringen van veel aandoeningen en de mogelijkheden op volledig herstel zijn toegenomen. Ziekten als de pest en de pokken komen nauwelijks meer voor; veel infectieziekten zijn bestreden dankzij vaccinontwikkeling en het been hoeft bij een flinke infectie niet meer te worden afgezet, maar wordt gerepareerd. Maar ook hier is een keerzijde. Er

zijn andere ziekteprofielen voor in de plaats gekomen die hun oorsprong vinden in eerder genoemde ontwikkelingen.

#### **Type ziekten veranderen met de samenleving mee**

In 1970 lagen de sterftcijfers op een derde (mannen) tot een kwart (vrouwen) van het niveau in 1875-1879. Van een aantal diagnosehoofdgroepen is het aandeel in de sterfte sterk afgenomen. In bijzondere mate geldt dit voor infectieziekten (van 38-39 naar 4-5), en mentale aandoeningen en ziekten van het zenuwstelsel (van 9-11 naar 2-3). Daartegenover staat een toename van het aandeel van kanker (van 2-3 naar 25-26), hart- en vaatziekten (van 7-8 naar 42), en ongevallen en opzettelijk toegebracht letsel (van 1-3 naar 7-9).

Bron: J.P. Mackenbach: de epidemiologische transitie in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 137, 1993, p. 132-8.

Trowell & Burkitt geven aan deze ziekten de volgende beschrijving:

*'these diseases are those which are characteristics of modern affluent Western technological communities'.*

Een westerse ziekte is een ziekte die door de mensen zelf is gecreëerd, omdat wij als enige groep op aarde onze eigen omgeving kunnen creëren.<sup>4</sup> Anderen spreken van 'een ziekte die alleen voorkomt in landen met een hoge welvaart'<sup>5</sup> of van een welvaartsziekte als 'een benaming voor elke ziekte die het gevolg is van ondermeer het opnemen van een teveel aan energierijk voedsel en een teveel aan vetten'.<sup>6</sup> De World Health Organisation (WHO) gebruikt de term 'non communicable diseases (NCD's)'. NCD's zijn aandoeningen die voor een groot deel vermijdbaar zijn door het gebruik van effectieve interventies welke de vier grote risicofactoren kunnen opheffen. Deze factoren zijn: tabaksgebruik, ongezonde voeding, te weinig beweging en schadelijk gebruik van alcohol<sup>7</sup>.

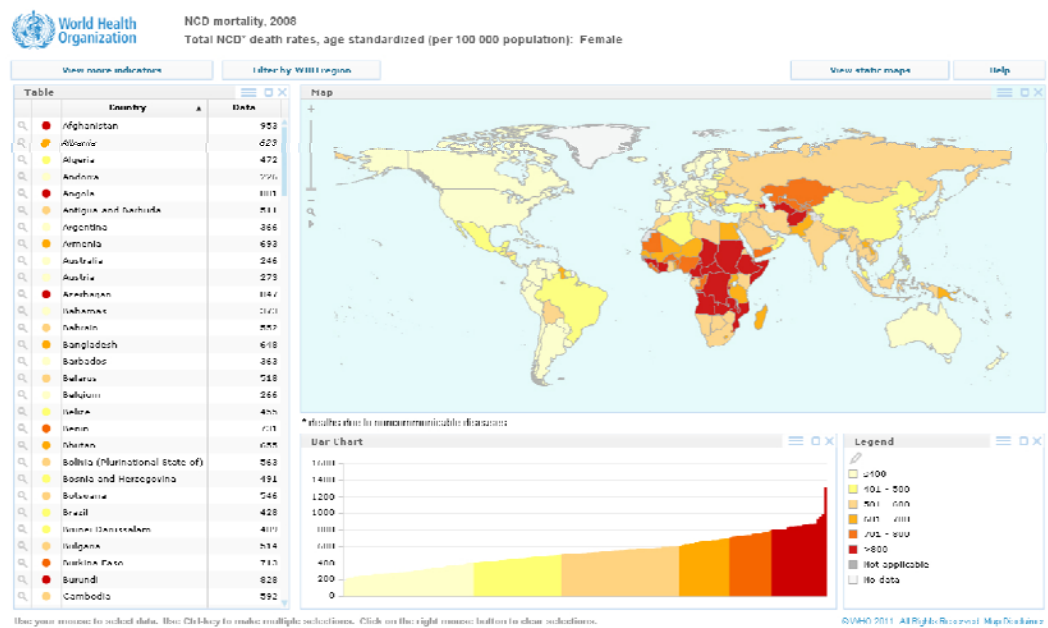
Al hoewel er verschillende terminologieën worden gehanteerd, zijn alle auteurs het met elkaar eens dat het gaat over ziekten zoals hart- en vaatziekten, COPD, diabetes, bepaalde kanker-soorten, obesitas en depressie. Het zijn ziekten waarbij voeding, beweging en de inrichting van de moderne samenleving een rol spelen. In deze studie spreken we daarom van welvaartsziekten.

Het volgende kaartje laat zien dat NCD's niet alleen zijn voorbehouden aan westerse landen. Het is doodsoorzaak nummer één in ontwikkelingslanden. Armoede en NCD's vormen een vicieuze cirkel. In ontwikkelingslanden wordt veel meer gerookt en er is nauwelijks sprake van rookwetgeving. Mensen



die in armoede leven, bezuinigen het eerst op gezonde voeding. Ongezonde voorbewerkte voeding is namelijk goedkoop en rijk aan vetten en suikers die bij honger veel sneller een vol gevoel geven. Omdat het niveau van behandeling en zorg in ontwikkelingslanden een stuk lager ligt dan in westerse landen, ligt het voor de hand dat NCD's in ontwikkelingslanden sneller de dood tot gevolg hebben. In westerse landen met goede gezondheidszorgsystemen, leiden deze aandoeningen niet tot de dood maar zijn zij vooral chronisch van aard. Het kaartje laat daarmee zien dat een goede gezondheidszorg in westerse landen feitelijk de ernst van NCD's verdoezelt.

**Figuur 1.1**



*Risicofactoren van welvaartsziekten*

Welvaartsziekten zijn dus ziekten die zijn ontstaan als gevolg van de veranderende samenleving.<sup>8</sup>

Risicofactoren voor het ontstaan en verloop van welvaartsziekten zijn:

1. Voedseltechnologise ontwikkelingen: deze hebben vooral geleid tot een toename aan vetten, zouten en suikers in ons voedsel. Ook zijn de porties te nuttigen voedsel in omvang toegenomen. Het RIVM heeft becijferd dat het totale gezond-

heidsverlies door verkeerd en te veel eten vrijwel gelijk is aan het gezondheidsverlies door roken.<sup>9</sup> Voor kwetsbare groepen zoals kinderen en chronisch zieken is dat desastreus. Van een verkeerd voedingspatroon in de jeugd houden zij een leven lang last. Een gezond voedingspatroon is van belang om overgewicht en chronische ziekten tegen te gaan<sup>10</sup>.

2. De maatschappelijke context: mensen bewegen zich in een sociale en fysieke omgeving. De sociale omgeving beïnvloedt mensen doordat groepsnormen en waarden automatisch worden overgenomen. De fysieke omgeving bepaalt de mogelijkheden die er zijn voor gezond dan wel ongezond leven. Op iedere hoek van de straat een broodjeszaak, een fastfoodrestaurant of een andere eetgelegenheid, zet aan tot eten. Fietspaden in de wijk stimuleert fietsen. De maatschappelijke context bepaalt tevens de participatiemogelijkheden van mensen in de maatschappij.<sup>11</sup>
3. De individuele context: mensen kunnen hun gezondheid mede beïnvloeden door op leefgewoonten zelf te interveniëren. Het is echter niet eenvoudig om leef- en gedragspatronen te veranderen, omdat leefgewoonten niet op zichzelf staan, maar in de maatschappelijke context en door voedseltechnologische ontwikkelingen worden beïnvloed.<sup>12</sup>

Aldus vindt er een continue interactie plaats tussen voeding, maatschappelijke aspecten en individuele aspecten. Leefomgeving en gezondheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.<sup>13</sup> Omgevingsfactoren zijn bijvoorbeeld cruciale determinanten van voedings- en beweeggedrag.

Onderstaande tabel<sup>14</sup> geeft een overzicht van fysieke, sociaal-culturele en economische omgevingsfactoren die op micro- en macroniveau hun invloed uitoefenen op de energiebalans van de mens: Matig en ernstig overgewicht worden vooral veroorzaakt door de combinatie van een te energierijke voeding met te weinig lichamelijke activiteit.

**Tabel 1.1**

	Fysieke omgeving		Sociaal culturele omgeving		Economische omgeving	
Niveau	Voeding	Bewegen	Voeding	Bewegen	Voeding	Bewegen
Macro	Wetten en regels	Mechanisatie	Prijnsbeleid	Kosten arbeid	Eetgewoonten	recreatie
	Levensmiddelen technologie	Fietspaden en trottoirs	Kosten voedselproductie	Investeringen recreatie	Multiculturele invloeden	Populariteit sporten
	Beschikbaarheid producten	Aanwezigheid clubs/centra	Kosten marketing	Kosten brandstof en auto's	Koopkracht	Passief kijkgedrag
	Beleid industrie	Vervoerssysteem	Prijzen voeding	Kosten fiets/wandelpaden	Status voedingsmiddelen	Status actieve leefstijl
Micro	Voedsel in huishouden	Locale recreatie mogelijkheden	Gezins- inkomen	Kosten sport en fitness	Eetgewoonten van gezin	Activiteit leeftijdgenoten
	Aanbod kantines	Aantal auto's in huishouden	Gezinsuitgavenpatroon	Bezit fiets en sportgerei	Attitude leeftijdgenoten	Recreatie gewoonten gezin
	Aanbod winkels	Veiligheid op straat	Subsidies kantines	Subsidies sport en spel	Druk door reclame	Sportmogelijkheden school
	Afstand tot fast-food	Tv, video, pc in gezin	Zelfvoorziening voeding		Rol van voeding bij festiviteiten	Angst voor criminaliteit

Frits Muskiet, hoogleraar Pathofysiologie aan de RUG, verwoordt het als volgt: “Welvaartsziekten zijn ontstaan doordat er een conflict is tussen onze genen en dat wat we tegenwoordig doen. Onze genen zijn eenvoudig weg nog niet aangepast aan de huidige omgeving.” Dit is geen vrijbrief om als individu niets te doen aan leefstijlgewoonten. Het geeft wel aan dat het een individu het niet alleen kan. Voor de keuze van de aanpak van welvaartsziekten is het daarom van belang met deze constatering rekening te houden. De omgeving is een belangrijke component bij het ontstaan van welvaartsziekten.

### *Kenmerken*

Naast bovengenoemde factoren zijn er een drietal specifieke kenmerken die welvaartsziekten typeren:

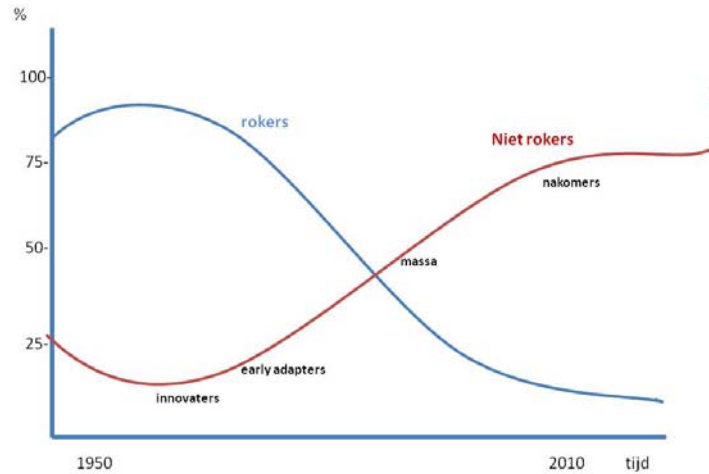
1. Welvaartsziekten zijn chronisch en ten dele vermijdbaar.
2. Het internaliseren van kennis ter bevordering van een betere gezondheid volgt vertraagd op de opkomst van een ongezonde samenleving en ongezond gedrag (diffusieproces).
3. Kwetsbare groepen zijn extra vatbaar voor welvaartsziekten.

Ad1. Kenmerkend voor welvaartsziekten is dat ze chronisch zijn en niet te genezen. Eenmaal een welvaartsziekte onder de leden is deze slechts te behandelen ter voorkoming van erger en kunnen op zijn best symptomen bestreden worden. Daarnaast is duidelijk dat welvaartsziekten deels vermijdbaar zijn.<sup>15</sup>

Ad 2. Uitgaande van Darwins evolutietheorie zou de mensheid zich op termijn door een proces van natuurlijke selectie gedurende een groot aantal generaties aanpassen aan nieuwe omstandigheden in zijn habitat. De groeiende incidentie van chronische ziekten<sup>16</sup> geeft aan dat de voorwaarden voor gezondheid geen gelijke tred hebben gehouden. Technologische en maatschappelijke ontwikkelingen hebben een dusdanige vlucht genomen, dat de mens zijn eigen risico's niet direct kan beheersen.<sup>17</sup> De mens is niet in staat zijn gedrag zo snel aan nieuwe omstandigheden aan te passen. Het diffusieproces reageert vertraagd op de nieuwe omstandigheden. Het is vergelijkbaar met de verspreiding van innovaties: eerst pakt een kleine groep innovators een innovatie op; vervolgens de early adapters; ten slotte volgt de massa en uiteindelijk de nakomers. Een klein deel van de bevolking doet er niets mee. Hetzelfde geldt voor innovaties die gezondheid bevorderen. Neem als voorbeeld roken. In de jaren '40-'50 nam de beschikbaarheid en daarmee het gebruik van sigaretten toe. Er waren nog geen signalen dat roken ongezond was. Toen de schadelijke gevolgen van roken duidelijk werden, paste een kleine groep 'innovators' zijn gedrag direct aan en stopte met roken; vervolgens werd de informatie over schadelijke effecten van roken breder kenbaar en paste een grotere groep van rokers het gedrag aan: 'stoppen met roken' werd opgepakt door de early adapters en tenslotte door de massa. Een deel van de rokers past zijn gedrag helemaal niet aan. In onderstaande grafiek wordt het diffusieproces zichtbaar. Dit proces is niet alleen toepasbaar op 'stoppen met roken' of 'minder vet eten', maar ook op het aanpassingsproces van de industrie als het gaat om een 'gezonde samenstelling van vetten in voedingsproducten' en het

aanpassingsproces van de medische stand als het gaat om 'in-zet op het voorkomen van ziekten'.

**Figuur 1.2**



Diffusieproces schadelijke effecten van roken<sup>18</sup>

Ad 3. Derde kenmerk van welvaartsziekten is dat kinderen, jongeren, mensen met een sociaal lagere status en laaggeletterden extra kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van welvaartsziekten. Kinderen en jongeren staan bloot aan veel verleidingen ten aanzien van eten, roken en alcohol en reageren daar nog impulsief op. Door marketing en groepsdruk van deze producten en de verslavende werking van sommige genotsartikelen zijn zij niet altijd in staat om de effecten van ongezond gedrag voor de langere termijn te overzien. Beschadiging van het jonge brein ligt op de loer. Bij mensen met een lagere sociaaleconomische status komen tevens een aantal ongunstige factoren samen waardoor zij een kortere (gezonde) levensverwachting hebben dan mensen met een hogere economische status. Het gaat hierbij om het hebben van een minder gunstige fysieke en sociale context en het gegeven dat relevante informatie deze groep moeilijker bereikt en dat zij deze informatie moeilijker verwerken. Zij gedragen zich relatief vaak ongezond, omdat het korte termijn genot het wint van de op lange termijn te behalen gezondheidswinst.

Het zijn juist deze groepen die als nakomer gedefinieerd kunnen worden in het diffusieproces (kenmerk 2) en dus ook deze groepen die meer chronische aandoeningen ontwikkelen.

#### *Conclusie*

De samenleving is sinds het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw drastisch veranderd en in het vervolg daarop ook het type ziekten. Niet meer infectieziekten maar chronische - deels vermijdbare - ziekten zijn heden ten dage wereldwijd doodsoorzaak nummer één. Het ontstaan van welvaartsziekten is afhankelijk van drie factoren: voedingstechnologie, de maatschappelijke context waarin mensen verkeren en de individuele context. Deze factoren treden op in een netwerkachtig construct dat complex is en steeds weer anders kan zijn.

Daarnaast zijn er drie karakteristieken die in ogenschouw moeten worden genomen: chroniciteit en vermijdbaarheid; de trage aanpassing aan nieuwe kennis en de verhoogde kwetsbaarheid van kinderen, jongeren, mensen met een sociaal lager status en laaggeletterden.

Om tot een efficiënte en effectieve aanpak van welvaartsziekten te komen, is het nodig dat maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid vanuit een andere invalshoek worden bekeken. Infectieziekten worden niet bestreden met aderlating; een gebroken been wordt niet geheeld met een vaccin en hartfalen verdwijnt niet met alleen dotteren. Het is nodig niet alleen de symptomen aan te pakken, maar door te pakken op de oorzaken.

## 2 Betrokkenheid bij gezondheid en gedrag

### 2.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is stilgestaan bij de ontwikkeling van ziektebeelden, hun oorzaken en karakteristieken. Werden veel ziekten vroeger vooral gezien als iets 'dat je overkomt'; welvaartsziekten zijn anders van aard. Die zijn vermijdbaar en gedeeltelijk heeft het individu er ook nog eens zelf de hand in. Dat zet de huidige effectiviteit van ons gezondheidszorgsysteem in een ander daglicht. Twee vragen komen in dit hoofdstuk aan de orde:

- Wanneer is het rechtvaardig dat de overheid ingrijpt in het persoonlijk gedrag van individuen en onder welke voorwaarden?
- Hoe werkt ons gezondheidszorgsysteem in op het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ziekten?

### 2.2 Rechtvaardiging van ingrijpen

Welvaartsziekten zijn ten dele te vermijden. Dat betekent dat preventieve maatregelen kunnen bijdragen aan gezondheidswinst. Zijn er rechtvaardigingsgronden voor het nemen van preventieve maatregelen door de overheid? Verschillende afwegingen moeten daarvoor worden gemaakt.

De eerste afweging is of mogelijk ingrijpen door de overheid tot verbetering van het publieke belang, de volksgezondheid, leidt. Het RIVM heeft daar al veel onderzoek naar gedaan en gepubliceerd. Het Centrum Gezond Leven verzamelt bewezen effectieve interventies. Gebruik maken van deze interventies leidt tot gezondheidswinst. Dat roken slecht is voor de gezondheid, is onomstreden. Maatregelen die leiden tot stoppen met roken leiden tot gezondheidswinst. Hoewel gezondheidswinst als een publiek belang wordt gezien, is dat op zichzelf niet voldoende rechtvaardiging om ook daadwerkelijk als overheid in te grijpen in de persoonlijke levenssfeer. Rechtvaardiging hangt mede af van de mogelijkheden die diverse partijen hebben om op te komen voor het publieke belang. De WRR schrijft in 2000 dat voor de afweging van de juiste wijze van behartiging van publieke belangen slechts één ijkpunt geldt: de mogelijkheden tot borging van het gespecificeerde publieke belang dat in het geding is. Als die mogelijkheden in het private domein beter zijn, dan moet daarvoor gekozen worden; zijn de mogelijkheden in het publieke domein beter,

dan wordt voor het publieke domein gekozen. Indien de vrije markt zorgt voor efficiënte en effectieve gezondheidswinst dan dient de overheid zich er dus niet in te mengen. Als dat niet het geval is, faalt de markt en heeft de overheid een argument voor een rol bij het verbeteren van gezondheid. Marktfalen treedt op als er sprake is van:

1. Informatieasymmetrie bij de betrokken partijen en
2. bij het ontstaan van externe effecten.

#### 1. Informatieasymmetrie

Een mogelijke rechtvaardigingsgrond voor overheidsingrijpen is informatieasymmetrie. Informatiescheefheid leidt tot suboptimaal keuzegedrag. Als mensen niet de juiste, onvoldoende of onbegrijpelijke informatie hebben over producten, diensten of leefstijl, welke van invloed zijn op hun gezondheid, zijn zij niet in staat een afgewogen keuze te maken. Zo is het op een pakje sigaretten niet zichtbaar wat er precies in die sigaret zit. De informatie over de effecten van een bepaalde leefstijl en gedrag op de gezondheid is voor grote groepen mensen onvoldoende aanwezig of onvoldoende duidelijk. En met name waar het om voeding gaat is het niet eenvoudig om in de supermarkt inzicht te krijgen in de gezondheidseffecten van een product. Ook de overload aan tegengestelde onderzoeksuitkomsten over voeding en alcoholgebruik maakt het de burgers niet gemakkelijk om optimaal te kiezen.

#### 2. Externe effecten van ongezond gedrag

Naast informatieasymmetrie is het ontstaan van externe effecten reden voor overheidsbetrokkenheid. Er is sprake van externe effecten als ongezond gedrag niet alleen de eigen gezondheid raakt, maar ook effect heeft op anderen.<sup>19</sup> Er zijn eenvoudige externe effecten die prima door burgers zelf kunnen worden opgelost.<sup>20</sup> Daarnaast zijn er zeer complexe externe effecten. Bij een complex extern effect spelen veel belanghebbenden een rol.<sup>21</sup> Zoals uit hoofdstuk 1 blijkt, gaat het bij welvaartsziekten om veel aspecten die op elkaar in werken, waarvan ongezond gedrag er één is. Dit leidt tot zeer complexe externe effecten.

Een eerste categorie externe effecten betreft de collectieve lasten en gevolgen voor de samenleving als geheel. Uit het vorige hoofdstuk blijkt dat zowel de samenleving als de epidemiologie (van incidenteel naar chronisch) sterk aan het veranderen is. Door de bestaande bevolkingsopbouw is er daarnaast sprake van sterke vergrijzing; de levensverwachting neemt toe en chronische gebreken ontstaan eerder in het le-



ven. Het gevolg van deze drie elkaar versterkende ontwikkelingen is dat het aantal mensen met een chronische aandoening toe neemt en dat de participatiegraad, productiviteit en welvaart in de samenleving afneemt. Minder gezonde mensen moeten meer ongezonde mensen ondersteunen: de afhankelijkheidsratio neemt toe. In Engeland is onderzoek uitgevoerd naar obesitas en arbeidsongeschiktheid. In 2050 is er ongeveer 64 miljard euro nodig om het behandelen van obesitas en arbeidsongeschiktheid tegen te gaan.<sup>22</sup> Ook in Zweden is onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van obesitas voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Het onderzoek heeft aangetoond, dat overgewicht inmiddels verantwoordelijk is voor 10% van de kosten voor arbeidsongeschiktheid of productieverlies. Recent bleek uit een 3 jaar durend onderzoek<sup>23</sup> in de 27 EU-landen, Zwitserland, Noorwegen en IJsland - in totaal 514 miljoen inwoners - dat jaarlijks bijna 165 miljoen Europeanen, oftewel 38 procent van de bevolking, met psychische en neurologische aandoeningen zoals depressies, angsten, slapeloosheid of dementie te kampen hebben. Deze psychische aandoeningen vormen een grote economische en sociale last voor Europa.

Een tweede categorie externe effecten betreft de doorwerking van ongezond gedrag in de gezondheid van derden. Alcoholmisbruik kan leiden tot ongevallen, mishandeling en problemen in de openbare orde; meerooken door niet-rokers leidt tot een risicotoename van 20% op longkanker; ongezond gedrag van ouders/verzorgers heeft gevolgen voor de directe gezondheid van de kinderen, maar ook voor hun gezondheid in de toekomst: kinderen nemen de leefstijl van hun ouders/verzorgers over.

### 3. Normatieve overwegingen (paternalisme)

Naast marktfalen door informatieasymmetrie en externe effecten kan de overheid normatieve overwegingen hebben om in te grijpen als leefstijl en gedrag de individuele gezondheid onder druk zet.

1. De overheid kan van mening zijn dat bepaald gedrag niet in het belang is van de mensen zelf en
2. de overheid kan van mening zijn dat het een bijzondere verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van bepaalde groepen (solidariteit).

Ad 1. Paternalistische overweging in verband met eigen belang  
Paternalistische overwegingen leiden tot overheidsbetrokkenheid bij kinderen. Zij zijn nog niet in staat de gevolgen van

bepaald gedrag goed in te schatten en hun zelfbeheersingmechanisme is nog niet volledig ontwikkeld. Het eigen gedrag is dan niet in hun eigen belang en daarom zal de overheid maatregelen kunnen nemen ter bescherming van de gezondheid van de jeugd.

#### Ad 2. Solidariteit

Vanuit solidaire overwegingen kan overheidsbetrokkenheid gerechtvaardigd zijn voor risicogroepen zoals mensen met een lage sociaal economische status en laaggeletterden. Mensen met een lage sociaal economische status (SES) zijn doorgaans ongezonder dan mensen met een hoge status. Opleidingsniveau is daarbij belangrijker dan inkomen. De relatieve ongezondheid van lager opgeleiden wordt veroorzaakt door een complex aan factoren. Één daarvan is het tragere aanpassings-tempo van gedrag aan nieuwe gezonde inzichten (zoals stoppen met roken) als gevolg van een gebrek aan informatie en de beperkte mogelijke beschikbare informatie op een adequate manier te verwerken. Ook is het lastiger voor deze groep de consequenties van gedrag op lange termijn te doorgronden. ‘Vandaag’ is daarmee belangrijker dan ‘morgen’. Tot slot zijn noodzakelijke competenties voor het zoeken van hulp minder vanzelfsprekend. Men maakt daardoor minder snel gebruik van preventieve voorzieningen. Het blijkt dat voorzieningen bedoeld voor lager opgeleiden juist gebruikt worden door hoger opgeleiden. Een voorbeeld daarvan is het dubbele consult bij de huisarts dat bedoeld is voor mensen die moeite hebben met het verwoorden van hun klachten, maar vooral gebruikt wordt door hoger opgeleiden.<sup>24</sup> Uit de expertsessies kwam het zelfde beeld naar voren voor wat betreft preventieve interventies. Juist de groepen die er iets aan kunnen hebben, worden niet bereikt.

### 2.3 Meer verstorende effecten op de markt voor gezondheid: overheidsfalen

Voorgaande maakt helder dat de markt voor gezondheid uit zichzelf niet optimaal functioneert en dat kwetsbare groepen onevenredig worden geraakt door ongezondheid en ongezond gedrag. Maar er is meer. Overheidsoptreden kan maatschappelijk ongewenste effecten met zich meebrengen. Zo versterkt ons gezondheidszorgsysteem de impuls tot ongezond gedrag. Ongezond gedrag is namelijk zowel op de productmarkt als op de zorgmarkt goedkoper dan gezond gedrag. Tot slot zijn de heersende visies op gezond gedrag gebaseerd op de aanname

dat de mens zich gedraagt als een rationele homo economicus. Nieuwe inzichten laten echter een andere werkelijkheid zien, zo zal blijken.

#### *De productmarkt*

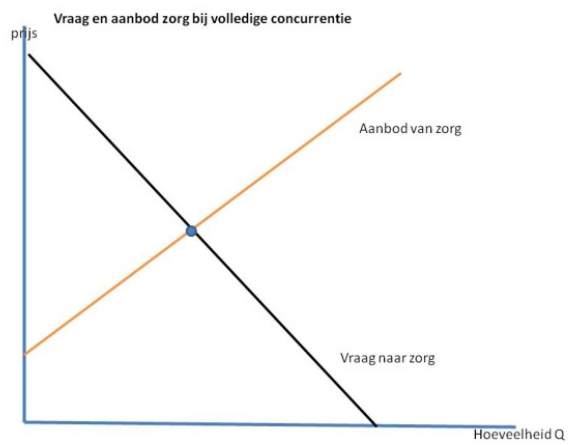
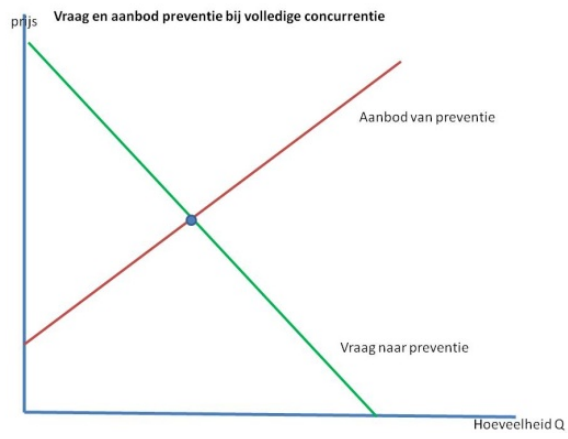
Gezonde voeding is duurder dan ongezonde voeding. Brits onderzoek heeft laten zien dat het verschil kan oplopen tot bijna 2 euro per dag.<sup>25</sup> Vooral groente en fruit zijn duurder dan ongezonde producten. Bovendien is herformulering van producten (minder vet, zouten en suikers) voor de voedingsindustrie niet altijd interessant, omdat het leidt tot hogere kosten voor grondstoffen en processing, terwijl fabrikanten deze het liefst zo laag mogelijk houden of zelfs verlagen.<sup>26</sup>

#### *De zorgmarkt: het zorgverzekeringsstelsel*

Ons verzekeringsstelsel, dat vooral gericht is op zorg en niet op gezondheid, versterkt het disfunctioneren van de markt voor gezondheid. De basisverzekering dekt namelijk wel zorg, maar nauwelijks preventie. Een verzekerde zal dus eerder kiezen voor zorgactiviteiten, omdat hem dat op korte termijn het minste kost. Aan de aanbodzijde ontvangt de zorgaanbieder minder voor een preventieconsult dan voor een zorgconsult, terwijl de kosten voor een preventieconsult voor hem hoger zijn. Zowel zorgvrager als zorgaanbieder worden dus niet financieel gestimuleerd meer te investeren in preventieve zorg. Onderstaande theoretische modellen, waarbij uitgangspunt de mens als rationeel wezen is, illustreert dit principe.

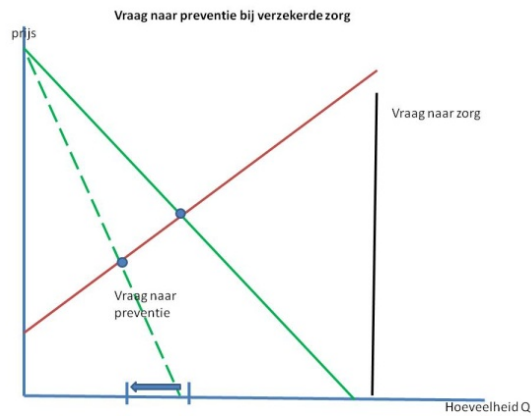
1. In een markt waarbij sprake is van volledige concurrentie, zijn veel vragers en veel aanbieders. Er is volledige informatie voor beide partijen beschikbaar. Op zowel de zorg- als preventiemarkt ontstaat een evenwicht op basis van de reële vraag en aanbod.

**Figuur 2.1**



2. Vervolgens wordt zorg verzekerd. Preventie en zorg zijn ten dele elkaars substituten.

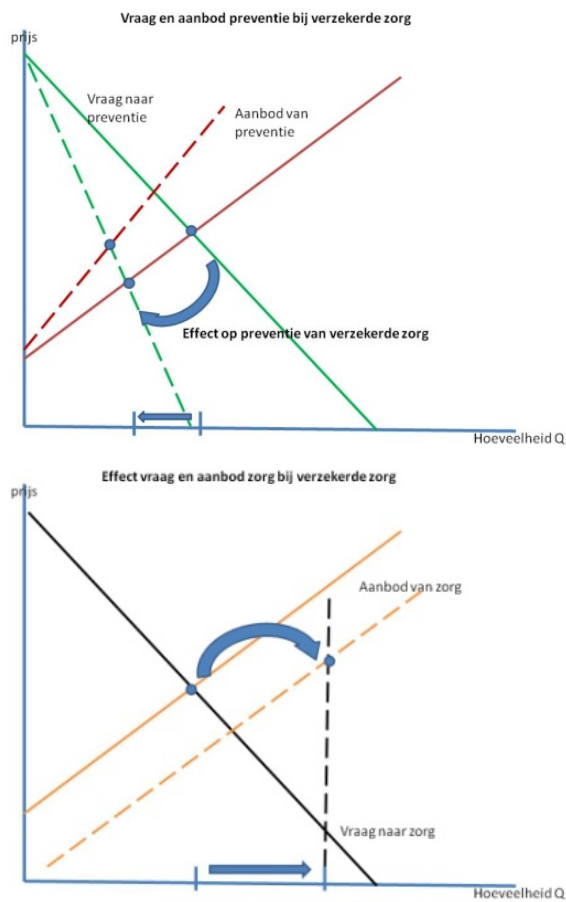
**Figuur 2.2**



Als zorg wordt verzekerd, is de prijs voor de hoeveelheid vraag naar zorg niet meer relevant. Door verzekerde zorg wordt de markt voor preventie echter verstoord: de vraag naar preventie neemt af. Men zal eerder zorg willen want dat kost niets, terwijl preventie niet verzekerd is en dus meer kost.

Bij de verzekering van zorg neemt het zorgaanbod toe. Het aanbod van preventie neemt af omdat preventie en zorg substituten zijn. Bij eenzelfde prijspeil ontstaat er meer aanbod van verzekerde zorg.

**Figuur 2.3**



**Conclusie:** er ontstaat een nieuw evenwicht tussen vraag en aanbod van preventie en nieuw evenwicht tussen vraag en aanbod van zorg. Kijkend naar deze nieuwe evenwichtspunten blijkt dat door de verzekering van zorg de markt voor zorg alle kans krijgt en de markt voor preventie in de verdrinking komt. Er is geen level playingfield.

Een verzekeringsstelsel functioneert het beste als er eerst opbrengsten binnenkomen en pas later kosten worden gemaakt. Bij preventie ten behoeve van gezondheid is het juist andersom. De kosten voor preventieve maatregelen zitten aan het begin terwijl de opbrengsten pas veel later zichtbaar worden. Voor een verzekeraar is het niet vanzelfsprekend om preventieve activiteiten te initiëren, omdat de revenuen pas later zichtbaar worden en

de klant dan wellicht is overgestapt naar een andere verzekeraar. Een ander probleem is de risicoverevening. Een zorgverzekeraar wordt financieel gecompenseerd voor verzekerden met een ongunstig risicoprofiel zodat deze niet zal overgaan tot risicoselectie. Het systeem van risicoverevening is niet ontworpen om gezondheidsbevordering en preventie te stimuleren. Het beloont niet de preventieve interventies die leiden tot verbetering van de gezondheid van populaties. Het leidt juist tot het tegengestelde: het stimuleert zorggebruik, want daar loopt de verzekeraar geen risico op.<sup>27</sup>

#### *Irrationeel keuzegedrag*

De mens als rationeel wezen was lange tijd de standaard in economische theorieën. Het laatste decennium doet ook een andere stroming opgeld: the behavioral economics. Gedrags-economen verfijnen de standaardanalyse door sociale overwegingen, cognitieve beperkingen en emoties mee te nemen als ze economische beslissingen van mensen analyseren. Ook voor gezondheid geldt dat de veronderstelling dat individuele burgers rationeel opereren en hun keuzegedrag laten beïnvloeden door nutsmaximalisatie niet opgaat. Het keuzegedrag van burgers is veel complexer.<sup>28</sup> Steeds duidelijker wordt dat de mens zich niet gedraagt zoals wordt verondersteld in de rationele keuzetheorie. Individuen overzien niet alle gedragsalternatieven en kunnen niet alle consequenties beredeneren. Zeker niet voor de lange termijn of voor het collectief. Zij kiezen daarom niet altijd voor het alternatief dat objectief gezien het meeste nut genereert. Als het gaat om de keuze tussen gezondheid en ongezondheid is nutsmaximalisatie op korte termijn van een andere aard dan op lange termijn. De 'opbrengst' van ongezond gedrag, namelijk directe behoeftebevrediging, is direct zichtbaar, terwijl de kosten - ongezondheid - pas op lange termijn voelbaar worden.

Zowel zieke als gezonde mensen zijn niet bijster goed in het maken van gezonde keuzen. Het is voor veel mensen moeilijk het korte termijn genot op te geven voor lange termijn doelen als gezondheid.<sup>29</sup> Zo is er weinig aantrekkelijks aan prikken en meten en rekening houden met de grillen van je suikerspiegel. Hulpverleners die patiënten tot zelfzorg aanzetten proberen daarom patiënten aan te spreken op hun verstand en niet op hun verlangen of de vrije wil of keuze van die patiënt. Ze proberen patiënten uit te leggen dat goed voor je zelf zorgen hoe moeilijk het soms ook is, nare complicaties kan uitstellen. Het blijkt uit de praktijk hoe moeilijk dat voor zowel de patiënt als de professional is. Beide kunnen behoorlijk gefrustreerd ra-

ken.<sup>30</sup> Blijkbaar is de mens minder te sturen door een beleid dat een beroep doet op de rede en redelijkheid dan door de psychologische beïnvloeding van bijvoorbeeld de supermarkt.<sup>31</sup> Het impliceert dat patiënten steun kunnen gebruiken bij het maken van gezonde keuzen.

Keuzen worden niet alleen beïnvloed door rationele kenmerken zoals opleidingsniveau en sociale omgeving, maar ook door irrationele kenmerken zoals heersende waarden, behoeften en verwachtingen over gezondheid, ziekte en zelfredzaamheid.<sup>32</sup> Daarnaast is het moeilijk de voor- en nadelen van de ene onzekere toekomst tegen die van de andere af te wegen, omdat een eventueel rationeel oordeel wordt beïnvloed door emoties.<sup>33</sup> Ook heeft de mens de neiging zichzelf te overschatten. Zo denken mensen soms dat ze verstandig eten, maar is dat niet het geval. Uit de studie eetgedrag van ouderen, uitgevoerd door LASA,<sup>34</sup> blijkt bijvoorbeeld dat het voldoen aan de groenteconsumptierichtlijn wordt overschat door 18,7% van de ouderen. Zij denken aan de richtlijn te voldoen terwijl zij dat op basis van de gerapporteerde consumptiegegevens niet doen.

Tot slot zitten mensen vaak vast in vastgeroeste patronen en kiezen mensen voor de ‘standaard’.

Geconcludeerd kan worden dat het individu weliswaar een vrije keuze heeft, maar dat deze door vele factoren behoorlijk onder druk staat, waardoor deze keuze niet eenvoudig is. In het dagelijks leven laat hij zich bij het maken van keuzen onbewust door tal van andere overwegingen dan gezondheid leiden. Voor veel mensen verovert gezondheid alleen met sterke materiële en/of morele prikkels een prominente plaats in het bewustzijn. De omgeving stimuleert het bewustzijn van gezondheid lang niet altijd; werkt zelfs tegen door de dynamiek in maatschappij, slechte informatievoorziening en een grote hoeveelheid aan keuzemogelijkheden.

#### *Conclusie*

Uit het eerste hoofdstuk blijkt dat de oorzaken van welvaartsziekten bij verschillende actoren en factoren liggen. Preventie van welvaartsziekten is daarmee niet alleen een zaak van het individu. Zowel omgeving als individu hebben belang en kunnen invloed uitoefenen op de gezondheidstoestand. De betrokkenheid van de overheid bij de stimulering van gezond gedrag vindt zijn rechtvaardiging in gezondheid als publiek belang, een falende gezondheidsmarkt en een falende overheid.



Informatievoorziening is niet optimaal, derden worden geraakt door het ongezonde gedrag van anderen en er zijn kwetsbare groepen in de samenleving, die onevenredig gevoelig zijn voor welvaartsziekten. Daarnaast leidt ons verzekeringsstelsel tot averechts gedrag en zet ook de productmarkt niet aan tot gezond gedrag. En last but not least blijkt de mens niet geneigd te zijn tot het maken van rationele keuzen. Het incentivesysteem van onze gezondheidszorg is daarmee niet toereikend voor een efficiënte en effectieve aanpak van welvaartsziekten.

## 3 Rol van de overheid

### 3.1 Inleiding

Passend bij het type aandoeningen en de behoeften vanuit de samenleving was de afgelopen 50 jaar de Nederlandse gezondheidszorg sterk georiënteerd op het wegnemen van de oorzaken van ziekten via curatie (herstel van schade) en care (het bieden van zorg, verpleging en ondersteuning). Naar de laatste internationale inzichten wordt gezondheid als volgt gedefinieerd: ‘the ability to adapt and self manage’ in the face of social physical and emotional challenges. Gezondheid is het vermogen je aan te passen aan de ups en downs in lichamelijk en geestelijk functioneren en maatschappelijke participatie.<sup>35</sup> Steeds meer ziekten, met name welvaartsziekten, verdwijnen niet meer. Het gaat er dus om te leren leven met beperkingen. Beperkingen zijn niet te vermijden, maar we doen de mensheid tekort als we niet verder kijken en op zoek gaan naar andere manieren om gezondheid in termen van ‘vrij van ziekten’ te versterken. De nadelige gevolgen van welvaartsziekten zijn niet alleen vanuit curatie en care op te lossen. Door nadruk te blijven leggen op cure en care zal het aantal mensen met een chronische aandoening blijven stijgen, de gevolgen voor de economie nog meer voelbaar worden en de zorgkosten verder stijgen. Voor een gezonde samenleving en een gezonde individu is deze aanpak onvoldoende. Een gezonde samenleving vraagt én het voorkomen van gezondheidsproblemen én hulp bij het omgaan met reeds bestaande gezondheidsproblemen. De RVZ heeft in ‘van zz naar gg’ uitgebreid stil gestaan bij de noodzakelijke shift in het denken over gezondheidszorg: van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag. Een efficiënt en effectief preventiebeleid dat onderdeel vormt van de cure en care draagt bij aan de focus op gezondheid en gedrag.<sup>36</sup> In dit verband is het Health developmentmodel van Bauer e.a. interessant.<sup>37</sup>

Figuur 3.1

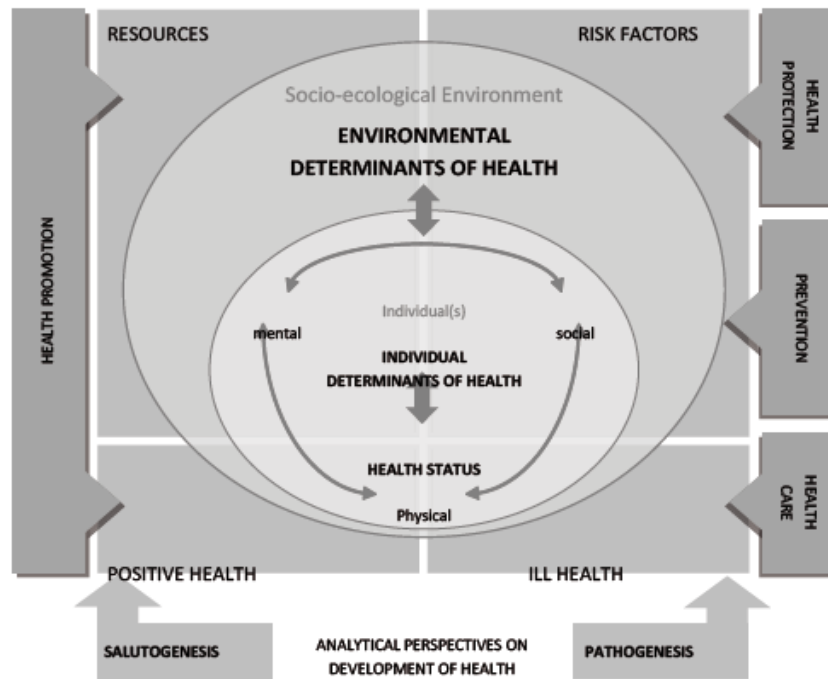


Figure 2: EUPHID Health Development Model

In dit model worden zz en gg samengebracht. Volksgezondheid is vooral nog gebaseerd op het bestrijden van ziekteverwekkers (pathogenese). Ziekte en risico's hebben daarmee een prominente focus gekregen in het streven naar gezondheid. Het is in ons hele zorgsysteem verweven. Neem bijvoorbeeld gezondheidsuitkomsten die biomedisch geformuleerd worden zoals: 'verlagen van de bloeddruk' en 'verlagen van de suikerspiegel'. Pathogenese richt zich op ziekteverwekkers en de oplossingen die daarvoor worden gezocht, liggen op medisch vlak. Teveel aandacht op pathogenese werkt daarmee medicalisering in de hand. Het draagt juist bij aan afhankelijkheid en minder zelfstandigheid.

Een relatief nieuwe benadering is salutogenese die vanuit een andere focus naar gezondheid en gezondheidsbevordering kijkt. Bij salutogenese staan de krachten die bijdragen aan gezondheid centraal; het gaat juist om de oorzaken van gezondheid. De focus ligt op die capaciteiten binnen individuen en in de sociale en fysieke omgeving die mensen in staat stellen om, ondanks allerlei stressvolle gebeurtenissen, gezondheid te behouden. Salutogene interventies faciliteren en versterken (het aanwenden van) deze capaciteiten. Doel van het model is die krachten te mobiliseren, die mensen zelf in staat stellen hun gezondheid te verbeteren zodat zij de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid ook kunnen nemen. Salutogene interventies moeten daarom gezocht worden in zowel de curatieve sector als in de caresector en bij preventie. Gezondheid en gedrag wordt op deze manier in het hele gezondheidsstelsel verweven. Door de aanpak van welvaartsziekten vanuit dit model in ogenschouw te nemen wordt recht gedaan aan de complexiteit van welvaartsziekten.

### 3.2 De gezondheidsnota 2011

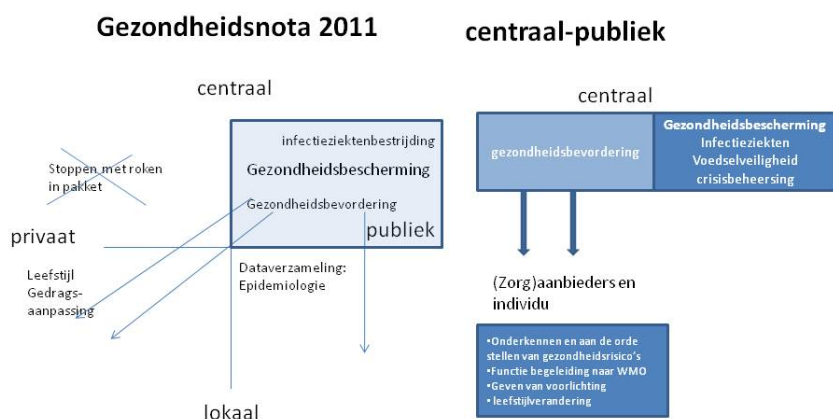
In mei 2011 heeft de minister de landelijke gezondheidsnota 'gezondheid dichtbij' uitgebracht. In de nota benoemt de minister de landelijke prioriteiten voor publieke gezondheid. Het Kabinet staat voor eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen, ook als het om gezondheid gaat. De nota hanteert drie uitgangspunten voor het beleid:

- Wat kan de Nederlander zelf?
- Wat kan in zijn directe leefomgeving worden georganiseerd?
- Wat doet de overheid?

De minister heeft met deze nota belangrijke keuzen gemaakt voor het toekomstige gezondheidsbeleid. Interventies die niet werken, worden niet meer gefinancierd; gezondheidsbeleid hoort zo dicht mogelijk bij de burger gevoerd te worden; door het blijven hanteren van de prioriteiten overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholbeleid erkent de minister de negatieve impact hiervan voor een gezonde samenleving. In onderstaand schema worden de grootste veranderingen aangegeven.

Figuur 3.2

## Verantwoordelijkheidstoedeling preventie beleid



De aanpak wordt niet zozeer gezocht in andere maatregelen maar in het verschuiven of schrappen van - ineffectieve - maatregelen. Vooral activiteiten die onder gezondheidsbevordering vielen, worden verschoven, enerzijds richting de gemeenten en anderzijds richting zorgaanbieders en de individu. Daarnaast zijn maatregelen om de doelen van het gezondheidsbeleid te effectueren vooral gelegen op het vlak van ziekte en zorg. Prikkel voor gezond gedrag zijn vooral gericht om het gebruik van zorg te verminderen in plaats van het gebruik van zorg te voorkomen. Voorbeelden zijn het uit het pakket halen van stoppen met roken; de eigen bijdrage in de GGZ en dieetadvisering uit het basispakket en preventie in de zorgstandaard. Ziekte is dan al een feit.

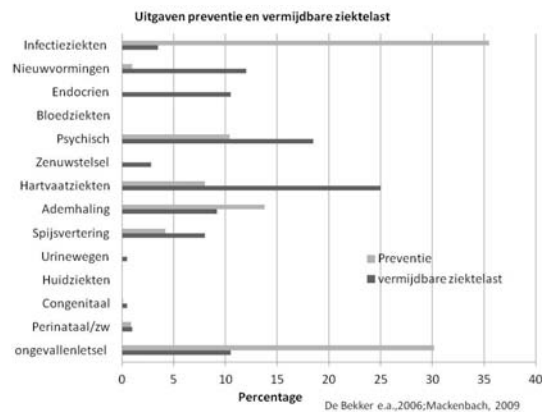
De bestrijding van welvaartsziekten vraagt van de overheid een andere inzet. Namelijk inzet ten behoeve van het behoud van gezondheid. De uitgangspunten van de nota gezondheidsbeleid - zoveel mogelijk zelf doen en in de directe leefomgeving aanbieden - blijven daarmee overeind. Het vraagt echter een andere set aan spelregels vanuit de rijksoverheid.

### 3.3 Andere set spelregels

Onze genen zijn nog niet aangepast aan de huidige omgeving en samenleving. Aan de ene kant betekent dat in de oplossingsfeer dat we weerstand moeten bieden aan de oerdrift voedsel en ongezonde genotsartikelen te nuttigen en aan de andere kant dat we de omgeving anders moeten inrichten.<sup>38</sup> De overheid heeft de volgende mogelijkheden om welvaartsziekten zo aan te pakken dat er op lange termijn gezondheidswinst te realiseren is.

- A. Gezondheidsbescherming = het behoud van gezondheid. Vanuit dit principe betekent gezondheidsbescherming:
1. omstandigheden veiliger maken,
  2. weerbaarheid vergroten.
- B. Een tweede noodzakelijkheid is het gezondheidszorgsysteem zo aan te passen dat het naast ziektebestrijding, ook streeft naar behoud van gezondheid. Enerzijds gaat dat om herziening van de prikkels in het verzekeringssysteem; anderzijds gaat het om de verdeling van financiële middelen die beschikbaar zijn voor preventie.
- Onderstaand plaatje laat zien dat de uitgaven aan infectieziektenbestrijding hoog zijn en de verlaging van de ziektelast laag. Ook laat het zien dat op bijvoorbeeld hart- en vaatandoeningen met iets meer budget, heel veel meer gezondheidswinst is te behalen.

Figuur 3.3



- C. Ten slotte is het noodzakelijk dat de diverse inspanningen voor preventieve zorg elkaar stimuleren en bijdragen

aan effectiviteit. Het is de taak van de rijksoverheid om te zorgen voor een preventiebeleid waarin gezondheid en gezond gedrag beloond en gestimuleerd wordt.

*Ad A. Verbreden gezondheidsbescherming  
Omstandigheden veiliger maken*

Om het adaptieproces van gezonde leefstijlpatronen te versnellen is het belangrijk dat de overheid sterker inzet op voedselveiligheid. Het is opvallend dat al in 2003 werd geconcludeerd dat in de eenentwintigste eeuw de grootste gezondheidsbedreiging in relatie tot voeding overgewicht zou zijn door een onbalans tussen inname en verbruik van calorieën. Er is toen becijferd dat ruwweg één op de zes sterfgevallen in Nederland toe is te schrijven aan ongezonde voeding, en één op veertienhonderd aan onveilig voedsel (Bol, 2003). Uit promotieonderzoek uit 2009 blijkt dat in Nederland een nogal technische benadering van het begrip voedselveiligheid de boventoon voert en dat beleidsdiscussies over de efficiency van de markt en de Nederlandse concurrentiepositie richting geven aan de besluitvorming terzake.<sup>39</sup> Kort gezegd het belang van gezondheid prevaleert niet. Nemen we gezondheid en behoud van gezondheid als uitgangspunt, dan zou de focus van voedselveiligheid liggen op gezond blijven. De verantwoordelijkheid van de rijksoverheid richting de voedingsindustrie gaat dan verder dan de minister in de nota gezondheidsbeleid aangeeft. Denk aan het stellen van eisen aan de transparantie van de betekenis van de inhoud van het product voor de gezondheid. Om te begrijpen hoeveel zout, suiker en vet er in producten zit, moet de consument in de huidige situatie bijna diëtist zijn. Het moet consumenten zo gemakkelijk mogelijk worden gemaakt om te kunnen kiezen voor gezonde voeding. In Groot Britannië geldt een eenvoudig kleurcoderingssysteem van bolletjes (zogenoemd stoplicht) waardoor in één oogopslag duidelijk is of er nou veel (rood), gemiddeld (oranje) of weinig (groen) suiker, vet of zout in zit. Dit systeem geeft heldere informatie zonder dat de overheid keuzen beperkt. Juist voor kwetsbare groepen vergroot dit de mogelijkheid om bewuster te kunnen kiezen.

Daarnaast kan de overheid via BTW maatregelen stimuleren en faciliteren dat er een goedkoper aanbod van 'gezond' voedsel komt. Ook kan zij sterker inzetten op het verhogen van de traceerbaarheid van producten of ingrediënten. De overheid kan verder eisen stellen aan de samenstelling van producten zodat deze gezonder worden gemaakt. Investeren in product-modificatie is nodig.

### *Weerbaarheid vergroten*

Willen consumenten hun verantwoordelijkheid kunnen waarmaken, dan zullen ze voldoende kennis moeten hebben over gezonde voeding, beweging en effecten van genotsartikelen. Maar ze moeten die kennis vooral ook in praktijk kunnen brengen.

De inzet op leefstijlinterventies moet sterker gericht zijn op het bereiken van hoog risico- en kwetsbare groepen. De juiste voeding is bijvoorbeeld voor een kwetsbare groep als chronisch zieke kinderen essentieel vanwege de preventieve werking op gezondheid als ook door de curatieve werking op de aandoening. Voeding is voor hen feitelijk een deel van de medische behandeling. Uit een analyse van SEO blijkt dat de juiste voeding op jonge leeftijd later zorgkosten kan besparen<sup>40</sup>. Voor begeleiding en ondersteuning ter vergroting van de weerbaarheid is nu nog weinig oog<sup>41</sup>.

Veel preventieve interventies worden nu vooral benut door mensen die zich toch al bewust zijn van gezondheid. Dus hoewel lageropgeleiden meer zorgvragen hebben en meer gebruik maken van zorg, zijn zij moeilijk te bereiken voor preventieve interventies. Om dat te bereiken moet bij beleidsmaatregelen gebruik worden gemaakt van de kennis over keuzegedrag en is inzicht nodig in het irrationele gedrag van de mens. Keuzevrijheid of mensen aan sporen tot verstandige keuzen: het lijkt haaks op elkaar te staan. Maar dat hoeft niet zo te zijn. Met nudging maak je de gezonde keuze makkelijker en de ongezonde keuze een stuk moeilijker omdat je er veel meer voor moet doen. Nudging kan helpen anders te kiezen zonder dat mensen er eerst heel bewust bij hoeven na te denken. Het gaat verder dan verleiden: het is beïnvloeding zonder de keuzevrijheid aan te tasten.<sup>42</sup> Verbieden of gebieden maakt mensen niet zelf verantwoordelijk, maar door gebruik te maken van nudging onderken je als overheid de beperkingen van mensen om datgene te kiezen wat ze op lange termijn graag willen. Het versterkt de autonomie van de mens, want hierdoor help je ze te kiezen waar ze uiteindelijk het meest gelukkig mee zijn, namelijk een goede gezondheid. Het aspect nudging moet in beleidsmaatregelen steeds worden meegenomen.



*Ad B. Uitgaven anders inzetten*

De disfunctionerende markt borgt het publiek belang van gezondheid momenteel niet. Perverse prikkels moeten worden aangepakt. Eerder werd al gesproken over maatregelen ten behoeve van goedkopere gezonde voeding. Maar het gaat ook om de omkering van de prijs voor gezondheid en de prijs voor zorg. Nu is zorg goedkoop en gezondheid duur. Zorg is verzekerd en preventieve maatregelen voor behoud van gezondheid niet. Prikkels in beleidsmaatregelen moeten de voorkeur voor gezondheid stimuleren.

*Ad C. Integrale en complementaire aanpak*

Om gezondheid centraal te stellen moet de overheid er zorg voor dragen dat het beleid gevoerd op zorg en ziekte niet contrair werkt op gezondheid en gedrag. De overheid moet daarbij oog hebben voor het netwerk aan beleidsmaatregelen dat nodig is om complexe problemen aan te pakken. Meerdere aanpakroutes zijn tegelijkertijd nodig. Een voorbeeld is de preventieve mondzorg van de jeugd. De opname van mondzorg in het basispakket blijkt niet de juiste of voldoende prikkel te zijn voor verbetering van de mondgezondheid van de jeugd,<sup>43</sup> gelet op de toename van het weggrottende gebit van de jeugd. Er is dus meer of iets anders nodig: een passend preventiebeleid.

Daarnaast is een sterkere verbinding nodig tussen de verschillende sectoren die met hun rijksbeleid de gezondheid van burgers beïnvloeden. Ook het gemandateerde en gedelegeerde preventiebeleid, gevoerd door gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en GGDen, moet verbonden blijven aan het rijksbeleid. De rijksoverheid is hier verantwoordelijk voor. Zo is er nu nog nauwelijks verbinding tussen eerstelijnszorg en de collectieve preventie van de GGD. Hoe komt die oudere patiënt met een hoog valrisico vanuit de spreekkamer in het beweegprogramma van de gemeente terecht? En het kind met overgewicht dat wel door schoolarts en huisarts is gezien, maar waarvan de ouders niet weten dat er een speciaal wijkgericht programma is voor ouders en kinderen met overgewicht?

De eerstelijnszorg staat dicht bij de zorgvrager en zijn omgeving en is in staat de SEGV's te duiden in relatie tot de individuele zorgvrager. Zorgprofessionals krijgen inzicht in de drijfveren achter de keuzen van de zorgvrager. Zij zijn dan in staat om passende informatie te geven op basis waarvan een zorgvrager zijn keuzen kan maken.

Verbindingen moeten worden gelegd tussen gedrag, leefomgeving, curatieve zorg, publieke gezondheid en arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. De zorgprofessional heeft kennis over zowel individuele gezondheidsrisico's als over preventieve interventies. Deze kennis wordt momenteel vooral benut bij geïndiceerde preventie. De kennis van de zorgprofessionals kan echter ook van groot nut zijn in het kader van de publieke gezondheidszorg gericht op groepen met verhoogd risico (selectieve preventie).

Gemeenten zijn op grond van de Wet publieke gezondheid verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg. Nauwe samenwerking tussen de publieke gezondheid en de eerstelijnsgezondheidszorg draagt bij aan een effectiever preventiebeleid. Beleidsmatig en financieel zijn preventie activiteiten van gemeenten en zorg nog twee gescheiden werelden. De beleidsmatige prikkels en stimuleringsmaatregelen in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn nog teveel alleen gericht op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De huidige disease-managementprogramma's starten op het moment dat de burger bij de huisarts komt. In de zorgstandaarden moet ruimte zijn voor een wijkgerichte benadering zodat collectieve preventie een plek krijgt in de eerstelijnsgezondheidszorg.

#### *Conclusie*

Om een gezonder leefpatroon te bevorderen, is het meest te verwachten van een netwerkstrategie. Deze strategie moet niet alleen gericht zijn op het voedselaanbod, maar ook op de consument en zijn omgeving. Dit vereist een combinatie van prijsbeleid, wetgeving, horecabeleid, maatregelen voor openbare ruimten, de juiste informatie en normverandering. Deze maatregelen moeten er uiteindelijk toe leiden dat 'de gezonde keuze' ook de 'gemakkelijke keuze' wordt. Hiervoor is een actieve opstelling van de overheid nodig, samen met de diverse maatschappelijke instellingen.

## Noten

---

- <sup>1</sup> WRR, het borgen van publiek belang, 2000.
- <sup>2</sup> Grondwet artikel 22: De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.
- <sup>3</sup> Van Binsbergen, JJ. De Klaat zien dat echt – van Eekelen A. ‘Voedingsleer en ziekte in de medische geschiedenis van de afgelopen eeuw’. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 2204-7.
- <sup>4</sup> Trowell HC, Burkitt DP. 1981. *Western Disease: their emergence and prevention*. London: Edward Arnold Publishers Ltd.
- <sup>5</sup> Weijnen & Ficq-Weijnen, 1993.
- <sup>6</sup> Encyclo, 2008.
- <sup>7</sup> WHO Information Note - Issue 1, Geneva, 23 July 2010.
- <sup>8</sup> Model van Lalonde: Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
- <sup>9</sup> RIVM, Centrum voor gezond leven, [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)
- <sup>10</sup> RIVM, Dutch National Food Consumption Survey 2007-2010.
- <sup>11</sup> Preventiebeleid voor de volksgezondheid TK 2008–2009, 22 894, nr. 209.
- <sup>12</sup> WRR, de menselijke beslisser, over de psychologie van keuze en gedrag. Amsterdam, 2009.
- <sup>13</sup> Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) «Gezond Gedrag Bevorderd»
- <sup>14</sup> Omgevingsfactoren. Bron NOV op basis van :An “ecological” approach to the obesity pandemic, G. Egger en B. Swinburn. *BMJ*, 315, 477, 23 augustus 1997.
- <sup>15</sup> Ziekte in Nederland, J. Mackenbach.
- <sup>16</sup> RIVM VTV 2010, gezondheid en determinanten pag. 26.
- <sup>17</sup> Risicogesellschaft, Auf dem weg in eine andere Moderne, U. Beck 1986.
- <sup>18</sup> E. Rogers, Diffusions of innovations, New York, The free press, 1995.
- <sup>19</sup> Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) «Gezond Gedrag Bevorderd»
- <sup>20</sup> Denk daarbij aan overlast voor de burens door een wasmachine tegen de muur die grenst aan het huis ernaast. Op dit op te lossen is overheidsingrijpen niet nodig en niet subsidiair (Coase theorema)
- <sup>21</sup> C.N. Teulings, A.L. Bovenberg en H.P. van dalen (2003), De calculus van het publieke belang, kenniscentrum voor ordeningsvraagstukken.
- <sup>22</sup> (NOV). 2008. *Moeder eet graag vet, kind erft die voorkeur* [Internet]. Nederlandse Obesitas Vereniging, 21-11-2008]. [http://www.obesitasvereniging.nl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2494&Itemid=415](http://www.obesitasvereniging.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=2494&Itemid=415). (NOV). 2008. *Te dik even slecht als warmer klimaat* [Internet]. Nederlandse Obesitas Vereniging, 21-11-2008. [http://www.obesitasvereniging.nl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2215&Itemid=316](http://www.obesitasvereniging.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=2215&Itemid=316)

- 
- 23 European College of Neuropsychopharmacology (ENCP) september 2011.
- 24 Van eerste lijn naar primaire gezondheidszorg, achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag 2010.
- 25 Cade, J., et.al., Costs of a healthy diet: analysis from the UK Women's Cohort Study, 1999.
- 26 [www.tno.nl](http://www.tno.nl)
- 27 Risk Adjustment, Innovation and Prevention; Karel Eggleston, Randall P. Ellis and Mingshan Lu; july 2009
- 28 D. Kahnman en A. Tversky, choices, behavior and frames, 2000 Cambridge university press.
- 29 Uitgestelde behoefte: Experiment Walter Mischel: 4 jarige kinderen kregen één snoepje onder hun neus. De begeleider ging even weg. Het kind kreeg vooraf te horen dat als het snoepje bij terugkomst er nog lag, het er twee kreeg. Er ontstonden duidelijk twee groepen: de impulsieve beslissers en de geduldigen. Na 40 jaar heeft Mischel een soortgelijk onderzoek op dezelfde groep gedaan. De uitkomst was dat de impulsieve nog steeds impulsief waren en de geduldigen nog steeds geduldig. (bron: Weil cornell medical college, New York 31 augustus 2011, W. Mischel en B.J. Casey).
- 30 Klankbordgroep 21 augustus 2011.
- 31 De menselijke beslisser, over de psychologie van keuze en gedrag; Gedragseconomie in de praktijk, Jan Potters en Henriette Prast, Den Haag 2009.
- 32 Groenewoud proefschrift 'It's your choice!' nog aanvullen
- 33 (Schwartz 2004, de paradox voor keuzes, hoe teveel een probleem kan zijn).
- 34 Longitudinal Aging Study Amsterdam, Eetgedrag van ouderen, Mw. prof. dr. ir. M. Visser en Mw. ir. C. Dijkstra 2011.
- 35 [www.zonmw.nl/organisatie/publicaties/mediator](http://www.zonmw.nl/organisatie/publicaties/mediator), Herformulering gezondheidsdefinitie WHO, 9 augustus 2011, Maarten Evenblij.
- 36 Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) «Gezond Gedrag Bevorderd»
- 37 M.A. Koelen, New Kids on the Block, Wageningen University, Inaugural lecture upon taking the post of Professor of Health and Society at Wageningen University. 10-03-2011.
- 38 Frits Muskiet, hoogleraar Pathofysiologie aan de RUG.
- 39 Mw. DR. K.T. Paul, Food Safety: A Matter of Taste? Food Safety Policy in England, Germany, the Netherlands, and at the Level of the European Union, VU Amsterdam.
- 40 Effecten van voedingszorg door LKZ-scholen, een verkennende kosten-batenanalyse, SEO september 2010
- 41 Voeding en gezondheid op LZK-scholen: het meidsch perspectief, Ir. A.C. de Ridder, Innovatienetwerk, 2010
- 42 Krispijn Faddegon, 31 mei 2011, Debat nudgen of verbieden, internet; boek over nudging.

---

<sup>43</sup> Hoogleraar tandheelkunde van het UMC St. Radboud in Nijmegen Gert-Jan Truin; TNO doet nog onderzoek.