

Leren van de buren

Leren van de buren

Beleid publieke gezondheid internationaal gezien:

roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Leren van de buren

*Beleid publieke gezondheid internationaal bezien:
roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheids-
achterstanden, jeugd, screening*

Eindredactie: E.A. van der Wilk, J.M. Melse, J.M. den Broeder, P.W. Achterberg



Bohn
Stafleu
Van Loghum

rivm

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden
© 2007, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Citeren

Wilk EA van der, Melse JM, Broeder JM den, Achterberg PW (eindred.). Leren van de burens. Beleid publieke gezondheid internationaal bezien: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd, screening. RIVM-rapportnr. 270051010. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007.

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten
Het Spoor 2
3994 AK Houten

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die noch-
tans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aanspra-
kelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne
aanbevolen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd,
opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op
enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier,
zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever. Voorzover het ma-
ken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto
het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb.
471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen
te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen
van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16
Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270051010
ISBN-13: 978-90-3135-139-8
NUGI: 882

VOORWOORD

Nederland staat van oudsher bekend als land dat veel buiten de eigen grenzen kijkt, proactief bezig is met internationale samenwerking en met internationale uitwisseling van mensen, ideeën en goederen. Net als andere landen kijken we graag naar het buitenland om te zien hoe goed we het doen, ook als het om de volksgezondheid gaat. De veronderstelling is dan dat Nederland het overal op alle terreinen zeer goed doet en tot de top 5 behoort.

Hoewel het gezondheidspeil in Nederland redelijk goed te noemen is, zijn er ook nog problemen die zorgen baren en om actie vragen. In eerdere 'Volksgezondheid Toekomst Verkenningen' (VTV) constateerde het RIVM eerst dat de stijging van de levensverwachting in ons land stagneerde in vergelijking met andere landen en later dat Nederland niet langer bij de absolute wereldtop behoort op gezondheidsgebied. Daarnaast lieten de VTV-rapporten zien dat Nederlandse burgers met een lage opleiding of een laag inkomen vele jaren korter in goede gezondheid leven dan burgers die hoger op de sociale ladder staan, en ze leven ook enkele jaren korter. Een groot deel van onze Nederlandse ongezondheid is in principe vermijdbaar door een betere individuele en collectieve levensstijl. Dat is een pijnlijke conclusie. Het is geen troost, maar eerder een stimulans tot actie.

Internationale vergelijkingen kunnen duidelijk maken hoe onze gezondheid ervoor staat en helpen om doelen te stellen voor onze nationale ambities. Voor die benchmarking zijn internationaal vergelijkbare data over de gezondheidstoestand belangrijk, maar ook informatie over epidemiologische oorzaken (risicofactoren) en over gezondheidszorg (kosten, volume). De VTV-rapporten besteden daar ruim aandacht aan.

Het is belangrijk voor VWS om goed op de hoogte te zijn van het gezondheidsbeleid in andere landen. Ontwikkelingen in gezondheidsbeleid in andere landen kunnen relevant zijn, omdat ze trends aankondigen, nieuwe visies laten zien of interessante voorbeelden en leermomenten bevatten. Wat zijn nieuwe prioriteiten en waarom? Hoe worden die aangepakt? Wat waren succesfactoren? Waar ging het mis? Hoe ziet men de rol van het beleid? Welke wetten en regels zijn ingevoerd? Welke organisatievormen zijn geïmplementeerd? Werkt dat uitgezette beleid wel?

Het is verder ook zinvol om ten behoeve van de eigen beleidsvoorbereiding goed zicht te hebben op actuele discussies die internationaal rond volksgezondheid spelen. Denk aan de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Wereldbank, de Raad van Europa en aan de Europese Unie (EU). Deze organisaties kunnen een rol spelen bij noodzakelijke beleidsvernieuwing doordat ze ons spiegels voorhouden.

Het RIVM is gevraagd om voor VWS een internationaal overzicht te geven van beleidsontwikkelingen op het terrein van de publieke gezondheidszorg, oftewel de volks-

gezondheid. Daarbij is gekozen voor enkele belangrijke speerpunten uit het nationale preventiebeleid, die in afzonderlijke hoofdstukken worden uitgewerkt: roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd en screening.

Dit rapport is tot stand gekomen door een intensieve samenwerking tussen onderzoekers van het RIVM, beleidsmedewerkers van VWS en experts uit het veld. Het onvermijdelijke nadeel van dit rapport is dat het schiet op een 'moving target'. Tijdens het schrijven zijn in sommige landen alweer nieuwe beleidsdocumenten uitgekomen en is soms ook nieuw beleid gestart. Het voordeel van dit rapport is dat het inspiratie kan bieden om vaker naar het buitenland te kijken bij de nationale beleidsvoorbereiding.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'H' and 'G' followed by several vertical strokes.

Hans de Goeij

Directeur-generaal van de Volksgezondheid

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 5

KERNBOODSCHAPPEN 9

INSPIRATIES EN OBSERVATIES - 'WIST U DAT...' 15

1 INLEIDING 19

- 1.1 Aanleiding voor het rapport 19
- 1.2 Beleid Publieke Gezondheid:
wat is het en waarom naar andere landen kijken? 20
- 1.3 Methoden en werkwijze 24
- 1.4 Leeswijzer 25
Literatuur 27

2 ROKEN 30

- 2.1 Inleiding 31
- 2.2 Internationale kaders en antirookbeleid 35
- 2.3 De beleidspraktijk rond roken 39
- 2.4 Discussie en conclusies 47
Literatuur 51

3 ALCOHOL 54

- 3.1 Inleiding 55
- 3.2 Internationale kaders en alcoholbeleid 59
- 3.3 De beleidspraktijk rond alcohol 63
- 3.4 Discussie en conclusies 75
Literatuur 80

4 OVERGEWICHT 84

- 4.1 Inleiding 85
- 4.2 Internationale kaders en beleid rond overgewicht 89
- 4.3 De beleidspraktijk rond overgewicht 91
- 4.4 Landenvergelijking van beleid tegen overgewicht 95
- 4.5 Discussie en conclusies 105
Literatuur 110

5 DEPRESSIE 113

- 5.1 Inleiding 115
- 5.2 Beleid in Nederland 119
- 5.3 Nederlands beleid in relatie tot internationale beleidskaders 122
- 5.4 Beleid van voorbeeldlanden op preventie van depressie 129
- 5.5 Discussie en conclusies 135
Literatuur 141

6 GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN 145

- 6.1 Inleiding 147
- 6.2 Internationale beleidskaders 149
- 6.3 Beleidspraktijk rond gezondheidsachterstanden 153
- 6.4 Discussie en conclusies 167
- Literatuur 173

7 JEUGD 177

- 7.1 Inleiding 179
- 7.2 Internationale beleidskaders 182
- 7.3 Visies op jeugdbeleid 185
- 7.4 Lokale samenwerking in laagdrempelige centra 191
- 7.5 De Gezonde School 197
- 7.6 Discussie en conclusies 203
- Literatuur 210

8 SCREENING 216

- 8.1 Inleiding 217
- 8.2 Internationale beleidskaders 218
- 8.3 Nieuwe ontwikkelingen in bestaande screening 222
- 8.4 Nieuwe screeningsprogramma's 237
- 8.5 Discussie en conclusies 244
- Literatuur 248

BIJLAGEN

- 1 Lijst van auteurs, referenten en overige medewerkers aan het rapport 253
- 2 Lijst van afkortingen 255
- 3 Publieke gezondheid en beleid: 'What's in a name?' 259
- 4 Roken 269
- 5 Overgewicht 273
- 6 Depressie 275
- 7 Screening 277

KERNBOODSCHAPPEN

Het beleid publieke gezondheid in andere landen kan ons nog veel leren en ons inspireren

Dit rapport 'Leren van de burens' beschrijft hoe verschillende landen hun beleid voor publieke gezondheid vormgeven, om daardoor geïnspireerd te worden en ervan te leren. De VTV-2006 'Zorg voor gezondheid' concludeerde dat Nederland niet langer bij de EU-top behoort op gezondheidsgebied. Ook leven Nederlanders in een mindere sociaal-economische positie aanzienlijk korter, waarvan ook nog meer jaren in slechtere gezondheid. Een flink deel van de Nederlandse ongezondheid is in principe vermijdbaar door preventie op individueel en collectief niveau, waarvoor nationaal publiekegezondheidsbeleid vereist is. Internationaal vergelijken kan dan helpen om te leren van anderen en haalbare doelen te vinden voor nationale gezondheidsambities. VTV-2006 gaf ook al aandacht aan het beleid publieke gezondheid in andere landen. De conclusie daarin was dat Nederland van de burens kan leren onder meer op het gebied van samenwerking, onderzoek, evaluatie van beleid en duurzaam leiderschap in de volksgezondheid.

Het huidige rapport beschrijft daarom in zeven - ook afzonderlijk te lezen - hoofdstukken in meer detail verschillende voorbeelden van beleid in andere landen. Gekeken is naar het beleid voor de aan leefstijl gerelateerde factoren roken, alcohol en overgewicht en voor depressie, alle speerpunten van de recente preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Vervolgens wordt buitenlands beleid beschreven voor ook in Nederland belangrijke terreinen als gezondheidsachterstanden en jeugd, en tot slot het beleid in verschillende landen voor het sterk in beweging zijnde veld van screeningen. Voor elk thema zijn tevens de internationale context en beleidskaders kort weergegeven. De voorbeelden van buitenlands publiekegezondheidsbeleid in dit rapport kunnen het ministerie van VWS en andere spelers informeren en inspireren tot nieuwe wegen in beleid en de organisatie daarvan. Door de vele verschillen tussen landen onder andere wat betreft de organisatie en financiering van het publiekegezondheids- en zorgsysteem zullen deze voorbeelden niet steeds direct overdraagbaar zijn, maar ze kunnen samen met de internationale kaders een frisse blik op het eigen beleid bevorderen. Hieronder zetten we de belangrijkste bevindingen op een rij. Gezien de diversiteit in dit rapport en de nadruk op voorbeelden, volgt hierop een lijst met 'inspiraties en observaties' per thema.

Belangrijkste bevindingen

Andere landen laten Nederland zien dat meer en beter integraal beleid nodig en mogelijk is

Ongezond gedrag, gezondheidsachterstanden en ziekte zijn niet alleen kenmerken van individuen, maar worden ook in sterke mate bepaald door de sociale en fysieke omgeving waarin mensen geboren worden, opgroeien en leven. Publiekegezond-

heidsbeleid vergt daarom een intensieve en integrale aanpak: een combinatie van instrumenten die zich niet alleen op het individu richten, met oog voor de complexe samenhangen tussen de diverse terreinen binnen en buiten de volksgezondheid. Zo'n integrale aanpak heeft in Nederland inmiddels gewerkt bij tabaksgebruik en verkeersveiligheid en biedt ook perspectieven voor schadelijk alcoholgebruik en overgewicht. In andere landen wordt integraal gezondheidsbeleid nog meer en beter ingezet om de gezondheid te verbeteren, onder andere door het terugdringen van (sociaal-economische) gezondheidsachterstanden.

- De systematische inzet van integraal gezondheidsbeleid voor jeugd en gezondheidsverschillen vanuit een nationale strategie blijkt vruchten af te werpen in onder andere Engeland en Zweden.
- Een intersectorale aanpak voor een gezonde omgeving vergemakkelijkt individueel gezond gedrag (roken, alcohol, overgewicht) en kan tegelijk effect hebben op sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) en de gezondheid van de jeugd.
- Het belang van integraal beleid geldt ook voor psychische gezondheid: zo wordt in Australië vanuit een holistische visie intersectoraal samengewerkt in partnerships (huisvesting, werkgelegenheid, onderwijs, welzijn, justitie) om een omgeving te bevorderen die een positieve invloed heeft op de psychische gezondheid (depressie). In Schotland wordt het bevorderen van psychische gezondheid daarentegen juist weer ingezet om SEGV te verminderen.
- Om integraal beleid te kunnen voeren, is inzicht nodig in de effecten van beleid in andere sectoren op de gezondheid. Onder andere Zweden gebruikt daarom gezondheidseffectschattingen als instrument in het gezondheidsachterstandenbeleid. Elders is voorgesteld om bij ieder ministerie een 'senior public health official' te benoemen.
- Andersom heeft publieke gezondheidsbeleid ook effecten op (het beleid in) andere sectoren. Binnen een integraal gezondheidsbeleid zou dan niet alleen gekeken moeten worden naar de gezondheidswinst van bijvoorbeeld screening, maar ook naar de economische, politieke en sociale effecten ervan, zoals spanningen tussen economische vraagstimulering, individuele keuzevrijheid, collectieve aanbodbeperking en technologische voorsprong.
- Er is steeds meer internationale invloed op onze volksgezondheid. Dit gebeurt door ontwikkeling en implementatie van gezamenlijk overeengekomen EU-richtlijnen, EU-subsidies en EU-onderzoeksprogramma's, en ook via marktkrachten en marktregulering (bijvoorbeeld reclame en zelftests via internet). Integraal beleid betekent ook (pro-)actief inspelen op deze internationale dimensie.

In tegenstelling tot Nederland hebben diverse andere landen wel een nationale visie en strategie voor publieke gezondheid; dit stimuleert de samenwerking tussen ministeries

In verschillende andere landen bestaat meer dan in Nederland een expliciete nationale visie op onder andere gezondheidsachterstanden en jeugd. In zo'n nationale strategie geeft een land duidelijk aan wat de (beleids-)doelen zijn, hoe deze bereikt moeten worden en wat de verschillende partijen op lokaal, regionaal en nationaal

niveau hieraan dienen bij te dragen. Hierdoor wordt beleid systematischer en met meer oog voor andere sectoren ontwikkeld. Ook gaat het om duurzame, brede politieke overeenstemming over te voeren beleid om gezondheidsachterstanden aan te pakken, een duidelijk eigenaarschap, en een heldere aansturing. Een nationale visie gaat versnippering tegen en bevordert de samenwerking tussen ministeries onderling, en met andere overheidsorganen en partijen. Decentralisatie van beleid en verantwoordelijkheden kan beleid op maat stimuleren. Dit blijkt overigens ook tot ongewenste regionale verschillen te kunnen leiden.

- In tegenstelling tot Nederland hebben veel landen gedetailleerde nationale strategieën, actieplannen en regie, tezamen met lokale samenwerking en uitvoering op maat. Dit geldt onder meer voor alcohol, overgewicht (bijvoorbeeld Verenigd Koninkrijk, Finland, Ierland), depressie (Schotland, Finland), SEGV (Engeland), jeugd (Vlaanderen, Zweden, Engeland). Deze programma's hebben vaak een hoge mate van zichtbaarheid en eigenaarschap bij de ministeries.
- Duidelijk eigenaarschap en heldere aansturing en coördinatie kunnen op verschillende manieren bereikt worden: één ministerie voor zowel volksgezondheid als sociale zaken versterkt de samenhang tussen sociaal en publiekegezondheidsbeleid (Zweden en Finland); één minister voor fitheid (overgewicht - Engeland); één centrale commissie (diverse landen, voor onder meer alcoholbeleid); centrale rol van nationale instituut voor publieke gezondheid (Zweden, dit instituut ondersteunt tevens de implementatie, monitoring en evaluatie van beleid). Een optie is ook om bij ieder ministerie een 'senior public health official' te benoemen die wederzijds informeert en coördineert.
- Engeland en Nieuw-Zeeland (gezondheidsachterstanden) en Finland (depressie) geven enkele voorbeelden van de meerwaarde van een gezamenlijke inzet door vele ministeries.
- Een nationale visie blijkt samenwerking tussen verschillende overheden en verschillende maatschappelijke partijen te bevorderen en verkokering tegen te gaan (roken - Ierland, depressie - Schotland, 'Healthy Schools' in Engeland en Schotland).
- Decentralisatie biedt mogelijkheid tot beleid op maat, maar blijkt ook te kunnen leiden tot verschil in kwaliteit en aanbod, en geringere aandacht voor innovatie en evaluatie (bijvoorbeeld jeugd - Zweden).
- Vlaanderen laat zien dat een nationale visie en strategie op publieke gezondheid of deelterreinen ervan ook mogelijk is in 'Bismarck'-systemen zoals Nederland.

Beleid maken voor volksgezondheid soms strijdig met andere waarden en belangen

In elke beleidssector staat een ander belang centraal. Deze belangen kunnen parallel lopen met het publieke gezondheidsbelang, maar zijn er soms ook strijdig mee. Zo kunnen zich binnen en tussen overheden spanningen voordoen tussen economisch en volksgezondheidsbeleid, maar ook tussen lange- en kortetermijndoelen. De strijdigheid van belangen kan tevens spelen tussen overheid, markt en burger, in bijvoorbeeld de regulering van tabaksprijzen en de verkrijgbaarheid van screeningzelftests. Op individueel niveau bestaat de paradox tussen gezondheid als belangrijke waarde en tegelijk het kiezen voor of volhouden van ongezond gedrag. De waarde van (volks-) gezondheid blijkt kortom niet voor iedereen steeds en op dezelfde manier belangrijk.

Integraal beleid en samenwerking in platforms of partnerships kunnen manieren zijn om met spanningen tussen verschillende belangen en waarden om te gaan, en gezamenlijke kansen te creëren. Hieronder geven we een aantal voorbeelden van dilemma's en spanningen die zich kunnen voordoen en van manieren om daarmee om te gaan.

- Spanningen tussen belangen spelen tussen bestuursniveaus, tussen departementen, tussen markt en overheid en op individueel niveau: bescherming van economisch gewin, vrije markt, en keuzevrijheid versus bescherming van de gezondheid. Zo ontmoedigt de EU tabaksgebruik, maar steunde zij de verbouw van tabak, en blijven veel mensen in weerwil van kennis en gezondheidsbelang zich ongezond gedragen.
- Marktkrachten spelen ook internationaal een rol bij de beleidsvoorbereiding, vooral voor leefstijlfactoren. Zo probeerde recent de alcoholindustrie - zoals eerder de tabaksindustrie - bewijs voor de negatieve effecten van alcohol te ontkrachten en effectief beleid te voorkomen. Daarentegen hebben in de Verenigde Staten grote frisdrankproducenten vrijwillig de porties verkleind.
- Integraal beleid, partnerships en platforms kunnen gezien worden als manieren voor het omgaan met strijdige belangen. Integraal beleid en partnerships leiden in Australië (depressie) tot samenwerking tussen de sectoren huisvesting, werkgelegenheid, onderwijs, welzijn, justitie. Binnen de EU zijn er diverse platforms waarvan overheden, het bedrijfsleven en Niet-Gouvernementele Organisaties (NGO's) lid zijn (Voeding, Gezondheid en Beweging en binnenkort Alcohol).
- Het afwegen van verschillende waarden blijkt bijvoorbeeld in Zweden waar bij jongeren het belang van privacy soms ondergeschikt wordt gemaakt aan het gezondheidsbelang. Landen verschillen ook sterk in de beperking van de individuele keuzevrijheid om ongezonde producten te consumeren. Zo variëren de aanbodsbeperkingen door de overheid flink (prijzmaatregelen, accijnzen, reclamebeperkingen).
- De inzet op publieke gezondheid hangt mede af van de zittende regering en haar politieke visie op de taak van de overheid en de verdeling van verantwoordelijkheden daarin. Toch hoeven een nadruk op eigen keuze voor gezond gedrag en een overheidsinzet op structuur (werkgelegenheid, huisvesting, milieu) elkaar niet uit te sluiten, maar kunnen ze elkaar versterken. Zo is in Zweden weliswaar vooral de staat verantwoordelijk voor structurele veranderingen, maar die verbeteren de leefomstandigheden waardoor gezond gedrag makkelijker wordt. Anderzijds moedigt het Engelse beleid juist op lokaal niveau personen, gemeenschappen en de overheid aan om door samenwerking zowel gedrag van personen als leefomstandigheden te verbeteren.

Integraal beleid kan effectiever: meer wetenschappelijke onderbouwing, betere evaluatie

Bewezen effectieve beleidsmaatregelen zijn ruimer voorhanden voor roken, alcohol en depressie, dan voor gezondheidsachterstanden, de jeugdgezondheid en ook het meer recente overgewichtprobleem. Toch blijkt soms de voorkeur gegeven te worden aan maatregelen waarvan de gezondheidswinst niet is aangetoond. Het terrein van scree-

ning toont overigens aan dat ook bij wetenschappelijk onderbouwde overeenstemming over criteria voor invoering van een screening, screeningsprogramma's toch aanzienlijke verschillen kunnen vertonen.

- Niet alleen vanuit wetenschappelijke studies, maar ook vanuit de beleidspraktijk in andere landen wordt duidelijk dat veel (ook integraal) beleid effectiever kan.
- Eerste evaluaties van breed gezondheidsachterstandenbeleid in Engeland en Nieuw-Zeeland laten zien dat zulk integraal beleid vruchten afwerpt. Ook het vergroten van de draagkracht van mensen ter bevordering en handhaving van de psychische gezondheid kan 'evidence-based' zoals in Australië.
- 'Healthy Schools' vormen een voorbeeld van een intersectorale, multifactoriële en positieve benadering van de jeugd (Engeland, Schotland) die effectief lijkt. Deze aanpak wordt geaudit en geaccrediteerd, en er wordt tevens gewerkt aan de ontwikkeling van een kennisbasis.
- Tegelijk ontbreekt in veel landen waaronder Nederland, voldoende monitoring en evaluatie die gekoppeld is aan concrete doelstellingen. Voor effectiviteitsonderzoek is dat echter noodzakelijk.
- Dat monitoring en evaluatie ook voor integraal beleid mogelijk zijn, laten Engeland en Zweden zien met concrete indicatoren voor integraal beleid voor jeugd en gezondheidsachterstanden. In Australië kunnen afzonderlijke staten hun prestaties door monitoring en evaluatie onderling vergelijken (depressie).
- Hoewel voorlichting en zelfregulering populair zijn binnen beleidskringen, is hiervan het gezondheidseffect niet steeds aangetoond. In diverse andere landen worden bewezen effectieve maatregelen als prijsregulering, aanbodsbeperking en controle daarvan (roken en alcohol) en leefstijladvisering (overgewicht) stringenter en meer in samenhang ingezet. Dit geldt ook voor enkele Zuid-Europese landen die zich vaak wat minder sterk profileren op 'public health'.
- Ondanks overeenstemming over 'evidence' en criteria voor screening, zijn er toch aanzienlijke verschillen tussen landen, zoals bijvoorbeeld in het aanbieden van dikkedarmkankerscreening (wel in bijvoorbeeld Duitsland, Italië, Engeland, (nog) niet in Nederland), en in het aantal ziekten waarop met de hiepriek wordt gescreend.

INSPIRATIES EN OBSERVATIES - 'WIST U DAT...'

Roken

- Roken blijft in heel Europa een zeer belangrijke en vermijdbare oorzaak voor vroegtijdige sterfte, vooral in groepen met een (sociaal-economische) gezondheidsachterstand.
- Nederland blijft internationaal gezien achter wat betreft de daling in roken, maar een snelle inhaalslag is mogelijk.
- De prijs van een pakje sigaretten is in sommige EU-landen (Verenigd Koninkrijk) twee keer zo hoog als in Nederland. Bekend is dat prijsverhoging tot minder roken leidt.
- Het rookverbod in de horeca is in Italië (onverwacht) positief ontvangen en heeft de rookprevalentie laten dalen. Ook in Ierland en Noorwegen is rookvrije horeca goed bevallen.
- Nederland heeft vergeleken met andere landen geen streng tabaksontmoedigingsbeleid.

Alcohol

- Er zijn effectieve maatregelen zoals verminderen van de beschikbaarheid en prijsverhogingen om het alcoholgebruik bij Nederlandse jongeren terug te dringen.
- Duitsland, Zwitserland, Frankrijk, Denemarken heffen extra belasting op premixdranken (breezers).
- Frankrijk heeft een speciale wet (de 'Loi Evin') die sterke beperkingen mogelijk maakt aan alcoholreclame bijvoorbeeld richting jongeren en kinderen.
- De helft van de EU-landen ('wijnlanden') heft geen accijns op wijn. Wel wordt daar soms accijns op bier of sterke drank geheven.
- De alcoholsector probeerde recent tegen te gaan dat een standaardwerk over effectief alcoholbeleid (T. Babor et al. Alcohol: No Ordinary Commodity, 2003) gebruikt wordt in het Nederlandse beleid.
- Voor Quebec, Finland en het Verenigd Koninkrijk is geconcludeerd dat hun eerdere alcoholbeleid bij jongeren niet effectief is geweest.
- Nederland heeft een gematigd restrictief alcoholbeleid dat kan worden aangescherpt en van een meer integrale aanpak voorzien.

Overgewicht

- Sinds 1980 hebben drie keer zoveel kinderen en volwassenen in westerse landen (ook in Nederland) overgewicht.
- Veel landen hebben veel beleid tegen overgewicht ontwikkeld, maar geen enkel land meldt nog successen.
- Bij overgewichtbeleid is het belangrijk een goede rolverdeling te vinden tussen markt, overheid en individu.
- In veel landen wordt aan nieuw overgewichtbeleid gewerkt, dat verder gaat dan de eigen verantwoordelijkheid van het individu. Hier kan Nederland van leren.

- Soms frustreert de markt het beleid (het VS-bedrijfsleven kapittelde bijvoorbeeld de Letse regering voor het verbieden van frisdrank op scholen), soms ontstaan kansen via de markt (bijvoorbeeld 'Victory Camps' voor dikke kinderen).
- Regulering van het aanbod (subsidies/ accijnzen) en de marketing van obesogene voedingsmiddelen is een nog weinig gebruikt beleidsinstrument.
- De preventie en bestrijding van overgewicht zijn gebaat bij een aanpak in EU-verband.

Depressie

- Het bevorderen van psychische gezondheid maakt in tegenstelling tot de internationale aanbevelingen geen deel uit van het Nederlandse beleid op preventie van depressie.
- Nederland loopt in verhouding tot de internationale aanbevelingen en drie voorbeeldlanden achter in het voeren van integraal gezondheidsbeleid:
 - *Schotland* stimuleert gezondheidsprogramma's op school en werk, die zowel lichamelijke als psychische gezondheid op een positieve manier bevorderen. Op school worden hierin ook zelfwaardering en omgaan met pesten betrokken.
 - *Finland* stelt vanuit een nationaal project voor stimulering van lokaal beleid op psychische gezondheid, zowel landelijke aanbevelingen op als richtlijnen voor gemeenten.
 - *Australië* benadert psychische gezondheid holistisch. Integraal gezondheidsbeleid en het in samenhang uitvoeren van preventieprogramma's zijn vanzelfsprekend geworden. Daardoor kent de GGZ er nauwelijks versplintering en verkokering.
- Het huidige Nederlandse beleid op depressiepreventie kan verder uitgewerkt worden tot een landelijk samenhangend beleidskader gericht op de lange termijn.

Gezondheidsachterstanden

- Andere landen laten zien dat een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden goed mogelijk is.
- Het Engelse 'Department of Health' heeft een kleine 'Health Inequalities Unit', die via interdepartementaal werken de doelstellingen van het Engelse actieprogramma realiseert.
- Duidelijke doelen voor beleid zijn noodzakelijk evenals instrumenten die het behalen ervan meten.
- Het Zweedse publieke gezondheidsbeleid stelt zijn doelen breed: ook voor economische en sociale zekerheid, arbeidsomstandigheden en een gezonde en veilige omgeving. De uitvoering ervan gebeurt daarom voor een belangrijk deel buiten de gezondheidssector.
- In Nederland ontbreekt een nationale strategie gericht op het bestrijden van gezondheidsachterstanden.

Jeugd

- De Nederlandse jeugd is overwegend gezond, maar om de jongeren van nu ook in de toekomst gezond te houden, is adequate preventieve zorg nodig.
- Diverse landen hebben de afgelopen jaren een sterkere nationale regie voor de preventieve jeugd(gezondheids)zorg gehad dan Nederland.
- In Nederland (en Duitsland) hebben nog niet veel scholen een schoolgezondheidsbeleid, terwijl in Engeland en Schotland alle scholen snel 'Gezonde School' moeten worden.
- Voor gezondheidsbevordering op scholen is een integrale benadering, met aandacht voor psychische gezondheid, gezonde voeding en lichamelijke activiteit effectief gebleken.
- Centra voor Jeugd en Gezin kennen interessante varianten in andere landen: 'Sure Start Children's Centre' en 'Children's Trust' (Engeland), Integrale Jeugdhulp, Kind & Gezin, en Centra voor Leerlingenbegeleiding (Vlaanderen), en de 'Socialtjänst' en 'Family Welfare Centres' in Zweden.
- Andere landen leggen een sterke nadruk op een positieve benadering (Engeland, Zweden, Vlaanderen) en op een integrale en intersectorale aanpak in het jeugd-beleid.

Screening

- Ondanks brede internationale toepassing van de 'Wilson & Junger-criteria' voor screeningen, verschillen landen soms flink in hun screeningsprogramma's.
- Borstkankerscreening begint in Japan, Zweden, Verenigde Staten en IJsland al vanaf 40 jaar en in Hongarije vanaf 45, maar een gunstig effect van screenen voor het 50-ste jaar is nog niet aangetoond.
- Het aantal aangeboden uitstrijkjes gedurende het hele leven varieert sterk tussen landen: van zeven in Finland, Litouwen en Nederland tot meer dan vijftig in Luxemburg en Duitsland.
- Zeer weinig vrouwen kennen de relatie tussen baarmoederhalskanker en het Humaan Papilloma Virus (blijkt uit onderzoek in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten) en kunnen dus moeilijk voor of tegen HPV-screening kiezen.
- Neonatale screening verschilt soms sterk tussen westerse landen in het aantal te screenen ziekten en in voorlichting en vrijheid van deelname.
- Met de uitbreiding van de hielprik loopt Nederland voorop binnen Europa.
- Na een lange tijd van terughoudend beleid, moeten in Nederland sinds begin 2007 alle zwangere vrouwen geïnformeerd worden over de mogelijkheid van prenatale screening.
- Weinig Europese landen hebben beleid voor chlamydia-screening; Nederland en Engeland hebben pilots gestart.
- Nederland staat voor de uitdaging om zorgvuldig voor- en nadelen van screening te blijven afwegen, maar ook voldoende gebruik te maken van nieuwe technologie.

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding voor het rapport

Uit de laatste Volksgezondheid Toekomst Verkenning ‘Zorg voor gezondheid’ (VTV-2006) blijkt weliswaar dat de Nederlander gemiddeld weer wat langer leeft en ook meer gezonde levensjaren kent, maar ook dat Nederland niet meer bij de absolute top in Europa hoort zoals dat jaren het geval was. Bij een vergelijking van 37 indicatoren uit de domeinen gezondheidstoestand, gezondheidsdeterminanten en preventie/zorg komt Nederland binnen de EU-25 als ‘goede middenmoter’ naar voren (De Hollander et al., 2006).

Een andere boodschap uit de VTV-2006 is dat laagopgeleiden korter leven en meer gezondheidsproblemen hebben dan hoogopgeleiden. Deze ongewenste gezondheidsverschillen zijn bovendien de afgelopen jaren niet kleiner geworden. Verder werd evenals in vorige VTV’s aangegeven dat door verbeterde preventie op een aantal gebieden nog veel gezondheidswinst te behalen is. Gezondheidsbevordering en ziektepreventie kunnen effectiever worden ingezet, met name door een systematische, integrale en ‘evidence-based’ aanpak.

Leren van de buren

De toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport reageerde hierop in de preventienota ‘Kiezen voor gezond leven’ en stelde daar dat Nederland wat gezondheid betreft weer op weg moet naar de top van de Europese ranglijst (VWS, 2006). Dat leidt tot de vraag waar kansen liggen voor nieuw of verbeterd publiekegezondheidsbeleid en waar in andere landen goede voorbeelden te zien zijn. En dan ook is aan de orde wat de ontwikkelingen in de wereld om ons heen (zoals de verdere ontwikkeling van de Europese Unie) voor de Nederlandse volksgezondheid betekenen.

Dit rapport is op verzoek van het ministerie van VWS opgesteld om door beschrijving van het beleid in andere landen meer inzicht te krijgen in mogelijkheden om de publieke gezondheid in Nederland verder te verbeteren. Het gaat daarbij vooral om het opdoen van inspiratie, kijken waar er van andere landen te leren valt en waar dus wellicht nog onbenutte kansen liggen voor het Nederlandse publiekegezondheidsbeleid. Hierdoor kan ook weer met een frisse blik naar het eigen beleid gekeken worden. Dit rapport zoekt dus vooral naar inspiratie, kansen en mogelijkheden, die uit een internationale oriëntatie op gezondheidsbeleid kunnen voortkomen. Om goed naar het beleid voor publieke gezondheid in andere landen te kunnen kijken, wordt in de volgende paragraaf eerst iets gezegd over wat er onder publieke gezondheid verstaan wordt en over de vraag hoe er naar dat beleid in andere landen gekeken kan worden (*paragraaf 1.2*). Vervolgens komen in *paragraaf 1.3* de gevolgde werkwijze en afbakening aan de orde. Deze algemene inleiding op het rapport eindigt met een leeswijzer (*paragraaf 1.4*) voor de rest van het rapport, namelijk de zeven thematische

hoofdstukken die gaan over roken, alcohol, overgewicht, depressie, gezondheidsachterstanden, jeugd en screening.

1.2 Beleid Publieke Gezondheid: wat is het en waarom naar andere landen kijken?

De definitie, planning, invulling en uitvoering van beleid betreffende de publieke gezondheid kunnen enorm tussen landen verschillen. Daarnaast worden regelmatig verschillende begrippen gebruikt voor dit beleidsveld. Hieronder worden daarom eerst kort enkele dimensies en benaderingen geschetst.

1.2.1 Wat is publieke gezondheid?

In Nederland worden de diverse begrippen veelal door elkaar gebruikt; ‘publieke gezondheid’, ‘volksgezondheid’, ‘basisgezondheidszorg’, ‘openbare gezondheidszorg’ of ‘collectieve preventie’ verwijzen allemaal naar grotendeels overeenkomende zaken. Tegelijk blijkt de internationaal wijd gebruikte term ‘public health’ vele en verschillende interpretaties te kennen. De letterlijke Nederlandse vertaling hiervan als ‘publieke gezondheid’ (PG) is sinds een paar jaar in zwang - zo heeft het ministerie van VWS een directie Publieke Gezondheid -, maar ook hieraan worden verschillende betekenissen toegekend (zie *bijlage 3*).

Een bekende definitie van public health is die van Winslow uit 1920 (*tekstblok 1.1*). Naast de vermelding van infectieziektebestrijding, milieuzorg en ziektepreventie, worden hierin ook de politieke, sociaal-economische en educatieve dimensies van publieke gezondheid en gezondheidsbevordering genoemd.

Op de website van Postbus 51 wordt over ‘publieke gezondheidszorg’ gezegd: ‘In de publieke gezondheidszorg werken verschillende partijen samen: gemeenten, huisartsen, ziekenhuizen, Riagg’s, thuiszorginstellingen, de rijksoverheid en de zorgverzekeraars. Publieke gezondheidszorg heeft als doel het beschermen en bevorderen van onze gezondheid.’ Deze omschrijving van publieke gezondheidszorg is bij Postbus 51 volledig synoniem met de omschrijving van ‘openbare gezondheidszorg’ (OGZ).

Tekstblok 1.1: Definitie van public health.

‘Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life and promoting physical and mental health and efficiency through organised community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing

services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health’.

Bron: Winslow, 1920

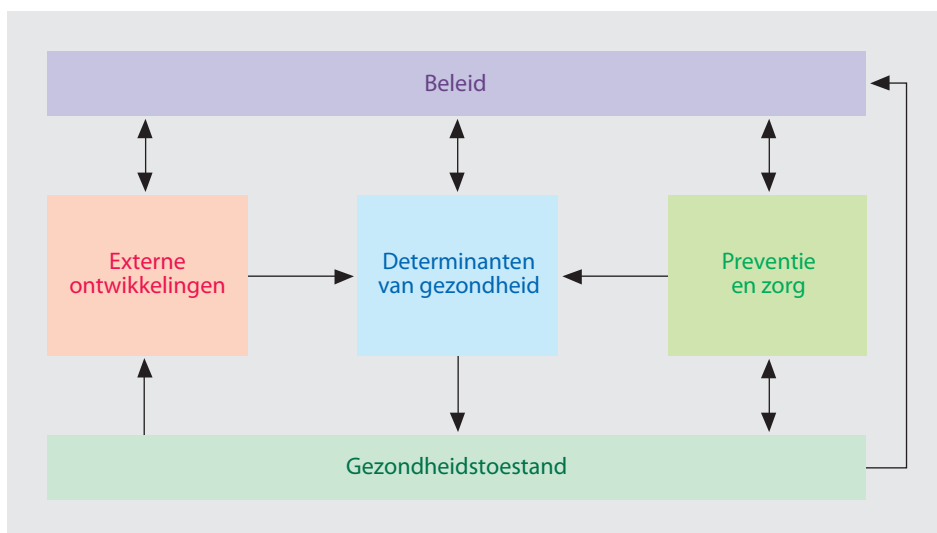
Die laatste term heeft de voorkeur van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2005). Tot het terrein van de publieke gezondheid worden daarnaast ook de volgende taken gerekend: het 'monitoren' van de Nederlandse volksgezondheid (bijvoorbeeld de Monitor Gezondheidsachterstanden), het rapporteren over de toestand van de volksgezondheid (bijvoorbeeld de VTV-rapporten van het RIVM), het adviseren over gezondheid en zorg (door bijvoorbeeld Gezondheidsraad en Raad voor Gezondheidsonderzoek), het plannen en evalueren van diverse PG-activiteiten (bijvoorbeeld in het kader van het Programma Preventie van ZonMw), en het doen van het benodigde achterliggende onderzoek door onder andere universiteiten. Deze organisatorische beschrijving van publieke gezondheid overlapt met een meer inhoudelijke onderverdeling van preventie in gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie; dit rapport richt zich vooral op de laatste twee.

In ieder geval zijn vrijwel steeds de betekenissen van publiek als: algemeen toegankelijk, van overheidswege, en de bevolking betreffende, van toepassing. Verschillen in interpretatie en afbakening komen vanzelfsprekend ook voor in andere landen, waarbij ook nog eens verschillen in taal een rol spelen. In dit rapport is gekozen voor een pragmatische en op leren gerichte benadering, zodat er weinig beleid met 'vreemde namen' op voorhand is uitgesloten.

1.2.2 Wat is beleid publieke gezondheid?

In de benadering van een Europees consortium dat recent onder meer PG-interventies onderzocht, refereert beleid publieke gezondheid aan specifieke activiteiten van het openbaar bestuur, hetzij op landelijk, op regionaal of op lokaal niveau, die zijn gericht op het verbeteren van de gezondheid van bepaalde groepen in de bevolking (Banta et al., 2002). Publiekegezondheidsbeleid kan worden geoperationaliseerd via wet- en regelgeving, maar omvat ook andere activiteiten, zoals besluiten over de financiering van bepaalde zorg of preventie en het aanmoedigen van mediacommunicatie over gezondheid en ziekte (zie ook *bijlage 3*). Soms wordt echter de definitie van PG-beleid beperkt tot datgene wat expliciet als beleid is vastgelegd, bijvoorbeeld de inhoud van nationale programma's of welomschreven prioriteiten en activiteiten in gezondheids- of preventienota's.

In diverse landen wordt het nationale publiekegezondheidsbeleid vaak voorzien van specifieke inhoud (speerpunten, targets) en zichtbaar gemaakt door goed gedocumenteerde en gecommuniceerde nationale programma's. Deze leggen hetzij in de volle breedte van de volksgezondheid of op een aantal prioriteitsgebieden (kanker, 'mental health') inspanningsverplichtingen vast, niet alleen van overheidspartijen, maar ook van diverse veldpartijen. Wanneer een nationale hoofdnota in een land meerdere aandachtspunten bevat, zoals alcohol, tabak, drugs of diabetes kan er voor ieder van die deelterreinen een uitgebreid beleidsdocument of programma door de overheid opgesteld worden. De kern van het Nederlandse publiekegezondheidsbeleid wordt op hoofdlijnen vastgelegd in de preventienota van het ministerie van VWS die in principe



Figuur 1.1: Het conceptuele basismodel van de volksgezondheid (Bron: De Hollander et al., 2006).

elke vier jaar volgt op de Volksgezondheid Toekomst Verkenning. In de VTV-benadering vormt beleid dan ook een integraal onderdeel van het volksgezondheidsterrein (figuur 1.1).

Hoewel er in alle landen een duidelijk gedeeld gevoel van collectieve verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid bestaat, is de praktijk van de invulling en uitvoering van het PG-beleid nogal verschillend. Deels hangt dit samen met de relatie tussen publieke gezondheid en het nationale zorgsysteem. In ‘Beveridge’-zorgsystemen worden zorg en preventie door de overheid uit belastingen betaald en vormen ze veelal een min of meer organisatorische eenheid. Binnen ‘Bismarck’ of ‘Social Health Insurance’ (SHI) systemen is de financiering van de zorg gekoppeld aan een verzekeringssysteem, maar worden activiteiten betreffende de publieke gezondheid vooral uit publieke middelen gefinancierd. In dergelijke landen, waaronder Nederland, is dan sprake van een relatief sterke scheiding tussen publieke gezondheid en gezondheidszorg (McKee et al., 2004; Allin et al., 2004; Drewes, 2005). Vooral het implementeren van preventie binnen de zorg kan daarom in Bismarck-landen problematisch zijn (De Hollander et al., 2006).

Ook het niveau van organisatie van het publiekegezondheidsbeleid, zowel qua formulering als implementatie, verschilt tussen landen: meestal op nationaal niveau, maar soms ook regionaal. Daarnaast is ‘last but not least’ de politieke koers van een land vanzelfsprekend van invloed op het PG-beleid. Niet alleen gaat het hierbij om de mate van overheidsbemoeienis, maar ook over de focus van het beleid, bijvoorbeeld meer op gezond gedrag van individuele burgers, of juist meer op collectieve gezondheidsverschillen. Hoe deze verschillen in nationaal beleid in andere landen samenhangen

met de toestand van de volksgezondheid, de determinanten van gezondheid en of er meer of minder effectieve benaderingen bestaan, zijn belangrijke vragen. Meer inzicht op dat gebied kan voor het Nederlandse beleid belangrijk zijn.

1.2.3 Leren van de burens?

Leidraad in het bijeenbrengen van informatie over het PG-beleid in andere landen in dit rapport was vooral het kunnen opdoen van inspiratie, van elkaar leren. Immers, ‘westerse’ landen kampen veelal met dezelfde soort volksgezondheidsproblemen. Natuurlijk verschillen zoals gezegd die landen op tal van relevante dimensies, zoals het niveau en proces van beleidsvorming, de organisatie en financiering van de implementatie en het zorgsysteem. Toch kunnen juist ook binnen andere contexten andere ideeën en praktijken ontstaan, die als voorbeelden kunnen dienen voor het Nederlandse beleid en zijn implementatie. Overigens kan juist vanwege die verschillen innovatief en succesvol beleid in andere landen niet zomaar overgezet worden naar de Nederlandse situatie. Kennis van ondervonden barrières in andere landen kan tevens helpen obstakels in eigen land te overwinnen of te vermijden. Ook kan er geleerd worden van de wijze waarop over beleid wordt gedacht: als ‘top-down’ blauwdruk of ‘bottom-up’ vanuit de praktijk, incrementeel beleid van de kleine stapjes met bijsturen wanneer nodig, beleid als het alert volgen van de ontwikkelingen, misschien zelfs beleid als een bewust ‘niet iets doen’. Door te kijken naar hoe andere landen het doen, worden bekende kaders verruimd zodat nieuwe ideeën kunnen ontstaan. Kijken naar de burens kan ook leiden tot weer met een frisse blik kijken naar eigen reeds bestaand of voorgenomen beleid.

Dit rapport is dus geen systematische vergelijking van PG-beleid waarmee geoordeeld kan worden over de werkzaamheid van (onderdelen van) dit beleid. Niet alleen zou een dergelijke vergelijking consensus vereisen over een conceptueel model voor beleid en beleidsvergelijking, anderzijds is de achterliggende vraag naar causaliteit een uiterst complexe. Als een land immers een bepaald gezondheidsprobleem heeft dat groter is dan in andere landen en tegelijk veel beleid op dat gebied heeft ingezet, kan niet onmiddellijk geconcludeerd worden dat dit beleid niet effectief is (geweest). Het beleid is mogelijk pas op termijn effectief of het probleem zou nog groter geweest zijn zonder dit beleid. Meestal ontbreekt voor dergelijke conclusies echter de benodigde informatie, bijvoorbeeld omdat er geen heldere beleidsdoelen zijn gesteld, of omdat de monitoring van het betreffende volksgezondheidsgebied niet voldoende op orde is. En wanneer in een land beleid wordt beperkt tot datgene wat expliciet op een bepaald moment als beleid is vastgelegd, kan vergelijken van publiekegezondheidsbeleid op basis van beleidsrapporten er toe leiden dat reeds in gang gezette en succesvolle activiteiten buiten beeld blijven. Zo bestaat ook de kans dat slechts voornemens vergeleken worden in plaats van werkelijk in gang gezet en evalueerbaar beleid.

De invoering en invulling van publiekegezondheidsbeleid is zoals gezegd een politieke keuze en dus mede afhankelijk van de heersende visie op gezondheid en verantwoordelijkheid en de prioriteiten van andere politieke doelen. Effectiviteit en kosten van beleidsmaatregelen vormen eveneens belangrijke overwegingen. Al deze elementen in een beleidsproces kunnen tussen landen verschillen, wat het internationaal vergelijken en inventariseren en vooral het trekken van conclusies over werkzaamheid lastig maakt. Maar dit hoeft leren en geïnspireerd worden niet in de weg te staan.

1.3 Methoden en werkwijze

1.3.1 Keuze van de afzonderlijke hoofdstukthema's

Publiekegezondheidsbeleid betreft veel verschillende onderwerpen, voor dit rapport moesten daarom keuzes gemaakt worden. Hierbij heeft een aantal criteria een rol gespeeld, zoals de speerpunten en beleidsprioriteiten in de preventienota en de betekenis van het 'probleemveld' volgens VTV-2006. Voor Nederland mogelijk interessante internationale ontwikkelingen, waren ook redenen voor de keuze. De geselecteerde thema's die op verschillende manieren interessant zijn voor het huidige Nederlandse publiekegezondheidsbeleid zijn:

- Roken
- Alcohol
- Overgewicht
- Depressie (in ruimere zin psychische gezondheid)
- Gezondheidsachterstanden
- Jeugd
- Screening.

Deze onderwerpen zijn ondergebracht in zeven, ook afzonderlijk te lezen hoofdstukken, geschreven door auteurs binnen het centrum VTV van het RIVM. Hierbij waren vanzelfsprekend uitgebreide contacten met en commentaren van personen binnen en buiten het RIVM van groot belang. Ook zijn de inhoudelijk betrokken beleidsmakers op het ministerie van VWS geraadpleegd bij de selectie van de thema's, de opzet en de uitwerking van het rapport. Elk hoofdstuk is tot slot onderworpen aan een intern en extern reviewproces.

1.3.2 Selectie van landen

Per onderwerp wordt ingegaan op het beleid van een aantal westerse landen in Europa en het Angelsaksische taalgebied. Een in de beschrijving opgenomen land kan allereerst op PG-(beleids)gebied een historische dan wel huidige voorbeeldfunctie of pioniersfunctie hebben. Een andere reden om op een bepaald land te focussen kan zijn dat het land een vergelijkbaar patroon van ziekte en sterfte heeft als Nederland. Ook kan de vergelijkbaarheid met Nederland op het gebied van PG-systeem, organi-

satie, aansturing of financiering een reden zijn om een land nader te belichten. Verder is op sommige terreinen, bijvoorbeeld om historische redenen, al langer sprake van het gebruik van internationaal vergelijkende informatie dan op andere terreinen en daarmee bepaalt de beschikbaarheid van informatie opnieuw de landenkeuze. Omdat dit rapport zich grotendeels beperkt tot toegankelijke meest Engelstalige informatie, zijn Engelstalige landen of landen die zich vaak van het Engels bedienen enigszins oververtegenwoordigd (dit geldt onder andere voor de Scandinavische landen; ook Nederland vertaalt bijvoorbeeld de VTV's en de Zorgbalans in het Engels). Anderzijds zijn dit wellicht ook de landen waar Nederland zich om sociaal-economische of culturele redenen goed mee kan vergelijken.

1.3.3 Gegevensverzameling en gebruikte bronnen

Er zijn verschillende methoden gehanteerd bij het vinden van informatie, namelijk:

- Literatuurzoekopdrachten (onder andere via PubMed) waarbij zoektermen gekoppeld worden aan de onderwerpen die in het rapport aan de orde komen.
- De verzameling beleidsdocumenten en overige documentatie zoals reeds verzameld in andere VTV-projecten, zoals de VTV-2006 (De Hollander et al., 2006), het EUPHIX-project (www.euphix.info) en het Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl).
- Gebruik van zoekmachines via internet.
- Het raadplegen van experts op deelgebieden (binnen en buiten het RIVM) en inhoudelijk betrokkenen bij het ministerie van VWS.
- Raadplegen van databases zoals de 'Health for All', de 'Nutrition Policy' en de 'Tobacco Control' databases van de WHO (www.who.dk) en de gezondheidsdatabase van de OECD (www.oecd.org).

Hoewel dus uitgebreid gezocht is, kan niet gegarandeerd worden dat alle relevante literatuur ook gevonden is. Omdat de probleemvelden soms sterk verschillen in aard, verschillen soms ook de betreffende themahoofdstukken sterk, zowel qua totstandkoming als inhoud. Zo is het hoofdstuk over screening ondermeer geschreven op basis van gesprekken met een aantal experts binnen het RIVM, terwijl veel andere hoofdstukken voornamelijk geschreven zijn op basis van literatuuronderzoek en studie van beleidsstukken.

1.4 Leeswijzer

Elk van de volgende hoofdstukken focust op een onderwerp dat binnen de huidige publieke gezondheid en het beleid daarvoor van groot belang is. Voor alle hoofdstukken is steeds een aantal gemeenschappelijke aandachtspunten in acht genomen, zoals de beschrijving van het probleemveld, de relevante internationale (EU-)kaders en de praktijk van beleid in Nederland en in zogenaamde 'voorbeeldlanden'. Elk hoofdstuk sluit af met een discussie van de bevindingen en trekt hieruit conclusies. Wat

er uit het 'kijken naar de buren' geleerd kan worden, komt kort en krachtig terug in de kernboodschappen aan het begin van elk hoofdstuk. Een poging tot synthese van al deze afzonderlijke PG-gebieden en het beleid daarop is gedaan in de algemene kernboodschappen aan het begin van dit rapport. Gezien de uiteenlopendheid van de thema's is ervoor gekozen de hoofdstukken zo vorm te geven dat ze afzonderlijk gelezen kunnen worden, waardoor dubbelingen echter niet geheel uit te sluiten zijn.

Hoofdstukken 2, 3 en 4 behandelen verschillende vormen en effecten van (over-) consumptie, een centrale dimensie van de westerse leefstijl (onder andere Claassen, 2004), namelijk roken, alcohol en overgewicht. Dit zijn alle drie determinanten van gezondheid (zie *figuur 1.1*). Vanuit een beleidsoogpunt hebben tabak (*hoofdstuk 2*) en alcohol (*hoofdstuk 3*) veel met elkaar gemeen zoals accijnzen en een leeftijdsgrens. Een belangrijk verschil is dat roken als zodanig wordt ontmoedigd, terwijl het bij alcohol slechts om het ontmoedigen van overmatige consumptie gaat. Dat geldt ook voor het derde probleemveld waar westerse landen in steeds grotere mate mee te maken hebben, overgewicht (*hoofdstuk 4*); in tegenstelling tot alcohol vertonen de internationale tendensen hier veelal dezelfde patronen.

Naast een inzet op determinanten van (volks-)gezondheid, kan beleid natuurlijk ook direct gericht zijn op bestaande ziekten. Zo staan depressie en de bevordering van psychische gezondheid ook internationaal hoog op de beleidsagenda. *Hoofdstuk 5* schetst daarom een beeld van het beleid en de activiteiten op dit vlak in andere landen.

In *hoofdstuk 6* komen verschillen en achterstanden in gezondheid aan de orde, als een benadering van gezondheid die 'dwars' op de voorgaande staat. Gezondheid is namelijk niet evenredig over de bevolking verdeeld; mensen met een lagere sociaal-economische status en allochtonen hebben een relatief slechte gezondheid en scoren ongunstiger op de belangrijkste determinanten van gezondheid. Ook op het terrein van het bestrijden van gezondheidsachterstanden hebben andere landen veel ervaring.

De jeugd staat centraal in *hoofdstuk 7*. De benadering via doelgroep staat eveneens dwars op benaderingen van volksgezondheidsproblemen via determinanten of ziekten. De trends in leefstijlfactoren wijzen niet op een gunstige ontwikkeling van de gezondheid van de jeugd. Dit hoofdstuk beschrijft welke landen een samenhangend beleid (proberen te) voeren dat jongeren wil voorzien van de juiste kennis en vaardigheden om op te groeien tot gezonde volwassenen.

Hoofdstuk 8 volgt tot slot weer een andere insteek; het is gewijd aan een middel of strategie namelijk screening, het opsporen van ziekten en aandoeningen in een vroeg stadium. Dit onderwerp wijkt dan ook in een aantal opzichten af van de voorgaande onderwerpen. Echter, omdat de ontwikkelingen op dit terrein zowel van technologische als van sociale aard zo snel gaan, is het zinnig in dit internationale verkennende rapport ook op dit terrein te kijken naar initiatieven en ontwikkelingen bij de 'buren'.

LITERATUUR

- Allin S, Mossialos E, McKee M, Holland W. Making decisions on public health. A review of eight countries. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2004.
- Banta HD, Hatziaendreu E. Dauben HP, Forde OH, Laeubli Loud M, Isacson SO et al. Health Promotion and disease prevention as a complement to community health indicators. *Int J Technol Assessment Health Care* 2002;18(2):238-272.
- Claassen R. Het eeuwig tekort: een filosofie van de schaarste. Amsterdam: Ambo, 2004.
- Drewes JBJ. Het preventieconcert. Signalement over internationale vergelijking van publieke gezondheid. Signalementen RVZ. Zoetermeer: RVZ, 2005.
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (eindred.). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapportnr. 270061003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond? Den Haag: IGZ, 2005.
- McKee M, Delnoij D, Brand H. Prevention and public health in social health insurance systems. In: Saltmann RB, Busse R, Fihueras J (eds.). Social health insurance systems in western Europe. Berkshire: Open University Press, 2004.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota Kiezen voor gezond leven. Brief van de minister aan de Tweede Kamer (PG/OGZ/2.720.104). Den Haag: VWS, 2006.
- Winslow C-EA. The Untilled Field of Public Health. *Science* 1920;(51):23-33.

2 ROKEN

De gewenste daling in roken blijft in Nederland internationaal gezien achter, maar een snelle inhaalslag is mogelijk

Na een belangrijke daling in de jaren 2002-2004, lijkt een verdere verbetering van de rookprevalentie in Nederland uit te blijven. Diverse landen laten zien dat in Nederland een substantiële daling van de rookprevalentie, bijvoorbeeld van 28% (2005) tot circa 20% binnen enkele jaren mogelijk moet zijn.

Nederland heeft vergeleken met sommige andere landen geen streng tabaksontmoedigingsbeleid

Er is nog een aantal effectieve beleidsmaatregelen mogelijk die in diverse andere landen al wel zijn ingevoerd:

- Rookvrije horeca (zoals in ondermeer Ierland, Italië en Noorwegen).
- Betere benutting van het accijnsinstrument, zoals in het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Frankrijk, waar de prijzen voor tabak aanzienlijk hoger zijn dan in Nederland.
- Breed beschikbaar maken van ondersteuning bij stoppen met roken.
- Een substantiële verhoging van het budget voor tabaksontmoediging, bijvoorbeeld te financieren uit de opbrengsten van de tabaksaccijns ('dedicated tax').

Maatregelen tegen roken kunnen in Nederland en andere Europese landen sterk bijdragen aan het terugbrengen van ongewenste gezondheidsverschillen

Prijsverhoging van sigaretten en shag en een algeheel rookverbod (inclusief de horeca) zullen bij lage sociaal-economische groepen een groter gezondheidseffect hebben dan bij de hoge sociaal-economische groepen en daarmee bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

2 ROKEN

Eveline van der Wilk

2.1 Inleiding 31

2.1.1 Ongewenste gevolgen van roken 32

2.1.2 Roken in internationaal perspectief 33

2.2 Internationale kaders en antirookbeleid 35

2.3 De beleidspraktijk rond roken 39

2.3.1 Effectiviteit van antirookbeleid 39

2.3.2 Antirookbeleid in Nederland 41

2.3.3 Landenvergelijking van antirookbeleid 43

2.4 Discussie en conclusies 47

Literatuur 51

2.1 Inleiding

Lang voordat Amerika door de blanken werd ‘ontdekt’ gebruikten de indianen op het Amerikaanse continent al tabak, voornamelijk om de vermeende geneeskrachtige werking (www.sigaar.nl). De Engelse kolonisten die terugkeerden naar hun moederland, trokken de aandacht doordat zij uit pijpen tabak rookten. Het werd hierna snel een populaire gewoonte, maar omdat tabak duur was, was het slechts weggelegd voor de rijken.

Rond 1800 bereikte de sigaar West-Europa, maar het duurde nog lang voordat er sigaretten waren. Waarschijnlijk zijn sigaretten uitgevonden door soldaten, omdat die wel eens een los papiertje met tabak ertussen rookten. In de Eerste en Tweede Wereldoorlog deelden soldaten sigaretten uit en maakte de bevolking snel kennis met de sigaret.

Pausen introduceren als eerste rookverbod

Tegenstanders van roken waren er ook al vroeg. In het verleden vaardigden verschillende pausen een rookverbod uit. Het lichamelijke genot van het roken werd gezien als iets duivels. Ook Jacobus I (koning van Engeland van 1603 tot 1625) gaf een geschrift uit onder de titel ‘Misocapnuc’: De Rookhater. Hij ontkende daarin dat tabak geneeskundige kracht zou hebben en beweerde dat roken een gevaar was voor Engeland. Zijn onderdanen wilden echter niet luisteren en bleven ermee doorgaan. Jacobus I werd opgevolgd door Karel I, die een geldverslindende hofhouding voerde. Om deze dure hofhouding te kunnen betalen werd de tabak door hem zwaar belast, en mochten de Engelsen zoveel roken als zij wilden. Karel I werd daarmee de uitvinder van de nationale accijnsheffing op tabak (www.sigaar.nl).

Maatschappelijke en politieke krachten bevorderen tabaksconsumptie

Roken nam om allerlei redenen, waaronder de verslavende werking van de tabaks-component nicotine, in Amerika en Europa in frequentie toe en er ontwikkelde zich een omvangrijke tabaksindustrie plus verkooppunten, waarin veel mensen werk en inkomen vonden en nog steeds vinden. Bij roken spelen sociaal-culturele factoren ook een belangrijke rol. Het sociale beeld van de roker, inclusief wat hij rookt (sigaar, pijp, shag), kan met gewenste sociale rollen samenvallen, die het roken bijna tot een ‘must’ maken voor personen die bij die groepen (willen) horen. Ten slotte werd roken door het heffen van accijns ook een belangrijke bron van inkomsten voor nationale regeringen. Er waren en zijn dus sterke maatschappelijke en politieke krachten, die tabaks-verkoop bevorderen en het ontmoedigen van roken niet steunen.

Inzicht in schadelijke gezondheidseffecten leidt tot vorming antirookbeleid

In de jaren vijftig van de vorige eeuw verschenen de eerste epidemiologische studies die wezen op een positieve correlatie tussen het aantal gerookte sigaretten en het risico op longkanker (Wynder & Graham, 1950; Doll & Hill, 1950). Door de toename van de frequentie van roken namen ook de schadelijke gezondheidsgevolgen sterk in omvang toe en werd er vervolgens in diverse landen een antirookbeleid geformu-

leerd. Inmiddels hebben de meeste landen - soms uitgebreide - beleidsmaatregelen ingevoerd om het roken te ontmoedigen, in Europa deels via door de EU-lidstaten gezamenlijk overeengekomen Europese regelgeving.

Leeswijzer voor dit hoofdstuk

In het vervolg van deze paragraaf komen eerst de ongewenste gevolgen van roken in meer detail aan de orde en worden trends in roken in Nederland en Europa vergeleken. In een volgende paragraaf worden de internationale beleidskaders en aanbevelingen geschetst, zoals die geformuleerd zijn op supranationaal niveau, bijvoorbeeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de Europese Unie (EU). Vervolgens wordt de beleidspraktijk in meer detail vergeleken. Eerst wordt kort het bewijs van de effectiviteit van een aantal beleidsmaatregelen tegen roken samengevat. Daarna wordt het beleid in Nederland besproken, gevolgd door een beleidsvergelijking met een aantal voorbeeldlanden. Dit hoofdstuk eindigt met discussie en conclusies, waarbij wordt ingegaan op de vraag wat deze informatie betekent voor het Nederlandse beleid. Naar welke landen moeten we kijken om het beleid zo effectief mogelijk te maken en hoe doet Nederland het eigenlijk?

2.1.1 Ongewenste gevolgen van roken

Na het eerder genoemde onderzoek (Wynder & Graham, 1950; Doll & Hill, 1950) dat de relatie tussen roken en longkanker aangaf, volgde baanbrekend onderzoek van Doll en Hill. In dat onderzoek werd een cohort van circa 35.000 Engelse artsen vijftig jaar gevolgd om de relatie tussen roken en longkanker te onderzoeken (Doll & Hill, 1964; Doll et al., 2004). De belangrijkste conclusie was dat rokende mannen geboren tussen 1900 en 1930 gemiddeld tien jaar eerder stierven dan mannen die nooit hadden gerookt. Later werden ook, soms sterke, associaties tussen roken en andere ziekten gevonden.

Roken belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte

Roken is tegenwoordig de belangrijkste eenduidige oorzaak van vroegtijdige sterfte. Roken vergroot niet alleen de kans op longkanker sterk maar ook de kans op astma, COPD, coronaire hartziekten en beroerte. Het draagt bij aan een te laag geboortegewicht en is ook met een verhoogde kans op diverse andere kankers dan longkanker geassocieerd. Ongeveer 21% van de verloren levensjaren en 13% van de totale ziektelast in Nederland wordt toegeschreven aan roken (De Hollander et al., 2006). Meerroken heeft ook negatieve gezondheidsgevolgen. Zo neemt het risico van niet-rokers op longkanker toe met 20% en het risico op hart- en vaatziekten met 20-30% (GR, 2003).

Vroegtijdige sterfte door aan roken gerelateerde doodsoorzaken veroorzaakt in veel landen een aanzienlijk verlies aan arbeidsproductiviteit. De door roken veroorzaakte of versneld optredende ziekten veroorzaken tevens veel medische kosten naast een relatief groot aantal verloren levensjaren. Rokers hebben gemiddeld ook een hoger ziekteverzuim. Er zijn daarom aanzienlijke sociale en economische kosten verbonden aan roken en de gevolgen van roken (ASPECT, 2004).

2.1.2 Roken in internationaal perspectief

De rookprevalentie - het percentage dagelijkse rokers onder de bevolking van vijftien jaar en ouder - is nog altijd relatief hoog in Nederland. Nadat de rookprevalentie in 2004 voor het eerst onder de 30% uitkwam, namelijk 28%, is deze sindsdien niet verder gedaald. Ook in 2005 was de rookprevalentie in Nederland 28%: 31% bij mannen en 25% bij vrouwen (STIVORO, 2005). Vooral onder vrouwen daalt het cijfer niet zo snel. De verschillen in de rookprevalentie tussen de opleidingsniveaus lijken de afgelopen tien jaar wat groter te zijn geworden. Het aantal rokers onder hoogopgeleiden is enigszins gedaald terwijl het aantal rokers onder laagopgeleide mensen is toegenomen. Dit laatste geldt vooral voor mannen.

Percentage rokers in Nederland gemiddeld in Europa

In vergelijking met andere Europese landen is het percentage volwassen rokers in Nederland gemiddeld (*figuur 2.1*). In 2005 rookt 28% van de Nederlanders van vijftien jaar en ouder (STIVORO, 2005; WHO-HFA, 2007). Binnen de EU wordt er door de Griekse (38%) en Duitse bevolking (34%) het meest gerookt (WHO-HFA, 2007). Over het algemeen roken mannen in Zuid-, Oost- en Midden-Europa meer dan in West- en Noord-Europa. In Griekenland (2000 meest recente jaar) en Letland rookt 47% van de mannen tegenover 14% in Zweden. In West- en Noord-Europa roken juist meer vrouwen dan in Zuid-Europa. In Nederland rookt 25% van de vrouwen en in Portugal nog geen 10%. In vergelijking met andere EU-landen scoren de Nederlandse vrouwen redelijk ongunstig (WHO-HFA, 2007).

In de meeste EU-landen is in de periode van 1980 tot 2005 het percentage rokende mensen gedaald. Net als in de rest van Europa zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen in Nederland het afgelopen decennium steeds kleiner geworden. In Zweden is het percentage rokende vrouwen in 2005 zelfs hoger dan het percentage rokende mannen: respectievelijk 18 en 14% (WHO-HFA, 2007). In Zweden heeft zich overigens de meest spectaculaire daling in het percentage rokers voorgedaan, van 32% van de bevolking in 1980 tot 16% in 2005. Er bestaat hier wel een andere vorm van tabaksconsumptie, namelijk het gebruik van een soort pruimtabak ('snus'). Hierbij krijgt het lichaam wel nicotine binnen, maar geen schadelijke verbrandingsproducten. Hoewel aan het gebruik van snus waarschijnlijk ook gezondheidsrisico's verbonden zijn, staan deze in geen verhouding tot de risico's van roken.

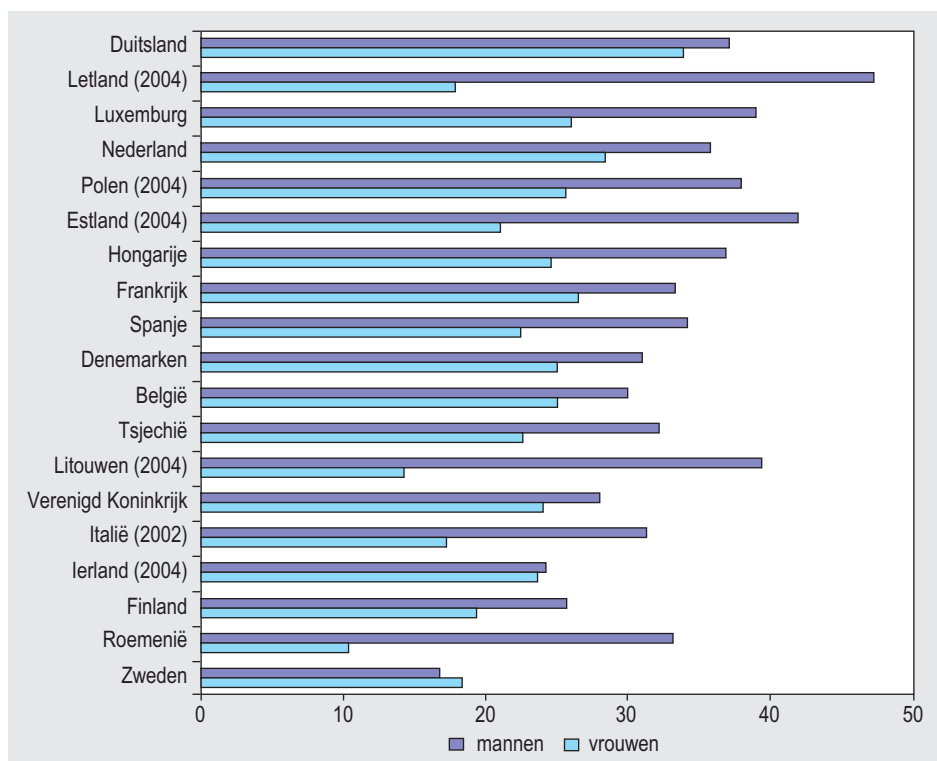
Rokende scholieren zetten Nederland op middenpositie in EU

Met het aantal rokers onder scholieren neemt Nederland in 2003 een middenpositie in binnen de EU: 31% van de 15- en 16-jarigen heeft recentelijk gerookt (Hibell et al., 2004). In 2003 telt Oostenrijk het meeste en Zweden het minste aantal rokers onder scholieren van 15 en 16 jaar. Ruim een kwart van de Nederlandse scholieren (27%) zegt meer dan veertig keer in het leven te hebben gerookt. In Europa varieert dit percentage van 18% in Portugal tot 42% in Oostenrijk. In de Baltische Staten en Polen roken meer jongens dan meisjes. In de meeste Noord- en West-Europese landen halen de meisjes de jongens in. Jongens beginnen nog wel op een jongere leeftijd met roken dan meisjes (Hibell et al., 2004).

Behalve in het uiterste zuiden van Europa roken laagopgeleiden meer

In veel EU-landen, waaronder Nederland, is er sinds de jaren vijftig sprake van grote sociaal-economische verschillen in rookpercentages. Bij mannen zijn deze verschillen meer gerelateerd aan opleidingsniveau dan aan inkomen (Mackenbach et al., 2004). Tijdens de jaren negentig waren de verschillen in de meeste landen stabiel, in een paar landen namen ze toe. Doordat rokers met een lage opleiding, beroepsklasse of een laag inkomen minder vaak stopten, en meer jongeren uit die sociaal-economische groepen met roken begonnen, is het percentage rokers in deze groepen op dit moment beduidend hoger (Mackenbach, 2006).

Eind jaren tachtig bestonden sociaal-economische verschillen onder vrouwen vooral in Noord-Europa. Geen, of zelfs omgekeerde verschillen (hoogopgeleide vrouwen roken meer) werden gezien in Zuid-Europa. In de jaren negentig nemen de verschillen echter toe in de meeste Noord-Europese landen en ontstaan ze in het zuiden. Dit komt door de gunstige ontwikkeling in de rookprevalentie onder hoogopgeleide vrouwen. Onder de jongste vrouwelijke generaties roken laagopgeleide vrouwen meer dan hoogopgeleide in bijna alle landen behalve in het uiterste zuiden. Deze ontwikkelingen volgen het patroon dat beschreven wordt door het zogenaamde 'four-stage smoking epidemic model' waarbij eerst de hoogopgeleide mannen beginnen met roken, gevolgd door hoogopgeleide vrouwen, waarna roken geleidelijk een gewoonte wordt van de lage SES-groepen (Cavelaars et al., 2000) en de hoge SES-groepen eerder stoppen. Binnen Europa bestaat een noord-zuid trend in de timing van deze ontwikkeling (Mackenbach et al., 2004). Deze verschillen kunnen belangrijk zijn voor het te voeren nationale anti-rookbeleid.



Figuur 2.1: Percentage dagelijkse rokers (15 jaar en ouder) in een aantal EU-landen in 2003, tenzij anders aangegeven (Bron: WHO-HFA, 2007).

2.2 Internationale kaders en antirookbeleid

Het EU-beleid op het terrein van tabaksontmoediging vindt zijn juridische basis in de artikelen 152 en 95 van het EG-Verdrag, die betrekking hebben op volksgezondheid en de interne markt. In lijn met deze verdragen zijn specifieke maatregelen en overeenkomsten ontwikkeld om het tabaksontmoedigingsbeleid vorm te geven.

Artikel 152 van het Verdrag houdt in dat de EU-maatregelen moet nemen om de volksgezondheid te beschermen en bevorderen via beleid op alle gebieden, mits deze maatregelen het beleid van de afzonderlijke lidstaten aanvullen. Het principe van tabaksontmoediging wordt dan ook zoveel mogelijk verweven met doelen op andere beleidsterreinen zoals landbouw en accijnsbeleid. Dit kan een grote uitdaging betekenen omdat de belangen van bijvoorbeeld tabaksboeren niet altijd stroken met die van gezondheidsbevorderaars. Initiatieven op het gebied van accijnzen zouden kunnen interfereren met de autonomie van de lidstaten. Het verdrag is niet bindend op het gebied van tabaksontmoediging.

Bindende EU-maatregelen tegen roken om verstoring interne markt te voorkomen

De bevoegdheden van de EU op het terrein van de interne markt reiken veel verder. Hier kan de EU wél de verschillende wetgevingen van de lidstaten 'harmoniseren' via het uitvaardigen van (bindende) richtlijnen, verordeningen et cetera. De bindende wetgeving op het tabaksbeleid vindt zijn juridische basis primair in overwegingen op het terrein van de interne markt, of beter gezegd de verstoring daarvan als gevolg van wetgevingsverschillen tussen de landen (artikel 95 EG-verdrag).

Voorbeelden van bindende maatregelen:

- Verbod op tabaksreclame in gedrukte media, radioprogramma's en informatiediensten.
- Tabaksbedrijven mogen geen evenementen of radioprogramma's sponsoren.
- Verbod op tabaksreclame op televisie.
- De EU stelt grenzen aan bepaalde ingrediënten, geeft richtlijnen voor het formaat van waarschuwingen op sigarettapakjes en verbiedt termen zoals 'mild' en 'light'.
- Lidstaten moeten een bepaald minimum aan accijns heffen op tabaksproducten om de verschillen tussen de lidstaten te verminderen.

Vanaf de late jaren tachtig zijn ook enkele aanbevelingen en conclusies van de Raad van de Europese Unie (Raad van Ministers), beide niet-bindend, op het terrein van tabaksontmoediging tot stand gekomen. De meest recente Raadsaanbeveling is die van 2 december 2002 'inzake de preventie van roken en initiatieven ter verbetering van de bestrijding van het tabaksgebruik' (2003/54/EG). Hierbij wordt onder meer aangeraden voor jongeren de toegang tot tabak te beperken en de aanbeveling gaat in op onderwerpen die niet worden geregeld op EU-niveau, zoals leeftijdsgrenzen bij verkoop.

De benadering van tabaksontmoediging door de EU is vierledig, namelijk via:

- Wetgevende maatregelen.
- Steun aan Europa brede rookpreventie en stoppen-met-roken activiteiten.
- Het incorporeren van rookbeleid in ander EU-beleid.
- Verzekeren dat de successen ook doordringen buiten de EU-regio, het voeren van internationale samenwerking en een belangrijke rol op zich nemen bij tabaksbeleid op mondiaal niveau.

EU onderneemt en ondersteunt diverse antirookinitiatieven

Deze vierledige strategie wordt weerspiegeld in de activiteiten die worden ondernomen en gesteund door de EU. De eerste pogingen het rookprobleem in de EU te verminderen dateren van 1987, toen het 'Europe Against Cancer' programma werd gelanceerd. Dit programma bevatte acties in de sfeer van preventie, informatie en gezondheidsvoorlichting, training voor personeel in de zorg en kankeronderzoek dat diende ter ondersteuning van antirookcampagnes. Tot 2003 werden daaropvolgende acties gericht op tabaksgebruik gesubsidieerd via programma's gericht op kanker,

daarna werden ze opgenomen in het bredere 'EU Public Health Action Programme 2003-2008'.

In 1992 werd het 'Community Tobacco Fund' opgericht. Als gevolg van een heffing op de subsidies voor het verbouwen van tabak in de EU kwam geld vrij om informatie-projecten op te zetten die het publiek wijzen op de schadelijke effecten van roken. Het fonds financiert ook projecten om tabakstellers op andere gewassen of activiteiten te laten overstappen.

Op 1 maart 2005 lanceerde EU-commissaris Markos Kyprianou de nieuwe antirook-campagne 'Help - For a life without tobacco'. Deze campagne wordt op EU-schaal uitgevoerd en bouwt voort op de ervaringen van de eerste campagne 'Feel Free to Say No'. De 'Help'-campagne promoot een rookvrije leefstijl onder jongeren (15-18 jaar) en jongvolwassenen (18-30 jaar) en loopt tot 2008. De gevaren van passief roken worden benadrukt en de campagne ondersteunt het streven naar rookvrije openbare ruimten. De campagne heeft een budget van 72 miljoen euro en bestaat uit een roadshow, een PR-campagne, een reclamecampagne en sinds mei 2005 is er een website met advies over stoppen met roken (www.Help-eu.com).

Begin 2007 publiceerde de Europese Commissie een 'Green Paper', waarmee een brede consultatie gestart werd over de beste manier om passief roken in de EU aan te pakken (EC, 2007). Enkele jaren eerder had de Commissie zich gecommitteerd aan het 'Environment and Health Action Plan (2004-2010), dat de 'indoor' luchtkwaliteit wil verbeteren door te stimuleren dat roken op iedere werkplek verboden gaat worden (EC, 2004).

In de jaren negentig leidden actieprogramma's van de EU indirect tot de oprichting van een aantal internationale expertisecentra in Europa. Sommige van deze centra ontwikkelden zich tot autonome non-profitorganisaties. Een voorbeeld hiervan is het 'European Network for Smoking Prevention' (ENSP) dat tot doel heeft een betere samenhang te creëren tussen rookpreventieactiviteiten en om antirookbeleid te bevorderen op nationaal en Europees niveau. Een ander EU gefinancierd netwerk is het 'European Network for Young People and Tobacco' (ENYPAT). ENYPAT heeft tot doel het roken onder jongeren te verminderen door samenwerking te bevorderen tussen gezondheidsvoorlichters, experts en onderzoekers. Het is ook een kenniscentrum op het gebied van roken, rookpreventieprogramma's en vragen over rookbeleid en het werk van ENYPAT is vooral gericht op jongeren. Deze Europese netwerken brengen veel expertise en 'good practice' bij elkaar en hebben een aantal belangrijke internationaal vergelijkende studies uitgebracht (ASPECT, 2004; Joossens, 2004).

Tekstblok 2.1: Framework Convention on Tobacco Control (WHO).

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Erkenning dat tabaksgebruik en blootstelling aan tabaksrook sterfte, ziekte en handicaps kan veroorzaken en dat sigaretten zo zijn gemaakt dat zij afhankelijkheid veroorzaken en onderhouden. 2. Belasting- en prijsbeleid moeten gericht zijn op een vermindering van het tabaksgebruik. 3. Bescherming tegen de blootstelling aan tabaksrook tijdens het werk, in openbare ruimten en in het openbaar vervoer. 4. Verbod op misleidende aanduidingen, zoals 'light', 'ultralight' en 'mild'. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Gezondheidswaarschuwingen op tabaksverpakkingen verplicht; deze moeten minimaal 30% van het oppervlak van de verpakking beslaan, maar bij voorkeur 40% of meer. 6. Volledig verbod op reclame voor, promoten van en sponsoring ten behoeve van tabaksproducten. 7. Verbod op verkoop aan en door minderjarigen. |
|---|--|

Bron: Prins & Willemsen, 2004

Met het WHO Framework Convention on Tobacco Control verplichten landen zich tot tabaksontmoediging

De activiteiten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beperkten zich lange tijd tot kennisuitwisseling en aanbevelingen. In 2003 kwam onder auspiciën van de WHO een (bindend) verdrag tot stand op het terrein van tabaksontmoediging, de WHO 'Framework Convention on Tobacco Control' (FCTC). Dit Kaderverdrag op het gebied van tabaksontmoediging is het eerste mondiale verdrag op het terrein van de publieke gezondheid. Het doel is om het percentage tabaksgebruikers en de blootstelling aan omgevingsrook te reduceren (WHO, 2003; *tekstblok 2.1*). Het verdrag had minimaal de ratificatie van veertig lidstaten nodig om in werking te treden.

Noorwegen was het eerste land ter wereld dat dit verdrag ratificeerde. Nederland ratificeerde het FCTC op 27 januari 2005. Het verdrag trad op 27 februari 2005 in werking. De landen die partij zijn bij dit verdrag - inmiddels ruim 140 - komen in beginsel jaarlijks bijeen in een zogenoemde 'Conference of the Parties'. Hier komen zaken aan de orde zoals de wijze waarop de partijen hun verdragsverplichtingen nakomen en de verdere ontwikkeling van het verdrag. Dit laatste kan door een wijziging van de verdragstekst of door de totstandbrenging van - bindende - protocollen (het is immers een kader- of raamwerkverdrag).

Op dit moment wordt in het kader van dit verdrag gewerkt aan protocollen op het terrein van grensoverschrijdende tabaksreclame, smokkelbestrijding en productregulering. Daarnaast kan de Conference of the Parties ten aanzien van bepaalde artikelen ook - niet bindende - richtlijnen vaststellen. De nationale implementatie wordt inhoudelijk gevolgd door het ENSP (European Network on Smoking Prevention).

2.3 De beleidspraktijk rond roken

Deze paragraaf start met een samenvatting van de effectiviteit van antirookmaatregelen en antirookbeleid in de wereld en bespreekt een raamwerk om tabaksbeleid internationaal te vergelijken. Vervolgens worden het Nederlandse beleid besproken en het beleid in een aantal andere landen.

2.3.1 Effectiviteit van antirookbeleid

Recent is een aantal grote studies uitgevoerd die het antirookbeleid van landen in kaart hebben gebracht en de effectiviteit van de maatregelen hebben ingeschat. De Wereldbank publiceerde in 2003 de factsheet ‘Tobacco control at a glance’. Dit document beschrijft zes kosteneffectieve interventies om ziekte en sterfte ten gevolge van roken te verminderen (Worldbank, 2003).

Deze maatregelen zijn:

- Hogere accijns op tabaksproducten.
- Rookverboden in openbare gebouwen en werkplekken.
- Reclame- en sponsoringverbod voor tabaksproducten.
- Betere informatie voor consumenten over gezondheidsaspecten (inclusief verslaving), stoppen met roken (voordelen en mogelijkheden) en over het strategisch opereren van de tabaksindustrie (bijvoorbeeld via ‘counter advertising’).
- Grote, directe labels op sigarettenpakjes en andere tabaksproducten.
- Hulp aan rokers die willen stoppen, inclusief de toegang tot nicotinevervangers en andere stoppen-met-roken therapieën.

De beste resultaten worden verkregen wanneer een uitgebreid pakket van samenhangende maatregelen wordt ingevoerd.

In 2004 verscheen het rapport ‘Tackling inequalities in smoking’ (Mackenbach et al., 2004). Behalve de grote waarschuwingslabels op sigarettenpakjes en betere consumenteninformatie komen vijf antirookmaatregelen die worden geïdentificeerd als effectief bij lage sociaal-economische groepen overeen met die van de Wereldbank. Telefonische hulplijnen worden ook nog expliciet genoemd als effectief. De ontwikkelingen in dit beleid in zes landen over de periode 1985-2000 worden hier samengevat. Één van de conclusies was dat de meeste landen in ieder geval een aantal van deze maatregelen hebben doorgevoerd, maar vaak niet volledig en in sommige gevallen alleen zodanig dat vooral de hoge sociaal-economische groepen ervan profiteren. Dit wijst erop dat er nog ruimte is voor het effectiever maken van het antirookbeleid, zeker voor groepen met een lage sociaal-economische status.

Vergelijken van effectief antirookbeleid tussen landen

Levy, Chaloupka en Gitchell beschrijven de effecten van antirookbeleid op rookcijfers en ontwikkelden een scorekaart voor rookbeleid (‘Tobacco Control Score card’; Levy et al., 2003). Een flinke toename van de belasting (prijs) en het doorvoeren van strenge wetten op roken in het openbaar vormen de belangrijkste maatregelen die succesvol

zijn gebleken in het verminderen van de rookprevalentie. Beide maatregelen kunnen leiden tot een vermindering van de rookprevalentie van 10% of meer.

Joossens heeft in 2004 een overzicht van effectief antirookbeleid gegeven en tevens het beleid in Europese landen gekwantificeerd (Joossens, 2004). Hiertoe heeft het ENSP een panel van internationale onderzoekers en beleidsexperts bij elkaar geroepen om tot overeenstemming te komen over de toewijzing van punten aan bewezen effectieve maatregelen. De componenten van een goed antirookbeleid waren:

- prijs/belasting beleid (30 punten)
- verbod op roken op de werkplek/openbare ruimte (22 punten)
- hoogte van het budget voor het rookbeleid (15 punten)
- advertentieverbod (13 punten)
- gezondheidswaarschuwingen en labelling (10 punten)
- behandeling tabaksverslaving (10 punten)

In deze schaal krijgen landen per onderdeel een bepaalde score en zo ontstaat een beeld van welke landen een actief en welke landen een minder actief antirookbeleid hebben ontwikkeld. Het maximum aantal punten is 100. Het doel is niet zozeer om nationaal rookbeleid te veroordelen maar om beleidsmakers aan te moedigen de scores van hun eigen land te analyseren en om zwakke punten te verbeteren. Naar aanleiding van het onderzoek heeft België (19de van de 28 landen) bijvoorbeeld een parlementair debat gevoerd over subsidies, prijzen en stoppen met roken. Ook werd de wens geuit om België terug te laten keren in de top van Europa (Burgeon, 2004). Denemarken deed ook aan introspectie naar aanleiding van de verkregen score (Falk, 2004).

Verscheidene landen hebben actiever antirookbeleid dan Nederland

In 2005 werd het beleid van 30 landen opnieuw vergeleken zodat de resultaten van ruim een jaar daarvoor konden worden vergeleken aan de hand van wat intussen de ‘Tobacco Control Scale’ is gedoopt (Joossens & Raw, 2006). In bijlage 4 (*tabel B4.1*) staan de scores van de onderzochte landen vermeld. De vier landen met de hoogste ‘Tobacco Control Score’, en dus het meest uitgebreide beleid, zijn Ierland, het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en IJsland. Naast deze landen zijn er nog vijf landen met een hogere score dan Nederland. Al deze landen hebben een lagere rookprevalentie dan Nederland (28%). Nederland is sinds de vorige meting inmiddels afgezakt van plaats zeven naar de tiende plaats, omdat diverse landen hun beleid verder aangescherpt hebben.

2.3.2 Antirookbeleid in Nederland

In het 'Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-2010' geeft de overheid aan dat ze het aantal rokers van vijftien jaar en ouder wil verminderen van 28% (2004) tot 20% in 2010 (VWS, 2006). Op basis van dit Programma maken de betrokken partijen (KWF Kankerbestrijding, het Astmafonds, de Nederlandse Hartstichting en de minister van VWS) jaarlijks een Actieplan. Dat Actieplan bevat de concrete activiteiten die de partijen in de daarop volgende periode zullen uitvoeren.

Onderdelen van de Nederlandse wet- en regelgeving op het gebied van roken en van het beleid vloeien direct voort uit internationale verdragsrechtelijke verplichtingen. Diverse organisaties zijn betrokken bij niet-roken activiteiten. Het ministerie van VWS is eerstverantwoordelijke voor de Tabakswet. De Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) ziet toe op de naleving van de wet (handhaving). De belangrijkste, landelijke preventieorganisatie op het terrein van roken is STIVORO. Dit tabaksexpertisecentrum verzorgt onder meer massamediale campagnes en voorlichting over stoppen met roken (zie *bijlage 4, tabel B4.2*).

Tabakswet in 2002 aangescherpt

In 2002 is de Tabakswet aangescherpt. Deze wet bevat regels voor de tabaksindustrie en -verkopers, werkgevers, beheerders van openbare gebouwen en personenvervoerders (zoals trein en bus).

De wet bevat in hoofdlijnen de volgende besluiten:

- Een nagenoeg compleet verbod op tabaksreclame en -sponsoring.
- Een verkoopverbod van tabakswaren aan jongeren onder de zestien jaar.
- Het recht op een rookvrije werkplek en rookvrij personenvervoer.
- Bestuurlijke boetes die worden opgelegd bij overtreding.

In de toekomst rookvrije sport en horeca

In opdracht van VWS zijn NOC*NSF en STIVORO begonnen met het project 'Rookvrije Sport'. In 2003 is gestart met een inventarisatie van de stand van zaken bij alle sportinstellingen, in 2004 gevolgd door een voorlichtingscampagne, gericht op sportverenigingen. Hiermee wordt getracht te bereiken dat sportverenigingen zelf afspraken vastleggen in reglementen (zelfregulering). Het streven was een nagenoeg rookvrije sportsector in 2006 (STIVORO, 2005). Het is onduidelijk of dit in de praktijk gelukt is. Ook horecawerkgevers zijn aangespoord om ervoor te zorgen dat de horeca rookvrij wordt. Zij hebben hiertoe een op zelfregulering gebaseerd stappenplan ontwikkeld. Dit plan loopt tot en met 2008, maar volgens een evaluatie van TNS NIPO hebben restaurants, cafés en de discotheken de streefcijfers voor 2005 niet gehaald (TNS NIPO, 2006).

Verschillende soorten persoonlijke voorlichting over stoppen met roken

Sinds 1998 kunnen rokers een 'Advies op Maat' krijgen. Na het invullen van een vragenlijst op internet (www.stopeffectief.nl) krijgen rokers een persoonlijk stoppen-met-roken advies thuisgestuurd. Ook bestaat er sinds 1999 telefonische counseling, waarbij counselors rokers in zes gesprekken begeleiden bij hun stoppoging. Ten slotte kunnen rokers deelnemen aan stoppen-met-roken cursussen die al sinds 1967 bestaan en vaak worden aangeboden door GGD'en of thuiszorgorganisaties. De campagne 'Roken, nee dank je' die in 1994 van start gegaan is, richt zich specifiek op migranten (Turken, Marokkanen en Surinamers). Zij krijgen in de eigen taal informatie over roken en over stoppen met roken.

Diverse preventieactiviteiten op het terrein van roken op scholen en de werkplek

Om roken op scholen terug te dringen is er voor het basis en voortgezet onderwijs het project 'De Gezonde School en Genotmiddelen' ontwikkeld (Paulussen, 2002; zie ook het hoofdstuk Jeugd). Daarnaast gebruiken leerkrachten lespakketten om leerlingen voor te lichten over roken. Verder kunnen leerlingen van klas 1 en 2 van het voortgezet onderwijs sinds 1999 deelnemen aan 'Actie Tegengif'. Dit is een klassikale niet-roken wedstrijd, waarbij leerlingen met elkaar afspreken niet te gaan roken of met roken te stoppen. Tot slot bestaat sinds 1997 het project 'Rookvrije school' voor onder meer het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs met als doel een rookvrije omgeving op scholen te creëren.

Voor een rookvrije werkplek heeft STIVORO een methodiek ontwikkeld die wordt gehanteerd in een aantal voorlichtingsproducten: een handleiding voor het invoeren van rookbeleid, een website, telefonische advisering en het niet-roken programma voor op de werkplek. De folder 'Rookvrij aan het werk' beschrijft bijvoorbeeld in zeven stappen hoe een gezondheidsbeleid betreffende roken op te zetten in een bedrijf.

Uitgaven voor preventie van roken tussen 2003 en 2005 gedaald

Uitgaven aan preventiemaatregelen gericht op roken bedroegen in 2003 in Nederland 22 miljoen euro, op een totaal van 12,5 miljard euro (De Bekker-Grob et al., 2006). Deze 22 miljoen euro in 2003 was hoog als gevolg van de uitvoering van de motie-Werner (Eerste Kamer, 2002). Nadat de Eerste en de Tweede Kamer in 2002 hun goedkeuring aan de nieuwe Tabakswet gaven, stelde CDA-senator Jos Werner in een motie de voorwaarde dat de minister van VWS een bedrag van 15 miljoen euro zou vrijmaken voor middelen voor preventie (Dit is uiteindelijk eenmalig 10 miljoen euro geworden).

Werner verwonderde zich er over dat op de begroting slechts 6 miljoen euro wordt uitgegeven aan preventie op het terrein van roken, terwijl de overheid vele miljarden int aan accijns op tabakswaaren. Van deze 22 miljoen euro werd 16,1 miljoen euro uitgegeven aan gezondheidsbevorderende maatregelen (massamediale campagnes, project De gezonde school en genotmiddelen), 1,7 miljoen euro aan beschermende maatregelen (inspecties door VWA) en 3,7 miljoen euro aan ziektepreventie (nicotinepleisters, -tabletten, -kauwgom). In 2004 was 5 miljoen euro extra beschikbaar.

Tabaksontmoedigingsbeleid in Nederland is kosteneffectief

Het tabaksontmoedigingsbeleid in Nederland is door het RIVM op kosteneffectiviteit geëvalueerd (Feenstra et al., 2006). Uit deze studie is gebleken dat zowel massamediale campagnes als accijnsverhoging maar ook individuele hulp bij het stoppen met roken, minder dan 10.000 euro per gewonnen gezond levensjaar (QALY) kosten. Zonder de zorgkosten in de gewonnen levensjaren mee te rekenen zijn deze interventies zelfs kostenbesparend. Hierbij moet worden aangetekend dat de eventuele voordelen die mensen ondervinden van het roken (genot, ontspanning et cetera.) niet worden meegenomen in dergelijk onderzoek.

2.3.3 Landenvergelijking van antirookbeleid

In de meeste EU-landen is het antirookbeleid steeds strenger geworden. In Nederland kwam de tabakswetgeving in de jaren tachtig moeizaam op gang, maar ook ons land is sinds 2004 strenger. Hoe streng het beleid in Nederland is in vergelijking met andere EU-landen wordt hierna besproken aan de hand van een internationale vergelijkings-schaal. Ook wordt gekeken naar de vraag welke landen welke specifieke maatregelen hebben genomen en of er successen te rapporteren zijn.

Prijsverhogingen hebben in veel landen tot minder rokers geleid

Volgens de Wereldbank is prijsverhoging de meest (kosten)effectieve maatregel, vooral voor jongeren en mensen met een lager inkomen. In rijke landen leidt een prijsstijging van 10% tot een vermindering van de consumptie met 4%. Toen in Frankrijk in 2003 de prijs van het populairste sigarettenmerk Marlboro (wereldwijd het grootste marktaandeel) werd verhoogd met 31% liep de verkoop daarvan terug met 13,5%. Het percentage rokers nam in Frankrijk af van 35% in 1999 tot 30% in 2003. Dit komt neer op twee miljoen minder rokers. Verder gaf 66% van de Franse rokers in 2003 aan te willen stoppen, vergeleken met 58% in 1999. De belangrijkste reden hiervoor was de sigarettenprijs (in 1999 was dit de op drie na belangrijkste reden) (Joossens & Raw, 2006). In de Verenigde Staten heeft de staat Californië al in 1988 de tabaksaccijns verhoogd met 25 dollarcent en 20% van deze verhoging besteed aan tabakspreventie (California DHS, 2006). Het percentage rokers in deze staat daalde van ongeveer 23% in 1988 tot 14% in 2005 (California DHS, 2006). Ook in andere landen zoals Nieuw-Zeeland en Australië is ervaring opgedaan met het oormerken van een deel van de accijnsopbrengst ('dedicated tax') ten behoeve van preventiebeleid.

In februari 2004 werd ook in Nederland de prijs van een pakje Marlboro verhoogd met 18% (90 eurocent). In de loop van 2004 daalde vervolgens de verkoop met 12,8% en het aantal rokers nam af met bijna 7% (van 3.950.000 in 2003 tot 3.690.000 in 2004). Ondanks deze prijsstijging is de Nederlandse prijs van een pakje sigaretten laag vergeleken met die in veel andere landen zoals het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Duitsland en Frankrijk. Een prijsvergelijking van de ENSP gaf aan dat in juli 2003 de prijs van een pakje sigaretten in het Verenigd Koninkrijk meer dan twee keer zo hoog was als in Nederland en in Ierland bijna twee keer zo hoog (Joossens, 2004).

Rookverbod in horecagelegenheden in diverse landen effectief

De Europese commissie pleit voor een algeheel rookverbod in publieke ruimten. Rookvrije werkplekken en openbare gebouwen beschermen niet alleen de niet-roker, ook rokers worden erdoor aangemoedigd te minderen of te stoppen. Een review van 26 studies naar deze maatregel concludeert dat een geheel rookvrije werkplek leidt tot een daling van 4% in de rookprevalentie. In Europa geldt een verbod op roken op de werkplek (inclusief horeca) in Ierland (maart 2004), Noorwegen (juni 2004), Italië (januari 2005), Malta (april 2005), Zweden (juni 2005) en Schotland (maart 2006). In Frankrijk is het algehele rookverbod in de horeca in oktober 2006 doorgevoerd. In Engeland treedt het rookverbod in de horeca in juli 2007 in werking.

In Ierland nam de verkoop van sigaretten met 15% af, het percentage rokers van 25,5% in maart 2004 tot 23,6% in augustus 2005. Ierland kan in dit verband een 'success story' genoemd worden. Er bestond aanvankelijk veel scepsis over de 'smoking ban' plannen in het land waar roken en drinken zo deel uitmaken van de cultuur. In juni 2003 sloegen de 'Irish Cancer Society', de Ierse 'Action on Smoking and Health' (ASH) en de Ierse Hartstichting de handen ineen en werd een lobbygroep opgericht. Op deze manier kon tegenwicht geboden worden tegen de almaar sterker wordende tegenstand zoals van de 'Licensed Vintners Association' (LVA).

Ook in Italië ging de verkoop van sigaretten achteruit met 9% na een rookverbod in de horeca in januari 2005. En ook hier is het verbod een succes gebleken. Ondanks het gebruikelijke Italiaanse gezegde 'fatta la legge, trovato l'inganno' (is er een wet, vind er dan de mazen in) lijken in Italië zelfs de uitbaters van horecagelegenheden tevreden te zijn over het effect van het rookverbod (Dobson, 2005). Ook geeft 10% van de ondervraagde Italianen aan dat zij vaker uitgaan sinds het rookverbod van kracht is.

Behalve een daling in de sigarettenverkoop werd een nog opvallender effect gezien: sinds de invoering van het rookverbod in de Italiaanse horeca zijn er ruim 10% minder hartinfarcten geconstateerd in de Noord-Italiaanse regio Piemonte (Barone-Adesi et al., 2006). Vooral niet-rokers zouden profiteren van het algehele rookverbod. Van februari tot en met juni 2004 werden 922 Italianen met een hartinfarct in een ziekenhuis opgenomen. Na de invoering van het rookverbod op 10 januari 2005 werden er van februari tot en met juni 832 hartaanvallen geconstateerd. Deze daling van ruim 10% wordt door onderzoekers toegeschreven aan de invoering van het rookverbod. De jaren ervoor was er juist een gelijkmatige stijging van het aantal hartinfarcten. Het rookverbod zou onmiddellijk effect hebben omdat roken direct tot bloedstolsels kan leiden die hartinfarcten kunnen veroorzaken. Over de gevolgen op lange termijn, voor bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en longkanker, is nog niets bekend.

Minder dan 20% Nederlandse horeca heeft rookvrije zone

Nederland heeft een wet voor een rookvrije werkplek en een rookverbod in openbare ruimten. Alleen de horeca vormt hier in ons land nog een uitzondering op. De minister had afspraken gemaakt met de horecabranche over het geleidelijk aan ontwikkelen van een beleid waarbij klanten niet of niet overal meer mogen roken. Het zogenoemde

stappenplan ging in 2005 in en duurt nog tot 1 januari 2009. Uit een tussentijdse evaluatie van TNS NIPO blijkt dat cafés, restaurants en discotheken zich tot nu toe onvoldoende aan de gemaakte afspraken houden (Tweede Kamer, 2006). Cafés, restaurants en discotheken hadden toegezegd dat in een kwart van de zaken een rookvrije zone voor het publiek zou zijn. Bij de cafés is dat echter maar in 11% van de zaken gebeurd, bij restaurants in 20% van de gelegenheden. Slechts 11% van de discotheken heeft een rookvrije zone.

Hogere uitgaven aan tabaksontmoediging verminderen roken

Ervaringen uit de Verenigde Staten en Australië laten zien dat hogere uitgaven aan stoppen-met-roken interventies (campagnes, behandeling en andere maatregelen) roken doen afnemen. In de Verenigde Staten hebben verschillende staten geïnvesteerd in grootschalige antirookprogramma's zoals mediacampagnes, schoolprogramma's, interventies zoals telefonische stopprogramma's en het versterken van rookrestricties. In de Verenigde Staten gaan verhoogde uitgaven aan antirookbeleid stevast gepaard met dalende verkoopcijfers van sigaretten, maar blijkt de effectiviteit van massamediale campagnes af te hangen van de schaal en duur. De Amerikaanse Centres for Disease Control (CDC) heeft geschat dat staten minimaal drie jaar lang tussen de 1 en 3 dollar per inwoner per jaar moeten besteden om effectief te zijn (CDC, 1999).

Binnen de EU spendeert alleen het Verenigd Koninkrijk meer dan 2 euro per persoon aan tabaksontmoediging. Net als het CDC in Amerika adviseert de organisatie ASPECT de EU-lidstaten 1 tot 3 euro per persoon per jaar uit te geven aan tabaksontmoediging (ASPECT, 2004). In IJsland (geen EU-lidstaat) is bij wet geregeld dat de regering ten minste 0,9% van de accijnsopbrengst uitgeeft aan tabaksontmoediging (Hakala & Waller, 2003). Per persoon wordt nu 2,27 euro per jaar uitgegeven. De Duitse regering gaf in 2004 bijvoorbeeld 0,01 euro per persoon per jaar uit aan tabaksontmoediging als gevolg van een vijfjarig contract dat het ministerie van Gezondheid afsloot met de tabaksindustrie (Simpson, 2003).

Indirecte reclame in meeste EU-landen nog niet verboden

Een totaalverbod op adverteren geldend voor alle media en alle vormen van directe en indirecte reclame vermindert tabaksgebruik. Verder blijkt dat een gedeeltelijk verbod juist weinig of geen effect heeft. Met de meest uitgebreide beperkingen zou het roken met 6% kunnen verminderen (Saffer & Chaloupka, 2000).

Sinds 2002 is er in Nederland een nagenoeg volledig verbod op sponsor- en reclame-activiteiten. Binnen Europa hebben alleen Denemarken, Finland, Frankrijk, IJsland, Noorwegen en Portugal een totaalverbod op alle vormen van indirecte reclame. Nergens in de EU wordt nog reclame gemaakt voor tabak via de nationale televisie. In de meeste EU-landen zijn er beperkingen opgelegd aan tabaksverkooppunten en mag er aan mensen onder de zestien jaar geen tabak worden verkocht. In Finland, IJsland, Ierland, Noorwegen, Zweden en Zwitserland is de minimale leeftijdsgrens zelfs achttien jaar.

Waarschuwingen op tabaksproducten in meeste EU-landen een feit

In veruit de meeste EU-landen worden de gebruikers van tabaksproducten duidelijk geïnformeerd over de gezondheidsrisico's van roken door middel van waarschuwingsteksten op verpakkingen. Deze waarschuwingen zijn vastgelegd in een Europese richtlijn. De waarschuwing op de voorkant moet tenminste 30% van de oppervlakte van het pakje beslaan. De waarschuwingstekst op de achterkant moet tenminste 40% van het pakje beslaan. Uit onderzoek blijkt dat deze waarschuwingen effectief zijn bij het informeren van rokers over de gevaren van roken, om ze aan te moedigen tot stoppen en ze ontmoedigen niet-rokers om te beginnen (Worldbank, 2003; Willemsen, 2005).

Canadese rokers worden sinds december 2000 geconfronteerd met afbeeldingen van onder andere zwarte longen en stervende mensen op de verpakking van tabak. De binnenkant van de verpakking bevat uitgebreidere informatie over de schadelijkheid van het roken en ook stoppen-met-roken tips. Uit een review waarin het Verenigd Koninkrijk, Canada, de Verenigde Staten en Australië betrokken zijn, blijkt verder dat de grafische waarschuwingen een goede methode zijn om rokers bewust te maken van de gevaren van roken en dat ze kosteneffectief zijn (Hammond et al., 2006). Mede door deze positieve berichten heeft de Europese Commissie besloten om, conform richtlijn 2001/37/EG een serie van 42 grafische waarschuwingen beschikbaar te stellen. België is de eerste lidstaat die van deze mogelijkheid gebruik maakt. Nederland volgt later, maar de afbeeldingen die hier gebruikt gaan worden zullen waarschijnlijk minder 'confronterend' zijn dan in België.

Evaluatie onder rokers en mensen die gestopt zijn of willen stoppen, toont aan dat de kleurenfoto's effectief zijn en mensen stimuleren om te stoppen, vooral bij laagopgeleiden. Een jaar na de invoering in Canada gaf 19% van de rokers aan minder te zijn gaan roken als gevolg van de illustraties (Hammond et al., 2004). Onderzoekers zijn het niet eens over het effect van, met name, de meer angstaanjagende afbeeldingen. Sommige onderzoekers beargumenteren dat onderzoek naar effectiviteit van dit middel vooral de intentie van rokers zou meten op het moment dat daar naar gevraagd wordt en dat afschrikwekkende afbeeldingen een averechts effect hebben (Ruiter & Kok, 2005). In een recent rapport wordt echter geconcludeerd dat er niet onomstotelijk is aangetoond dat rokers daadwerkelijk stoppen als gevolg van de afbeeldingen, maar dat er wel aanwijzingen zijn (zie www.researchvoorbeleid.nl: Kleurenfoto's op tabaksverpakkingen).

Vergoeding van behandeling rookverslaving om aantal stoppers te verhogen

Veel rokers die willen stoppen hebben baat bij hulp door middel van gedragsondersteuning zoals telefonische hulplijnen en medicatie. Pleitbezorgers van deze middelen vinden dat ze breder beschikbaar moeten zijn, want hoewel het effect op prevalentie niet zo groot is, kunnen ze de zwaardere, meer verslaafde rokers helpen. Deze mensen hebben namelijk de grootste moeite om te stoppen en vormen de grootste belasting voor de zorg. In Engeland zijn deze behandelingen tegenwoordig landelijk beschikbaar voor alle rokers. De roker hoeft hier niet voor te betalen binnen de via de belastingen betaalde 'National Health Service' (NHS) (McNeill et al., 2005). Stoppen met roken is

een kernelement van het tabaksontmoedigingsbeleid in Engeland sinds het ‘Witboek’ ‘Smoking kills’. Het belang van stoppen wordt ook benadrukt in richtlijnen voor de NHS en medewerkers in de zorg (zie ook www.nice.org.uk). Er zijn doelen geformuleerd voor de behandeling van rokers die willen stoppen en ook voor de afname van het percentage rokers in iedere ‘Primary Care Trust’ (het belangrijkste niveau voor financiering en preventieve zorg binnen de NHS) (ASH, 2006).

In Nederland wordt de beslissing over het al dan niet vergoeden van nicotinevervangende middelen overgelaten aan zorgverzekeraars. Dit ondanks het feit dat uit Nederlands onderzoek blijkt dat het vergoeden van effectief gebleken ondersteuning voor stoppen met roken een geschikt en kosteneffectief instrument is om niet alleen het gebruik van ondersteuning, maar ook het aantal stoppogingen en het aantal stoppers in Nederland te verhogen (Kaper et al., 2003).

Wel is in Nederland in 2002 het ‘Partnership Stop met Roken’ (www.partnershipstop-metroken.nl) tot stand gebracht. In dit Partnership zijn diverse publieke en private partijen uit het gezondheidszorgveld verenigd. Met hun deelname leveren zij een bijdrage aan het verminderen van het percentage rokers en dragen zij via diverse activiteiten bij aan het beleid van het ministerie van VWS. Daarnaast wil het Partnership het volgende bereiken:

- De erkenning van roken als verslavingsziekte.
- Een structurele inbedding van stop-met-roken begeleiding in de zorg.
- De bewustwording bij rokers en niet-rokers van de verslavende werking van rookwaar en de aanwezigheid van effectieve stopondersteuning.

2.4 Discussie en conclusies

Nederlands rookbeleid gematigd vergeleken met andere landen

Hoewel er de afgelopen jaren al flink wat maatregelen zijn doorgevoerd en er al zeker successen geboekt zijn, is het Nederlandse rookbeleid nog niet echt streng te noemen vergeleken met veel andere landen in Europa, Canada of bepaalde staten (Californië) in Amerika. In Nederland is de prijs van sigaretten gemiddeld, een compleet verbod in openbare gelegenheden komt voorlopig niet goed van de grond en het toezicht op verkoop aan jongeren laat te wensen over. De afspraken in het stappenplan dat opgesteld is met de horeca worden niet nagekomen. Tegelijkertijd wordt in steeds meer andere EU-landen al wel een algeheel rookverbod doorgevoerd en zijn de ervaringen hiermee onverwacht positief. Opvallend is de belangrijke rol van de EU; immers de huidige Nederlandse wetgeving op het gebied van roken is deels direct afgeleid van de Europese wetgeving op dit gebied.

Ook in termen van budget voor tabaksontmoedigingsbeleid loopt Nederland zeker niet voorop. Het verschil tussen wat de overheid int aan accijns op tabak - jaarlijks ongeveer 1,8 miljard euro - en het budget dat beschikbaar wordt gesteld aan preventie, is groot. Een geormerkt deel van enkele procenten van de accijnsinkomsten besteden

aan rookpreventie is in Nederland omstreden, maar er zijn zeker voordelen te noemen van een dergelijke ‘dedicated’ of ‘earmarked taxation’. Ten eerste blijkt prijsverhoging van sigaretten een effectief middel om roken te verminderen. Het effect vindt naar verwachting vooral plaats in de bevolkingsgroepen waar dit het meest nodig is, zoals jongeren en lage sociaal-economische groepen (Feenstra et al., 2006). Ten tweede heeft een systeem met een ‘eerlijke’ toewijzing van budget steun van de bevolking (Phipps, 2003). Ten derde ontstaat er zo een terugkerend budget om de volksgezondheid te verbeteren.

Andere landen zijn ook binnen hun zorgsysteem actiever als het gaat om het terugdringen van roken. In Nederland heeft een experiment plaatsgevonden met het vergoeden van behandelingen die helpen bij het stoppen met roken en het wordt nu aan de verzekeraars overgelaten of er vergoeding plaatsvindt. In Engeland zijn deze vergoedingen ‘gratis’ en blijken ze ook te werken. Hier speelt mogelijk het verschil in gezondheidssystemen tussen Engeland en Nederland een rol. In Nederland, constateerde VTV-2006, is er een relatief grote afstand tussen zorg en preventie in vergelijking met een ‘national health system’ zoals in Engeland.

Snelle veranderingen in rookbeleid in andere landen mogelijk gebleken

Binnen de EU hebben recent de meest revolutionaire veranderingen in het publieke-gezondheidsbeleid, en in rookbeleid in het bijzonder, misschien wel plaatsgevonden in Ierland. Ierland scoort zeer hoog op de Tobacco Control Scale en heeft op verschillende manieren actief en, blijkend uit het afgenomen rookpercentage, effectief beleid ingezet tegen roken. In het land waar het ministerie voor volksgezondheid hetzelfde is als het ministerie voor kinderen, wordt het beleid vanzelfsprekend gericht op jongeren. Jongeren beneden de achttien jaar mogen geen sigaretten kopen. Dat dit geen papieren regel is blijkt uit het feit dat verkopers die zich hier herhaaldelijk niet aan houden, helemaal geen tabak meer mogen verkopen. Een strenge handhaving is dus belangrijk. Een dergelijk streng toezichts- en handhavingsbeleid bestaat bijvoorbeeld in Californië waar ‘undercover’ agenten de straat op gaan om te controleren of winkeliers vragen naar persoonsbewijzen om de leeftijd van sigarettenkopers te controleren.

Winst te behalen door beleid te richten op lage sociaal-economische groepen

Het verschil in rookprevalentie tussen hoge en lage sociaal-economische groepen is evident in veel Noord- en West-Europese landen waaronder Nederland. Toch wordt in het nieuwe Nationale Programma Tabaksontmoediging grotendeels voorbijgegaan aan dit gegeven en aan de oorzaken die hieraan ten grondslag liggen (Mackenbach, 2006). Ongunstiger levensomstandigheden en een sociale norm die positief is ten opzichte van roken, spelen een belangrijke rol bij het beginnen en moeilijker kunnen stoppen met roken. Verder is de mate van nicotineafhankelijkheid vaak hoger onder lage sociaal-economische groepen. Dit wordt deels veroorzaakt door een eerdere startleeftijd en dat maakt het stoppen eveneens moeilijker (Mackenbach, 2006).

Niet alle tabaksontmoedigingsmaatregelen zijn even effectief in lage sociaal-economische groepen als in hoge. Vooral voorlichtingsactiviteiten zijn over het algemeen effectiever in de hoge sociaal-economische groepen (Mackenbach, 2006). Van de, in dit hoofdstuk besproken maatregelen, wordt vooral een prijsverhoging van sigaretten genoemd als effectief voor de lage inkomensgroepen. Ook de voordelen van een algeheel rookverbod (inclusief de horeca) zouden overwegend ten goede komen aan mensen in de lage sociaal-economische groepen, die in verhouding meer roken en vaker werkzaam zijn in de horeca.

Het Engelse actieprogramma ‘Tackling health inequalities: A Programme for Action’ uit 2002 heeft een brede aanpak gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen sociaal-economische groepen (Department of Health, 2003). Een aantal strategieën in dit programma zijn gericht op vermindering van roken in bepaalde groepen zoals lage sociaal-economische groepen en zwangere vrouwen. Uit hoofdstuk 6 Gezondheidsachterstanden blijkt dat het Engelse beleid effectief is.

Solide basis voor evidence-based antirookbeleid beschikbaar

Nederland deelt het volksgezondheidsprobleem roken met veel andere Europese landen en via internationale samenwerking in WHO- en EU-verband zijn al veel beleidsinitiatieven en wettelijke maatregelen doorgevoerd, die het roken ontmoedigen. Internationale netwerken en organisaties, waaronder diverse EU-netwerken, dragen en droegen in belangrijke mate bij aan het vergelijken en analyseren van antirookbeleid en de effectiviteit van dat beleid. Dit vormt inmiddels een solide basis voor ‘evidence-based’ antirookbeleid. Effectieve maatregelen zijn onder andere: hogere accijns op tabaksproducten; rookverbod in openbare gebouwen en op werkplekken; reclame- en sponsoringverbod voor tabaksproducten; betere informatie voor consumenten over gezondheidsaspecten (inclusief verslaving), over stoppen met roken (voordelen en mogelijkheden) en over de handelswijze van de tabaksindustrie (counter advertising); grote, directe labels op sigarettenpakjes en andere tabaksproducten; hulp aan rokers die willen stoppen, inclusief de toegang tot nicotinevervangers en andere stoppen-met-roken therapieën.

Gezien de beleidservaringen in andere landen is het niet alleen wenselijk maar waarschijnlijk ook goed mogelijk om het roken in Nederland snel verder terug te dringen. Daartoe zou het Nederlandse rookbeleid op een aantal aspecten aangescherpt moeten worden. Een dergelijk strikter beleid heeft recent in andere landen (Ierland, Italië) duidelijk effect gehad. Verder zou meer ingezet moeten worden op maatregelen ter vermindering van roken in lage sociaal-economische groepen omdat het rookprobleem daar - in vrijwel alle landen - veruit het hardnekkigst is. Op zijn minst zou bestaand beleid beter gehandhaafd moeten worden.

Vanuit internationaal perspectief kunnen we ten slotte de volgende conclusies trekken:

De gewenste daling in roken blijft in Nederland internationaal gezien achter, maar een snelle inhaalslag is mogelijk.

Na een belangrijke daling in de jaren 2002-2004, lijkt een verdere verbetering van de rookprevalentie in Nederland uit te blijven. Diverse landen laten zien dat in Nederland een substantiële daling van de rookprevalentie, bijvoorbeeld van 28% (2005) tot circa 20% binnen enkele jaren mogelijk moet zijn.

Nederland heeft vergeleken met sommige andere landen geen streng tabaksontmoedigingsbeleid.

Er is nog een aantal effectieve beleidsmaatregelen mogelijk die in diverse andere landen al wel zijn ingevoerd:

- Rookvrije horeca (zoals in ondermeer Ierland, Italië en Noorwegen).
- Betere benutting van het accijnsinstrument, zoals in het Verenigd Koninkrijk, Ierland en Frankrijk, waar de prijzen voor tabak aanzienlijk hoger zijn dan in Nederland.
- Breed beschikbaar maken van ondersteuning bij stoppen met roken.
- Een substantiële verhoging van het budget voor tabaksontmoediging, bijvoorbeeld te financieren uit de opbrengsten van de tabaksaccijns ('dedicated tax').

Maatregelen tegen roken kunnen in Nederland en andere Europese landen sterk bijdragen aan het terugbrengen van ongewenste gezondheidsverschillen.

Prijsverhoging van sigaretten en shag en een algeheel rookverbod (inclusief de horeca) zullen bij lage sociaal-economische groepen een groter gezondheidseffect hebben dan bij de hoge sociaal-economische groepen en daarmee bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

LITERATUUR

- ASH. UK Tobacco Control Policy and Expenditure - An Overview. <http://www.ash.org.uk/html/factsheets/pdfs/UKtobaccocontrol-policyexpenditure.pdf> (laatst bezocht op 13 december 2006), 2006.
- ASPECT. Tobacco or health in the European Union. PAST, PRESENT AND FUTURE. Brussels: European Commission, Directorate-General for Health and Consumer Protection, 2004.
- Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *European Heart Journal* 2006;27(20):2468-2472.
- Bekker-Grob EW de, Polder JJ, Witte K, Mackenbach JP, Meerdink WJ. Kosten van preventie in Nederland 2003: Zorg voor euro's - 4. RIVM-rapportnr. 270751011. Bilthoven/Rotterdam: RIVM/Erasmus MC, 2006.
- Burgeon C, Chambre 2e session de la 51 E législature, CRIV 51, 10-6-2004, p.7.
- California DHS, Department of Health Services. Tobacco Control Section, <http://www.dhs.ca.gov/tobacco> (laatst bezocht op 8 december 2006), March 2006.
- Cavalaars AEJM, Kunst AE, Geurts JJM, et al. Educational differences in smoking: an international comparison. *BMJ* 2000;320:1102-1107.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Best practices of comprehensive tobacco control programs. Atlanta, Georgia: CDC, 1999.
- DH, Department of Health. Tackling Health Inequalities. A Programme for Action. Londen: DH, 2003.
- Dobson R. Italy's smoking ban has led to an 8% drop in tobacco consumption. *BMJ* 2005;331:1159. doi:10.1136/bmj.331.7526.1159-a.
- Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. *Br Med J* 1950;2:739-748.
- Doll R, Hill AB. Mortality in relation to smoking: ten years observations of British doctors. *BMJ* 1964;1:1399-1410.
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004 Jun 26;328(7455):1519.
- EC, Europese Commissie. Technical Annexes to the Communication of the Commission on the European Environment and Health Action Plan 2004-2010; Annex I. COM (2004) 416 final. Brussels: EC, 2004.
- EC, Europese Commissie. Green Paper; Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level. COM (2007) 27 final. Brussels: EC, 2007.
- Eerste Kamer. Vergaderstuk: 26472, nr 59e; vergaderjaar 2001-2002. Den Haag, 2002.
- Falk J, Danish National Board of Health, personal communication, 31-8-2004.
- Feenstra TL, Baal PHM van, Hoogenveen RT, Vijgen SMC, Stolk E, Bemelmans WJE. Cost-effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model. RIVM-reportnr. 260601003/2005. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA, et al. The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. *Tob Control* 2006;15:3-11.
- GR, Gezondheidsraad. Volksgezondheidsschade door passief roken. GR-publicatienr. 2003/21. Den Haag: GR, 2003.
- Hakala K, Waller M. Nordic tobacco control - towards smokefree societies. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2003.
- Hammond D, Fong G T, McNeill A, Borland R, Cummings K M. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* 2006;15(Suppl III):iii19-iii25. doi: 10.1136/tc.2005.012294.
- Hammond D, Fong GT, McDonald PW, Brown KS, Cameron R. Graphic Canadian cigarette warning labels and adverse outcomes: evidence from Canadian smokers. *Am J Public Health* 2004;94(8):1442-1445.
- Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003; Alcohol and Other Drug use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe, 2004.
- Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tob Control* 2006;15:247-253. doi: 10.1136/tc.2005.015347.
- Joossens L. Effective tobacco control policies in 28 European countries. ENSP, 2004.

- Kaper J, Wagena EJ, Schayck CP van. Het effect van het vergoeden van ondersteuning voor stoppen met roken: resultaten van een gerandomiseerd experiment. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2003.
- Knol K, Hilvering C, Wagener DJT, Willemsen MC (red.). Tabaksgebruik: gevolgen en bestrijding. Utrecht: Lemma BV, 2005.
- Levy D, J Gitchell J, Chaloupka F. The effects of tobacco control policies on smoking rates: A tobacco control scorecard. PIRE Working Paper. Calverton: MD, 2003.
- Mackenbach JP, et al. Tackling socio-economic inequalities in smoking in the European Union, Final Technical Report. Brussels: ENSP, 2004.
- Mackenbach JP. Anti-rookbeleid moet anders. Medisch Contact 2006;13:512-514.
- McNeill A, Raw M, Whybrow J, Bailey P. A national strategy for smoking cessation treatment in England. Addiction 2005 Apr;100 Suppl 2:1-11.
- Nemery B, Joossens L, Bartsch P, et al. Tactics of the tobacco industry in Belgium. www.bmj.com Rapid Responses for Fleck, 330(7487)325, 11 April 2005.
- Paulussen Th. Voeren scholen een gezondheidsbeleid? In: Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der (red.). Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. RIVM-rapportnr. 270555004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002; 134-141.
- Phipps R (BC Health Promotion Coalition). Report on the 3rd meeting of the international network of health promotions foundations. Budapest, Hungary. April 28-30, 2003.
- Prins GJJ, Willemsen MC. Tabakswetgeving in Nederland. Hart Bulletin 2004;35(4):85-87.
- Ruiter RAC, Kok G. Saying is not (always) doing: cigarette warning labels are useless. European Journal of Public Health 2005;15(3):329-330.
- Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. J Health Econ 2000;19:1117-1137.
- Simpson D. Germany: still sleeping with the enemy. Tob Control 2003;12:343-344.
- STIVORO, Stichting Volksgezondheid en Roken. Jaarverslag 2004. Den Haag: STIVORO, 2005.
- TNS NIPO. Zelfregulering roken in de horeca en podia. Onderzoek naar rookbeleid van horecagelegenheden en podia (E3089/E4383). Amsterdam: TNS NIPO, 2006.
- Tweede Kamer. Brief ministerie VWS: VGP/ADT 2695128, dd 5 juli, 2006.
- Vijgen SMC, Gelder BM van, Baal PHM van, Zutphen M van, Hoogenveen RT, Feenstra TL. Kosten en effecten van een pakket maatregelen voor tabaksontmoediging. (In voorbereiding).
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-2010. http://www.minvws.nl/images/vgp-2646769b.doc_tcm19-98351.pdf (laatst bezocht op 18 februari 2007). Den Haag: VWS, 2006.
- WHO, World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO, 2003.
- WHO-HFA, World Health Organization. Health For All Database <http://www.who.dk/country/country.htm>, 2006 en 2007.
- Willemsen MC. The new EU cigarette health warnings benefit smokers who want to quit the habit: results from the Dutch Continuous Survey of Smoking Habits. Eur J Public Health 2005;15:389-392.
- Worldbank. Tobacco pack information at a glance. www.worldbank.org/tobacco. Washington DC: Worldbank, June 2003.
- Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. J Am Statist Assoc 1950;143:329-338.

3 ALCOHOL

Er zijn effectieve maatregelen in de aanbodssfeer mogelijk (verminderen beschikbaarheid, verhogen van prijzen) die kunnen worden ingezet om alcoholgebruik bij Nederlandse jongeren terug te dringen

De jeugd in Nederland en Europa drinkt de laatste jaren te jong, te vaak en te veel. Bij ongewijzigd beleid leidt dit tot gezondheidsschade en hoge sociale en maatschappelijke kosten. Er is snel effectieve actie nodig, want het huidige beleid is niet effectief gebleken. Internationaal onderzoek wijst telkens op de effectiviteit van maatregelen in de aanbodssfeer.

Nederland heeft een gemiddeld streng alcoholbeleid dat kan worden aangescherpt en van een meer integrale aanpak voorzien

Er zijn nog effectieve beleidsmaatregelen mogelijk, die de door alcoholgebruik veroorzaakte schade verminderen en die in andere landen al zijn ingevoerd, zoals accijnsverhoging, reclamebeperking, en intensievere handhaving van regels. Een integrale en intersectorale aanpak lijkt dan gewenst met meer aandacht voor onderzoek, beleids-evaluatie en monitoring.

Het Nederlandse alcoholbeleid kan er baat bij hebben, als Nederland het EU-beleid met relevantie voor alcohol meer proactief zou volgen

Omdat nieuw EU-beleid op verschillende beleidsgebieden het nationaal alcoholbeleid zowel positief als negatief kan beïnvloeden is een proactieve houding vanuit Nederland nodig in de Europese Unie op de beleidsgebieden: landbouw, marktwerking (en regulering) en volksgezondheid (sociale zaken).

3 ALCOHOL

Peter Achterberg

3.1 Inleiding 55

3.1.1 Ongewenste gevolgen van alcoholgebruik 56

3.1.2 Alcoholgebruik in internationaal perspectief 57

3.2 Internationale kaders en alcoholbeleid 59

3.3 De beleidspraktijk rond alcohol 63

3.3.1 Effectiviteit van alcoholbeleid 65

3.3.2 Alcoholbeleid in Nederland 67

3.3.3 Landenvergelijking van alcoholbeleid 70

3.4 Discussie en conclusies 75

Literatuur 80

3.1 Inleiding

Alcohol is in de meeste landen een wettelijk toegestaan product, dat zowel gunstige als schadelijke effecten kan hebben. Van oudsher wordt alcohol gebruikt als ‘sociaal genotmiddel’ en vroeger werd het ook in de geneeskunde gebruikt vanwege de opwekkende en geneeskrachtige effecten die aan alcohol werden toegeschreven. In westerse landen speelt en speelde alcohol een centrale rol bij bepaalde rituelen (miswijn) en bij officiële bijeenkomsten en festiviteiten. Tot de gewenste effecten van alcohol horen naast sociaal gewenste effecten, ook positieve gezondheidseffecten waaronder een beschermend effect op het ontstaan van hart- en vaatziekten in bepaalde groepen.

Alcohol: economisch belangrijk product met negatieve neveneffecten

De productie van alcohol is een historisch gezien sterk aan de landbouwsector gebonden activiteit, omdat alcoholhoudende drank bereid wordt uit fruit, vooral uit druiven, maar ook uit granen, maïs of aardappelen. Daarmee vormt alcoholproductie van oudsher een bron van inkomsten voor agrarische bevolkingsgroepen. In sommige landen is de alcohol producerende sector (landbouw en industrie) dan ook een zeer belangrijke (omvangrijke) werkgever. In veel landen wordt accijns op alcohol geheven en dat kan ook voor de overheid van die landen een belangrijke inkomstenbron vormen. De horeca verdient een inkomen met het verkopen van alcohol en ook voor sportverenigingen en andere sociaal-culturele organisaties kan de verkoop van alcohol, bijvoorbeeld rond sportevenementen een lucratieve zaak zijn. Er spelen dus grote sociaal-economische belangen bij de alcoholproductie en distributie.

Naast de genoemde sociale en economische voordelen zijn er echter ook veel ongewenste effecten van schadelijk alcoholgebruik en alcoholverslaving, waarop we later in meer detail terug komen. Hier volstaat het noemen van gezondheidsschade, inclusief ongevallen, ongewenste sociale gevolgen en de afgeleide effecten, zoals ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en de daaraan verbonden kosten.

Het feitelijke alcoholgebruik van individuele personen in een land en daarmee ook de ongewenste gevolgen worden door veel verschillende factoren beïnvloed. We noemen: prijs en toegankelijkheid, de soort alcohol (sterk, zwak), sociale gewoontes rond alcoholgebruik, sociale groepsdruk, de bestaande gezondheidsvoorlichting, maar ook advertenties en wettelijke maatregelen. In veel landen zijn intussen beleidsmaatregelen getroffen om de negatieve gevolgen van alcoholgebruik te verminderen, maar ook deze kunnen sterk tussen landen verschillen.

Leeswijzer voor dit hoofdstuk

In dit hoofdstuk willen we het nationale beleid in Nederland op het gebied van alcohol spiegelen aan het beleid in andere landen en aan het door internationale organisaties, zoals de Europese Unie (EU) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), voorgestelde beleid. Wat kunnen we leren van anderen, wat doen we anders dan andere landen, wat zouden we (nog) willen en kunnen doen? Wat is hierbij de rol van de Europese Unie?

Deze inleiding gaat eerst dieper in op de noodzaak van alcoholbeleid door een beeld te schetsen van de ongewenste gevolgen van alcoholgebruik. Daarna volgt op hoofdlijnen een internationaal vergelijkend beeld van het alcoholgebruik in Nederland en Europa. Een volgende paragraaf schetst de internationale beleidskaders. Daarna gaat dit hoofdstuk in meer detail in op de beleidspraktijk in Nederland en in andere landen en deze beleidspraktijk wordt in verband gebracht met wat er bekend is over de effectiviteit van beleid. Dit hoofdstuk eindigt met discussie en conclusies.

3.1.1 Ongewenste gevolgen van alcoholgebruik

Alcoholgebruik verhoogt risico's op ziekten en ongevallen

Een van de belangrijkste redenen voor een te voeren alcoholbeleid is het feit dat alcohol - samen met zijn verslavende werking - ook het risico op het krijgen van een aantal ziekten en ongevallen verhoogt (Anderson & Baumberg, 2006). Daaronder vallen een aantal vormen van kanker zoals kankers van mond, keel en slokdarm, leverkanker en borstkanker, maar ook zijn er (bij overmatig gebruik) verhoogde risico's op hart- en vaatziekten (coronaire en ischemische hartziekten, hartfalen, beroerte en hartritme-stoornissen), op diabetes en op psychische problemen (alcoholverslaving, epilepsie en unipolaire depressie). Daarnaast is er een verhoogde kans op maag- en darmstoornissen (pancreatitis, levercirrose, galstenen) en op orgaanschade aan de hersenen, de lever en de pancreas. Verder kan alcohol schade toebrengen aan het ongeboren kind (Foetaal Alcohol Syndroom, laag geboortegewicht, spontane abortus). De effecten van alcohol op het ongeboren en pasgeboren kind leiden vervolgens tot neurologische, gedrags- en leerproblemen. Een zeer belangrijk negatief gezondheidseffect van alcohol is dat het de kans verhoogt op het krijgen van een ongeval. Het gaat dan in belangrijke mate om verkeersongevallen, maar ook om verdrinking, vallen en alcoholvergiftiging. Matig drinken kan in bepaalde bevolkingsgroepen wel een positief effect hebben op het ontstaan van hart- en vaatziekten (WHO, 2004a).

Sociale en economische kosten van alcohol omvangrijk

Alcohol kan bijdragen aan geweld binnen het gezin, aan het uiteenvallen van het gezin en is soms gerelateerd aan criminaliteit. Ontslag of wegvallen uit de arbeidsmarkt en verlies van sociale contacten behoren tot de negatieve sociale kosten van alcohol. Deze sociale kosten worden in beleidsrapporten niet altijd genoemd en nog minder vaak gekwantificeerd, mogelijk omdat het lastig is om dergelijke kosten goed in te schatten. Zowel direct (zorgkosten) als indirect kunnen genoemde alcoholgerelateerde sociale problemen, ziekten en ongevallen bijdragen aan economische kosten, bijvoorbeeld vanwege verhoogd arbeidsverzuim, arbeidsongeschiktheid en productieverlies.

De economische kosten van overmatig alcoholgebruik zijn volgens diverse studies zeer omvangrijk. Een recente studie voor de Europese Unie (Anderson & Baumberg, 2006) vat samen dat de aan alcohol gerelateerde kosten in de landen van de EU gemiddeld uitkomen op 1,3% van het bruto nationaal product (bnp). Een recente analyse van het Centraal Planbureau (CPB) (Cnossen, 2006) laat nog eens zien dat deze kosten in vrijwel

alle EU-landen enkele malen hoger zijn dan de opbrengsten uit alcoholaccijnzen. Voor Nederland werden de door alcohol veroorzaakte sociale kosten eerder geschat op 0,5-0,7% van het bnp (KPMG, 2001) en ook in Nederland is dit veel meer dan de accijnsopbrengst.

3.1.2 Alcoholgebruik in internationaal perspectief

Patronen alcoholgebruik verschillen binnen Europa, maar convergeren

Mondiaal gezien drinken alle Europeanen veel. Er zijn - onder andere door cultuur bepaalde - verschillen binnen en tussen landen en er zijn ook verschillen in de mate van en het type alcoholproblematiek. In sommige landen domineert 'acute intoxicatie' (Scandinavische landen), in andere landen het aanhoudend veel drinken (Frankrijk, mediterrane landen). De patronen van alcoholgebruik veranderen de laatste decennia echter in de meeste westerse landen. Sinds 1990 is de totale alcoholconsumptie - uitgedrukt in liters per hoofd van de bevolking - in bijna alle Europese landen licht gedaald. Alleen in Ierland en het Verenigd Koninkrijk is de alcoholconsumptie gestegen. In Finland is de alcoholconsumptie, na een tijdelijke daling, vanaf 2003 weer gestegen. Hierbij zijn veranderingen waar te nemen in de dominante soort drank (bier, wijn, sterke drank) die gedronken wordt. Zo laten traditioneel bier drinkende landen, zoals België, Duitsland en Nederland in de jaren tachtig een dalende trend zien in de bierconsumptie. Sinds de jaren negentig is de bierconsumptie in deze landen gelijk gebleven. Het alcoholgebruik is in alle traditioneel wijn drinkende landen, behalve Griekenland, gedaald. Frankrijk en Italië laten recent de grootste daling zien. Sinds de jaren vijftig is de bierconsumptie in Griekenland, Italië, Portugal en Spanje toegenomen en neemt het gebruik van wijn in bijvoorbeeld Nederland toe. Kortom, er is binnen de EU sprake van convergentie van drinkpatronen.

Aantal probleemdrinkers in Nederland hoog

Het totale alcoholgebruik per hoofd van de Nederlandse bevolking is na een daling in de jaren tachtig, in de jaren negentig gestabiliseerd. Het aantal volwassen problematische drinkers verandert recent in Nederland niet sterk, maar is nog wel aanzienlijk en relatief hoog binnen de EU. Er is in Nederland daarom nog steeds sprake van een aanzienlijke ziektelast en veel sociale en economische kosten vanwege alcoholgebruik.

Gemiddelde Nederlander drinkt niet zo veel

In vergelijking met veel andere Europeanen drinkt de gemiddelde Nederlander niet erg veel. Van de inwoners van de EU-25 dronk de gemiddelde Nederlander rond het jaar 2002 alleen meer dan de Zweden, Noorwegen en Maltezers en ongeveer evenveel als Belgen, Italianen en Grieken. Verreweg het meeste dronken de Hongaren, Letten, Tsjechen en Litouwers, direct gevolgd door de Ieren, Luxemburgers, Slowaken, Fransen, Esten en Denen (Anderson & Baumberg, 2006). Deze cijfers zijn gecorrigeerd door aan de nationale data ook gemotiveerde schattingen toe te voegen voor export en 'unrecorded consumption' (bijvoorbeeld zelfgestookte alcohol).

Hoge alcoholconsumptie in Centraal- en Oost-Europa verlaagt levensverwachting

De hoge alcoholconsumptie in Centraal- en Oost-Europa draagt waarschijnlijk sterk bij aan de hoge vroegtijdige sterfte aan bijvoorbeeld hart- en vaatziekten en levercirrose en daarmee aan de lage levensverwachting in die landen. Dit in tegenstelling tot de mediterrane landen, zoals Frankrijk, waar de sterfte aan hart- en vaatziekten juist laag is. Een mogelijke verklaring ligt in het soort drinkgedrag, zoals het feit, dat men voornamelijk wijn drinkt bij de gezonde mediterrane maaltijden. In Centraal- en Oost-Europese landen worden vaak grote hoeveelheden sterke drank tijdens één gelegenheid gedronken ('binge drinking'). Ook wordt daar in vergelijking met West-Europese landen meer alcohol thuis gestookt. De hoeveelheid alcohol in thuisgestookte alcoholproducten is hoger dan in reguliere alcoholproducten.

Ongunstige Europese drinktrends hebben ongewenste gezondheidsgevolgen

Mannen drinken in Europa nog steeds vaker en meer dan vrouwen, maar bij jongeren lijken meisjes vaker en eerder te gaan drinken dan vroeger en het drankgebruik van jongeren is overal in Europa de laatste jaren sterk toegenomen. In Schotland en Engeland is de trend in ongewenste gezondheidseffecten van alcoholgebruik zeer ongunstig, want daar wordt recent een sterke toename gezien van de sterfte aan levercirrose. Vooral in Schotland is deze trend zorgelijk (Leon & McCambridge, 2006). Binnen de huidige EU-27 heeft - naast de Baltische staten - vooral Hongarije een gigantisch hoge sterfte aan levercirrose (tien tot vijftien keer zo hoog als in Nederland).

Alcoholgebruik onder jongeren in veel landen problematisch

Nederlandse jongeren behoren in Europa tot de kopgroep van frequent alcohol drinken en het alcoholgebruik onder Nederlandse jongeren lijkt nog toe te nemen. Een kwart van de Nederlandse 15- en 16-jarige scholieren drinkt per maand tien keer of vaker alcohol. Bovendien staan Nederlandse scholieren (28%) samen met de Ierse (32%) en Britse (27%) in de top drie van landen met het hoogste percentage 'binge drinkers' onder jongeren. Binge drinken is hier gedefinieerd als het drinken van vijf of meer alcoholhoudende dranken tijdens één gelegenheid (Currie et al., 2004; Hibell et al., 2004). Vooral dit toenemende binge drinken van jongeren is een trend die in veel Europese landen als uiterst zorgelijk wordt gezien. Deze trends vertalen zich in diverse landen - ook in Nederland - in een veranderend alcoholbeleid dat zich sterker op de jeugd richt.

Alcoholgebruik belangrijk bij gezondheidsachterstanden

Alcohol is een bepalende factor bij de gezondheidsverschillen, die er tussen en binnen de EU-landen bestaan. Zo is de ziektelast door alcohol in de relatief arme nieuwe (Oost-Europese) lidstaten van de EU gemiddeld twee keer zo hoog als in de EU-15. Binnen de landen is er soms sprake van grote sociaal-economische verschillen in bepaalde met alcoholgebruik gerelateerde aandoeningen (Anderson & Baumberg, 2006; Kunst et al., 1998).

3.2 Internationale kaders en alcoholbeleid

Internationale organisaties kunnen nationaal alcoholbeleid inspireren en harmoniseren. Daarbij spelen voor Nederland zowel de WHO als de EU een belangrijke rol. Ook andere internationale organisaties, zoals de Wereldbank, besteden aandacht aan alcohol. Het recente 'World Development Report 2007' (Wereldbank, 2006) wijst er op dat alcohol wereldwijd bij de jeugd een probleem dreigt te worden en dat prijsverhoging (accijns), reclameverboden, leeftijdsbeperking aan de verkoop en duidelijk zichtbare gezondheidswaarschuwingen op alcoholhoudende producten aangewezen maatregelen lijken. Hierna bespreken we in meer detail alleen de activiteiten van de WHO en de Europese Commissie (EC) op alcoholgebied.

De rol van de WHO: de eerste plannen in 1991

De WHO heeft alcoholbeleid al geruime tijd op de agenda staan. In 1991 was vermindering van alcoholconsumptie al één van de (sub)doelen van de 'Health for All' Strategie (Target 17: over alcohol en drugs). In 1993 werd het Europees 'Alcohol Actieplan' aangenomen, waarin als doel werd opgenomen dat het alcoholverbruik in 2000 met 25% zou moeten zijn gedaald ten opzichte van 1980. Eén van de uitvloeisels van dit Actieplan was een Europese conferentie over alcohol op ministersniveau (1995), waar unaniem een 'Europees Alcohol Handvest' werd aangenomen. In 1999 werd vervolgens het Europese 'Alcohol Action Plan 2000-2005' goedgekeurd. Dit plan bevatte meer bredere en concretere activiteiten en doelen, waaronder activiteiten om jongeren tegen alcoholreclame te beschermen. In februari 2001 is tijdens de 'Second European Ministerial Conference on Alcohol' unaniem de 'Declaration on alcohol and youth' aangenomen. Hoewel de verantwoordelijke ministers de plannen van de WHO dus telkens 'unaniem' aannemen zijn de doelstellingen van de WHO-programma's lang niet altijd expliciet in de nationale plannen terug te vinden.

WHO Framework for Alcohol Policy geeft tien deelstrategieën

Tijdens de 'World Health Assembly' in 2004 heeft de WHO opnieuw gewezen op de mogelijke gezondheidsschade die alcohol in de wereld veroorzaakt (WHO, 2005a) en vervolgens is in 2005 (Boekarest) het 'Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region' opgesteld (WHO, 2005b). De WHO raadt in het Framework tien deelstrategieën aan:

- Informeren van het grote publiek.
- Bestrijden van negatieve effecten van alcohol in het dagelijks leven.
- Invoeren van wetten en regels.
- Controleren van prijzen en toegankelijkheid van alcohol.
- Beperken van alcoholreclame.
- Verbeteren van de toegang tot effectieve zorg van mensen met alcoholproblemen.
- Vergroten van het verantwoordelijkheidsgevoel bij producenten en aanbieders.
- Verhogen van de effectieve inzetbaarheid van mensen in de samenleving (onderwijs, sociale zaken, het juridische systeem).
- Ondersteunen van relevante organisaties en netwerken.

- Formuleren van brede, nationale programma's, waarbij ook gekeken wordt naar relevante uitkomstindicatoren, die regelmatig worden geëvalueerd.

De WHO heeft voor de Europese regio ook een website opgezet, waarin allerlei beleidsmaatregelen in de Europese lidstaten systematisch vergeleken kunnen worden, de 'Alcohol Control Database' (WHO, 2006). Een op onderdelen vergelijkbare, maar qua geografische dekking bredere dataverzameling over alcoholbeleid is die van het 'International Centre for Alcohol Policies' (ICAP), een door de alcoholindustrie gefinancierd instituut (ICAP, 2007).

De rol van de Europese Unie: public health versus de vrije markt

Naarmate de Europese Unie groter werd en meer mandaat verwierf op het gebied van gezondheidsbescherming (via de verdragen van Maastricht en Amsterdam) werd de bemoeienis van de EU met 'public health' ook groter. Daarmee nam de kans op een gezamenlijk Europees alcoholbeleid ook toe. Historisch is de EU echter vooral op economie (markten) en landbouw gericht. De gezamenlijke landbouwpolitiek is nog steeds een belangrijke schakel in het EU-beleid. Daarbinnen werd (en wordt) subsidie gegeven aan landbouw, bijvoorbeeld aan de Europese wijnboeren, maar zelfs de tabaksverbouw ontvangt in de EU nog subsidies (zie ook het hoofdstuk Roken). De systematische afbouw van de subsidies aan de wijnboeren begint in 2006. Via de wijnbouwsubsidies stimuleert de EU op dit moment nog indirect de beschikbaarheid van alcohol in Europa.

Scandinavische landen zien negatieve gezondheidseffecten van toetreding tot EU

De verdere verbreiding van de 'vrije markt' politiek, een kernstrategie van de EU, werd door enkele nieuwe lidstaten in de jaren negentig (Zweden en Finland) vlak na hun toetreding tot de EU als een bedreiging gezien voor hun nationale alcoholbeleid. Deze landen kenden vanouds diverse staatsmonopolies op het terrein van alcohol. Na toetreding tot de EU zijn de monopolies van de Scandinavische landen door enkele rechtszaken aangevochten. Finland en Zweden hebben vervolgens hun monopolie op de productie, import, export en groothandel van alcohol in januari 1995 afgeschaft, waarna IJsland en Noorwegen dit voorbeeld volgden. De alcoholverkoop aan de consument in door de staat geleide ketens (de 'Systembolaget' in Zweden en 'Alko Oy' in Finland) is echter door de specifieke organisatievorm ervan als monopolie nog deels intact gebleven. Deze monopolistische systemen voor alcoholverkoop kunnen binnen de EU nog blijven bestaan, maar kunnen in toekomstige onderhandelingen binnen de Wereldhandelsorganisatie (WTO), waarbij de vrije markt op wereldschaal aan de orde is, alsnog sneuvelen.

Na de toetreding tot de EU heeft Finland een accijnsverlaging doorgevoerd en dit leidde tot grote veranderingen in alcoholverkoop en import, onder andere uit de Baltische landen. Dit heeft in Finland geleid tot een duidelijke stijging van het alcoholgebruik en daarmee - meer recent - ook tot een stijging van aan alcohol gerelateerde gezondheidsschade (Tigerstedt et al., 2006). Op dit moment (2006) is in Finland de aan

alcohol gerelateerde sterfte de belangrijkste doodsoorzaak bij mannen (en de tweede bij vrouwen) in de leeftijdsgroep 15- tot 65-jarigen (Statistics Finland, 2006).

EU ontwikkelt langzaam een actiever alcoholbeleid

Aan de oorsprong van de EU stonden vooral economische en marktgerichte activiteiten. Vanaf 1992 is er echter via het 'Verdrag van Maastricht' expliciet ook aandacht voor volksgezondheid. Eerder (vanaf 1985) waren al enkele onderzoeksprogramma's gestart, bijvoorbeeld op het gebied van aids, hart- en vaatziekten en kanker. Het 'Verdrag van Amsterdam' van 1998 gaf nog meer aandacht aan public health en leidde tot een nieuw Directoraat-Generaal bij de Commissie en tot een EU-commissaris voor volksgezondheid. De daaropvolgende actieprogramma's voor public health bieden mogelijkheden voor samenwerking binnen de EU en voor uitwisseling van 'best practices' op veel public health gebieden, ook op het gebied van alcohol.

In 2001 kwam een 'Council recommendation' van de Europese Commissie uit over het drinken van alcohol door kinderen en adolescenten en werd een begin gemaakt met een bredere alcoholstrategie voor de EU. Er was inmiddels ook een Europese richtlijn met betrekking tot reclamebeperking (de zogenaamde richtlijn 'Televisie Zonder Grenzen': richtlijn 89/552/EEG), die in veel landen ook als formele wet geïmplementeerd is. In Nederland is deze richtlijn geïmplementeerd in een zelfreguleringscode.

In de afgelopen jaren heeft de Europese Commissie enkele malen opdracht gegeven voor een aantal beleidsvoorbereidende rapporten. Zo is in 2003 een EU-rapport verschenen met de titel: 'Alcohol policies in EU Member States and Norway. A collection of country reports' (Österberg & Karlsson, 2002). In 2006 verscheen vervolgens een op verzoek van de EC door de 'RAND-corporation' uitgevoerde studie (Horlings & Scoggins, 2006) met als titel 'An ex ante assessment of the economic impacts of EU alcohol policies.' Dit RAND-rapport vergelijkt vier verschillende beleidsstrategieën voor de EU. Als beste strategie kwam een integrale aanpak naar voren, waarbij verschillende beleidsinstrumenten tegelijkertijd worden ingezet: wetgeving, zelfregulering, voorlichtingscampagnes, uitwisseling van goede praktijken en het betrekken van alle belanghebbenden. Dit alles met aandacht voor alle beleidsdomeinen: interne markt, accijnzen en belastingen, transport en verkeer, onderwijs, onderzoek en consumentenbeleid. De nadruk zou moeten liggen op alcohol in het verkeer, gecoördineerde campagnes, bescherming van derden, reclame, informatie voor de consument en de beschikbaarheid en prijzen van alcohol.

Later in 2006 verscheen een groot Europees alcoholrapport (Anderson & Baumberg, 2006) en kort daarop werd de nieuwe alcoholstrategie van de EU gepresenteerd.

In beleidsvoornemens van de EU zijn niet alle eerdere plannen gerealiseerd

De Europese Commissie heeft in oktober 2006 in een 'mededeling van de Commissie' een nieuwe alcoholstrategie aangekondigd (*tekstblok 3.1*). De Commissie wil op EU-niveau uitwisseling van 'best practices' stimuleren en de wettelijke minimumleeftijd voor alcohol op achttien jaar stellen.

Tekstblok 3.1: Nieuwe strategie van de Europese Commissie (2006).

In de mededeling van de Commissie (oktober 2006) worden de volgende prioriteiten gesteld:

- Bescherming van jongeren en kinderen.
- Beperking van het aantal gewonden en doden door alcoholgerelateerde verkeersongevallen.
- Preventie van schade bij volwassenen en indammen van het negatieve effect op de economie.
- Bewustmaking van het effect van schadelijk alcoholgebruik op de gezondheid.
- Verzameling van betrouwbare statistische gegevens.

De Commissie heeft aangegeven hoe de EU de nationale maatregelen ter beperking van alcoholgerelateerde schade kan ondersteunen. Dat kan bijvoorbeeld door de financiering van projecten via de programma's voor volksgezondheid en onderzoek, de uitwisseling van goede werkwijzen op

gebieden als de beperking van het alcoholgebruik door minderjarigen, en door de verkenning van samenwerkingsmogelijkheden bij voorlichtingscampagnes, de aanpak van het rijden onder invloed en andere EU-initiatieven.

De mededeling brengt ook de acties van de lidstaten in kaart om zo de verspreiding van goede werkwijzen te bevorderen en stelt voor een forum over alcohol en gezondheid op te richten. Voorts wordt aangegeven hoe het bedrijfsleven een bijdrage kan leveren, waarbij vooral wordt gepleit voor een verantwoord reclame- en marketingbeleid. De Commissie erkent de eigen verantwoordelijkheid van de lidstaten op dit beleidsgebied en is niet van plan wetgeving op EU-niveau voor te stellen.

Bron: EC, 2006

De mededeling van de Commissie roept de industrie op om meer aan zelfregulering te doen en gebruik te maken van 'verantwoordelijke' reclame en marketingpraktijken. In de nieuwe strategie worden geen verdere beperkingen aan alcoholreclame gesteld en worden geen voorstellen gedaan om EU-breed waarschuwingslabels tegen alcoholmisbruik in te voeren. In eerdere conceptversies van de nieuwe EU-strategie waren wel voorstellen opgenomen voor reclamebeperking en waarschuwingslabels.

Deze eerdere voorstellen verdwenen enige tijd na de verschijning van een rapport van de gezamenlijke Europese brouwers (Weinberg Group, 2006). Daarin werden een aantal door het wetenschappelijke veld geformuleerde uitgangspunten ter discussie gesteld die een strikter en breed Europees alcoholbeleid onderbouwen. De alcoholproducerende sector lijkt zo verdergaand Europees beleid te hebben tegengehouden. Dit kan gezien worden als een overwinning voor het beleid van de 'vrije markt' en als een nederlaag voor het volksgezondheidsbeleid. Wel is er nu sprake van een eerste, vrij duidelijke, en in ieder geval officiële, EU-strategie rond alcohol. De sterke invloed van de Europese alcoholsector op het Europese beleid zal waarschijnlijk echter voortduren, nu er een Europees forum wordt ingesteld, waarin ook de alcoholindustrie een plaats kan krijgen, als zij tenminste bereid is een actieve rol te gaan spelen in de aanpak van de alcoholproblematiek.

3.3 De beleidspraktijk rond alcohol

We bespreken hier eerst kort de mogelijke aandachtsgebieden van alcoholbeleid en vervolgens - op hoofdlijnen - de algemene beleidsverschillen tussen landen. Na een korte samenvatting van de kennis over effectiviteit van alcoholbeleid en interventies wordt het Nederlandse alcoholbeleid besproken. Dit wordt gevolgd door een meer gedetailleerde landenvergelijking van alcoholbeleid.

Alcoholbeleid kan zich richten op aanbod, vraag en schade

Op hoofdlijnen richt alcoholbeleid zich op de trias: 'supply reduction' (regulering van het aanbod), 'demand reduction' (reductie van de vraag) en 'harm reduction' (beperken van schade) (Garretsen & Van de Goor, 2004). Bij regulering van het aanbod zien we maatregelen, zoals leeftijdsrestricties, prijs- en accijnsverhogingen en maatregelen die het aantal verkoopplaatsen of openingsuren van verkooppunten beperken. Bij vraagreductie zijn opvoeding en voorlichting gericht op normen en waarden rond het drinken belangrijke instrumenten. Schadebeperking richt zich op aan alcohol gerelateerde schade, zoals door alcoholgebruik in het verkeer.

De meest voorkomende nationale beleidsinterventies zijn daarmee te verdelen in: fiscale maatregelen (accijns), wetgeving (leeftijdslimieten, regulering verkoop), alcohol in het verkeer, veiliger drinkomgeving, reclamebeperking, voorlichting en informatie, probleemvermindering en omgaan met probleemdrinkers.

Meerdere factoren bepalen variaties in nationaal alcoholbeleid

Het is duidelijk dat het voeren van een compleet en effectief alcoholbeleid een complexe opgave is, die samenwerking tussen verschillende beleidsterreinen (integraal beleid) vergt. Deze complexe opgave leidt in verschillende landen bijna noodzakelijkerwijze tot verschillende beleidsinvullingen. Niet alleen omdat de patronen van alcoholgebruik variëren tussen landen, maar ook omdat de sociale en economische belangen rond alcohol verschillen en omdat ook de cultureel-historische context waarin alcohol gebruikt wordt, sterk tussen landen varieert.

Een recente internationale beleidsvergelijking (vooral van Engelstalige landen en landen die hun beleid ook in Engelstalige documenten hebben gepresenteerd) laat zien, dat variaties in beleid vooral optreden op gebieden als belastingheffing (accijns), beleid ten aanzien van alcohol in het verkeer, de benadering van de 'drinking environment' en van hoogrisicogroepen (Crombie et al., 2007).

Nationaal alcoholbeleid kan binnen landen verschillen

De genoemde verschillende uitgangspunten, accenten en benaderingen van nationaal alcoholbeleid kunnen in de loop der jaren ook veranderen. Verder is binnen sommige landen soms sprake van regionale variaties in het beleid. Zo is binnen Spanje de door de Baskische autoriteiten aanbevolen hoeveelheid alcohol per dag drie tot vier keer zo hoog als de door het Spaanse ministerie van gezondheid aanbevolen hoeveelheid

en de aanbeveling van de overheid in Catalonië zit daartussenin. Binnen sommige federale landen (Canada) kunnen provincies (Quebec, Ontario) een eigen alcoholbeleid ontwikkelen (Crombie et al., 2005).

Organisatie en presentatie van alcoholbeleid variëren sterk

Er zijn sterke verschillen tussen landen in de mate waarin het beleid expliciet gemaakt wordt via rapporten of programma's of geïmplementeerd wordt, bijvoorbeeld via nationale programma's of door speciaal opgerichte commissies en organisaties. Hoewel het beleid in veel landen globaal dezelfde aspecten aanpakt, wisselt de mate van detail waarmee het beleid beschreven is sterk.

Veel landen benadrukken het belang van het betrekken van alle relevante partijen bij de beleidsvoorbereiding en uitvoering, hoewel over de uitvoering meestal weinig details gegeven worden. Sommige landen specificeren de hoeveelheid geld die aan alcoholbeleid uitgegeven kan worden. Die investeringen zijn overigens altijd veel lager dan de aan alcohol schade gerelateerde, directe en indirecte, kosten van alcoholgebruik (Cnossen, 2006).

Bij de beleidsvoorbereiding maken landen soms gebruik van speciale internationale vergelijkingen van alcohol- en preventiebeleid (Sewel et al., 2002; Crombie et al., 2005). Ook is daarvoor de vergelijkende beleidsinformatie relevant, die door de WHO en door diverse organisaties (als ICAP en APIS) en EU-projecten (als ESPAD, ECAS en Eurocare) verzameld en beschikbaar gesteld wordt. Het nationale beleid kijkt vaak ook naar de internationale beleidskaders en aanbevelingen van de WHO of de EU, waar we later in meer detail op terug komen.

Beleidsdoelen nationaal alcoholbeleid variëren sterk

Er wordt meestal niet alleen beleid gevoerd op reductie van het aanbod, maar ook op het terugdringen van de vraag door voorlichting en reclamebeperkingen. Minimaliseren van de aan alcohol gerelateerde schade bij individuele personen, hun families en de maatschappij als geheel vormt vaak het voornaamste beleidsdoel. Voorkomen van aan alcohol gerelateerde problemen, zoals gezondheidsschade, verkeersongevallen, misdaad en productiviteitsverlies, zijn in vrijwel alle landen belangrijke subdoelen. Enkele landen (Nieuw-Zeeland, Australië) hebben een in veel detail geformuleerd alcoholbeleid, dat in Nieuw-Zeeland door het 'Alcohol Advisory Council' (ALAC) gecoördineerd wordt. Interessant is, dat het ALAC uit alcoholaccijns gefinancierd wordt. In toenemende mate is er in veel landen bij de beleidsvoorbereiding aandacht voor de inzet van 'evidence-based' maatregelen, dat wil zeggen maatregelen die in andere landen effectief gebleken zijn (Crombie et al., 2005).

Ook verschillen in doelgroepen, actiegebieden en aandachtsgebieden

Landen verschillen onderling in de structurering van het raamwerk van hun beleidsstrategie. De Australische strategie onderscheidt bijvoorbeeld elf actiegebieden, waaronder voorlichting, jongeren en andere hoogrisicogroepen, wet- en regelgeving en de handhaving ervan, prijs- en accijnsbeleid, de drinkomgeving en 'alcoholpromotie'.

Al deze gebieden worden - zo lijkt het - in het Australische model als even belangrijk gezien. Denemarken en Japan concentreren hun beleid op het terugdringen van het alcoholgebruik van zware drinkers en van kinderen en jongeren. Nieuw-Zeeland onderscheidt: het controleren van het alcoholaanbod, vraagreductie en probleem-reducerende strategieën. De strategie in Engeland heeft vier aandachtsgebieden: educatie en communicatie, verbeteren van instellingen voor gezondheid en behandeling, bestrijden van misdaad en wangedrag en samenwerken met de alcoholindustrie (Crombie et al., 2005).

In Zweden, Denemarken, Ierland en Nieuw-Zeeland wil het nationale beleid de accijns op het hoogst mogelijke niveau handhaven. In Australië en Nieuw-Zeeland is voorgesteld om niet-alcoholhoudende dranken en dranken met een laag alcoholgehalte te subsidiëren (Crombie et al., 2005).

We concluderen hier dat de beleidsformulering, de zichtbaarheid van het beleid en de mate waarin sprake is van een integrale aanpak bij het alcoholbeleid sterk tussen landen kunnen verschillen. We komen later in meer detail terug op de vergelijking van specifieke onderdelen van het alcoholbeleid in Europese landen.

3.3.1 Effectiviteit van alcoholbeleid

Meerdere grote en internationaal vergelijkende rapporten hebben de 'evidence base' voor de bestaande beleidsinterventies rondom alcohol samengevat (Österberg & Karlsson, 2002; Ludbrook et al., 2002; Rehn et al., 2001; WHO, 2004a). Recent is dat nog eens uitgebreid samengevat in een rapport voor de Europese Commissie (Anderson & Baumberg, 2006). Eerder verschenen een aantal syntheses van de toen bestaande 'evidence base' (Klingemann et al., 1993; Holder & Edwards, 1995; Babor, 2002; Babor et al., 2003). In 2004 bracht het 'Health Evidence Network' (HEN) van de WHO-Europe een rapport uit in de serie 'HEN synthesis reports' (WHO, 2004b), waarin opnieuw de 'evidence base' voor alcoholbeleid wordt neergezet. Eén belangrijke conclusie (WHO, 2004a) was dat met de al aanwezige hoeveelheid wetenschappelijke bewijskracht van dat moment beleidsmakers veel beter dan vroeger in staat zijn om 'informed policy choices' te maken. In grote lijnen trekken de genoemde rapporten ook dezelfde conclusies:

- De alcoholproblematiek in een land is sterk gecorreleerd aan de per capita alcoholconsumptie en de reductie van dit alcoholgebruik per hoofd van de bevolking verlaagt de nationale alcoholproblematiek.
- Het meeste bewijs ten aanzien van de invloed van overheidsbeleid is verzameld op het gebied van de prijselasticiteit van de vraag naar alcoholhoudende dranken. De vraag naar alcohol is gevoelig voor prijsveranderingen, zodat wanneer de prijs stijgt de vraag daalt en vice versa. Het HEN-rapport van de WHO maakt de kanttekening dat het effect afhankelijk is van de bestaande hoogte van de accijns, van de bestaande alcoholcultuur in een land en de publieke steun voor een strenger

alcoholbeleid. Er zijn echter duidelijke effecten op de door alcohol veroorzaakte schade en de kosten zijn laag, wat dit tot een kosteneffectieve vorm van beleid maakt.

- Voor zware drinkers is aangetoond dat zij kunnen worden beïnvloed door beleidsmaatregelen die de prijs en beschikbaarheid regelen en ook door andere regelgeving.
- Alcoholbeleid dat drinkpatronen kan beïnvloeden door de toegankelijkheid te beperken en het drinken onder de wettelijke leeftijdsgrens te ontmoedigen, zal waarschijnlijk de schadelijke effecten verminderen die aan bepaalde drinkpatronen verbonden zijn. Meer op het individu gerichte benaderingen (preventieprogramma's op scholen) hebben echter meestal minder grote effecten op drinkpatronen en de daarmee samenhangende problemen. Brede bevolkingsgerichte strategieën die de drinkomgeving beïnvloeden en de beschikbaarheid van alcohol beperken, hebben weer meer effect.
- Wettelijke maatregelen tegen alcohol in het verkeer, de verhoging van de wettelijke leeftijd waarop gedronken mag worden en de vermindering van verkooppunten zijn effectief gebleken in het verminderen van aan alcohol gerelateerde problematiek wanneer er tenminste sprake is van adequate handhaving.

Aanbodregulering meest effectief

Samenvattend kunnen we stellen dat er sprake is van zeer sterk bewijs voor de effectiviteit van beleidsmaatregelen die de aanbodzijde van de markt reguleren (beperken) en daarmee de schade door alcohol beperken, vooral als het om speciale groepen (jongeren) gaat.

Het reguleren van alcoholreclame via vermindering van het aanbod of aanpassing van de inhoud van de reclame zal waarschijnlijk ook de aan alcohol gerelateerde schade beperken. Zelfregulatie op dit gebied heeft internationaal gezien nog geen bewezen effectiviteit en is in Australië (NCRAA, 2003) slecht geëvalueerd.

Het effect van beleid dat zich richt op voorlichting, educatie, training en besef van de alcoholproblematiek bij de algemene bevolking is volgens de meeste onderzoekers niet groot. Wel zijn massamediale campagnes waarschijnlijk nodig om breed het besef te verhogen dat alcohol veel problemen veroorzaakt. Dit kan de introductie van latere specifieke interventies eenvoudiger maken. Het bereik van voorlichtingslessen op scholen is in principe groot, maar door hun beperkte of ontbrekende effectiviteit kan het totale effect gering zijn (WHO, 2004b).

Beleid tegen rijden onder invloed effectief bij goede handhaving

Er is zeer effectief beleid mogelijk ten aanzien van rijden onder invloed. Onbeperkt en willekeurig (random) adem testen, het (verder) verlagen van de BAG-waarden (Bloed Alcohol Gehaltes), en lagere BAG-waarden voor jonge bestuurders zijn in veel landen effectief gebleken.

Er is groeiend bewijs dat maatregelen in de uitgaansomgeving effect kunnen hebben, maar hun effectiviteit is afhankelijk van de lokale uitvoering en handhaving. Ook kleinere interventies binnen de zorg, bijvoorbeeld in de eerste lijn (huisartsen), kunnen effectief zijn (Shand et al., 2003). Een recent RIVM-rapport (Meijer et al., 2006) over preventie van, onder andere, alcoholafhankelijkheid, laat zien dat er in Nederland enkele effectieve groepsgerichte preventieprogramma's ontwikkeld zijn.

Alcoholsector stelt effectiviteit van restrictief alcoholbeleid ter discussie

De hierboven besproken en breed gedragen wetenschappelijke conclusies over effectief alcoholbeleid komen regelmatig onder vuur te staan. Dat gebeurt in rapporten die zijn gesubsidieerd door de alcoholsector, bijvoorbeeld de rapporten van 'The Amsterdam Group' (Naert et al., 2001) of de 'Weinberg Group' (Weinberg Group, 2006). De boodschappen uit die rapporten zijn: prijs- of accijnsverhogingen zijn restrictief en niet voldoende effectief. Dat betekent dus: geen overheidsingrijpen, geen EU-regels, geen gezamenlijk EU-beleid, maar wel zelfregulering. Zelfregulering staat echter nog niet als effectief bekend en is in enkele landen (Australië, Ierland) inmiddels aan veel kritiek onderhevig geweest.

3.3.2 Alcoholbeleid in Nederland

Onder een eerder kabinet (minister Borst) kwam enkele jaren geleden de 'Alcoholnota 2001-2003' uit, die een relatief brede en integrale beschrijving van de alcoholproblematiek bevatte. Door minister Hoogervorst werd in één van de volgende kabinetten een beleidsbrief alcohol naar de Tweede Kamer gestuurd, die zich vooral op 'alcohol en jongeren' concentreert (Tweede Kamer, 2005). Een samenvatting van het Nederlandse alcoholbeleid in 2006 (VWS, 2006a) stelde in het kort het volgende:

Het ministerie van VWS streeft er naar schadelijk alcoholgebruik te beperken. Bij schadelijk alcoholgebruik valt te denken aan alcoholverslaving, alcoholgebruik onder jongeren (<16 jaar), alcoholgebruik in het verkeer of alcoholproblemen op het werk. Daarbij is het doel dat:

- Kinderen op latere leeftijd beginnen met drinken, liefst niet onder de zestien jaar.
- Jongeren minder gaan drinken.
- Minder mensen afhankelijk worden van alcohol.
- De schadelijke gevolgen van alcoholgebruik in bijzondere situaties verminderen, dat wil zeggen in het gezin, op het werk, in het verkeer en tijdens het uitgaan.

Het Nederlandse alcoholbeleid kent - volgens het ministerie van VWS - een samenhangend pakket maatregelen waaronder wetgeving, zelfregulering, zorg- en hulpverlening, voorlichting, en beleid gericht op bijzondere situaties. Speciale aandacht is er voor jongeren en probleemdrinkers.

Er zijn in Nederland verschillende ministeries bij de voorbereiding, uitvoering en handhaving van het alcoholbeleid betrokken. De minister van VWS is verantwoordelijk voor

alcoholpreventie (voorlichting en wetgeving) en alcoholzorg, de minister van Justitie is belast met de strafrechtelijke handhaving, de minister van Verkeer en Waterstaat met het beleid rondom rijden onder invloed en de minister van Financiën met accijns op alcoholhoudende dranken.

Organisatie van het Nederlandse alcoholbeleid over meerdere organisaties verdeeld

In Nederland zijn een aantal verschillende organisaties (Trimbos-instituut, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en de Stichting Alcohol Preventie (STAP)) betrokken bij de voorbereiding en uitvoering van onderdelen van het alcoholbeleid en het aan alcohol gerelateerde onderzoek. Er lijkt daarbij niet altijd sprake van een optimale samenwerking (Dekker et al., 2006). Daarnaast afficheert Stichting Verantwoord Alcoholgebruik (STIVA) zich, namens de gezamenlijke alcoholindustrie, in het veld als voorlichtingsorganisatie en voert de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) onderzoek uit op het terrein van alcohol en verkeersveiligheid.

De uitvoering van het alcoholbeleid is in Nederland op belangrijke punten gedecentraliseerd, want een deel van de verantwoordelijkheid voor handhaving en opsporing ligt bij de gemeenten. Daarmee raakt die uitvoering ook goeddeels buiten beeld. Er zijn echter grote verschillen tussen gemeenten in de handhaving van de Drank- en Horecawet (DHW). Slechts een minderheid van de gemeenten voert een effectief lokaal alcoholbeleid (Dekker et al., 2006). Op gemeentelijk niveau ontbreekt een uniforme set van acties en maatregelen, die tot een landelijk eenduidig en effectief beleid leiden en daarmee kan er in de gemeentes een grote diversiteit aan beleidsmaatregelen ontstaan. Vervolgens kan op landelijk niveau geconcludeerd worden dat sprake is van versnippering van beleid.

Het Nederlandse gezondheidssysteem kent een relatief grote afstand tussen preventie en zorg (De Hollander et al., 2006) en dat kan een extra obstakel vormen om tot een effectief, geïntegreerd alcoholbeleid te komen, waarbij preventie en behandeling samengaan. Het recent opgerichte Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA), een samenwerkingsverband tussen organisaties en beroepsverenigingen uit de preventie-sector en de zorgsector, is daarom mogelijk een goed initiatief.

Enkele organisaties verzamelen en integreren gegevens die voor het Nederlandse alcoholbeleid van belang kunnen zijn. We noemen de Nationale Drugsmonitor (Van Laar et al., 2004) en het Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl). De verzamelde gegevens over alcoholgebruik zijn echter niet eenduidig aan specifieke beleidsdoelstellingen gekoppeld en het is daarom ook niet duidelijk of de beschikbare data voldoende handvatten bieden om het beleid op onderdelen te evalueren. Er is slechts incidenteel sprake van een bredere analyse van de door alcohol veroorzaakte gezondheidsschade in brede zin.

In de laatste Volksgezondheid Toekomst Verkenning (De Hollander et al., 2006) wordt van het Nederlandse alcoholbeleid gezegd, dat de boodschap van de Nederlandse alcoholpreventie op twee gedachten hinkt (*tekstblok 3.2*).

Beperken schadelijk alcoholgebruik speerpunt Nederlands preventiebeleid

Beperken van schadelijk alcoholgebruik is één van de speerpunten in de preventienota van VWS uit 2006 ('Kiezen voor gezond leven'). Hierin wordt aangegeven dat vooral jongeren teveel drinken en dat ouders daarin (te) tolerant zijn geworden. Er wordt gerefereerd aan de mogelijke schadelijke gevolgen (ziektelast door diverse ziekten en ongevallen en de ongewenste sociale gevolgen, zoals agressie, criminaliteit, openbare orde, verkeersveiligheid) evenals aan de daarmee samenhangende kosten (VWS, 2006b).

Deze nota wil het gebruik van alcohol door jongeren onder de zestien jaar terugbrengen naar het niveau van 1992 en het aantal volwassen probleemdrinkers reduceren van 10,3 naar 7,5% in 2010. Daartoe wordt een landelijke aanpak voorgesteld, onder andere via het project 'Alcohol en opvoeding', van het Trimbos-instituut, in samenwerking met het NIGZ. Verder wordt verwezen naar het belang van de lokale aanpak. Voorgesteld wordt de rol van de burgemeester te versterken door hem aan te wijzen als bevoegd gezag voor wat betreft de verlening van Drank- en Horecawetvergunningen. Ook krijgt hij de mogelijkheid om Drank- en Horecawetvergunningen te schorsen en (in de toekomst) controleurs aan te stellen. De gemeenten worden gesteund via een Handleiding gemeentelijke alcoholbeleid, waaraan het (eerder genoemde) Partnership Vroegsignalering Alcohol een bijdrage levert door steun te bieden bij de integrale aanpak van vroegsignalering (VWS, 2006b).

Nederlandse politiek kiest soms niet voor bewezen effectief beleid

In 2006 nam de toen zittende Tweede Kamer een motie aan waarin onder andere gesteld werd: '...constaterende, dat de beleidsmatige inzet van de regering ten aanzien van preventie zich vooral richt op nog meer controle en repressie, zoals verboden, geboden, terugdringing van verkooppunten, verhoging van de accijnzen voor specifieke genotsmiddelen en andere zaken die de gezondheid van de mensen in de ogen van de regering bedreigen ... (en)...van mening dat dit niet de juiste weg is om op evenwichtige en effectieve wijze de gezondheid en het welzijn van de bevolking te bevorderen...'

In een vervolg op de genoemde motie riep de Kamer de minister op tot het inzetten van beleid dat zich richt op een meer gerichte, preventieve aanpak, die de eigen verantwoordelijkheid en weerbaarheid van mensen versterkt. Een deel van de geciteerde tekst van de motie is gericht tegen teveel overheidsbemoeienis, maar lijkt ook een impliciete aanbeveling te bevatten om af te zien van beleid dat in veel internationaal onderzoek als effectief naar voren kwam om de aan alcohol gerelateerde schade te verminderen.

Tekstblok 3.2: Boodschap Nederlandse alcoholpreventie hinkt op twee gedachten.

Matig alcoholgebruik is in veel kringen in Nederland de sociale norm en verlaagt bovendien het risico op bepaalde ziekten. Maar overmatig alcoholgebruik en alcoholgebruik in het verkeer schaden de gezondheid en zijn dan ook veel minder sociaal geaccepteerd. Die dubbele boodschap maakt het voeren van een eenduidig alcoholbeleid lastig. Weliswaar worden in Nederland verschillende instrumenten tegelijkertijd ingezet om overmatig alcoholgebruik tegen te gaan (voorlichting, wet- en regelgeving, accijnsheffing en zelfregulering door de horecabranche), maar een eenduidige, samenhangende en transparante aanpak ontbreekt. Belangrijke doelgroepen zijn volgens het geformuleerde beleid jongeren en probleemdrinkers, dat wil zeggen excessieve drinkers met aan alcoholgerelateerde lichamelijke, sociale of psychische problemen.

Preventie van overmatig alcoholgebruik bij jongeren is in Nederland gericht op het voorkomen van 'binge drinking' (tijdens één gelegenheid meer dan vijf glazen alcoholische drank drinken) en het

ontwikkelen van een verantwoord drinkpatroon voor het latere leven. De jongeren worden bereikt via ouders, school en massamedia via verschillende preventieve interventies, maar deze zijn nog geen van alle bewezen effectief, hoewel sommige kansrijk lijken (Meijer et al., 2006). De kans dat een jongere in Nederland sterke drank kan kopen is echter ruim 90% (Van Laar et al., 2004) en de prijs van alcoholische dranken is in Nederland nog steeds nauwelijks hoger dan die van frisdrank.

Er is in Nederland nog gezondheidswinst te behalen door accijnsverhoging, door reclamebeperking, door aanpassing van de Drank- en Horecawet (DHW), door een actiever lokaal vergunningenbeleid en door het intensiever handhaven van het verkoopverbod van alcohol aan jongeren onder de zestien jaar. Tot slot is extra aandacht wenselijk voor overmatig alcoholgebruik bij ouderen, omdat de alcoholtolerantie door het lichamelijke verouderingsproces afneemt.

Bron: De Hollander et al., 2006

Aansluitend aan deze motie van de Tweede Kamer heeft het belanghebbende bedrijfsleven (alcoholproducenten) middels een brief van de STIVA aan de minister van VWS (STIVA, 2006) gevraagd of de minister verder af wil zien van het gebruik van een bekend handboek (Babor et al., 2003) als uitgangspunt voor het Nederlandse alcoholbeleid. Dit boek werd en wordt talloze malen door wetenschappelijke onderzoekers geciteerd als belangrijke bron van wetenschappelijke analyses van de effectiviteit van alcoholbeleid. Evenals een aantal andere grote synthesesrapporten en publicaties (zie *paragraaf 3.3.1*) geeft dit boek als conclusie dat prijsverhoging (bijvoorbeeld via accijnsverhoging) en beperkingen aan de verkoop effectieve beleidsmaatregelen kunnen zijn om aan alcohol gerelateerde schade terug te dringen.

Het is op zijn minst verrassend te noemen dat de Nederlandse politiek leek te willen afzien van effectief ('evidence-based') gezondheidsbeleid. Het ontbrak dus niet aan beleidsambitie vanuit het ministerie van VWS, maar aan politieke wil of durf.

3.3.3 Landenvergelijking van alcoholbeleid

Hieronder bespreken we kort de internationale verschillen die binnen de EU bestaan ten aanzien van enkele onderdelen van het alcoholbeleid: reclamebeperking, alcohol in het verkeer en leeftijdslimieten voor verkoop aan jongeren. Ten slotte besteden we aandacht aan de globale verschillen en trends in het alcoholbeleid in EU-landen en aan de vraag in hoeverre Nederland een streng of mild alcoholbeleid kent in vergelij-

king met andere landen. Er zijn geen duidelijk eruit springende voorbeeldlanden voor effectief alcoholbeleid. Wel hebben bepaalde landen specifieke interessante beleids-elementen ingevoerd, zoals het breed opgezette nationale alcoholbeleidsprogramma in Nieuw-Zeeland.

Grote verschillen in alcoholprijzen en accijnzen tussen EU-landen

De aanzienlijke verschillen in prijzen, accijnzen en belastingen op alcohol, die er nog steeds tussen de EU-landen bestaan, worden hier niet in detail beschreven. Zo heffen de ‘klassieke wijnlanden’ (Duitsland, Frankrijk en de andere mediterrane EU-landen) nog steeds geen accijns op wijn, maar wel op andere alcoholhoudende dranken. Voor details over de effecten, die dergelijke verschillen kunnen hebben op alcoholgebruik, verwijzen we naar een recente CPB-studie (Cnossen, 2006). Daarin wordt onder andere aangegeven dat de EU-verschillen in accijnzen en prijzen verkleind zouden moeten worden om alcoholaanschaf over de grenzen minder attractief te maken. Verhoging van de accijns op ‘premixdranken’, zoals die in een aantal landen (Duitsland, Zwitserland, Frankrijk en Denemarken) is ingevoerd zou het drinkgedrag bij jongeren kunnen verminderen. Accijnsverhoging zou verder de economische kosten van schadelijk alcoholgebruik meer dan tot nu toe het geval is kunnen compenseren. Daarvoor is echter een voortvarender Europese harmonisatie van alcoholaccijns nodig dan tot nu toe het geval was.

Reclamebeperkingen variëren sterk

De marketing en reclameregels rond alcohol en de daarmee samenhangende uitvoeringskaders zijn erg complex en verschillen sterk tussen de EU-landen. Een vergelijkend overzicht hiervan voor de EU-landen beslaat een rapport van 460 bladzijden (Canadian, 2005). De eerder genoemde WHO Alcohol Control Database geeft een eenvoudiger overzicht. Daaruit valt te concluderen dat er in een aantal landen sprake is van reclamebeperkingen op alcohol in verschillende media (zoals tv, radio, kranten, reclameborden en bioscopen). Vanzelfsprekend zijn de beperkingen aan inhoud van de tv-reclame voor alcoholhoudende dranken, zoals neergelegd in de eerder genoemde EU-richtlijn ‘Televisie Zonder Grenzen’, in heel Europa hetzelfde. De wijze van implementeren en de handhaving van deze regels verschilt echter.

Frankrijk, Noorwegen en Zwitserland hebben meeste reclamebeperkingen

Van de groep van EU-25 landen (plus Noorwegen en Zwitserland) hebben Frankrijk, Noorwegen en Zwitserland complete beperkingen op televisiereclame voor bier, wijn en sterke drank (zowel op de nationale televisie als op de (commerciële) kabeltelevisie). Denemarken kent evenals Noorwegen en Zwitserland een complete beperking op radioreclame voor bier, wijn en sterke drank. Slovenië en Noorwegen hebben een volledig verbod op alcoholreclame op reclameborden (billboards) en Estland, Frankrijk en Noorwegen kennen een compleet verbod op bioscoopreclame voor alcohol. Een aantal landen, zoals Oostenrijk, België, Finland, Polen, Slovenië, Spanje, Frankrijk en Zwitserland hebben voor een aantal media ‘gedeeltelijke beperkingen’, vooral bij radio, drukwerk (kranten) en reclameborden. Opvallend is dat de twee landen uit deze

Europese vergelijking die geen officieel lid zijn van de EU (Noorwegen, Zwitserland) wel sterke reclamebeperkingen kennen en de echte EU-landen, met uitzondering van Frankrijk, niet.

Voor de reclameregulering binnen de EU geldt dat er in bepaalde landen interessante uitzonderingen zijn, die door sociaal-economische krachten lijken te worden ingegeven, zoals wettelijke beperkingen aan bierreclame in Griekenland en aan reclame voor sterke drank in Italië; beide landen die bekend staan als 'klassieke' wijnlanden (Canadean, 2005).

Frankrijk bij reclamebeperking voorbeeldland via de Loi Evin

In Frankrijk regelt de zogenaamde 'Loi Evin' uit 1991 op strikte wijze de directe en indirecte reclame voor alle alcoholhoudende dranken (>1,2% alcohol). Er is daarom geen alcoholreclame op de Franse televisie of in de bioscopen. In alle andere Franse media is reclame mogelijk onder een flink aantal beperkingen ten aanzien van inhoud, timing en plaats en alleen indien voorzien van een educatieve boodschap over alcohol. Nederland kent geen formele wettelijke regels rond televisiereclame voor alcoholhoudende dranken. Wel is er zelfregulering, waarin - zoals reeds toegelicht - ook de regels op grond van de EU-richtlijn 'Televisie Zonder Grenzen' zijn opgenomen. Duitsland, Ierland en Engeland zijn enkele andere landen met veel zelfregulering, maar ook Denemarken en België volgen die strategie op enkele reclameterreinen. Noorwegen kent de meeste volledige beperkingen (op zeven van de acht onderscheiden media-gebieden) met Zwitserland en Frankrijk op de tweede plaats met ieder drie volledige beperkingen.

Vaker zelfregulering, maar effect nog onduidelijk

Al met al is er in Europa een trend naar intensivering van zelfregulering (of co-regulering) gaande, zonder dat er is aangetoond dat deze zelfregulering effectief is in termen van geslaagde beperking van schadelijk alcoholgebruik. Overzichten van de ontwikkelingen in de Europese zelfregulering, die regelmatig door de alcoholsector geproduceerd worden (Canadean, 2005), besteden vooralsnog geen aandacht aan effecten van zelfregulering op (schadelijk) alcoholgebruik.

Bloed Alcohol Gehaltes in het verkeer binnen de EU sterk vergelijkbaar

Omdat dit bewezen effectief is, handhaven de meeste landen in de Europese Unie een alcohol promillage (BAG-waarde) in het verkeer van 0,5%, met uitzondering van Noorwegen en Zweden, waar dit 0,2% is. In Ierland en het Verenigd Koninkrijk is de limiet evenals in Canada, Nieuw-Zeeland en het merendeel van de Amerikaanse staten 0,8%. In Australië is in 1989 'random breath testing' (a-selectief testen) ingevoerd en dit werd als een groot succes gezien vanwege een combinatie van een hoge pakkans en strenge straffen, waarbij een sterk positief effect op de gezondheidsschade door verkeersongevallen geclaimd wordt.

Midden jaren negentig daalde in Oostenrijk het aantal 'jonge' chauffeurs (korter dan vijf jaar een rijbewijs), die bij een ernstig en aan alcohol gerelateerd ongeval betrokken waren met meer dan 16%, nadat voor deze chauffeurs een BAG-waarde van 0,1% was ingevoerd (Bartl et al., 1997). Aansluitend adviseerde de Europese 'Transport Safety Council' (ETSC, 1997) om deze maatregel in alle EU-landen in te voeren. In Nederland is vanaf 1 januari 2006 (dus bijna tien jaar later) een dergelijke maatregel van kracht geworden, maar dan met een BAG-waarde van 0,2%. We leren dus van andere landen, maar niet altijd even snel. Deze maatregel geldt in Nederland ook tot vijf jaar na het behalen van het rijbewijs.

Intensivering controle op alcohol in verkeer heeft gunstig effect in Nederland

In een internationaal vergelijkende studie (Stewart, 2000) kwam Nederland met Zweden, Nieuw-Zeeland en Frankrijk en samen met enkele Australische staten naar voren als één van de landen waar relatief veel op alcohol in het verkeer gecontroleerd werd. Mede op grond van een Europese aanbeveling is Nederland na 2000 nog frequenter 'random' gaan testen op alcoholgebruik van automobilisten. In deze periode is de frequentie van overschrijding van de limiet (in weekendnachten) gedaald (van 4,2 naar 2,8%). Het effect beperkte zich tot de twee laagste BAG-klassen (BAG: 0,5-0,8‰ en BAG: 0,8-1,3‰) terwijl het aandeel van de meest ernstige overtreeders (BAG > 1,3‰) gelijk is gebleven (Stipdonk et al., 2006). Hier lijkt het intensievere Nederlands beleid dus een gunstig effect te sorteren.

Leeftijdslimieten voor verkoop aan jongeren

De meeste landen in de EU-25 hebben achttien jaar als leeftijdsminimum voor het kopen van bier, wijn of sterke drank in een bar en het aanschaffen ervan in een winkel. Voor Nederland geldt alleen voor sterke drank de limiet van achttien jaar. Voor de andere dranken geldt in Nederland nog een limiet van zestien jaar en Nederland deelt deze benadering van de jeugd met België, Oostenrijk, Frankrijk, Duitsland, Italië en Portugal. In Europa kent alleen IJsland leeftijdslimieten van twintig jaar en Griekenland van zeventien jaar. Een leeftijdslimiet van zestien jaar komt dus wel in vrij veel landen voor, maar is zeker geen gemeengoed. Er zijn tendensen naar het verhogen van de leeftijdslimieten. Het allerbelangrijkst bij een leeftijdslimiet is echter de handhaving en een effectieve controle op verkooppunten. Een beperking van verkooppunten zou soms ook een alternatief kunnen zijn (WHO, 2004b).

Persoonlijke, marketing en omgevingscontrole nemen toe, aanbodcontrole

De Europese ECAS-groep (European Comparative Alcohol Study) heeft een punten-systeem ontwikkeld om de striktheid en breedte ('comprehensiveness') van nationaal alcoholbeleid te beoordelen. Daarbij wordt gekeken naar controle op productie, grootverkoop, distributie, marketing en ook naar persoonlijke en omgevingscontrole, naast nationaal beleid ('public policy'). Het ECAS-systeem kent maximaal zeven punten toe aan beperkingen van de alcohol distributie (verkoop van bier, wijn, gedestilleerd) en drie punten aan de beperking aan productie en groothandel. Verder eveneens drie punten aan de beperking van persoonlijk gebruik (leeftijdslimieten) en aan omgevings-

beperkingen (BAG-waarden in het verkeer). Twee punten zijn maximaal te behalen met reclamebeperking en met specifiek overheidsbeleid (nationaal preventieprogramma of instituut, nationaal alcohol voorlichtingsprogramma of instituut).

Tabel 3.1: Striktheid en breedte van alcoholbeleid in de ECAS-landen (1950-2000).

	1950	1960	1970	1980	1990	2000
Controle op productie en grootverkoop (3 p)	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	0,9
Controle op de distributie (7 p)	2,9	3,0	3,0	2,8	2,9	2,8
Persoonlijke controle (3 p)	1,3	1,5	1,4	1,7	1,8	1,8
Marketing controle (2 p)	0,3	0,4	0,8	1,3	1,7	1,7
Sociale en omgevingscontrole (3 p)	0,6	0,9	1,2	2,0	2,3	2,7
Beleid (public policy) (2 p)	0,5	0,7	1,0	1,1	1,4	1,5

Deze ECAS-benadering (tabel 3.1) laat zien dat in de afgelopen vijftig jaar het alcoholbeleid in de 'oude' EU-15-landen (plus Noorwegen) geleidelijk veranderd is. De controle op de distributie is in deze periode nooit optimaal geweest (gemiddeld drie van de zeven punten op de ECAS-schaal) en neemt ook niet toe. Persoonlijke controle, marketing controle en sociale en omgevingscontrole worden steeds vaker ingezet, terwijl recent vooral de controle op productie en grootverkoop sterk gedaald is (door de opheffing van de alcoholmonopolies in de Scandinavische landen). Marketing controle is tussen 1970 en 1990 toegenomen, maar is recent stabiel gebleven. Beleid (public policy) is in de loop der jaren belangrijker geworden. De hoogste ECAS-scores werden in 2000 gevonden in Noorwegen, Zweden en Finland. Daarna volgden Engeland, Italië, Nederland en Frankrijk.

Rond 1950 konden landen - grofweg - nog worden gekenmerkt als wijn-, bier- of sterkedranklanden (waaronder Nederland) en was de striktheid van het beleid groter in de sterkedranklanden, gevolgd door bier- en wijnlanden. In 2000 was de situatie veel complexer geworden. Enerzijds zijn landen door een convergerend drankgebruik tegenwoordig veel moeilijker te classificeren als 'bierland' of 'sterkedrankland', anderzijds is het beleid, bijvoorbeeld in Frankrijk, op bepaalde gebieden (zoals alcohol in het verkeer) strikter geworden (Österberg & Karlsson, 2002).

Nog duidelijke verschillen maar convergerende trend in alcoholbeleid in de EU

Tussen 2000 en 2005 zijn er geen grote verschuivingen in de ECAS-rangorde van striktheid van alcoholbeleid opgetreden (Anderson & Baumberg, 2006). Samenvattend kan worden gesteld dat er zowel overeenkomsten als verschillen in alcoholbeleid bestaan in de ECAS-landen, waarbij we eerder al zagen dat de mate van samenhang (integrale benadering) sterk kan wisselen. Alcohol in het verkeer (de BAG-waarden) wordt inmiddels redelijk vergelijkbaar aangepakt en ook zijn er vergelijkbare vergunningstelsels en minimumleeftijden voor drankverkoop in bars en wordt er op scholen vrijwel overal alcoholvoorlichting gegeven. Grote verschillen zijn er binnen de EU in handhaving van de alcohollimieten in het verkeer en de leeftijd waarop jongeren alcohol kunnen kopen in winkels (Anderson & Baumberg, 2006).

In de tweede helft van de vorige eeuw zijn vooral de restricties aan de aanbodzijde afgenomen. De accijnzen (in vergelijking tot de prijs) zijn in Europa lager dan in de rest van de wereld. In grote lijnen kan gesteld worden dat het alcoholbeleid binnen de EU de afgelopen vijftig jaar geconvergeerd is (Anderson & Baumberg, 2006), waarbij het beleid steeds vaker de vraag beïnvloedt in plaats van het aanbod.

Belangrijk bij deze internationale vergelijkingen van alcoholbeleid is echter steeds de vraag in hoeverre het beleid ondersteund wordt door een effectieve handhaving en daarover laat de ECAS-schaal zich over het algemeen niet uit.

3.4 Discussie en conclusies

Beperken alcoholgebruik bij de jeugd heeft prioriteit in EU-landen

In enkele EU-landen is de aan alcohol gerelateerde sterfte recent gestegen. In Engeland en Schotland is sprake van een sterk stijgende sterfte aan leverziekten en in Finland is de aan alcohol gerelateerde sterfte nu doodsoorzaak nummer één geworden bij 15- tot 65-jarigen. Dit zijn landen met een deels vergelijkbaar drinkpatroon als in Nederland.

De Europese jeugd drinkt veel alcohol, waarbij de Nederlandse jongeren voorop lopen. Dit overmatig drinken op jonge leeftijd en het daaraan gekoppelde patroon van binge drinking is een gezamenlijk probleem van de EU-landen en dit wijst op de noodzaak van een EU-breed alcoholbeleid.

De recente cijfers van het alcoholgebruik door Nederlandse jongeren lijken aan te geven dat het Nederlandse beleid weinig effectief geweest is. In een internationaal vergelijkend Frans rapport (Jourdain-Menninger & Lignot-Leloup, 2003) is de conclusie van een falend, op jeugd gericht, alcoholbeleid voor enkele andere landen (Quebec, Finland, Verenigd Koninkrijk) getrokken.

Internationale inspiratie, tegenkrachten en kansen

Op het supranationale niveau is er binnen Europa beleidsinspiratie afkomstig van de WHO-Europe, via het Framework for Alcohol Policy. Veel Europese landen, waaronder Nederland, kunnen hun beleid nog aanscherpen door de aanbevelingen van het Europese Alcohol Actieplan van de WHO in zijn geheel op te volgen.

Vanuit de Europese Unie werken er tegengestelde krachten in op het nationale alcoholbeleid. Allereerst zijn er invloeden van de EU via de landbouwsubsidies (op wijnbouw). Daarnaast zijn er binnen de EU nog grote verschillen in accijnzen en belastingen en zijn er principes van de vrije markt, die nationale beperkingen aan verkoop van alcohol binnen de EU moeilijker of soms onmogelijk maken. De Scandinavische landen hebben om die redenen hun restrictieve alcoholbeleid deels moeten liberaliseren, wat in Finland tot problemen lijkt te leiden.

Inmiddels is er wel een alcoholstrategie voor de EU geformuleerd met diverse aanbevelingen aan de lidstaten en zijn er op alcoholgebied Europese regels met betrekking tot de inhoud van televisiereclame. Diverse aanbevelingen heeft Nederland al ingevoerd en de regelgeving rond televisiereclame is in de zelfregulering geïmplementeerd.

De ontwikkeling van internationale beleidskaders, die het nationale beleid kunnen ondersteunen, worden op EU-niveau echter regelmatig gefrustreerd door sterke tegenkrachten vanuit de alcoholproducerende sector, die beperkende maatregelen in de aanbodssfeer afwijst.

Proactieve opstelling Nederland in de EU gewenst

Gefaseerd uitvoeren van de aanbevelingen uit het recente Europese alcoholrapport (Anderson & Baumberg, 2006) zou een mogelijkheid zijn voor verdergaand gezamenlijk EU-beleid, waarvoor de lidstaten zich met elkaar zouden kunnen inzetten. Daarnaast moeten nieuwe EU-voorstellen voor deregulering en harmonisatie (onder andere in de nieuwe dienstenrichtlijn) kritisch bekeken worden op de mogelijkheid dat alcoholverkoop over de grenzen - bijvoorbeeld via internet - gaat plaatsvinden en zo het nationale alcoholbeleid zou kunnen verstoren.

Wat daarom nodig lijkt is een oplettende, participerende en proactieve houding vanuit Nederland in de beleidsgremia van de EU op het gebied van de landbouwpolitiek, de marktwerking en regulering en public health. Het lijkt dan belangrijk dat de lidstaten, waaronder Nederland, binnen de EU nauw samenwerken bij de beleidsvoorbereiding op het gebied van alcohol.

Alcoholgebruik, gezondheidsschade en kosten: wat kan het beleid?

Europeanen drinken relatief veel en alle EU-landen kennen, weliswaar nog in wisselende mate, de negatieve gevolgen van overmatig alcoholgebruik. Die negatieve gevolgen zijn zowel gezondheidsgerelateerd, sociaal, als economisch. In sommige landen (Finland, Engeland, Schotland) wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan het schatten van de door alcohol veroorzaakte gezondheidsschade, maar in de meeste landen, waaronder Nederland, wordt die schade niet regelmatig in beeld gebracht.

De door alcohol veroorzaakte kosten zijn in de meeste landen hoger tot veel hoger dan de nationale accijnsopbrengsten. Voor Nederland dekken de opbrengsten van alcoholaccijns de kosten nog niet half. Dit wijst op de noodzaak om de alcoholaccijns in Nederland te verhogen, bijvoorbeeld die op premixdranken, die voor veel jongeren als 'opstapdrankje' fungeren.

Als de door alcohol veroorzaakte kosten en problemen binnen de EU-landen in de toekomst niet afnemen en als de toenemende vrijemarktkrachten onderdelen van het nationale alcoholbeleid verder inperken of ontkrachten, wat zeker niet onmogelijk lijkt, blijven er naast massamediale campagnes weinig andere beleidsopties voor de overheid over dan enerzijds het opsporen en behandelen van zware drinkers of anderzijds het verhogen van de accijnzen. De eerste optie lijkt voor de alcoholsector en de

gemiddelde drinker de prettigste keuze, maar is voor de overheid en de zorgverzekeraars, verreweg de kostbaarste (Österberg & Karlsson, 2002).

Om een intensiever alcoholbeleid te kunnen financieren bestaan er interessante varianten in andere landen (Nieuw-Zeeland, Quebec), waarbij die beleidsfinanciering aan alcoholaccijns gekoppeld is.

Informatie, onderzoek en monitoring kunnen beter

Veel landen erkennen de noodzaak om meer bewijs voor de effectiviteit van nieuwe interventies te verzamelen en onderzoek op dat gebied te laten uitvoeren. Daarbij is een enorm scala aan mogelijke interventies geïdentificeerd, maar de implementatie en effectiviteit daarvan zijn vaak nog niet goed beschreven of onderzocht.

Een systematische uitwerking van voor het alcoholbeleid noodzakelijk onderzoek vindt nauwelijks plaats en hoewel vrijwel alle landen voorstellen doen om de dynamiek in de aan alcohol gerelateerde gezondheidsschade en beleidseffecten te meten zijn de randvoorwaarden om dit goed te kunnen doen (specifieke monitoring van aan alcohol gerelateerde indicatoren) meestal niet goed ontwikkeld.

In veel landen, ook in Nederland, wordt onvoldoende systematisch informatie verzameld om het alcoholbeleid of de door alcohol veroorzaakte gezondheidsschade goed te kunnen monitoren. Daarmee is beleidsevaluatie eigenlijk ook niet goed mogelijk op de belangrijkste uitkomstmaat: gezondheidswinst.

Nederlands alcoholbeleid is 'gemiddeld' streng en nogal verdeeld georganiseerd

Het Nederlandse beleid krijgt een gemiddelde score op de internationale ECAS-schaal voor striktheid van alcoholbeleid. Ook volgens het eigen oordeel van het veld heeft Nederland een nogal gematigd alcoholpreventiebeleid (Dekker et al., 2006).

In Nederland zijn een aantal verschillende organisaties (Trimbos-instituut, NIGZ, STAP) betrokken bij de voorbereiding en uitvoering van onderdelen van het alcoholbeleid en het aan alcohol gerelateerde onderzoek. Er lijkt daarbij niet altijd sprake van een optimale samenwerking (Dekker et al., 2006). Het recent opgerichte PVA (Partnership Vroegsignalering Alcohol) is een recent Nederlands initiatief dat zich op verbetering van die samenwerking richt. Daarnaast afficheert STIVA zich, namens de gezamenlijke alcoholindustrie, in het veld als voorlichtingsorganisatie en voerde het SWOV onderzoek uit op het terrein van alcohol en verkeersveiligheid.

Met de constatering dat het Nederlands alcoholbeleid een gefragmenteerde indruk maakt ontstaat ook het idee dat er behoefte is aan meer centrale programmering, sturing en inspiratie. Een beter herkenbare beleidsmatige verantwoordelijkheid van één veldorganisatie kan een oplossing zijn, maar ook zou een nationaal programma alcohol uitkomst kunnen brengen.

In sommige andere landen is regelmatig één organisatie of nationale commissie verantwoordelijk voor de landelijke coördinatie van het alcoholbeleid. Dat gebeurt dan ook vaak aan de hand van een nationaal programma inclusief voldoende financiële middelen.

Alcoholbeleid en maatschappelijke tegenkrachten

De laatste jaren zijn er in Nederland regelmatig voorstellen gedaan voor grotere en kleinere beleidswijzigingen, die door het volksgezondheidsveld ondersteund werden maar door de alcoholbranche onmiddellijk werden afgewezen en die vervolgens ook in de Tweede Kamer werden afgestemd.

De Nederlandse politiek leek de werkgelegenheid van de alcoholsector, de bescherming van de vrije markt en de individuele vrijheid zwaarder te laten wegen dan het collectieve belang van beperking van alcoholschade. In het algemeen lijkt te gelden dat de bij beleid en politiek meest populaire maatregelen (voorlichting, zelfregulering) niet de meest effectieve zijn en dat de meest effectieve maatregelen (prijs- en accijnsverhoging, reguleren van aanbod) het minst populair zijn (Garretsen & Goor, 2004).

Intussen neemt de invloed van de alcoholsector op de beleidsbepaling vormen aan, die we in het verleden ook bij de beïnvloeding van het rookbeleid zagen, namelijk het willen ontkrachten of uitschakelen van wetenschappelijk bewijs en het verleiden van de politiek om hetzelfde te doen. Deze analogie met het rookbeleid is eerder gesignaleerd (Arora, 2006).

Integrale aanpak en kansen voor beleid

De overheid heeft verschillende belangen ten aanzien van alcoholgebruik, zoals een fiscaal belang (accijns), een belang ten aanzien van de openbare orde en veiligheid, een belang in de economische groei van de alcoholsector, en een gezondheidsbelang (inclusief reproductieve gezondheid). De mate waarin deze belangen een rol spelen verschillen per land. Deze belangen zijn binnen nationale regeringen meestal verdeeld over verschillende departementen en verdienen, alleen al vanwege mogelijkheden tot synergie en de noodzaak van beleidsconsistentie, een brede en integrale aanpak.

Er zijn diverse kosteneffectieve interventies die nog niet volledig of maximaal door Nederland zijn ingevoerd. Accijnsverhoging, reclamebeperking, aanpassing van de Drank- en Horecawet, een actiever lokaal vergunningenbeleid en intensiever handhaven van de leeftijdsgrenzen voor de verkoop van alcohol zijn effectieve maatregelen. Een deel van deze maatregelen vergt een actievere rol van de nationale en lokale overheden. Accijns- of prijsverhogingen zijn bewezen kosteneffectieve ingrepen, die de maatschappelijke kosten van alcohol meer zouden kunnen compenseren dan nu het geval is.

Veel landen wijzen er in hun beleidsdocumenten op dat meer evaluatie van bestaand beleid en van nieuwe interventies nodig is en dat de overheid het voor een effectief alcoholbeleid noodzakelijk wetenschappelijk onderzoek verder moet stimuleren.

De noodzaak van een brede, integrale en intersectorale aanpak was ook de meest kansrijke uitkomst van een recente analyse van de RAND-organisatie over het gewenste alcoholbeleid in de landen van de Europese Unie (Horlings & Scoggins, 2006).

Een samenvatting van het hiervoor geschetste internationaal perspectief op alcoholbeleid leidt tot een aantal eindconclusies:

Er zijn effectieve maatregelen in de aanbodssfeer mogelijk (verminderen beschikbaarheid, verhogen van prijzen) die kunnen worden ingezet om alcoholgebruik bij Nederlandse jongeren terug te dringen.

De jeugd in Nederland en Europa drinkt de laatste jaren te jong, te vaak en te veel. Bij ongewijzigd beleid leidt dit tot gezondheidsschade en hoge sociale en maatschappelijke kosten. Er is snel effectieve actie nodig, want het huidige beleid is niet effectief gebleken. Internationaal onderzoek wijst telkens op de effectiviteit van maatregelen in de aanbodssfeer.

Nederland heeft een gemiddeld streng alcoholbeleid dat kan worden aangescherpt en van een meer integrale aanpak voorzien.

Er zijn nog effectieve beleidsmaatregelen mogelijk, die de door alcoholgebruik veroorzaakte schade verminderen en die in andere landen al zijn ingevoerd, zoals accijnsverhoging, reclamebeperking, en intensievere handhaving van regels. Een integrale en intersectorale aanpak lijkt dan gewenst met meer aandacht voor onderzoek, beleids-evaluatie en monitoring.

Het Nederlandse alcoholbeleid kan er baat bij hebben, als Nederland het EU-beleid met relevantie voor alcohol meer proactief zou volgen.

Omdat nieuw EU-beleid op verschillende beleidsgebieden het nationaal alcoholbeleid zowel positief als negatief kan beïnvloeden is een proactieve houding vanuit Nederland nodig in de Europese Unie op de beleidsgebieden: landbouw, marktwerking (en regulering) en volksgezondheid (sociale zaken).

LITERATUUR

- Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A report for the European Commission. http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm (laatst bezocht in juni 2006). UK: Institute of Alcohol Studies, 2006.
- Arora M. Alcohol Advocacy. Lessons to be learned from tobacco. <http://www.ias.org.uk/resources/publications/theglobe/>. The Globe: 2005, Issue 3 en Issue 1, 2006.
- Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- Babor TF. Linking science to policy. The role of international collaborative research. *Alcohol Research and Health*, 2002;26(1):66-74.
- Bartl G, Esberger R, Brandstätter C. Unfallbilanz nach fünf Jahren führerschein auf Probe. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit* 1997;42(9),317-321.
- Canadean. Responsible marketing of alcoholic beverages in Europe. Brussels: Canadean, April 2005.
- Cnossen S. Alcohol Taxation and Regulation in the European Union. CPB discussion Paper 76. (Ook verschenen als: CESifo Working Paper No 1821: www.cesifo-group.de). Den Haag: CPB, 2006.
- Crombie IK, Irvine L, Elliott L, Wallace H. Public Health Policy on Alcohol: an international perspective. A report to NHS Health Scotland. www.phis.org.uk/pdf.pl?file=pdf/Alcohol%20Report%20full.pdf. Public Health Institute of Scotland, 2005.
- Crombie IK, Irvine L, Elliott L, Wallace H. How do Public Health policies tackle alcohol-related harm: a review of 12 developed countries. *Alcohol & Alcoholism*, 2007 (Epub ahead of print).
- Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO-Europe, 2004.
- Dekker E, Dalen WE van, Kuunders MMAP, Mulder J. Beleid onder invloed. Alcoholpreventiebeleid in Nederland. Utrecht: STAP, 2006.
- EC, Europese Commissie. Mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de regio's. Een EU-strategie ter ondersteuning van de lidstaten bij het beperken van aan alcohol gerelateerde schade. COM(2006) 625 definitief. Brussel: EC, 2006.
- ETSC. European Transport Safety Council. A strategic road safety plan for the European Union. ETSC, Brussels, 1997.
- Garretsen HFL, Goor I van de. Towards evidence-based policy. In: Müller R, Klingemann H (eds.). From Science to Action? 100 Years Later - Alcohol policies revisited; pp 141-151. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, 2004.
- Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN, 2004.
- Holder HD, Edwards G (eds.). Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (eindred.). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapportnr. 270061003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- Horlings E, Scoggins A. An Ex Ante Assessment of the Economic Impacts of EU Alcohol Policies. Prepared for the European Commission. RAND technical report, RAND, 2006.
- ICAP, International Center for Alcohol Policies. Policy Issues. <http://www.icap.org/Publication/ICAPReports/tabid/147/Default.aspx> (laatst bezocht op 5 januari 2007), 2007
- Jourdain-Menninger D, Lignot-Leloup M. Comparaisons internationales sur la prevention sanitaire. IGAS-Rapportnr. 2003003. Paris: IGAS, 2003.
- Klingemann H, Holder HD, Gutzwiller F. Alcohol-related accidents and injuries. *Addiction* 1993;88(7),861-1016.
- KPMG. Excessive alcohol consumption in the Netherlands. Trends and social costs. Hoofddorp: KPMG, 2001.

- Kunst AE, Groenhof F, Mackenbach JP, and EU Working Group on Socioeconomic inequalities in health. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries. Comparison on population based studies. *BMJ* 1998;316:1636-1642.
- Laar MW van, Cruts AAN, Verdurmen JEE. Ooyen MME van. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2004. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2004.
- Leon DA, McCambridge J. Liver cirrhosis mortality rates in Britain from 1950 to 2002: an analysis of routine data. *Lancet* 2006;367(9504):52-56.
- Ludbrook A, Godfrey C, Wyness L, Parrott S, Haw S, Napper M, et al. Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland: A Literature Review. <http://www.scotland.gov.uk/health/alcohol-problems/docs/lire-05.asp> (laatst bezocht op 15 november 2006). Edinburgh, 2002.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand: preventie van psychische stoornissen. RIVM-rapportnr. 270672001. Bilthoven/ Utrecht: RIVM/ Trimbos-instituut, 2006.
- Naert P, Naert S, Maex D. The socio-economic impact of the European alcoholic beverages industry, in: the Amsterdam Group Report 2001: Alcoholic Beverages and European Society. TAG, 2001.
- NCRAA. National Committee for the Review of Alcohol Advertising. Review of the self-regulatory system for alcohol advertising, report to the ministerial council of drug strategy. www.dhs.vic.gov.au/phd/publications/downloads/ncraareport.pdf (laatst bezocht op 14 december 2006) Victoria, Australia: DHS, 2003.
- Österberg E, Karlsson T (eds.). Alcohol Policies in EU Member States and Norway. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/promotion/fp_promotion_1998_a01_27_en.pdf. Helsinki: STAKES, 2002.
- Rehn N, Room R, Edwards G. Alcohol in the European Region - consumption, harm and policies. WHO: Copenhagen, 2001.
- Rescon, research & consultancy. De gezonde school en genotmiddelen 1995-1998. Eindevaluatie. Haarlem: ResCon, 1999.
- Sewel K. International Alcohol Policies. A selected literature review. <http://www.scotland.gov.uk/cru/kd01/red/iapl-00.asp> (laatst bezocht op 12 mei 2006). Edinburgh: Scottish Executive Central Research Unit, 2002.
- Shand F, Gates J, Fawcett J, Mattick R. The treatment of alcohol problems. A review of the evidence. Commonwealth Dept of Health and Ageing. Canberra: NDARC, 2003.
- STAP. Stichting Alcohol Preventie. Factsheet; Nederlands alcoholbeleid. Utrecht: STAP, 2005.
- Statistics Finland. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2005/ksyyt_2005_2006-10-31_tie_001_en.html (laatst bezocht november 2006), 2006.
- Stewart K. Preventing impaired driving around the world: lessons learned. *Inj Prev* 2000;6:80-81.
- Stipdonk HL, Aarts IT, Schoon CC, Wesemann, P. De essentie van de daling in het aantal verkeersdoden. Ontwikkelingen in 2004 en 2005, en nieuwe prognoses voor 2010 en 2020. Leidschendam: SWOV, 2006.
- STIVA, Stichting Verantwoord Alcoholgebruik. Brief aan VWS. http://projecten.drecomm.nl/fileadmin/stiva/brf_87-_IvE_mw_Bolhuis.pdf (laatst bezocht december 2006), 2006.
- Tigerstedt C, Karlsson T, Mäkelä, Österberg E, Tuominen I. Health in alcohol policies: the European Union and its Nordic Member States. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in all policies. Prospects and potentials. Helsinki: SAH, 2006.
- Tweede Kamer. Alcoholbeleid. Brief van de minister van VWS, d.d. 24 maart 2005. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005: 27 565, nr. 29. Den Haag, 2005.
- Tweede Kamer. Kamerstuk 22 894 nr. 94. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Den Haag, 2006.
- Vogels T, Buitendijk SE, Bruil J, Dijkstra NS, Paulussen TGWM. Jongeren, seksualiteit, preventie en hulpverlening. Een verkenning van de situatie in 2002. TNO-rapport 2002.281. Leiden: TNO, 2002.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dossier Alcohol. <http://www.minvws.nl/dossiers/alcohol> (laatst bezocht op 11 mei 2007), 2006a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota Kiezen voor gezond leven. Den Haag: VWS, 2006b.
- Weinberg Group. An independent review of issues related to alcohol consumption in Europe. Prepared for the brewers of Europe. Brussels: The Weinberg Group, June 2006.

- Worldbank. World Development Report 2007. Development and the Next Generation. Washington: Worldbank, 2006.
- WHO, World Health Organization. Global Status Report: Alcohol Policy. http://www.who.int/substance_abuse/publications (laatst bezocht op 12 augustus 2006). Geneve, 2004a.
- WHO, World Health Organization. HEN synthesis report: What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol control? Copenhagen: WHO, Februari 2004b.
- WHO, World Health Organization. Public health problems caused by alcohol. Report of the secretariat. Geneva: WHO, 2005a.
- WHO, World Health Organization. Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region. Copenhagen: WHO-Europe, 2005b.
- WHO, World Health Organization. Alcohol Control Database. <http://data.euro.who.int/alcohol> (laatst bezocht in oktober 2006), 2006.

4 OVERGEWICHT

Overgewicht is in alle westerse landen een nog steeds in ernst toenemend volksgezondheidsprobleem, waarvoor nog weinig effectief beleid ontwikkeld is

Nederland deelt het in ernst toenemende overgewichtprobleem met veel andere landen. De meeste landen onderkennen dat vooral jeugd en bepaalde achterstandsgroepen op de langere termijn negatieve gezondheidseffecten tegemoet zien en dat er aanzienlijke kosten dreigen, maar ook dat er nog nauwelijks duurzaam effectieve maatregelen beschikbaar zijn.

In veel landen wordt aan nieuw overgewichtbeleid gewerkt, dat verder gaat dan de eigen verantwoordelijkheid van het individu en dit geeft kansen om van andere landen te leren

Door veel landen wordt op het terrein van voeding en bewegen gezocht naar en geëxperimenteerd met nieuw beleid en nieuwe interventies, die niet alleen uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid van het individu, maar ook rekening houden met lokale settings en sociaal-culturele, economische en marktgerelateerde randvoorwaarden. Dit geeft veel kansen om van andere landen te leren, maar vergt actief volgen van overgewichtbeleid in andere landen.

De preventie en bestrijding van overgewicht zijn gebaat bij een aanpak in EU-verband

Vanwege de sterke internationale marktinvoeden en de reguleringskracht van de Europese Unie zou vooral aan voeding gerelateerd beleid dat overgewicht kan helpen tegengaan in EU-verband ontwikkeld kunnen worden. Dit vergt een goede samenwerking tussen de landen en een pro-actieve opstelling vanuit Nederland.

4 OVERGEWICHT

Eveline van der Wilk en Peter Achterberg

4.1 Inleiding 85

4.1.1 Ongewenste gevolgen van (ernstig) overgewicht 86

4.1.2 Overgewicht in internationaal perspectief 87

4.2 Internationale kaders en beleid rond overgewicht 89

4.3 De beleidspraktijk rond overgewicht 91

4.3.1 Effectiviteit van preventie van overgewicht 92

4.3.2 Beleid tegen overgewicht in Nederland 93

4.4 Landenvergelijking van beleid tegen overgewicht 95

4.4.1 Finland: nadruk op bewegen en intersectorale samenwerking 97

4.4.2 Verenigde Staten: noodzaak tot effectieve actie steeds urgenter 98

4.4.3 Frankrijk: veel nieuwe initiatieven inclusief nieuwe wetten 100

4.4.4 Opvallende initiatieven tegen overgewicht in andere landen 102

4.5 Discussie en conclusies 105

Literatuur 110

4.1 Inleiding

Overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) hangen samen met een verhoogd risico op tal van chronische aandoeningen. In veel landen stijgt de laatste decennia de prevalentie van overgewicht sterk.

Overgewicht en obesitas nemen epidemische vormen aan

Wereldwijd heeft de prevalentie van overgewicht en obesitas vormen aangenomen dat van een epidemie gesproken wordt. Hiermee is overgewicht ook één van de meest actuele thema's van publieke gezondheidsbeleid geworden. Recent stelde VWS Directeur-Generaal Volksgezondheid Hans de Goeij: 'De obesitasepidemie heeft het karakter van een sluipmoordenaar en het effect van een kernramp. Bijna de helft van de Nederlanders is nu te zwaar en als dat zo doorgaat, komt er voor het eerst een generatie die zijn eigen kinderen overleeft' (NRC, 2005).

In antwoord op de vraag wat de oorzaak is van het momenteel zo frequent vóórkomen van overgewicht en obesitas wordt vaak een aantal veranderingen genoemd, die recent vooral in westerse en rijkere samenlevingen plaatsvinden. Daarbij horen een toenemende 'autocultuur' en steeds intensiever gebruik van technische hulpmiddelen, die lichamelijke arbeid onnodig maken of, zoals televisiekijken, tot veel minder lichamelijke activiteit (bewegen) leiden. Daarnaast is er een stijgende overconsumptie van voedingsmiddelen, die in een steeds grotere keuzevariëteit beschikbaar komen en ook betaalbaarder zijn geworden, gestimuleerd door een cultuur van constant en indringend adverteren. Dit is gepaard gegaan met een overgang naar vaker hapjes tussen door eten ('snacken' buiten de reguliere maaltijden om). Tegelijkertijd wordt er minder water en meer suikerhoudende frisdrank gedronken.

Positieve energiebalans gedurende langere tijd belangrijkste oorzaak

Een kleine positieve energiebalans gedurende een langere periode kan tot grote veranderingen in lichaamsgewicht leiden (Van den Berg et al., 2006). Het is aannemelijk dat de gestegen prevalentie van overgewicht en obesitas veroorzaakt wordt door een langzaam toenemende bewegingsarmoede, in combinatie met een relatief geringe overconsumptie. Ook genetische factoren spelen een rol bij het ontstaan van overgewicht, maar de precieze mechanismen zijn nog onbekend.

Belangrijke invloed van omgevingsfactoren

Er zijn aanwijzingen dat factoren in de fysieke, sociale en economische omgeving - de zogenoemde 'obesogene' omgeving - mensen stimuleert om veel te eten en weinig te bewegen, dus in de richting van een ongezonde leefstijl. In diverse onderzoeken is bijvoorbeeld een verband gevonden tussen het aantal uren televisiekijken en de ontwikkeling van overgewicht bij kinderen (Salmon et al., 2006; Vereecken et al., 2006).

Portiegrootte blijkt een rol te spelen bij de hoeveelheid voedsel die men tot zich neemt. Mensen eten - meestal onbewust - meer wanneer ze grotere porties krijgen aangeboden.

Bioscoopgangers aten bijvoorbeeld gemiddeld 53% meer popcorn wanneer ze een zak met 240 gram kregen in plaats van (normaal) de helft. Uit deze en andere experimenten komt de conclusie dat het vergroten van de portie een stijging van voedselintake tot gevolg kan hebben (Wansink & Park, 2001). Dit effect is niet alleen gevonden met snacks, maar ook met reguliere maaltijden, zelfs wanneer mensen aan dat voedsel geen voorkeur geven.

Hieruit blijkt dat de verklaring van overgewicht niet simpelweg gezocht moet worden in het meer eten en minder bewegen, maar dat een complex geheel van emoties en andere psychologische processen en ook stimuli uit de omgeving bijdragen aan het probleem. De hogere obesitasprevalentie in bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status hangt voor een belangrijk deel samen met omgevingsfactoren die gezond gedrag in de weg staan (Van der Lucht & Picavet, 2006).

Beleid dat zich richt op terugdringen van overgewicht/obesitas moet zich dus zowel op voeding als beweging richten en rekening houden met de achterliggende maatschappelijke veranderingen en structuren. Daarbij moet kennis worden betrokken over de mechanismen en gedragingen die op individueel niveau het krijgen van overgewicht bevorderen.

4.1.1 Ongewenste gevolgen van (ernstig) overgewicht

De meest gebruikelijke manier om de mate van overgewicht vast te stellen is de Body Mass Index (BMI). Bij volwassenen is het criterium voor obesitas een BMI van 30 kg/m² of meer en voor overgewicht een BMI tussen 25 en 30 kg/m² (WHO, 1997).¹

In zijn mildere vorm is overgewicht een belangrijke risicofactor voor ongezondheid. Obesitas wordt daarnaast steeds vaker ook gezien als een ziekte, die medische behandeling behoeft. In dit hoofdstuk wordt vooral de term overgewicht gebruikt, soms ook wanneer ‘overgewicht en obesitas’ samen bedoeld worden.

Gewichtstoename leidt tot veel verschillende aandoeningen

Een belangrijk gevolg van gewichtstoename is een verstoorde werking van insuline. Dit speelt een sleutelrol bij de ontwikkeling van het metabool syndroom dat gekenmerkt wordt door diverse, met elkaar samenhangende afwijkingen, zoals hoge bloeddruk en abdominale obesitas (vet in de buikstreek). Deze afwijkingen liggen weer ten grondslag aan de ontwikkeling van diabetes (diabetes mellitus type 2).

Andere gezondheidsrisico's die samenhangen met overgewicht en obesitas zijn hart- en vaatziekten, bepaalde vormen van kanker, galziekten, artrose, ademhalingspro-

¹ BMI is gedefinieerd als het lichaamsgewicht (in kilogram) gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte (in meters). Voor het vaststellen van overgewicht en obesitas bij jongeren gelden voor leeftijd aangepaste afkapwaarden van de BMI (Cole et al., 2000).

blemen, psychische problemen zoals depressie en een negatief zelfbeeld en onvruchtbaarheid. Hoewel over de exacte vorm van de risicocurve nog gediscussieerd wordt, kunnen we in het algemeen stellen dat het meeste onderzoek erop wijst dat naarmate het overgewicht toeneemt, het gezondheidsrisico groter wordt. Recent werd echter ook gevonden dat het (overlijdens)risico als gevolg van matig overgewicht mogelijk niet zo groot is en dat het in sommige gevallen (zoals fitte mensen van middelbare leeftijd) mogelijk zelfs kleiner is dan bij een normaal gewicht (Flegal et al., 2005).

Van de gezondheidsrisico's is vooral de toegenomen prevalentie van diabetes (ook onder kinderen) zorgwekkend, vanwege de vele complicaties, gerelateerde aandoeningen en ziektekosten. Overgewicht op kinderleeftijd is voorspellend voor overgewicht, ziekte en sterfte op volwassen leeftijd (Wang et al., 2003). Omdat overgewicht erg moeilijk te behandelen is, kan preventie op jonge leeftijd dus veel problemen voorkómen.

Directe en indirecte kosten van overgewicht zijn hoog

Voor Nederland zijn de kosten van overgewicht geschat op 2% van de totale zorgkosten, wat overeenkwam met 77 dollar per inwoner (Van Baal et al., 2006). Voor de Verenigde Staten (VS) lopen de schattingen uiteen van 5,5 tot 9,4% van de totale zorgkosten, neerkomend op tussen de 166 en 353 dollar per inwoner per jaar. Hierin zijn naast de directe medische kosten ook indirecte kosten (productiviteitsverliezen) meegerekend. De directe zorgkosten lopen in de VS op tot 7% van de nationale zorgkosten. Dit zijn volgens sommige onderzoekers nog voorzichtige schattingen omdat niet alle ziekten die gerelateerd zijn aan obesitas in deze studies zijn meegenomen (Colditz, 1999). Voor Australië, Canada, Frankrijk en Nieuw-Zeeland zijn de schattingen lager dan voor de VS. De schatting van de door overgewicht of obesitas veroorzaakte kosten ligt hier tussen 2,0 en 3,2% van de totale zorgkosten. De indirecte kosten (als gevolg van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) in Nederland worden geschat op 2 miljard euro per jaar (RVZ, 2002).

4.1.2 Overgewicht in internationaal perspectief

In Nederland neemt, net als in veel andere landen, het aantal mensen met overgewicht en obesitas de laatste jaren gestaag toe. De Nederlandse toename is vergelijkbaar met die in veel andere landen van de Europese Unie (EU), maar de prevalentie is (nog) minder hoog dan bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk en Duitsland (*bijlage 5, tabel B5.1*).

Een recent onderzoek naar de prevalentie van zelfgerapporteerde cijfers over overgewicht en obesitas in Nederland (Schokker et al., 2006) geeft aan dat overgewicht (obesitas) bij mannen tussen 1981 en 2004 is gestegen van 37% (4%) naar 51% (10%). Bij vrouwen steeg overgewicht (obesitas) van 30% (6%) in 1981 tot 42% (12%) in 2004. Als deze ontwikkelingen zich voortzetten zal in 2015 naar schatting 15-20% van de volwassenen in Nederland obees zijn.

Bij Nederlandse jongens en meisjes verdubbelden of verdrievoudigden overgewicht en obesitas tussen 1980 en 1997 om vervolgens tot 2002-2004 nog eens te stijgen tot het twee- of drievoudige. Bij jongens varieert de huidige prevalentie van overgewicht (obesitas), afhankelijk van de leeftijd, tussen de 9,2 en 17,3% (overgewicht) en tussen de 2,5 en 4,3% (obesitas) (Schokker et al., 2006). Bij meisjes varieert de prevalentie tussen de 14,6 en 24,6% (overgewicht) en tussen de 2,3 en 6,5% (obesitas). De huidige prevalentie van obesitas is volgens een andere schatting voor Nederlandse jongens gemiddeld 2,9% en voor meisjes 3,3% (Van den Hurk et al., 2006).

In Nederland komen overgewicht en obesitas vaker voor in bevolkingsgroepen met een laag opleidingsniveau en bij bevolkingsgroepen van Turkse en Marokkaanse afkomst (GR, 2003). Daarmee zijn overgewicht en obesitas in Nederland gerelateerd aan gezondheidsachterstanden en dat geldt ook voor andere landen (Pickett et al., 2005).

Voorals in Zuid-Europese landen is de prevalentie van overgewicht bij de jeugd hoog, zoals in Italië (hoogste prevalentie: 36%) en Spanje, waar tussen 1985 en 1996 het percentage 6- en 7-jarige kinderen met overgewicht steeg van 23 naar 35%. Ook in Engeland, is het overgewichtprobleem bij kinderen nijpender dan in Nederland (*bijlage 5, tabel B5.2*).

Nederland deelt dus een groeiend overgewichtprobleem met veel andere westerse en Europese landen. Internationale vergelijkingen plus de huidige trends in Nederland laten zien dat de Nederlandse ‘epidemie’ nog veel omvangrijker zou kunnen worden dan nu al het geval is.

Leeswijzer voor dit hoofdstuk

In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op de internationale kaders die op het gebied van obesitasbeleid ontwikkeld zijn. Daarna wordt de beleidspraktijk gepresenteerd, waarbij eerst een overzicht wordt gegeven van effectief gebleken interventies om het probleem overgewicht te beteugelen. Vervolgens wordt het Nederlandse beleid besproken en Nederlandse initiatieven om overgewicht terug te dringen. Daarna wordt beschreven hoe er in een aantal landen actieplannen ontworpen zijn, convenanten zijn gesloten, en al dan niet omstreden voorstellen of bijzondere initiatieven zijn voorgesteld om obesitas aan te pakken. Er wordt speciaal aandacht besteed aan Finland, de Verenigde Staten en Frankrijk.

Daarbij is de vraag aan de orde waar succes wordt geboekt met het terugdringen van overgewicht, met het stimuleren van lichamelijke activiteit of met het stimuleren van een gezondere voeding. In de laatste paragraaf (discussie en conclusies) wordt de balans opgemaakt van al deze benaderingen in verschillende landen en wordt ingegaan op de vraag hoe het Nederlandse publiekegezondheidsbeleid zijn voordeel kan doen met voorbeelden uit en ontwikkelingen in het buitenland.

4.2 Internationale kaders en beleid rond overgewicht

Europese Unie heeft actieplatform opgericht

Voeding, lichamelijke activiteit en overgewicht hebben op dit moment een hoge prioriteit bij de Europese Unie. Dit heeft onder andere zijn beslag gekregen in het 'Public Health Action Programme (2003-2008)'. Binnen dit actieprogramma wordt subsidie verleend aan dataverzameling, aan uitwisseling van 'best practices' en aan het bijebrengen van internationale netwerken op het gebied van overgewicht. De Europese Commissie financiert ook projecten die gericht zijn op het bevorderen van gezonde voeding en lichamelijke activiteit, zoals Eurodiet en het 'Status Report on the European Commission's work in the field of nutrition 2002' (Eurodiet, 2002; EC, 2002).

In maart 2005 heeft de Europese Commissie het 'EU Platform for Action on Diet and Physical Activity' gelanceerd. Dit platform stimuleert alle betrokken partijen, waaronder het bedrijfsleven, consumentenbewegingen, gezondheidsorganisaties en politieke leiders, de strijd aan te gaan met overgewicht in de Europese Unie. Ook beraadt het zich op de mogelijkheden om een gedragscode te ontwerpen om marketing voor ongezond voedsel gericht op kinderen terug te dringen. De Commissie benadrukt dat het probleem overgewicht ook vanuit andere sectoren aandacht zou moeten krijgen. Te denken valt aan het landbouwbeleid, waarbij nog steeds de productie van melkvet gesubsidieerd wordt, het onderwijsbeleid en het beleid van de transportsector.

Het genoemde EU-platform staat onder leiding van de Europese Commissie, die voor een coöperatieve en actiegerichte aanpak moet zorgen. Ook moet de Commissie garanderen dat de activiteiten van het platform in overeenstemming zijn met de werkzaamheden van het Europese netwerk op het gebied van voeding en lichaamsbeweging enerzijds en de discussies in de Europese Raad en het Europese Parlement anderzijds. Het platform biedt betrokken partijen op Europees niveau een forum. Daarin kunnen zij toelichten wat ze willen doen om gezonde voeding en lichaamsbeweging te bevorderen en waar resultaten en ervaringen kunnen worden besproken, zodat op den duur een lijst van 'best practices' kan worden opgesteld.

Gegeven de complexiteit van het probleem staan de meeste deelnemers een multisectorale benadering voor, met interacties en samenhang tussen verschillende EU-beleidsgebieden. Ook stellen veel betrokkenen voor om speciale aandacht te besteden aan kinderen en jongeren, waar de grootste toename van overgewicht wordt geconstateerd. Verder blijkt er veel vraag naar betere consumenteninformatie over voeding, en dan vooral naar duidelijke en 'evidence-based' informatie.

Verschillende belangengroepen op EU-niveau met elkaar in de slag

Het wordt als een grote kracht gezien dat op EU-niveau de Niet-Gouvernementele Organisaties (NGO's), consumentenorganisaties, beroepenorganisaties in de volksgezondheid, vertegenwoordigers van voedselproducenten, handel, restauratie en reclame bij elkaar zijn gebracht. Maar er zijn ook kritiekpunten mogelijk, zoals de veronderstelde (te) grote invloed die sommige grote bedrijven zouden hebben in het

platform in verhouding tot de invloed van non-profitorganisaties. Zo is onduidelijk wie beslist wie er in het platform mee mag doen. Ook is er nauwelijks financiering voor non-profitdeelnemers, en zijn deze qua expertise al snel aangewezen op de welwillendheid van anderen. Het bedrijfsleven heeft daarentegen zijn eigen deskundigen in huis (O'Loughlin, 2006). Een gelijke inbreng lijkt daarom niet steeds gewaarborgd. Ook verschillen profit- en non-profitdeelnemers sterk over het belang van regulering.

Ten slotte is er in 2005 een 'Groenboek' verschenen (EC, 2005). Dit Groenboek is bedoeld om meer informatie te verzamelen voor een Europese aanpak van het obesitasprobleem ter aanvulling, ondersteuning en coördinatie van de maatregelen die al door de lidstaten worden genomen. Tevens wil de Commissie de verspreiding van goede praktijkvoorbeelden binnen Europa bevorderen. Op dit Groenboek zijn 260 antwoorden ontvangen van betrokkenen in heel Europa, inclusief regeringen binnen de EU, IJsland, Noorwegen en Zwitserland, de 'public health' gemeenschap, de voedingsindustrie, universiteiten en de algemene bevolking.

De Global Strategy van de WHO ontwikkelt zich verder

In 2000 hebben de lidstaten van de WHO-Europe (Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie) zich gecommitteerd aan de richtlijnen van de 'First Action Plan for Food and Nutrition Policy' voor de periode 2000-2005 (WHO, 2001). Dit actieplan kreeg in 2004 een vervolg in de 'Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health' (WHO, 2004). Dit plan is aangenomen, ondanks zware tegenstand van de suikerindustrie (Norum, 2005). Het voorziet de lidstaten van een aantal mogelijke beleidsmaatregelen om problemen aan te pakken die te maken hebben met ongezonde voeding en te weinig lichaamsbeweging. Het plan stelt dat effectieve gewichtscntrole voor individuen en risicogroepen vooral gehaald kan worden door langetermijnstrategieën. Preventie, gewichtshandhaving, behandeling van co-morbiditeit en gewichtsverlies zouden allemaal deel moeten uitmaken van een geïntegreerde, intersectorale benadering gericht op de hele bevolking. Ook moet er aandacht zijn voor omgevingsfactoren die gezonde voeding ondersteunen en uitnodigen tot lichamelijke activiteit. Een tweede 'Action Plan for Food and Nutrition Policy for the WHO-Europe' is in voorbereiding.

Eind 2006 vond een ministeriële conferentie plaats met als onderwerp overgewicht, lichamelijke activiteit en voeding. Hier rapporteerden Europese WHO-lidstaten resultaten op het gebied van beleid rond overgewicht. Een belangrijk resultaat is het 'European Charter on Counteracting Obesity'. Dit Charter roept regeringen op tot een integrale en brede aanpak van overgewicht (WHO, 2006b). Het stelt dat overgewicht als probleem niet uitsluitend kan worden toegeschreven aan de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Hiermee neemt de WHO een duidelijke positie in. Dit door alle Europese gezondheidsministers gesteunde Charter stelt ook dat supranationale afstemming tussen landen nodig is om te voorkomen, dat strengere marktregulering in sommige landen leidt tot verplaatsing van het - voor overgewicht ongewenste - aanbod van energiedichte voedingsmiddelen en dranken naar andere landen.

4.3 De beleidspraktijk rond overgewicht

Hier wordt - na een korte beschouwing over de complexiteit van obesitasbeleid - in grote lijnen de effectiviteit van interventies ter preventie van overgewicht besproken. Daarna wordt het Nederlandse beleid rond overgewicht besproken.

Overgewicht bestrijden is een uiterst complex beleidsterrein

Bij het zoeken naar een effectief beleid staat de complexiteit van het probleem overgewicht en van de te kiezen benadering voorop.

In het denken over het juiste en meest gewenste beleid ten aanzien van overgewicht en obesitas is nog duidelijk sprake van enige beweging en discussie (Lang & Rayner, 2007). Als overgewicht als een individueel probleem gedefinieerd wordt, zullen er individuele (op zorg gerichte en dure) oplossingen gevonden moeten worden. Dan is het individu echter ook overgeleverd aan zijn of haar vaardigheden en kennis op de (sociale) markt die zich rond voeding en beweging ontwikkelt. Het in toenemende mate vóórkomen van overgewicht bij jonge kinderen illustreert dat deze individuele keuzebenadering niet altijd effectief is en dat preventie van overgewicht ook een collectieve en integrale benadering vraagt (Lang & Rayner, 2007). Overgewichtbeleid lijkt ook multisectoraal, integraal en langdurig te moeten zijn om blijvend succes te kunnen hebben. Er beginnen zich ondertussen wel verder gestructureerde beleidsraamwerken en kaders te ontwikkelen, zoals bij de WHO-strategie.

Preventie overgewicht via multifactoriële benadering

Veel mensen zijn zich er niet van bewust hoeveel zij eten of hoe weinig zij bewegen. Vanuit een individuele benadering is daarom bewustwording van het eigen voedings- en beweeggedrag een noodzakelijke eerste stap voor het willen aangaan van eventuele gedragsveranderingen. Voor de preventie van de toename van het lichaamsgewicht lijkt dagelijks matige inspanning belangrijker te zijn dan eenmalige piekbelasting. De interventies moeten er dus op gericht zijn om zowel de gebruikelijke dagelijkse lichamelijke activiteit te verhogen als de energie-inname te verminderen.

Dit alles vergt ook een 'gezonde' omgeving, die gezonde keuzes mogelijk maakt. En om een gezonde omgeving te kunnen realiseren ter preventie van gewichtsstijging is een mix van maatregelen nodig (Storm et al., 2006). Zo kan een gezonde schoolomgeving gestimuleerd worden door op nationaal niveau een minimaal aantal uren bewegingsonderwijs op scholen verplicht te stellen (Storm et al., 2006). Veilige fiets- en wandelroutes kunnen bewerkstelligen dat mensen vaker naar school of werk fietsen. Verder kan het aanbod van gezonde voeding op school en op de werkvloer verbeterd worden. In de praktijk is een dergelijke mix van maatregelen echter vaak lastig omdat er verschillende belangen in het geding zijn (Storm et al., 2006). Voor de ontwikkeling en implementatie van dergelijke maatregelen is een brede coalitie van actoren noodzakelijk, waarbij de lokale en nationale overheden, bedrijfsleven, gezondheidszorg en de bevolking ieder een eigen verantwoordelijkheid dragen.

4.3.1 Effectiviteit van preventie van overgewicht

Voor overgewicht is de ‘evidence’ voor de effectiviteit en duurzaamheid van in te zetten beleid en interventies nog schaars. Niet alleen vanwege de complexiteit van het probleem van het ontstaan en tegengaan van overgewicht, maar zeker ook vanwege het feit dat er nog relatief weinig evaluatief onderzoek is gedaan, bijvoorbeeld naar de effectiviteit van beleid.

Nog te weinig bekend over effectiviteit

Vaak zijn de langetermijneffecten (na een jaar) van preventiemaatregelen die zijn gericht op de vermindering van lichaamsgewicht nog onbekend. Dit geldt ook voor veel schoolinterventies en interventies op het werk. Wel kunnen met een ‘community’ aanpak (zoals in Nederland het project ‘Hartslag Limburg’) en intensieve leefstijlbegeleiding in de zorg na een jaar effecten op lichaamsgewicht bereikt worden (Bemelmans et al., 2004). Om de kennis over de effectiviteit van preventiemethoden te vergroten en te bundelen wordt er momenteel in Nederland veel onderzoek gedaan. ZonMW, TNO, RIVM, de Nederlandse Hartstichting en enkele universiteiten (VU, WUR, azM) spelen hierin een rol. De Nederlandse Hartstichting rekent de preventie van gewichtsstijging tot één van haar belangrijkste onderzoeksthema’s. Het Kenniscentrum Overgewicht (onderdeel van het VU Medisch Centrum) integreert kennis over de oorzaken, behandeling en preventie van overgewicht en heeft een voorlichtingsfunctie, vooral richting professionals.

Beperkt aantal effectieve interventies bekend

De WHO heeft enkele jaren geleden een aantal samenvattende conclusies gegeven over de effectiviteit van een aantal interventies die het risico op overgewicht en obesitas verminderen of verhogen (tabel 4.1) en over de bewijskracht voor die effectiviteit.

Tabel 4.1: Effectiviteit van interventies die het risico op gewichtstoename en obesitas verhogen of verlagen (Bron: WHO, 2002).

Bewijskracht	Risicovermindering	Risicoverhoging
Overtuigend	Regelmatig actief bewegen Dieet rijk aan vezels	Hoge inname van ‘energy dense’ ^a voedsel Zittende leefstijl
Waarschijnlijk	Thuis- en schoolomgeving, die gezonde voedselkeuze voor kinderen mogelijk maakt Zorgen voor gelijkmatige groei	Intensieve marketing van energy dense voedsel en ‘fast food’ winkels Slechte sociaal-economische situatie (vooral bij vrouwen) Softdrinks en fruitsap met toegevoegd suiker
Mogelijk	Voeding met lage glycemische index Borstvoeding	Grote(re) porties Veel voedsel buiten de deur klaargemaakt Sterk wisselende voedselinname
Onvoldoende	Frequenter eten	Alcoholgebruik

^a ‘Energy dense’ voedsel bevat veel vet en/of suiker. Tegengestelde van ‘energy dilute’ voedsel, dat veel vezels en water bevat (bijvoorbeeld groente, fruit, graanproducten).

Kostenbesparingen door preventie zijn mogelijk, maar moeilijk aan te tonen

Het grootschalig inzetten van bovengenoemde effectieve interventiemaatregelen gericht op het verbeteren van voedings- en beweeggedrag is tevens beoordeeld als kosteneffectief (Wendel-Vos et al., 2005). Een recente overzichtsstudie van tachtig vormen van leefstijladvising in de gezondheidszorg heeft aangetoond dat een gewichtsreductie van 10% na een jaar tegen redelijke kosten bereikt kan worden, namelijk 650 euro per patiënt (Bogers et al., 2006). Omdat vooral ernstig overgewicht gepaard gaat met veel gezondheidsproblemen, brengt dit ook hoge kosten met zich mee. Met de preventie van overgewicht lijken op middellange termijn flinke kostenbesparingen bereikt te kunnen worden, maar deze besparingen zijn lastig aan te tonen (Visscher & Seidell, 2001).

Effectiviteit medische behandeling ernstig overgewicht niet altijd duurzaam

Volgens internationale richtlijnen moet de behandeling van obesitas in eerste instantie gericht zijn op een blijvend gewichtverlies van ongeveer 10% (GR, 2003). Hiermee kan al een belangrijke gezondheidswinst worden behaald. Afhankelijk van de mate van overgewicht en aanwezige co-morbiditeit kan gekozen worden voor een geïntegreerde benadering, gericht op verandering van zowel gedrag, zoals dieettherapie of behandeling door gedragstherapeut, en verandering van cognities. Deze behandeling kan al dan niet worden gecombineerd met farmacologische of chirurgische therapie. Bij kinderen met obesitas lijkt gedragstherapie in groepen, waarbij ook de ouders betrokken worden, de enige effectieve strategie.

Op basis van strenge selectiecriteria komen personen met extreme obesitas in aanmerking voor medicamenteuze of chirurgische behandeling. Beide behandelingsstrategieën moeten worden toegepast in combinatie met een gewichtbeheersingsprogramma. Zowel over medicamenteuze behandeling als over chirurgische behandeling is positief gerapporteerd, afgaande op gewichtsverlies en verbetering van gezondheidsrisicofactoren en kwaliteit van leven. Het belangrijkste probleem bij de huidige obesitasbehandeling is dat een eenmaal bereikt gewichtsverlies meestal niet blijvend is. Dit is geen teken dat extreme obesitas onbehandelbaar zou zijn, maar wijst er eerder op dat de therapie weliswaar effectief was maar niet lang genoeg is voortgezet (GR, 2003). Een hiermee samenhangend probleem is de beperkte of ontbrekende vergoeding door zorgverzekeraars.

4.3.2 Beleid tegen overgewicht in Nederland

Beleid benadert overgewicht vaak in relatie tot individuele keuzes

In 2006 stelde de toenmalige minister van VWS dat het individu in de eerste plaats zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar gezondheid en dat burgers aangesproken mogen worden op keuzes in hun gedrag die gevolgen hebben voor hun gezondheid. Wel zag de overheid voor zichzelf een rol weggelegd om mensen te stimuleren om meer te bewegen en gezonder en minder te eten. Een landelijk beleidskader voor gerichte acties was te vinden in de eerste preventienota 'Langer gezond leven: ook

een kwestie van gezond gedrag' (VWS, 2003), waarin overgewicht als speerpunt wordt genoemd. Ook is de aanpak van overgewicht bij 0- tot 19-jarigen in het 'Grootsteden-beleid 2005-2009' één van de genoemde speerpunten. In de tweede preventienota 'Kiezen voor gezond leven', blijft overgewicht een speerpunt, waarbij de nationale overheid zich vooral wil richten op de positieve gezondheidsaspecten: 'gezond eten' en 'gezond bewegen'.

In de nota 'Tijd voor sport. Bewegen, meedoen, presteren' staat ondermeer dat mensen om hun gezondheid te verbeteren meer zouden moeten sporten en bewegen (VWS, 2005). Om dit doel te bereiken is een 'Nationaal Actieplan Sport & Bewegen' (NASB) opgezet (zie: VWS, 2007) waarin gewerkt wordt langs drie lijnen: meerdere sectoren doen mee, inactieven staan centraal en massamediale campagnes (zoals de 'FLASH-campagne' die loopt van 2002 tot 2007) ondersteunen de activiteiten.

Convenant getekend, feitelijke uitvoering nog in ontwikkeling

Begin 2005 tekenden de ministers van VWS en van OCW het 'Convenant Overgewicht, een balans tussen eten en bewegen'. Medeondertekenaars waren de levensmiddelen-industrie, horeca, werkgevers, zorgverzekeraars en sportorganisaties. Met elkaar willen zij de negatieve trend in 2010 gekeerd hebben: minder overgewicht bij jongeren en geen stijging meer bij ouderen (Van Wijngaarden, 2005). De te ondernemen acties zijn uitgewerkt in vier settings: thuis, school, werk en recreatie. Daarbij krijgen twee doelgroepen speciale aandacht: de jeugd en mensen met een lage sociaal-economische status. Hiermee lijkt een belangrijke eerste stap voor succesvol beleid gezet, namelijk samenwerking tussen verschillende departementen en partijen die invloed hebben op de energiebalans van de Nederlanders. Het actieplan 'Energie in balans' is in oktober 2005 overhandigd aan de minister van VWS (Energie in Balans, 2005). Het plan maakt duidelijk wat de partners willen bereiken en welke gerichte acties daarvoor zullen worden ingezet. In het vervolgtraject worden de verplichtingen en verantwoordelijkheden van de partners opgenomen en een omschrijving van wie wat gaat doen, hoe activiteiten worden gefinancierd, hoe resultaten worden gemeten en hoe de uitvoering wordt ondersteund.

Er zijn in Nederland diverse organisaties die zich bezighouden met het voorkómen van overgewicht en het bevorderen van gezonde voeding of lichamelijke activiteit. Het Voedingscentrum bracht eind 2006 de handleiding 'Preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid' uit, opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS. Hier hebben verschillende organisaties aan meegewerkt, zoals NISB, NIGZ, RIVM, Kenniscentrum Overgewicht, de Nederlandse Hartstichting, GGD Nederland en VNG. Op lokaal niveau zijn vooral GGD'en en thuiszorgorganisaties actief. Daarnaast zijn er diverse commerciële organisaties die zich bezighouden met gewichtsvermindering, door het verkopen van afslankproducten of -programma's, zoals de 'Weight Watchers'.

Aanpak overgewicht ook op lokaal niveau belangrijk

De gemeente heeft de taak te zorgen voor het welzijn en de gezondheid van haar inwoners. Dit is wettelijk vastgelegd in onder andere de Welzijnswet en de Wet Collec-

Tekstblok 4.1: Vijftien normen voor opgroeien met een gezond gewicht.

- | | |
|---|---|
| 1. Fit en gezond zwanger worden. | 10. Snack met mate. |
| 2. Fit en gezond zwanger zijn. | 11. Water drinken. |
| 3. Borstvoeding geven (minimaal 6 maanden). | 12. Lopen en fietsen van en naar school. |
| 4. Elke dag ontbijten. | 13. Lid zijn van sportvereniging. |
| 5. Geen frisdrank onder de 5 jaar. | 14. Je eigen lichaam kennen. |
| 6. Kinderen verwennen door samen te spelen. | 15. Geen alcohol onder de 16 jaar. |
| 7. Maximaal twee uur per dag televisie of computer. | |
| 8. (Buiten) spelen en bewegen. | <i>Bron: NIGZ, meer informatie en uitgebreide</i> |
| 9. Kennis van voeding, bereiding en smaken. | <i>toelichting op: www.nigz.nl/overgewicht</i> |

tieve Preventie Volksgezondheid (WCPV). Het tegengaan van overgewicht is het meest kansrijk wanneer op lokaal niveau verschillende beleidsterreinen samenwerken; door lokaal beleid kan immers de directe leefomgeving worden beïnvloed. Het doel is dan dat de ‘gezonde keuze’ ook de ‘makkelijke keuze’ wordt. Belangrijke beleidsterreinen zijn in ieder geval zorg, welzijn, sport, recreatie, onderwijs, jeugd, ruimtelijke ordening, verkeer & vervoer (Van Wijngaarden, 2005).

Als basis voor een concrete, maar tegelijkertijd integrale en structurele aanpak heeft het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) in november 2005 de ‘Vijftien normen voor opgroeien met een gezond gewicht’ overhandigd aan de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) (*tekstblok 4.1*). Deze normen moeten een leidraad vormen voor het gedrag dat nodig is om als kind in Nederland op te groeien met een gezond gewicht. Er wordt geappelleerd aan de jeugd zelf, ouders, grootouders, leerkrachten, maar ook aan gemeenten, voedingsmiddelenindustrie om de krachten te bundelen. Samen met een aantal gemeenten en GGD-regio's zal het NIGZ aan de slag gaan om een praktische uitvoeringsslag te maken.

4.4 Landenvergelijking van beleid tegen overgewicht

Veel landen hebben actieplan tegen overgewicht

In het peiljaar 2005 hadden negentien EU-lidstaten een beleidsdocument dat is gericht op voeding (nutrition) of overgewicht, vier landen (Tsjechië, Polen, Cyprus en Griekenland) hadden een concept of een beleidsdocument in voorbereiding en twee landen (Oostenrijk en Hongarije) hadden wel een publiekegezondheidsbeleid waarin voeding en leefstijl behandeld worden, maar geen afzonderlijk beleidsdocument (WHO, 2006a). Er is één land dat geen actieplan had, namelijk Luxemburg. Landen zonder een specifiek document hadden wel verschillende voedingsgerelateerde programma's. De gebieden waarop actie voorgesteld wordt, zijn babyvoeding (promotie van borstvoeding), voedselveiligheid, verhogen van lichamelijke activiteit en vermindering van overgewicht.

Hongarije, Spanje en Zweden hebben een actieplan gericht op leefstijl waarbij voeding en lichamelijke activiteit worden gecombineerd. Een toenemend aantal landen heeft specifieke strategieën voor de aanpak van overgewicht. Denemarken ontwikkelde

het eerste actieplan tegen overgewicht in 2003, gevolgd door Spanjes strategie voor voeding, lichamelijke activiteit en preventie van obesitas in 2003, Ierlands strategie 'Obesity: the policy challenges' en Portugals nationale programma tegen obesitas in 2005. Italië heeft recent ook een nationaal plan voor preventie ontwikkeld met de nadruk op overgewicht. Finland, Nederland, Slovenië en het Verenigd Koninkrijk hebben een document dat zich richt op lichamelijke activiteit in aansluiting op een algemeen 'public health' plan of voedingsplan. De implementatie van actieplannen vindt plaats via ingestelde adviesraden, via het opstellen van richtlijnen voor gezonde voeding, via voorlichting en bevordering van gezonde voeding en via monitoring- en surveillancesystemen. Landen met nationale instituten die de regering adviseren, lijken het meest effectief in het ontwikkelen en implementeren van beleidsvoornemens.

Ondanks meer beleidsplannen nog geen daling prevalentie overgewicht

Hoewel er in veel landen vooruitgang geboekt is met het invoeren van beleid gericht op voeding en leefstijl, worden de meeste landen nog steeds geconfronteerd met een stijgende prevalentie van overgewicht en obesitas. Veel landen met langer lopende actieplannen hebben hun vooraf gekozen doelen dan ook nog niet bereikt. Een belangrijke reden hiervoor is mogelijk gelegen in de impliciete vooronderstellingen in deze actieplannen. Een verbetering in leefstijl wordt daarbij vooral nog beschouwd als een verantwoordelijkheid van het individu, terwijl steeds duidelijker wordt dat aanbevelingen voor gezonde voeding en voor meer lichamelijke activiteit gesteund moeten worden door maatregelen die een omgeving creëren die een gezonde leefstijl bevordert.

Veel onuitgewerkte plannen in nationaal beleid tegen overgewicht

Een Schots rapport dat ten behoeve van de beleidsvoorbereiding in Schotland het overgewichtbeleid in veertien (vooral Angelsaksische en Noord-Europese) landen heeft vergeleken, geeft een aantal interessante observaties (Crombie et al., 2005). Diverse landen vermelden in hun beleidsrapporten dat het nodig is om het beleid op dit gebied nog verder te ontwikkelen; het bewustzijn van beleidsmakers dat overgewicht een probleem is, moet volgens veel landen nog verder verhoogd worden; verder bestaat er behoefte aan een sociaal en omgevingsgericht beleid dat aanzet tot meer bewegen en tot het eten van een gezondere voeding. Veel landen wijzen daarnaast op veel verschillende mogelijkheden tot actie van de overheid, maar geven geen indicatie of die acties ook werkelijk uitgevoerd zullen worden.

Het Schotse rapport vindt het teleurstellend dat veel landen aangeven dat ze mogelijkheden zullen onderzoeken en samenwerking met het veld zullen ontwikkelen en dat ze tot een effectieve uitwisseling van informatie willen komen, maar dat er niet wordt aangegeven hoe dit bereikt kan worden. Daarbij is opvallend dat fiscale en wettelijke maatregelen, die wel door de WHO en in wetenschappelijke artikelen werden aanbevolen, bijna volledig ontbreken in de onderzochte beleidsdocumenten. De WHO-strategie benadrukt de noodzaak dat een nationale beleidsstrategie wordt ondersteund door wetgeving, door een goede infrastructuur, door implementatieprogramma's en door voldoende financiering. Hier blijken de meeste onderzochte nationale beleidsdocumenten echter niet op in te gaan (Crombie et al., 2005).

Goede voorbeelden uit Finland, de Verenigde Staten en Frankrijk

Sommige landen lijken succesvoller in het aanpakken van obesitas dan andere. Elementen van mogelijk succesvol beleid komen hierna aan de orde. Drie landen worden daarbij in meer detail belicht: Finland, de Verenigde Staten en Frankrijk. Daarna worden nog enkele opvallende elementen van overgewichtbeleid in andere landen besproken.

4.4.1 Finland: nadruk op bewegen en intersectorale samenwerking

Overgewicht is ook in Finland een probleem. Een vijfde van de werkende populatie (25-64 jaar) is 'obees'. Slechts een derde van de Finse mannen en de helft van de vrouwen hebben een gezond lichaamsgewicht (een BMI tussen 18,5 en 25) (Finnish Heart Association, 2005). Overgewicht bij kinderen is sneller toegenomen dan bij volwassenen. Tussen 5 en 10% van de jonge kinderen heeft overgewicht. Overgewicht bij jongens tussen 12 en 18 jaar is toegenomen van 7% in 1977 tot 17% in 1999, bij meisjes van 4% tot 10%. In deze periode van twintig jaar werden kinderen en jongeren minder actief en gingen zij meer frisdrank en snoep nuttigen (Finnish Heart Association, 2005).

Hoewel er geen afzonderlijk actieplan voor de aanpak van overgewicht is, lanceerde de Finnish Heart Association (FHA) in 2005 een actieplan voor het bevorderen van de Finse 'heart health' voor de periode 2005-2011. Men is zich zeer bewust van de Finse 'success story' op volksgezondheidsgebied in de laatste decennia van de vorige eeuw; het fenomeen dat men met verregaande samenwerking tussen betrokken ministeries en andere 'stakeholders' de sterfte aan hart- en vaatziekten wist terug te dringen. Een aantal problemen is desondanks nog niet opgelost en het eerdere succes moet kennelijk nieuw leven worden ingeblazen. Hiertoe is het recente actieplan ontwikkeld. Het eerste doel is opnieuw van intersectorale aard: het bevorderen van gezondheid via alle soorten van beleid ('promote health in all policies'). Hiermee bedoelt de FHA dat nationale en lokale structuren voor gezondheidsbevordering versterkt moeten worden door het opzetten van netwerken en samenwerkingsverbanden. Een ander voorstel is om een 'health impact assessment' verplicht te stellen bij alle overheidsbeslissingen die gemaakt worden. Dit wordt overigens ook op EU-niveau nagestreefd.

Duurzame steun van politiek leidt in Finland tot toename lichamelijk activiteit

Ondanks de toegenomen prevalentie van obesitas heeft Finland veel succes gehad met een beleid ter verbetering van lichamelijke activiteit. In de EU vertoont alleen Finland de afgelopen decennia een continue toename van mensen die lichamelijk actief zijn (WHO, 2002). Tussen de late jaren zeventig en midden jaren negentig is het percentage van de bevolking dat regelmatig lichamelijke activiteiten ontplooit, gestegen van ongeveer 40 tot 60%. Ook uit een Europese studie uit 2002 kwamen de Finnen als fitste Europeanen naar voren (EC, 2003).

Dit succes van Finland ten aanzien van bewegen heeft een aantal oorzaken. Sinds de jaren negentig zijn er in Finland drie nationale programma's geweest ter bevordering van de gezondheid van de bevolking. Deze werden alle politiek en financieel sterk gesteund en gekenmerkt door hun 'bottom-up' structuur: implementatie van projecten op lokaal niveau en veel samenwerking tussen overheidsinstellingen. Er is onder andere ook een nieuw instituut voor bewegingsonderzoek opgezet. De acties werden ook gesteund door lokale en gemeentelijke instellingen zoals sportclubs, gezondheidscentra en scholen. Evaluatie van het eerste programma leerde dat 'voorlichting op maat', een consumentgerichte benadering en gemeenschappelijke doelen belangrijke voorwaarden waren voor succes.

De nadruk van het tweede programma was bevordering van regelmatige lichamelijke activiteit bij mensen die voorheen veelal zittend de dag doorbrachten, door middel van lokale projecten. Bij het derde programma bleven de strategieën grotendeels gelijk aan het vorige, maar werd meer nadruk gelegd op het verbeteren van de omgevingsfactoren om meer te bewegen. Verschillende ministeries, zoals de ministeries van Transport en Communicatie, van Milieu en Landbouw traden op als sponsors, wat het multisectorale karakter van het Finse beleid nog eens onderstreept.

Toch blijft de vraag waarom dit intensieve en soms als succesvol aangemerkt beleid de prevalentie van obesitas in Finland (nog) niet heeft kunnen doen dalen. Mogelijk heeft het wel een sterkere stijging voorkomen maar is in Finland bijvoorbeeld meer aandacht voor voeding nodig.

4.4.2 Verenigde Staten: noodzaak tot effectieve actie steeds urgenter

Het lijkt enigszins tegenstrijdig om juist het gezondheidsbeleid in de Verenigde Staten (VS) aandacht te geven wanneer het gaat om overgewicht. Nergens in de wereld zijn er immers zoveel mensen met overgewicht en obesitas als in de Verenigde Staten. Maar het probleem is daarmee zo evident en urgent dat het ondertussen ook een zware prioriteit heeft voor de federale overheid. Eerder was dat ook het geval met roken en daar zijn in de VS uiteindelijk flinke successen geboekt. Verder zijn er binnen de Verenigde Staten tussen de staten ook interessante beleidsverschillen. Mede daarom is het toch de moeite waard het beleid van de VS nader onder de loep te nemen.

In 1960 had ongeveer 45% van de Amerikaanse volwassenen overgewicht of obesitas. Momenteel geldt dit voor bijna twee derde van de volwassenen (NHANES, 2006). De obesitasprevalentie onder volwassenen is toegenomen van 15% in 1980 tot 32% in 2004 (ruim 66 miljoen personen). Het percentage kinderen met overgewicht is sinds 1980 verdrievoudigd. In de groep kinderen en tieners (2-19 jaar) heeft al 17,1% (12,5 miljoen jongeren) overgewicht (NHANES, 2006). Jonge kinderen krijgen hierdoor last van ziekten en aandoeningen die tot voor kort zeer ongebruikelijk waren op deze leeftijd. Obesitas blijkt meer dan gemiddeld voor te komen bij 'African Americans' en

'Hispanics' (De Bekker, 2006). Er wordt gesproken van de 'Biggest Belt in the South' omdat het probleem zich concentreert in negen van de tien meest zuidelijke staten van de VS (TFAH, 2006).

Voortouw in Verenigde Staten bij Surgeon General en Chronic Disease Directors

Zowel op federaal als op 'state' niveau worden veel initiatieven ontplooid. Een belangrijke stap voor het federale beleid was 'The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity 2001'. Hierin worden voor het eerst veel betrokken partijen bijeengebracht en prioriteiten en strategieën vastgesteld om overgewicht in de Verenigde Staten te verminderen (US DHHS, 2001). Verder financiert het 'Centre for Disease Control' (CDC) een groot aantal programma's en verwerkt het statistische informatie over overgewicht en obesitas. De 'Trust for America's Health' (TFAH) is een non-profitorganisatie die sinds 2004 jaarlijks interventieprogramma's gericht tegen overgewicht evalueert en adviezen uitbrengt over beleid en effectieve strategieën. In 2006 bleek uit onderzoek dat experts die betrokken zijn bij het tegengaan van overgewicht, de zogenaamde 'Chronic Disease Directors' (CDD's), van mening zijn dat er geen 'quick fixes' bestaan voor de obesitasepidemie en dat overgewichtpreventie een holistische en langetermijnbenadering nodig heeft. Zij signaleren een aantal belangrijke kwesties en barrières:

- Onvoldoende financiële middelen om serieuze en duurzame strategische pogingen ter preventie van overgewicht te steunen.
- Gebrek aan politieke steun om overgewicht hoog op de agenda te plaatsen.
- Moeizame strijd met de hardnekkige opvatting dat overgewicht een individueel probleem is (in plaats van een probleem van de hele samenleving).
- Onvoldoende 'vertaling' van onderzoek naar praktische uitvoering in beleid en interventieprogramma's.
- De behoefte aan andere manieren om succes en gedragsverandering vast te stellen dan alleen gewichtsverlies en BMI-metingen.

De CDD's formuleerden verder verschillende prioritaire gebieden voor verschillende doelgroepen. Zo zouden kinderen via het gezin en de schoolsetting benaderd moeten worden en bij volwassenen zou de werkplek de belangrijkste setting moeten zijn voor preventie-initiatieven. Bedrijven die gesubsidieerde fitnessmogelijkheden bieden of andere maatregelen treffen voor meer beweging, zouden door de overheid beloond moeten worden.

Bekende en effectieve acties in de Verenigde Staten

Er is een aantal concrete initiatieven die in de Verenigde Staten door de TFAH als kansrijk of in enige mate als effectief beoordeeld zijn. Inmiddels zijn daarvan de zogenaamde 'Victory Camps' voor jongeren tussen de 11 en 17 jaar met overgewicht naar Nederland overgewaaid. Centraal in die benadering staan voeding, beweging, psychologie en plezier. Er worden daarbij in Nederland positieve effecten op lichaamsgewicht en zelfbeeld gemeld (Bruil et al., 2006). *Tekstblok 4.2* geeft een kort overzicht van een aantal door de TFAH aanbevolen acties, die in de Verenigde Staten geïmplementeerd zijn.

Daarnaast is er nog een heel scala aan preventiemaatregelen genomen op federaal niveau, zoals 'MyPyramid', dat wordt verzorgd door het ministerie van Landbouw in samenwerking met het ministerie van Gezondheid. Door middel van het MyPyramid-plan kunnen mensen via internet een profiel aanmaken en precies nagaan wat en hoeveel ze zouden moeten eten. Het is een vervolg op de 'Food Guide Pyramid' en bevat de meest recente versie van de voedingsrichtlijnen, en sinds kort ook aanbevelingen voor beweging.

Volgens het nieuwe beleid van de 'American Beverage Association' (Vereniging van Drankproducenten) mogen voor kinderen op de lagere school alleen water en 100% vruchtensap beschikbaar zijn, en voor scholieren op de middelbare school alleen voedingsrijke of caloriearme dranken. Ook zijn grote frisdrankproducenten vrijwillig overeengekomen dat ze de porties verkleinen en daarmee de calorieën verminderen die kinderen op een dag binnen krijgen. Wel kunnen nog vraagtekens worden gezet bij bijvoorbeeld het vervangen van suikerhoudende dranken op scholen door dranken met kunstmatige zoetstoffen in plaats van mineraalwater of ongezoete vruchtensappen.

Een opvallende initiatief in de VS is het dagelijkse advies over ziektepreventie en gezondheidsbevordering (veelal over voeding en bewegen), dat sinds 2005 via internet door de overheid wordt aangeboden (www.hhs.gov/news/healthbeat).

Een andere interessante ontwikkeling is de opkomst van 'personal responsibility contracts'. Dit houdt in dat steeds meer verzekeraars en verzekerden een contract afsluiten waarin onder meer afspraken staan over gezond gedrag. In West-Virginia leggen burgers in zo'n contract vast dat ze werken aan hun gezondheid. Hiermee kunnen ze bonuspunten verdienen voor aanvullende zorgdiensten of juist hun dekking verliezen voor sommige aandoeningen of geneesmiddelen. Over deze regeling bestaat nog wel enige juridische discussie (De Bekker, 2006). Hoewel dergelijke contracten in Nederland waarschijnlijk eveneens op weerstand zullen stuiten, is het interessant om te volgen wat hiervan de gevolgen zijn in gebieden waar dit wel ingevoerd is.

4.4.3 Frankrijk: veel nieuwe initiatieven inclusief nieuwe wetten

Volgens zelfgerapporteerde gegevens uit 2006 heeft ruim 36% van de Franse vrouwen en 47% van de Franse mannen van vijftien jaar en ouder overgewicht, en heeft 13% van de vrouwen en bijna 12% van de mannen obesitas (WHO Nutrition Policy Database, 2006). Het percentage kinderen met overgewicht of obesitas is toegenomen van 3% in 1960 tot 16% in 2000 (WHO, 2005). Dit lijkt te contrasteren met het beeld van Frankrijk waar traditiegetrouw voedsel met veel zorg en aandacht bereid en geconsumeerd wordt, maar kennelijk ontsnapt ook Frankrijk niet aan de trend van het toenemend overgewicht.

Tekstblok 4.2: Veelbelovende programma's in de Verenigde Staten.

Women, Infants and Children (WIC) programma's
Werkende moeders die deelnamen aan de WIC programma's, die door de federale regering gesteund worden, werd verteld over de voordelen van gezonde dranken voor kinderen en over het stimuleren van meer beweging. Bij een evaluatie bleek dat deze moeders hun kinderen inderdaad vaker water te drinken gaven in plaats van suikerhoudende dranken en dat zij hen vaker aanmoedigden actief te gaan spelen.

Colour me healthy: kleuters over voeding en beweging

Dit programma wordt gebruikt in vijftig 'counties' in Noord-Carolina en leraren rapporteren positieve resultaten. Het bevat:

- Een lerarengids met twaalf lesplannen.
- Kaarten met plaatjes in een bepaald thema zoals 'kleuren van voedsel', 'waar groeit ons eten', 'plekken om actief te zijn' en 'zuivelproducten'.
- Posters voor in het klaslokaal met teksten als 'Doe alsof je een ... bent' (in alfabetische volgorde worden dieren ingevuld) om beweging te stimuleren.
- Muziek; er zijn liedjes geschreven voor het programma.
- Een stempel om te gebruiken als beloning.
- Nieuwsbrieven en posters om ouders op de hoogte te houden.

VERB: een multimediale campagne voor jongeren
VERB (letterlijk vertaald: werkwoord) is een in 2001 door CDC gefinancierd 'multi-ethnic' programma

gericht op jongeren van 9 tot en met 13 jaar om ze aan te moedigen meer te bewegen en ze hiervan het belang in te laten zien. Een evaluatie in 2005 liet ondermeer zien dat:

- 74% van de doelgroep bekend was met het programma.
- Positieve effecten optraden bij een zeer grote risicogroep, namelijk kinderen uit stedelijke, dichtbevolkte gebieden. Kinderen die VERB kenden rapporteerden meer lichaamsbeweging in hun vrije tijd dan de kinderen die VERB niet kenden.
- Meer bekendheid met VERB leidde tot meer lichamelijke activiteit.

Steps to a Healthier US voor een langer, beter en gezonder leven

De 'Steps to a Healthier US' werden in 2003 door het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid (DHHS) gelanceerd om Amerikanen te helpen met langer, beter en gezonder leven. Bij dit initiatief worden aanzienlijke financiële bedragen toegekend aan staten, steden en plattelandsgebieden om innovatieve, lokale ('community-based') programma's te steunen bij de preventie van diabetes, astma en obesitas. De centrale boodschap van het programma is dat mensen zelf met kleine stapjes hun leven gezonder kunnen inrichten. Sindsdien zijn er diverse andere programma's uit voortgevloeid zoals het programma 'You can! Steps to healthier ageing' gericht op het verbeteren van voeding en lichaamsbeweging onder oudere Amerikanen.

Bron: TFAH, 2006

Het ministerie van Volksgezondheid heeft in 2001 het 'Programme National Nutrition Santé' (PNNS) gelanceerd. Dit programma bevat negen speerpunten waarvan er één zich richt op het afstoppen van de toenemende prevalentie van overgewicht bij kinderen. Hiertoe werd in 2004 het EPODE-programma ('Ensemble prévenons l'obésité des enfants', Samen overgewicht voorkómen bij kinderen) gestart. Op dit moment wordt dit geïmplementeerd in tien grote Franse steden waarbij het doel is om leerkrachten, schoolartsen, gezondheidswerkers en betrokken instanties te stimuleren initiatief te nemen door middel van informatieverstrekking over voeding, het aanmoedigen om meer te gaan sporten en dergelijke.

Wet op de volksgezondheid verbiedt scholen frisdrank te verkopen via automaten

In Frankrijk is de preventie van obesitas sinds zomer 2004 ook opgenomen in de 'wet op de volksgezondheid'. Deze nieuwe wet, die van kracht werd op 1 september 2005, bevat tal van maatregelen: scholen mogen geen ongezond geacht voedsel en suikerhoudende dranken meer verkopen via machines en de maaltijden die verstrekt worden aan

studenten moeten worden verbeterd. Er wordt een extra belasting ('surtax') geheven op 'premixdranken' (alcoholische mixdrankjes). Er wordt ook gedacht aan een heffing op snoep en zoutjes, en op frisdranken met suiker en siropen. Verder moet gedrukte reclame voor voedsel en dranken een gezondheidsboodschap bevatten. Als bedrijven zich hier niet aan committeren moeten ze 1,5% van de reclamekosten doneren die dan gebruikt wordt voor gezondheidsbevordering. Een poging om ook televisiereclames gepaard te laten gaan met een gezondheidsboodschap strandde door gebrek aan consensus over de bewijslast rond het effect van voedingsreclame op televisie en het verband met overgewicht (WHO, 2006a).

Verder werden in Frankrijk in 2005 het 'Haut Comité de lutte contre l'Obésité' (Nationale Commissie tegen Obesitas) en het 'Observatoire de l'épidémie d'obésité' (Observatorium voor de obesitasepidemie) opgericht, en daarnaast een organisatie rond een nationale campagne om de bewustwording te verhogen van de risico's die aan de obesitasepidemie verbonden zijn.

4.4.4 Opvallende initiatieven tegen overgewicht in andere landen

Minister aangesteld voor het verbeteren van de fitheid van Engelsen

Als de huidige trend zich in het Verenigd Koninkrijk voortzet zal in 2010 een derde van de mannen obees zijn. Sinds 2003 is de prevalentie van obesitas gestegen met 38% bij volwassenen. In 2010 zal naar verwachting 22% van de meisjes en 19% van de jongens in de leeftijd van 2 tot 15 jaar chronisch obees zijn. Vooral meisjes beneden de 11 jaar lopen risico. Tegenwoordig heeft de minister van Volksgezondheid in het Verenigd Koninkrijk dan ook als opdracht de lichamelijke activiteit van de bevolking te verhogen. Mensen zouden beweging in hun dagelijkse routine moeten inbouwen om zo een gezonde samenleving te zijn tegen de tijd dat de Olympische Spelen in het land plaatsvinden in 2012. De minister zal voor het ontwikkelen van een nieuwe fitheidsstrategie voor Engeland dan ook alle ministeries erbij betrekken.

Engelse tv-kok boekt resultaten op scholen

Een opvallend fenomeen in het Verenigd Koninkrijk is Jamie Oliver, ook bekend als tv-kok de 'naked chef'. Sinds een paar jaar zet hij zich ook in voor gezonde maaltijden op school, de zogenaamde 'feed me better school dinners'. Met zijn televisieprogramma en campagne heeft Jamie Oliver duidelijk resultaat geboekt. Zo is de totale verkoop van diepgevroren patat aan scholen scherp gedaald en is de verkoop van andere vette snacks en chips afgenomen. Er wordt nu meer water en gekoeld fruit verkocht. In 2005 overhandigde Oliver een petitie met 217.000 handtekeningen aan de Engelse regering. Hierin werd gepleit voor meer subsidie voor de schoollunches. Vervolgens heeft de Britse regering toegezegd de komende drie jaar maar liefst 407 miljoen euro extra uit te trekken om de kwaliteit van schoolmaaltijden te verbeteren.

Ouders in Duits overgewichtbeleid behandeld als risicofactor

In Duitsland werd in 2004 het 'Platform Diet and Physical Activity' gelanceerd en in 2005 werd een bureau opgericht om de activiteiten van het platform te coördineren (WHO, 2006a). De voorzitter van het platform verwacht dat het één van de meest verstreckende beleidsinitiatieven in Europa zal worden (www.ernaehrungundbewegung.de). Preventie wordt gezien als de enige echte oplossing van het probleem overgewicht. Maatregelen zouden gericht moeten zijn op jonge kinderen en ouders. Hoewel ouders in meer landen betrokken worden bij preventieactiviteiten worden in Duitsland ouders ook als 'risicofactor' voor overgewicht gezien. Het risico voor een kind op obesitas is 40% groter als een ouder obees is, en 80% groter als beide ouders obees zijn. Onafhankelijk van het antwoord op de vraag of genen dan wel opvoeding (het slechte voorbeeld) hier de grootste rol spelen, wordt gevonden dat ouders vaak niet in staat zijn een gezond gewicht van hun kinderen te handhaven. Behalve verschillende ministeries zoals dat van Voedsel, Landbouw en Consumentenbescherming, de voedingsmiddelenindustrie, sportorganisaties en verzekeringsmaatschappijen worden ouders dan ook expliciet betrokken bij het Platform, in de vorm van de federale raad van ouders.

Ierland: komende tien jaar concrete samenwerking publieke en private sector

In mei 2005 lanceerde de minister van Gezondheid en Kinderen namens de Ierse 'National Taskforce on Obesity' een belangrijk strategisch rapport met 93 aanbevelingen om overgewicht te verminderen (National Taskforce on Obesity, 2005). De aanbevelingen zijn specifiek en gericht op zes sectoren: de nationale overheid, onderwijs, de samenleving (society), de gezondheidssector, de voedselproducenten en de fysieke omgeving. De nadruk ligt op samenwerking tussen de grootste stakeholders en op de betrokkenheid van zowel de publieke als de privatesector. Concrete aanbevelingen zijn bijvoorbeeld een bepaald percentage van het verkeersbudget gebruiken voor voet- en wandelpaden; multisectorale actie tegen de marketing en het adverteren van producten die bijdragen aan gewichtstoename (vooral de op kinderen gerichte marketing); het ontwikkelen van een nationale 'Nutrition Policy' en het regelmatig kritisch beoordelen van gezondheidsclaims op producten.

Kort na de publicatie van het rapport verscheen de nieuwe 'National Nutrition Policy', waarin veel aanbevelingen van de 'Taskforce' zijn overgenomen. Het beleid zal tien jaar bestrijken (vanaf 2006) en wordt gecoördineerd en vormgegeven door het ministerie van Gezondheid en Kinderen. Enkele belangrijke doelen zijn:

- Het ontwikkelen van acties om het ouders en gezinnen te vergemakkelijken gezonde en betaalbare maaltijden te bereiden. Het doel is om organisaties zoals de 'National Parents Council' hierbij te betrekken.
- Jongeren stimuleren meer groente en fruit te eten door middel van praktische programma's als 'Food Dudes' (zie www.fooddudes.ie).
- Het verstrekken van informatie en training om sleutelfiguren, vooral in de zorg, te helpen slechte voeding bij jongeren aan te pakken.
- Voorkomen dat jongeren met overgewicht obesitas krijgen.

De campagne die vervolgens werd gelanceerd is getiteld 'Take 5 Steps...to a Healthier You' en bestaat ondermeer uit een aantrekkelijk vormgegeven website met veel informatie, spelletjes en verwijzingen. Door middel van foto's van maaltijden en snacks wordt bijvoorbeeld weergegeven welke alternatieven gezonder zijn en welk effect het zou hebben op je gewicht als je het gezondere alternatief vaker zou kiezen (www.healthysteps.ie).

Beleid in Letland in conflict met Amerikaanse frisdrankindustrie

In Letland is er sinds 2006 een verbod op verkoop op scholen van ongezond geachte voedsel en dranken. De regering van Letland gaat daarin een stap verder dan veel andere landen en wil dat het verbod ook alle producten betreft die kunstmatige toevoegingen bevatten zoals kunstmatige kleur-, smaak- en zoetstoffen en cafeïne. In plaats van snoep, chips en frisdrank worden de schoolkantines bevoorraadt met ongezoeten noten, gedroogde vruchten, volkoren producten, mueslikoeken, mineraalwater en ongezoet vruchtensap. De reden voor dit brede verbod is, volgens de regering, het toenemend aantal kinderen met overgewicht maar ook met allergische reacties als gevolg van kleur- en smaakstoffen. Hierover is echter een 'internationaal conflict' ontstaan tussen de regering en de voedingssector. Aansluitend schreef voormalig Amerikaans minister van Buitenlandse Zaken Madeleine Albright, nu directeur van de Albright Group LLC met Coca-Cola als één van de klanten, namelijk een brief naar de Letse president Vaira Vike-Freiberga. Hierin verzoekt zij Coca-Cola niet te weren van Letse scholen omdat dit economische discriminatie zou zijn. Overigens geldt in de Verenigde Staten eveneens een verbod op gezoete dranken voor basisscholen. Dit is een interessant voorbeeld van het soort botsingen die kunnen ontstaan tussen het overheidsbelang (collectieve gezondheidsbelang) en het daaraan gekoppelde overheidsingrijpen met de krachten van de vrijemarktwerking, zoals die ook bij alcoholbeleid worden gezien.

Onconventionele initiatieven vinden in diverse landen ook hun weg naar beleid

Bij het zoeken naar literatuur, maar vooral bij het screenen van allerlei soorten media komen ook minder conventionele initiatieven aan het licht. Deze worden vaak niet beschreven in wetenschappelijke literatuur en de initiatiefnemers worden vaak ook niet door beleidsmakers benaderd. Het zou echter heel goed kunnen dat juist dit type initiatieven behoren tot de meer succesvolle maatregelen. Een opvallend voorbeeld zijn de eerder genoemde topkoks die bekendheid hebben verkregen via de televisie en goedverkochte kookboeken, zoals in Nederland Pierre Wind die wil dat voeding een vast lesonderdeel wordt op Nederlandse scholen en smaaklessen geeft. Ook televisieprogramma's van het type 'De afvallers' waarin gezinnen de strijd aangaan met overgewicht en waarbij kijkers worden opgeroepen mee te doen of bijbehorende ondersteuning op te zoeken op internet, zouden weleens meer mensen met overgewicht kunnen bereiken dan welk interventieprogramma ook.

Meer en meer wordt door het wetenschappelijke veld en door de overheid erkend dat dergelijke initiatieven belangrijk kunnen zijn bij de beteugeling van overgewicht. Er valt in sommige landen ook een veranderende kijk te bespeuren op particuliere

initiatieven. We zagen al dat Jamie Oliver bij de Britse regering veel extra geld voor gezonde schoolmaaltijden losgemaakt heeft. Nederland kan zijn voordeel doen met deze ervaringen. Het lijkt er bijvoorbeeld op dat de ‘Gezonde Schoolkantine Stimuleringsprijs’ van het Voedingscentrum ook in ons land voor een verbetering zou kunnen gaan zorgen.

4.5 Discussie en conclusies

In de discussie en conclusies wordt onder andere ingegaan op een aantal kanttekeningen die gezet kunnen worden bij de zin van het voeren van beleid tegen overgewicht, op verschillen en overeenkomsten in overgewichtbeleid en op de discussies die spelen rond de rol van de voedingsindustrie. Daarna volgen conclusies.

Heeft het zin overgewicht de oorlog te verklaren?

De vraag wordt wel gesteld of ‘the war on obesity’ het goede antwoord is van overheden op het probleem van het toenemende overgewicht. Een enkele keer wordt namelijk ook gewezen op de ‘slechte kanten van goede bedoelingen’. Zo stelt Roel Pieterman in zijn lezing ‘The Fat Pay Double’ een aantal negatieve bijeffecten van overgewichtbeleid aan de kaak (Pieterman, 2006). Diëten en jojoën (afvallen en vervolgens weer extra aankomen) is misschien wel ongezonder dan leven met matig overgewicht, en daarnaast stelt hij dat veel overgewichtpreventiebeleid voor een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer zorgt. Ook voedingspsychologen wijzen op de soms eenzijdige kijk op overgewicht en de beperkingen van veel strategieën om af te vallen (Roefs et al., 2006). Er zou meer aandacht moeten komen voor de relatie die de moderne mens heeft met zijn of haar voedsel. Vooral emotiegestuurd gedrag (in de vorm van ongezond eten) zou meer aandacht verdienen in een beleid gericht op overgewicht. Stigmatisering van (veel) te dikke kinderen en volwassenen kan sterker worden bij bepaalde vormen van voorlichting en beleidsprofilering en verdient daarom aandacht in de beleidsvoorbereiding.

Overgewicht toenemend probleem dat westerse landen delen

De eerste conclusie die uit de internationale vergelijkingen van beleidsdocumenten rond overgewicht getrokken kan worden is dat overgewicht en obesitas momenteel in vrijwel alle ontwikkelde landen een groot en groeiend volksgezondheidsprobleem is, vooral bij kinderen en dat daar veel beleidsplannen worden opgesteld en acties ondernomen. Het Verenigd Koninkrijk gaat er daarbij bijvoorbeeld vanuit dat de ‘epidemie’ daar zo’n tien jaar achterloopt bij die in de Verenigde Staten, maar dat de ontwikkelingen dezelfde richting op lijken te gaan. Hoewel de Nederlandse cijfers weer lager zijn dan die in het Verenigd Koninkrijk kan hier dezelfde redenering gevolgd worden: de toename van overgewicht en obesitas kan nog veel ernstiger vormen aannemen. Er zijn nog geen succesverhalen te vinden van landen met een effectief gebleken nationaal beleid.

Verschillen in overgewichtbeleid qua doelgroepen, focus, methoden

De aanpak van het overgewichtbeleid kan op een aantal gebieden tussen landen verschillen. Italië en Griekenland leggen in hun beleid de nadruk op overgewicht bij de doelgroep kinderen, Nieuw-Zeeland en het Verenigd Koninkrijk op achterstandsgroepen. Die achterstandsgroepen zijn vaak etnische minderheden. Soms wordt bevorderen van borstvoeding meegenomen in de doelstellingen, bijvoorbeeld in Ierland, waar het Gezondheidsministerie het ‘ministry of Health and Children’ is.

Een doelgroep die in nationaal beleid vaak nog onderbelicht is gebleven zijn ouders en gezinnen. Uitzondering in dat opzicht zijn Ierland en Duitsland waar recent veel aandacht aan wordt besteed door nationale ouderraden te betrekken bij de beleidsvorming. In Nederland is ook een begin gemaakt met een directe benadering van ouders via het project ‘Hallo Wereld’. Dit is een voorlichtingsprogramma via internet en e-mail dat ouders wil steunen bij de gezonde (op)voeding van hun kind.

Het hoog in het vaandel dragen van sport en beweging is duidelijke een historisch gegroeid cultuurelement in Finland. Toch wordt dit op alle overheidsniveaus nog eens versterkt door de duurzame verstrekking van subsidies aan sportevenementen en wordt op landelijk niveau bijvoorbeeld ook aan scholen opgedragen veel aan lichamelijke activiteit te doen. Overigens gaat in Nederland ook veel geld om in de stimulering van bewegen en fungeert Nederland op dit gebied misschien wel als voorbeeld. Frankrijk heeft met zijn wet op de volksgezondheid recent een aantal vergaande maatregelen doorgevoerd. Het lijkt zinvol om de effecten hiervan nauwlettend te volgen.

Betrokkenheid voedingsindustrie belangrijk, maar invloed soms omstreden

Voor sommige betrokkenen bij de beleidsvoorbereiding en uitvoering vormt de macht van de voedingsmiddelenindustrie een bron van frustratie. In het geval van het EU-platform voor Voeding, Gezondheid en Bewegen lijkt de betrokkenheid van de industrie niet primair gericht op de doelen van het platform, maar op het belang van de sector om omzetbeperkende wet- en regelgeving te vermijden. Door de meeste partijen wordt het belang van de betrokkenheid van de voedingsindustrie echter erkend, en veel initiatieven uit de sector om voedsel gezonder te maken kunnen in principe bijdragen aan de oplossing van het overgewichtprobleem.

In de Verenigde Staten zijn de grote frisdrankproducenten overeengekomen om de porties te verkleinen. Tegelijk blijkt dat de meeste grote voedselproducerende bedrijven te weinig lijken te doen om hun producten gezonder te maken, wanneer dat wordt afgemeten aan de claims op hun verpakkingen (Lang et al., 2006).

Financiering van onderzoek door industrie staat ter discussie

Behalve aan advertenties, die overigens niet altijd even wenselijk geacht worden, wordt door de voedingsindustrie ook veel geld verstrekt aan (wetenschappelijk) onderzoek. Onlangs bleek echter dat onderzoek naar de gezondheidseffecten van voeding vaker een gunstiger resultaat oplevert wanneer de voedingsindustrie eraan meebetaalt. De uitkomst is dan vier tot acht keer zo vaak positief als zonder die financiële inmenging

(Lesser et al., 2007). In een commentaar op dit onderzoek werd er in Nederland voor gepleit om voedingsonderzoek vaker met gemeenschapsgeld te financieren. 'Het is toch vooral de armoede aan de universiteiten die onderzoekers in de armen van de industrie drijft. Wetenschappers moeten daarom financieel onafhankelijker worden. Want er blijft altijd gelden: wiens brood men eet, diens woord men spreekt' (Trouw, 2007; Katan, 2007).

Veel en vergelijkbare beleidsinitiatieven in Europa

De afgelopen jaren is er in Europa veel aandacht gekomen voor het probleem van overgewicht, vooral bij kinderen. Er zijn 'taskforces' opgericht, omvangrijke nationale actieplannen ontwikkeld, en er is bewijs verzameld voor werkzame beleidsmaatregelen en interventies. De actieplannen in alle onderzochte landen hebben globaal dezelfde aandachtsgebieden en doelstellingen. Voedingsgerelateerd beleid kan opgenomen zijn in aparte strategieën en documenten of kan onderdeel zijn van een overkoepelende public health strategie. Soms is overgewicht het belangrijkste doel in een afzonderlijke 'Nutrition Policy'. Vaak wordt aandacht besteed aan meerdere leefstijlfactoren tegelijk.

Alle landen staan een grondige aanpak van het probleem overgewicht voor en men is zich bewust van de vele verschillende aspecten die daarbij een rol spelen. Intersectorale samenwerking is in de diverse programma's een terugkerend sleutelbegrip. De sectoren die van belang worden geacht voor het mede-ontwikkelen en uitvoeren van beleid zijn: onderwijs (scholen, universiteiten), transport, voedingsmiddelenindustrie en sportinstellingen. Het bijeenbrengen van dergelijke verschillende partijen betekent echter nog niet dat automatisch een effectief beleid ontstaat. Het blijkt in de praktijk moeilijk een goede balans te vinden tussen de verschillende en gemeenschappelijke belangen, die bij al de samengebrachte partijen een rol spelen. Daarnaast zijn er internationale invloeden, die niet door nationale samenwerking beïnvloed kunnen worden, maar om internationale samenwerking vragen.

In de meeste beleidsplannen is aandacht voor een beperkt aantal settings. De lokale gemeenschap (community), de school en de werkplek worden het meest genoemd als meest geëigende plek om maatregelen tegen overgewicht door te voeren of om voorlichting op te richten.

Internationale samenwerking op EU-niveau belangrijk

Naast het lokale beleidsniveau (de setting en de gemeenschap) is ook de internationale beleidsdimensie bij overgewicht van belang. Niet alleen is er sprake van internationale stimulering van beleid door het aanreiken van beleidskaders en via het stimuleren van samenwerking in internationale netwerken door de WHO en de EU. Daarnaast werken de EU-lidstaten op voedingsgebied ook aan eenduidige regels rond marketing en productvoorlichting en dergelijke. Naast de lidstaten en de op preventie gerichte Niet-Gouvernementele Organisaties (NGO's) hebben op het niveau van de Europese Unie de marktpartijen ook een duidelijke invloed. Omdat alle EU-landen het groeiende overgewichtprobleem delen en er ook op EU-niveau nog actie nodig is, bijvoorbeeld

omdat beleid ontwikkeld moet worden op landbouw- of transportgebied, lijkt een pro-actieve opstelling van de nationale gezondheidsministeries gewenst in alle voor overgewicht relevante beleidsgremia van de EU.

Leren van elkaar belangrijk en zeker mogelijk

Hoewel internationale verschillen in historie, cultuur of gewoonten kunnen betekenen dat beleidsmaatregelen uit andere landen niet altijd direct te vertalen zijn naar de Nederlandse situatie, is het belangrijk om te trachten bruikbare elementen te identificeren.

Concreet gaat het om succesvolle initiatieven zoals de Amerikaanse ‘Colour Me Healthy’ en ‘VERB’ die een Nederlandse tegenhanger zouden kunnen krijgen. Net als in de Verenigde Staten en Ierland zouden alle programma’s gericht op jongeren gepaard moeten gaan met aantrekkelijke websites, met duidelijke informatie en nuttige verwijzingen. Uit de Verenigde Staten zijn de ‘Victory Camps’ overgewaaid en de eerste resultaten hiervan lijken hoopgevend. Op beleidsniveau zou gekeken kunnen worden naar een hoge beleidsambtenaar of, zoals in Engeland, zelfs een minister, die voor alle andere vormen van beleid dan gezondheidsbeleid naar de effecten kijkt die dat andere beleid voor overgewicht zou kunnen hebben.

Moeilijkheden en barrières in andere landen zijn ook leerzaam

Ook de moeilijkheden en barrières die andere landen ondervinden bij het vormgeven van effectief beleid gericht tegen overgewicht zijn leerzaam. In de VS wordt een gebrek aan politieke steun gesignaleerd om overgewicht hoog op de agenda te plaatsen, wat belemmerend werkt op effectief beleid. Politieke steun voor alle aspecten van overgewicht die aangepakt moeten worden is ook in Nederland van groot belang. De in ons land (en andere landen) toegepaste ‘zelfregulering’ is een vorm van beleid die mogelijk niet tot de meest effectieve aanpak van overgewicht leidt. Deze aanpak lijkt verschillende partijen soms van de plicht te ontslaan om duidelijke regels en wetten te ontwerpen, na te leven of te handhaven.

De in dit hoofdstuk beschreven internationale vergelijkingen van overgewicht en overgewichtbeleid leiden tot een aantal kernboodschappen.

Overgewicht is in alle Westerse landen een nog steeds in ernst toenemend volksgezondheidsprobleem, waarvoor nog weinig effectief beleid ontwikkeld is.

Nederland deelt het in ernst toenemende overgewichtprobleem met veel andere landen. De meeste landen onderkennen dat vooral jeugd en bepaalde achterstandsgroepen op de langere termijn negatieve gezondheidseffecten tegemoet zien en dat er aanzienlijke kosten dreigen, maar ook dat er nog nauwelijks duurzaam effectieve maatregelen beschikbaar zijn.

In veel landen wordt aan nieuw overgewichtbeleid gewerkt, dat verder gaat dan de eigen verantwoordelijkheid van het individu en dit geeft kansen om van andere landen te leren.

Door veel landen wordt op het terrein van voeding en bewegen gezocht naar en geëxperimenteerd met nieuw beleid en nieuwe interventies, die niet alleen uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid van het individu, maar ook rekening houden met lokale settings en sociaalculturele, economische en marktgerelateerde randvoorwaarden. Dit geeft veel kansen om van andere landen te leren, maar vergt actief volgen van overgewichtbeleid in andere landen.

De preventie en bestrijding van overgewicht zijn gebaat bij een aanpak in EU-verband.

Vanwege de sterke internationale marktinvoeden en de reguleringskracht van de Europese Unie zou vooral aan voeding gerelateerd beleid dat overgewicht kan helpen tegengaan in EU-verband ontwikkeld kunnen worden. Dit vergt een goede samenwerking tussen de landen en een pro-actieve opstelling vanuit Nederland.

LITERATUUR

- Baal PHM van, Heijink R, Hoogenveen RT, Polder JJ. Zorgkosten van ongezond gedrag. Zorg voor euro's - 3. RIVM-rapportnr. 270751015. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Bekker P de. Preventie en bestrijding van overgewicht en obesitas in de Verenigde Staten. *Intermezzo* 2006;6(4):24-26.
- Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bos G, Schuit AJ, Tijhuis MAR. Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg. Een verkennende studie naar de effecten. RIVM-rapportnr. 260301005. Bilthoven: RIVM, 2004.
- Berg SW van den, Scholtens S, Wijga AH, Verschuren WMM, Boer JMA. Overgewicht bij jonge kinderen en volwassenen: kwantificeren van de kloof tussen energie-inname en energieverbruik. RIVM-rapportnr. 350020002. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Bogers RP, Vijgen SMC, Bemelmans WJE. Costs of lifestyle interventions within health care and the amount of weight loss achieved. RIVM-rapportnr. 260701002. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Bruil J, Vries SI de, Dommelen P van, Chorus A, Baan-Slootweg OH van der. Evaluatie van Victory Camp en Real Victory 2004-2005: resultaten van het zomerkamp en de nazorg voor jongeren op overgewicht, gedrag en kwaliteit van leven. TNO-rapport 06.048. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
- Colditz GA. Economic costs of obesity and inactivity. *Med Sci Sports Exerc*, 1999;31(11Suppl):S663-667 (review).
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-1243.
- Crombie IK, Irvine L, Elliott L, Wallace H. Public health policy to tackle obesity: an international perspective. Edinburgh: NHS Health Scotland, 2005.
- EC, Europese Commissie. Protection. Status report on the European Commission's work in the field of nutrition in Europe. Luxembourg, DG Sanco, October 2002.
- EC, Europese Commissie. Physical Activity. Special Eurobarometer. 183.6; wave 58.2. European Opinion Research Group. Luxembourg: DG Sanco, 2003.
- EC, Europese Commissie. Groenboek. Bevorderen van gezonde voeding en lichaamsbeweging: een Europese dimensie voor de preventie van overgewicht, obesitas en chronische ziekten. Brussel: DG Sanco, 2005.
- Energie in Balans (actieplan). Convenant Overgewicht. http://www.convenantovergewicht.nl/assets/Image/actieplan_energie_in_balans.pdf, 27 oktober 2005.
- Eurodiet: Nutrition & Diet for Healthy Lifestyles in Europe Science & Policy Implications. DG Health & Consumer Protection. Co-ordinated by University of Crete School of Medicine, 2002.
- Finnish Heart Association. Action for promoting Finnish heart health for the years 2005-2011. Including promoting heart health and preventing cardiovascular disease as a part of the Finnish Heart Plan. Helsinki: Finnish Heart Association, 2005.
- Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA* 2005;293(15):1861-1867.
- GR, Gezondheidsraad. Overgewicht en obesitas. GR-publicatienr. 2003/07. Den Haag: GR, 2003.
- Hurk K van den, Dommelen P van, Wilde JA de, Verkerk PH, Buuren S van, HiraSing RA. Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004. TNO-rapport KvL/JPB/2006.010. Leiden: TNO, 2006.
- Katan MB. Does Industry Sponsorship Undermine the Integrity of Nutrition Research? *PLoS Med* 2007;4(1): e6 doi:10.1371/journal.pmed.0040006.
- Lang T, Rayner G, Kaelin E (City University, Centre for Food Policy). The food industry, diet, physical activity and health: a review of reported commitments and practice of 25 of the world's largest food companies. London: City University, 2006.
- Lang T, Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Obesity Reviews* 2007; 8(Suppl. 1), 165-181.
- Lesser LI, Ebbeling CB, Gozner M, Wypij D, Ludwig DS. Relationship between Funding Source and Conclusion among Nutrition-Related Scientific Articles. *PLoS Medicine* 2007;4(No.1), e5 doi:10.1371/journal.pmed.0040005.

- Lucht F van der, Picavet HSJ. Sociaal-economische verschillen in persoonsgebonden kenmerken. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Bevolking\ Segv, 20 juni 2006.
- National Taskforce on Obesity. OBESITY: The Policy Challenges. Report of the National Taskforce on Obesity. http://www.dohc.ie/publications/report_taskforce_on_obesity.html (laatst bezocht op 2 januari 2006). Ierland, 2005.
- NHANES. Data Sets and Related Documentation, National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/datalink.htm> (laatst bezocht op 6 juli 2006), 2006.
- Norum K. World Health Organisation's Global Strategy on Diet, Physical Activity and health; the process behind the scenes. *Scand J Nutr* 2005; 49(2):83-88.
- NRC. Citaat De Goeij in: NRC Handelsblad, 2-3 juli 2005.
- O'Loughlin E. Het EU Platform voor Voeding, Lichaamsbeweging en Gezondheid. Een blik van binnenuit. *Intermezzo* 2006;4(the-makatern),21-22.
- Pickett KE, Kelly S, Brunner E, Lobstein T, Wilkinson RG. Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of income inequality. *J Epidemiol Commun Health* 2005;59:670-674.
- Pieterman R. The Fat Pay Double. Discriminatie en andere mensenrechtenproblemen bij het overgewichtbeleid. Lezing voor het NJCM op 16 juni 2006. http://www.rechtsamenleving.nl/page1/files/Pieterman-The_Fat_Pay_Double.pdf (laatst bezocht op 9 november 2006), 2006.
- Roefs A, Quaedackers L, Werrij MQ, Wolters G, Havermans R, Nederkoorn C, et al. The environment influences whether high-fat foods are associated with palatable or with unhealthy. *Behav Res Ther* 2006;44(5):715-36. Epub 2005 Jul 21.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Gezondheid en gedrag. Publicatienummer 02/14. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- Salmon J, Campbell KJ, Crawford DA. Television viewing habits associated with obesity risk factors: a survey of Melbourne school-children. *MJA* 2006;184(2):64-67.
- Schokker DF, Visscher TLS, Nooyens ACJ, Baak MA van, Seidell JC. Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands. *Obesity Reviews* 2006;8:101-107. doi: 10.1111/j.1467-789X.2006.00273.x.
- Storm I, Nijboer GCW, Wendel-Vos TLS, Visscher TLS, Schuit AJ. Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging: Nationale en lokale mogelijkheden. RIVM-rapportnr. 270061002. Bilthoven: RIVM, 2006.
- TFAH. F as in Fat: How Obesity Policies are Failing America <http://healthyamericans.org/reports/obesity2006/Obesity2006Report.pdf> (laatst bezocht op 30 november 2006), 2006.
- Trouw. Citaat Katan in Trouw: 19 januari 2007.
- US DHHS. The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity. <http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity> (laatst bezocht op 3 januari 2006). Rockville, MD: US. Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.
- Vereecken CA, Todd J, Roberts C, Mulvihill C, Maes L. Television viewing behaviour and associations with food habits in different countries. *Publ Health Nutr* 2006;9(2):244-250.
- Visscher TLS, Seidell JC. The Public Health Impact of Obesity. *Ann Rev Public Health* 2001;22:355-375.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kabinetsnota Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: Tweede Kamer, 2003.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nota: 'Tijd voor Sport - bewegen, meedoen, presteren. Den Haag: VWS, september 2005.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nationaal Actieplan Sport en Beweging. <http://www.minvws.nl/dossiers/sport/bewegen/nationaal-actieplan-sporten-bewegen> (laatst bezocht op 23 april), 2007.
- Wang LY, Yang Q, Lowry R, Wechsler H. Economic analysis of a school-based obesity prevention program. *Obes Res* 2003;11(11):1313-1324.
- Wansink B, Park SB. At the movies: how external cues and perceived taste impact consumption volume. *Food Quality and Preference* 2001;12:69-74.

- Wendel-Vos GCW, Ooijendijk WTM, Baal PHM van, Storm I, et al. Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht - Onderbouwing Nationaal Actieplan Sport en Bewegen. RIVM-rapportnr. 260701001. Bilthoven: RIVM, 2005.
- WHO Nutriton Policy Database. <http://data.euro.who.int/Nutrition>, 2006.
- WHO, World Health Organization. The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, European Region 2000-2005. Nutrition and Food Security Programme Division of Technical Support and Strategic Development. Copenhagen: WHO-Europe, 2001.
- WHO, World Health Organization. Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: FAO/WHO, 2002.
- WHO, WHO Europe and Health Evidence Network. WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Resolution of the Fifty-seventh World Health Assembly. WHA57.17. Geneva: WHO, 2004.
- WHO, World Health Organization. The challenge of obesity in the WHO European Region. Fact sheet EURO/13/05. WHO: Copenhagen, Bucharest: WHO-Europe, 12 September 2005.
- WHO, World Health Organization. Nutrition, physical activity and prevention of obesity: recent policy developments in the WHO European Region. Report in progress - finalization expected based on review at the WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. WHO, August 2006a.
- WHO, World Health Organization. European Charter on Counteracting Obesity. www.euro.who.int/Document/E89567.pdf (laatst bezocht op 12 december 2006). WHO, Copenhagen: WHO, November 2006b.
- Wijngaarden R van. Integrale aanpak van preventie van overgewicht. Een handreiking voor Gemeenten. Leiden: GGD Zuid-Holland Noord, 2005.

5 DEPRESSIE

Het bevorderen van psychische gezondheid maakt in tegenstelling tot de internationale aanbevelingen geen deel uit van het Nederlandse beleid op preventie van depressie

Beleidsmaatregelen ter bevordering van psychische gezondheid kunnen een waardevolle aanvulling zijn op het huidige beleid gericht op preventie van depressie. Een positieve insteek benadrukt het belang van activiteiten die de draagkracht van individuen vergroten en risicofactoren op depressie verminderen. Bovendien past deze benadering bij het toenemende besef dat psychische gezondheid een belangrijke voorwaarde is voor een welvarende samenleving. Schotland, Finland en Australië kunnen hierbij een inspiratiebron zijn.

Nederland loopt in verhouding tot de internationale aanbevelingen en de drie voorbeeldlanden (Schotland, Finland en Australië) achter in het voeren van integraal gezondheidsbeleid

Het Nederlandse beleid op preventie van depressie is tot nu toe vooral gericht op individugebonden risicofactoren, zoals depressiviteitsklachten. Het risico op depressie kan echter ook verminderd worden door te zorgen voor gezonde leefomstandigheden, zoals een gezonde en veilige woonomgeving, goede sociale omstandigheden en sociale relaties, en een goede opleiding voor de gehele bevolking. Er ligt voor de landelijke overheid een kans om ook het verminderen van dergelijke omgevingsgebonden risicofactoren bij haar beleid op preventie van depressie te betrekken. Dit hangt samen met maatregelen om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verminderen.

Het huidige Nederlandse beleid op depressiepreventie kan verder uitgewerkt worden tot een landelijk samenhangend beleidskader gericht op de lange termijn

Zo'n verder uitgewerkt beleidskader biedt gemeenten ondersteuning bij het formuleren en uitvoeren van een samenhangend en langetermijnbeleid op depressiepreventie. Het kan een impuls zijn voor gemeenten om blijvend te investeren in psychische gezondheid en preventie van depressie. Tevens biedt het gemeenten handvatten voor een samenhangend interventie-aanbod op basis van een landelijk gedragen visie. Bovendien kunnen er indicatoren in worden vastgelegd die geschikt zijn om de doelstellingen van het beleid op depressiepreventie te evalueren.

5 DEPRESSIE

Susan Meijer, Jantine Schuit en Nicoline Tamsma

5.1 Inleiding 115

5.2 Beleid in Nederland 119

5.2.1 Infrastructuur 119

5.2.2 Actiepunten landelijk beleid 120

5.3 Nederlands beleid in relatie tot internationale beleidskaders 122

5.3.1 Prioriteiten van de EU en de WHO 122

5.3.2 Hoe sluit het Nederlandse beleid aan bij de internationale beleidskaders? 125

5.4 Beleid van voorbeeldlanden op preventie van depressie 129

5.4.1 Schotland 129

5.4.2 Finland 131

5.4.3 Australië 132

5.5 Discussie en conclusies 135

Literatuur 141

5.1 Inleiding

Preventie van depressie relatief jong thema binnen het publiekegezondheidsbeleid

Preventie van depressie als systematische interventievorm is nog niet zo lang een thema voor het publiekegezondheidsbeleid. Wereldwijd is er pas sinds de jaren negentig beleidsmatige aandacht voor het systematisch toepassen van preventie van psychische stoornissen. De aandacht gaat daarbij onder andere uit naar depressie omdat deze psychische stoornis veel voorkomt, tot veel zorggebruik leidt en de maatschappelijke participatie negatief beïnvloedt. Bovendien is bekend dat depressie preventief aangepakt kan worden en dat daarvoor effectieve interventies beschikbaar zijn. Met preventie van depressie is dus gezondheidswinst te boeken. Preventie van psychische stoornissen is één van de manieren om te werken aan een psychisch gezonde bevolking, een doelstelling van de Europese Unie (EU) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Deze organisaties beschouwen psychische gezondheid als doel op zich, maar ook als een belangrijke basis voor een gezonde, werkzame bevolking en daarmee als een belangrijke voorwaarde voor een welvarende samenleving (EC, 2005a; WHO, 2005).

Neerslachtige stemming en interesseverlies belangrijkste kenmerken van depressie

Depressie is een stemmingsstoornis. De belangrijkste symptomen zijn een aanhoudende neerslachtige stemming gedurende minstens twee weken en een ernstig interesseverlies in bijna alle dagelijkse activiteiten (APA, 1994). Daarnaast zijn er meerdere klachten met een versturende invloed op iemands functioneren, zoals toename of verlies van eetlust, gewichtsveranderingen, slaapproblemen, geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd, energiegebrek, gevoelens van waardeloosheid, concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid en terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding. Er is sprake van een depressie wanneer iemand ten minste vijf symptomen tegelijk heeft, inclusief neerslachtige stemming en/of interesseverlies. Naast depressie zijn dysthymie en bipolaire stoornis andere stemmingstoornissen. Bij dysthymie zijn er minder symptomen aanwezig, maar voor een veel langere periode, namelijk minimaal twee jaar. Bij een bipolaire stoornis wordt een depressie afgewisseld met perioden van overtrokken opgewektheid en energie (Spijker & Schoemaker, 2005); deze stoornis komt minder vaak voor dan depressie en dysthymie.

Depressie vormt een belangrijk gezondheidsprobleem

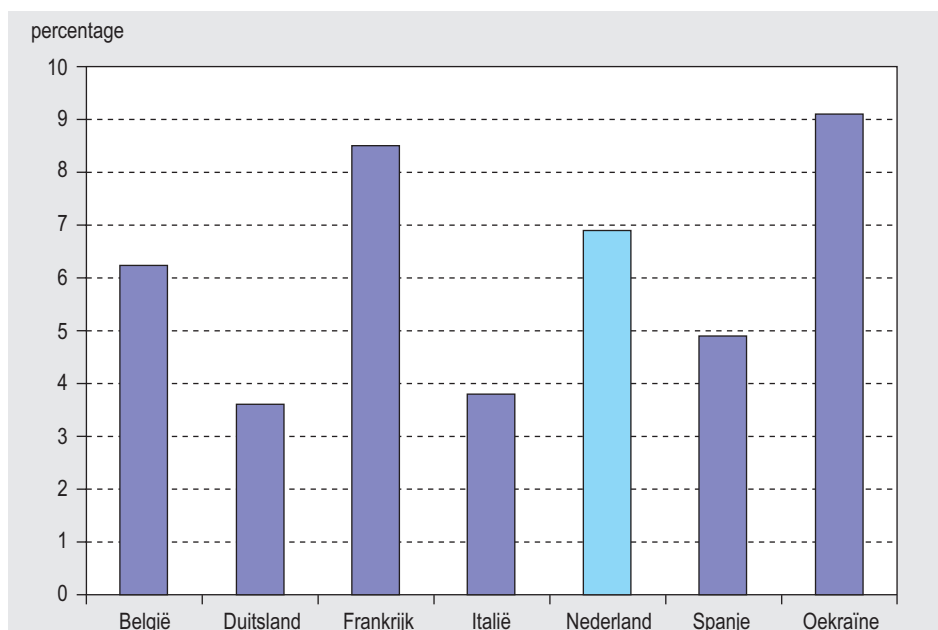
Depressie staat wereldwijd hoog in de lijst van veroorzakers van de grootste ziektelast, te weten op de vierde plaats (WHO, 2002b; EC, 2004b). Verwacht wordt dat depressie in 2020 zelfs op de tweede plaats zal staan, direct na coronaire hartziekten. In Nederland is depressie verantwoordelijk voor 3,9% van alle ziektelast (De Hollander et al., 2006). Dat komt vooral doordat depressie voor veel verlies aan kwaliteit van leven zorgt bij een grote groep mensen. Mensen met een depressie doen een groter beroep op de gezondheidszorg en verzuimen vaker van hun werk. Daarom brengt depressie ook economische gevolgen met zich mee: de jaarlijkse kosten ervan zijn minstens 1,3 miljard euro. Deze kosten bestaan voornamelijk uit kosten door productieverliezen als gevolg van ziekteverzuim door depressie (Meijer et al., 2006).

Omvang depressie in Nederland gelijk aan of iets hoger dan in andere Europese landen

Naar schatting lijdt jaarlijks 5,4% van de Nederlanders van dertien jaar en ouder aan depressie; dat zijn ruim 737.000 mensen (Meijer et al., 2006). Het aantal nieuwe gevallen van depressie in de Nederlandse bevolking wordt geschat op ongeveer 359.000 mensen per jaar. Van de westerse wereldbevolking lijdt elk jaar 4 tot 10% aan depressie (WHO, 2000; Simon et al., 2002). Deze cijfers zijn niet zonder meer te vergelijken met de prevalentie van depressie in Nederland. Dat komt door allerlei methodologische verschillen waarmee de prevalentie gemeten is. Voor zeven Europese landen zijn de prevalentiecijfers wel vergelijkbaar omdat ze op dezelfde manier gemeten zijn; het 'WHO World Mental Health Survey Consortium' heeft prevalentiecijfers van stemmingsstoornissen - dus van depressie én dysthymie - gepubliceerd voor deze landen (*figuur 5.1*). Nederland heeft een relatief hoge prevalentie van stemmingsstoornissen in vergelijking met Italië, Duitsland en Spanje. In Oekraïne en Frankrijk komt een stemmingsstoornis juist vaker voor dan in Nederland. België zit ongeveer op hetzelfde niveau als Nederland (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004).

Preventie belangrijke aanvulling op behandeling van depressie

Het effect van behandeling van depressie op bevolkingsniveau is beperkt; met de huidige stand van zaken kan bijna driekwart van de ziektelast niet met behandeling worden weggenomen (Andrews et al., 2004; Chisholm et al., 2004). Ook is er een forse instroom van nieuwe gevallen. Daarom zijn preventieve interventies een belangrijke aanvulling op de behandeling van depressie: ze kunnen het ontstaan van nieuwe gevallen voorkomen en bij veel andere mensen met klachten de kwaliteit van leven



Figuur 5.1: Jaarprevalentie (%) stemmingsstoornis volgens de DSM-IV in 2001-2002 (depressieve stoornis en dysthymie) (Bron: WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004).

handhaven. De WHO en de EU vinden dat preventie van psychische stoornissen - en in eerste instantie vooral depressie - prioriteit moet krijgen in de volksgezondheid (EC, 2004a; Jané-Llopis & Anderson, 2005; WHO, 2004). In een aantal aanbevelingen hebben deze organisaties vastgelegd hoe (Europese) landen of staten hieraan invulling kunnen geven. In Nederland is preventie van depressie in de onlangs verschenen preventienota 'Kiezen voor gezond leven' als speerpunt genoemd voor het Nederlands beleid in de komende vier jaar (VWS, 2006b).

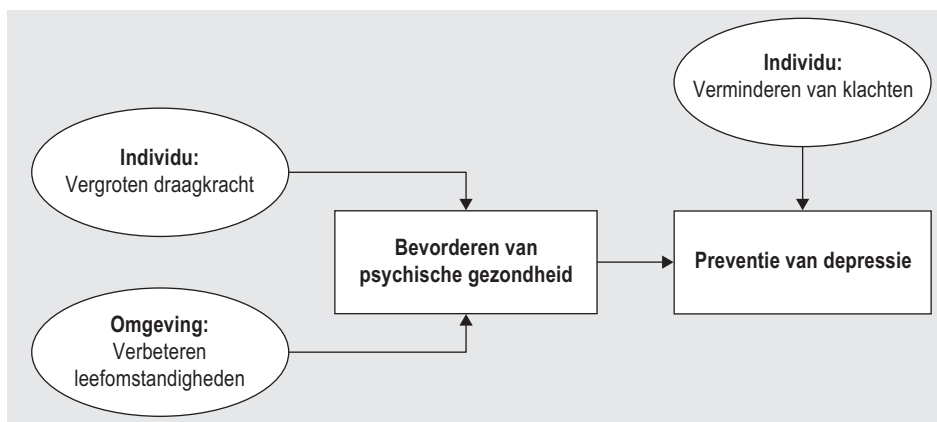
Effectieve strategieën voor preventie van depressie bekend

Er zijn verschillende 'evidence-based' preventieprogramma's en beleidsmaatregelen bekend die risicofactoren voor psychische stoornissen gunstig kunnen beïnvloeden en de psychische gezondheid kunnen verbeteren (WHO, 2004). Gemiddeld genomen laten gecontroleerde studies een effect van 11% reductie in depressiviteitssymptomen zien na een preventieve interventie. Van sommige preventieve interventies is aangetoond dat ze bij mensen met beginnende depressiviteitsklachten een depressieve stoornis kunnen voorkomen (Meijer et al., 2006; WHO, 2004). Voorbeeld is de cursus 'In de put, uit de put', die wordt aangeboden als groeps cursus en als individuele zelfhulpcursus met minimale begeleiding. Dergelijke preventieve interventies lijken kosteneffectief te zijn: ze vermijden de kosten van die gevallen die ze weten te voorkómen, en bovendien zijn de interventies zelf niet duur. Preventie kan ook positieve effecten hebben op de psychische weerbaarheid van mensen en andere beschermende factoren (Bohlmeijer & Mutsaers, 2007).

Preventie kan zich ook richten op bevorderen psychische gezondheid

Interventies ter preventie van depressie kunnen op verschillende niveaus worden ingezet (figuur 5.2). Ze kunnen zich richten op mensen die al depressiviteitsklachten of een verhoogd risico op een depressie hebben, bijvoorbeeld kinderen van ouders met een psychische stoornis of mensen met een chronische ziekte en hun partners (Schoemaker & Spijker, 2005). Dergelijke interventies zijn specifiek gericht op het voorkomen van een depressieve stoornis. Andere interventievormen hebben als primair doel om de psychische gezondheid van de bevolking positief te beïnvloeden. Die zijn niet specifiek gericht op het voorkomen van depressie, maar dragen daar naar alle waarschijnlijkheid wel indirect aan bij (WHO, 2004).

Interventies ter bevordering van psychische gezondheid zijn grofweg in te delen in twee typen: interventies gericht op individuen en interventies gericht op de omgeving. Bij de eerste gaat het om het vergroten van de draagkracht van individuen, bijvoorbeeld via cursussen ter versterking van algemene sociale en emotionele vaardigheden, probleemoplossend vermogen of het versterken van iemands zelfwaardering. Dit gebeurt vaak in specifieke settings, zoals op scholen. Ook psycho-educatie wordt vaak als vorm van psychische gezondheidsbevordering beschouwd. Daarbij gaat het primair om kennisoverdracht: de bevolking gericht informeren over psychische stoornissen, hoe ze vroegtijdig herkend kunnen worden, wat men er zelf aan kan doen, en bij wie men terecht kan voor verdere hulp wanneer dat nodig is. Bij de tweede gaat het om overheidsmaatregelen die risicofactoren in de omgeving proberen terug te dringen.



Figuur 5.2: Typen interventies ter preventie van depressie.

Voorbeelden hiervan zijn het creëren van een veilige leefomgeving, het realiseren van sociale voorzieningen, het bestrijden van isolatie, eenzaamheid, geweld en armoede, of het bieden van opvoedingsondersteuning. Wanneer dergelijke overheidsmaatregelen in samenhang met elkaar worden ingezet met als doel om de psychische gezondheid positief te beïnvloeden is er sprake van integraal gezondheidsbeleid.

Voorbeeldlanden gekozen op basis van aansluiting internationale beleidskaders

Preventie van depressie heeft in veel Europese landen beleidsprioriteit. Voor deze internationale beleidsvergelijking was het niet mogelijk om landen te selecteren waarvan het beleid op preventie van depressie beter is dan in Nederland. De effectiviteit van het beleid is in de meeste gevallen namelijk niet bekend. We kunnen ons daarom alleen richten op het beschrijven van landen die een ander - potentieel effectief - beleid voeren dan Nederland ten aanzien van preventie van depressie. Uitgangspunt bij de selectie van voorbeeldlanden waren de internationale beleidskaders van de EU en de WHO ten aanzien van preventie van psychische stoornissen (waaronder depressie) en bevorderen van psychische gezondheid. We hebben enkele landen geselecteerd waarvan het beleid meer aansluit op deze internationale beleidskaders dan het Nederlandse beleid. Voorwaarden daarbij waren dat a) preventie van depressie prioriteit heeft in het betreffende land en b) Engelstalige documenten beschikbaar zijn met een beschrijving van beleidsdoelen. Op basis hiervan gebruiken we de volgende landen in de beleidsvergelijking: Finland, Schotland en Australië. Dit zijn nadrukkelijk niet de enige landen die als voorbeeld gebruikt kunnen worden, maar ze geven samen wel een beeld van belangrijke punten waarop het Nederlandse publieke gezondheidsbeleid zich verder kan ontwikkelen. We weten overigens niet in hoeverre de beschreven beleidsplannen daadwerkelijk vorm hebben gekregen. Tot slot is in sommige gebruikte beleidsdocumenten alleen het algemene beleid op preventie van psychische stoornissen beschreven; in die gevallen gaan we er vanuit dat dit beleid ook van toepassing is op preventie van depressie.

Leeswijzer voor dit hoofdstuk

De centrale vraag van dit hoofdstuk is tweeledig:

1. Hoe verhoudt het Nederlandse beleid op preventie van depressie zich ten opzichte van internationale beleidskaders?
2. Wat is het landelijke beleid op preventie van depressie in de voorbeeldlanden, en wat kan Nederland hiervan leren?

Paragraaf 5.2 en 5.3 gaan in op de eerste vraagstelling: het Nederlandse beleid op preventie van depressie (5.2) en de relatie daarvan met internationale beleidskaders van de EU en de WHO (5.3). De tweede vraagstelling komt aan bod in *paragraaf 5.4*. De discussie en conclusies van het gehele hoofdstuk staan in *paragraaf 5.5*.

5.2 Beleid in Nederland

De Nederlandse beleidsvoornemens voor preventie van depressie hangen mede samen met gesignaleerde knelpunten in de infrastructuur, oftewel de wijze waarop depressiepreventie is ingebed in het beleid en in de gezondheidszorg. Daarom geven we hieronder eerst een korte beschrijving van de infrastructuur voordat we ingaan op de Nederlandse beleidsvoornemens.

5.2.1 Infrastructuur

Landelijke overheid schept kader depressiepreventie voor gemeenten en gezondheidszorg

Zowel de landelijke overheid, de gemeentelijke overheid als de gezondheidszorg hebben een rol in preventie van depressie. De landelijke overheid is verplicht om iedere vier jaar landelijke beleidsspeerpunten en een onderzoeksprogramma op het gebied van de collectieve preventie vast te stellen (Busch, 2005). Ook moet de overheid zorgen voor een landelijke ondersteuningsstructuur voor collectieve preventie. Het bevorderen van interdepartementale en internationale samenwerking behoort eveneens tot haar wettelijke taken. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in de recente preventienota 'Kiezen voor gezond leven' voor het eerst preventie van depressie als beleidsspeerpunt opgenomen (VWS, 2006b). Daarmee heeft de landelijke overheid een kader geschapen voor het gemeentelijke beleid en voor initiatieven in de gezondheidszorg op het gebied van depressiepreventie. De nota bouwt voort op de preventienota van 2003, waarin gepleit werd om preventie van depressie met voorrang aan te pakken (VWS, 2003). Beleidsmatig is het dus een vrij nieuw terrein.

Rol van gemeenten in depressiepreventie via openbare geestelijke gezondheidszorg

De landelijke overheid heeft de preventieve taken grotendeels gedecentraliseerd naar gemeenten. Gemeenten zijn vanuit de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) verantwoordelijk voor de volksgezondheid en preventie bij de lokale bevolking en voor de jeugdgezondheidszorg (zie het hoofdstuk Jeugd). Het gaat om preventieve taken die niet direct voortkomen uit een hulpvraag van de burgers (Bohlmeijer & Mutsaers, 2007). Als onderdeel van de openbare (geestelijke) gezondheidszorg behoort preventie van depressie hier ook toe. Gemeenten leggen hun ambities en keuzes op het gebied van volksgezondheid en preventie elke vier jaar vast in een nota lokaal gezondheidsbeleid (Ruiter et al., 2005). Twee derde van de gemeenten besteedt in de nota lokaal gezondheidsbeleid aandacht aan de openbare geestelijke gezondheidszorg, en ongeveer de helft maakt daar extra geld voor vrij (GGD Nederland, 2004). De belangrijkste onderwerpen zijn preventie van riskant genotmiddelengebruik bij de jeugd en de preventie van vereenzaming bij ouderen. Preventie van depressie is grotendeels nog een nieuw thema.

Veel samenwerking binnen gezondheidszorg bij uitvoering depressiepreventie

Preventieve interventies tegen depressie worden op zeer verschillende plaatsen aangeboden, en door verschillende instanties (Meijer et al., 2006). Preventieteamen of preventieafdelingen van - tweedelijs - GGZ-instellingen zijn op dit moment de belangrijkste aanbieders van preventieve interventies tegen depressie. Maar ook binnen de openbare gezondheidszorg, de eerstelijnsgezondheidszorg en soms ook binnen de somatische tweedelijsgezondheidszorg worden preventieve interventies gericht op depressie aangeboden. Dit gebeurt vaak in samenwerking met de preventieafdelingen van GGZ-instellingen. Binnen de openbare gezondheidszorg hebben vooral GGD'en een rol in preventie van depressie. Zij zijn actief in het vroegtijdig herkennen en behandelen van depressie. Daarin hebben ze een coördinerende rol, maar ze voeren de activiteiten vaak ook zelf uit. Hulpverleners in de eerste- en tweedelijs houden zich eveneens voornamelijk bezig met het vroegtijdig herkennen en behandelen van depressiviteitsklachten. Bij deze vorm van preventie moeten dus zowel gemeenten - onder andere via de GGD - als de gezondheidszorg actief zijn. Gemeenten en GGZ-preventieafdelingen werken vaak samen aan een lokaal beleid. Nederland heeft dus een fijnmazige organisatie voor de uitvoering van preventie van psychische stoornissen. Daarmee is Nederland qua infrastructuur een voorloper op het gebied van preventie van psychische stoornissen binnen Europa (Mik, 2007). Overigens is de wettelijke basis voor activiteiten voor mensen met beginnende psychische klachten vanaf 1 januari 2008 de Zorgverzekeringswet.

5.2.2 Actiepunten landelijk beleid

Groter bereik van depressiepreventie door verbeteren infrastructuur

Met preventie van depressie als beleidsspeerpunt wil de landelijke overheid bereiken dat in de komende jaren meer mensen preventieve hulp krijgen om depressie te voorkomen (VWS, 2006b). Nu worden jaarlijks ongeveer vierduizend mensen bereikt. Dat is

slechts 1% van de 359.000 mensen die per jaar een depressie ontwikkelen. Wil preventie van depressie impact hebben op de volksgezondheid, dan zal het bereik ervan sterk omhoog moeten. Om tot een groter bereik van depressiepreventie te komen wil de landelijke overheid zorgen voor een goede landelijke infrastructuur. Het ministerie van VWS wil daarom in de komende jaren actie ondernemen op een aantal ontwikkelpunten in de huidige infrastructuur. Daartoe heeft ze een 'Partnership Depressie Preventie' in het leven geroepen, een samenwerkingsverband tussen verschillende (landelijke) organisaties. Dit Partnership richt zich vooral op de wijze waarop preventie van depressie ingebed is in het lokale beleid en in de Nederlandse gezondheidszorg. Hieronder beschrijven we welke actiepunten de landelijke overheid heeft geformuleerd om ontwikkelpunten in de gezondheidszorg en het gemeentelijke beleid aan te pakken.

Partnership ondersteunt gemeenten bij samenhangende aanpak depressiepreventie

De preventienota 'Kiezen voor gezond leven' beoogt vooral om het landelijke en gemeentelijke beleid beter op elkaar af te stemmen met betrekking tot de gekozen speerpunten. Ook voor preventie van depressie zijn hiervoor actiepunten opgesteld. Daarbij is een grote rol voor de gemeenten weggelegd. Gemeenten kunnen het ontstaan van depressie helpen voorkomen en mensen met depressiviteitsklachten stimuleren om eerder hulp te zoeken. De gemeente kan daartoe veel activiteiten opzetten in overleg met GGD en GGZ. Gemeenten hebben behoefte aan ondersteuning om te komen tot een structurele en samenhangende aanpak voor vroegherkenning en preventie van depressie. Ook hebben ze behoefte aan een toegankelijk overzicht van gestandaardiseerde en effectieve preventieactiviteiten om een samenhangend beleid op preventie van depressie te ontwikkelen. Een van de doelstellingen van het Partnership Depressie Preventie is daarom het ondersteunen van de lokale implementatie van vroegsignalering van depressie en van preventieve interventies voor mensen met een verhoogd risico op depressie. Daarnaast is - voortvloeiend uit het actieplan behorend bij de preventienota - een 'Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid' ontwikkeld (Bohlmeijer & Mutsaers, 2007).

Partnership werkt aan verankering van depressiepreventie in de gezondheidszorg

Hoewel Nederland binnen de gezondheidszorg een breed netwerk heeft voor de uitvoering van depressiepreventie, is preventie van depressie nog niet formeel verankerd in de gezondheidszorg. Het is op dit moment nog niet opgenomen als eerste stap in de 'getrapte zorg', een zorgmodel volgens welke de Nederlandse gezondheidszorg steeds meer geordend is (zie ook VWS, 2006a). Ook maakt preventie van depressie nog geen onderdeel uit van evidence-based richtlijnen voor huisartsen of de tweedelijns-GGZ. Bovendien vinden gestandaardiseerde vormen van depressiepreventie nog maar zeer beperkt plaats in de eerstelijns. Een ander aandachtspunt is dat mensen met depressiviteitsklachten een drempel ervaren om hulp te zoeken uit angst voor stigmatisering. Doelstellingen van het Partnership Depressie Preventie op dit punt zijn: het vergroten van de bewustwording in de bevolking ten aanzien van depressie, verbeteren van vroegsignalering van depressie door professionals, het vergroten van de toegankelijkheid van preventieve interventies, verhogen van het percentage aanbieders van

evidence-based preventie, het opstellen en implementeren van een klinische richtlijn voor preventie van depressie en het ontwikkelen van 'e-health' voor depressiepreventie (VWS, 2006b). Deze doelstellingen worden uitgewerkt in vijf werkplannen, gericht op verschillende doelgroepen (jeugdigen, volwassenen en ouderen) (VWS, 2007).

Aanpak van knelpunten in financiering depressiepreventie nog onbekend

Een ander aandachtspunt voor de landelijke overheid is de financiering van depressiepreventie. Vooral de niet-individuele preventie voor mensen met een verhoogd risico is nog niet helder geregeld. Daarnaast zijn zorgverzekeraars vrij om te kiezen in hoeverre ze interventies voor het bevorderen van psychische gezondheid vergoeden. Het is de vraag of de wettelijke en financiële kaders van gemeenten en gezondheidszorg op elkaar aansluiten, terwijl dit wel noodzakelijk is om een samenhangend preventieaanbod te realiseren. Het is nog niet bekend op welke manier de landelijke overheid dit aandachtspunt wil aanpakken.

5.3 Nederlands beleid in relatie tot internationale beleidskaders

5.3.1 Prioriteiten van de EU en de WHO

Bevorderen van psychische gezondheid steeds belangrijker

Psychische gezondheid heeft de afgelopen jaren een prominenter plek gekregen op de internationale agenda's. Zowel de EU als de WHO besteden steeds meer aandacht aan het thema (WHO, 2001; WHO, 2005). De EU kan daarbij terugvallen op - zij het beperkte - wettelijke bevoegdheden rond volksgezondheid, sociale bescherming en gezondheid op de werkplek, en beschikt ook over financiële middelen. De WHO heeft veel inhoudelijke kennis bijeengebracht over de omvang van psychische stoornissen en over effectieve preventiemogelijkheden (Herrman et al., 2004). Ook creëert ze draagvlak voor betrokkenheid van nationale overheden en andere kernspelers, waaronder de EU. De WHO maakt bij het bundelen van kennis steeds vaker gebruik van netwerken en projecten die via de EU gefinancierd worden.

Focus verschuift van aandacht voor stoornissen naar bevorderen psychische gezondheid

De aandacht verschuift langzamerhand van een focus op psychische stoornissen naar het bevorderen van psychische gezondheid. Met de slogan 'there is no health without mental health' willen de EU en de WHO psychische gezondheid integreren in bredere gezondheidsdoelen. Zo komt er bijvoorbeeld meer ruimte voor het in kaart brengen van 'positieve' indicatoren van psychische gezondheid naast het meten van voortgang bij het terugdringen van psychische stoornissen. De EU benadrukt dat een psychisch gezonde bevolking een essentiële schakel vormt op weg naar een sociaal-economisch gezond Europa.

Tekstblok 5.1: Sociaal EU-beleid: psychische gezondheid op de werkplek en sociale inclusie.

EU werkt aan psychische gezondheid van werknemers

De Europese inbreng op het gebied van gezondheid is ooit begonnen met maatregelen rond veiligheid op de werkplek. Dit gebeurde in het kader van sociaal-economisch beleid. Die aandacht is er binnen de Europese sociale agenda nog steeds. De juridische basis hiervoor is gelegen in Artikel 137 van het Verdrag van de Europese Gemeenschap. Daarin is bepaald dat de Raad door middel van richtlijnen minimumvoorschriften kan vaststellen om de verbetering van het arbeidsmilieu te bevorderen. De hierop voortbouwende Richtlijn 89/391/EEG (Europese Raad, 1989) maakt melding van psychosociale risicofactoren als veroorzaker van stress. Daarmee is de psychische gezondheid van de werknemer in beeld. Sindsdien zijn er vanuit de EU verschillende acties ondernomen. Zo presenteerde de Europese Commissie een document met handreikingen inzake werkgerelateerde stress (EC, 2000), werd meegewerkt aan de totstandkoming van een ISO-standaard voor mentale werkbelasting en sloten de sociale partners op Europees niveau een overeenkomst voor de aanpak daarvan (ETUC et al., 2004). Op een ander beleidsniveau, dat van de

Europese interne markt, is wet- en regelgeving over de maximaal toelaatbare arbeidstijd van invloed (Europese Raad, 1993).

EU actief bij bestrijden sociale uitsluiting van mensen met psychische gezondheidsproblemen

Mensen met psychische gezondheidsproblemen lopen een relatief groot risico op sociale uitsluiting en armoede en dit is ook een thema binnen de Europese sociale agenda. De EU heeft in dit kader een actieprogramma en werkt met de lidstaten aan de realisatie van een aantal gemeenschappelijke doelstellingen. Deze doelstellingen zijn in 2006 herzien en ingepast in een breder kader voor sociale bescherming en sociale integratie. Eén van de drie doelstellingen heeft betrekking op toegankelijkheid van 'voorzieningen, rechten en diensten die nodig zijn om aan het maatschappelijk leven deel te nemen, uitsluiting te voorkomen en aan te pakken en alle vormen van discriminatie die tot uitsluiting leiden, te bestrijden' (EC, 2005b). Dit is ook van belang voor preventie van psychische problemen, voor de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen en voor de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen.

EU-aandacht voor psychische gezondheid via volksgezondheid en sociale zaken

De betrokkenheid van de EU bij psychische gezondheid is vooral terug te vinden in de portefeuilles volksgezondheid (publieke gezondheid) en sociale zaken. Via sociale zaken richt de EU zich op sociale bescherming en maatschappelijke integratie van mensen met psychische gezondheidsproblemen (*tekstblok 5.1*). Deze mensen hebben namelijk een relatief groot risico op sociale uitsluiting en armoede. De EU werkt samen met de lidstaten aan een aantal gemeenschappelijke doelstellingen, waaronder een goede toegang tot zorgvoorzieningen (EC, 2005b). Vanuit de portefeuille volksgezondheid beschouwt de Europese Commissie preventie van psychische problemen en psychische gezondheidsbevordering als een prioriteit voor publieke gezondheid over heel Europa (EC, 2004b). Ze werkt toe naar consensus over indicatoren, over kosteneffectieve preventiestrategieën gericht op depressie en suicide, en naar het in kaart brengen van de economische 'prijs' van psychische ongezondheid (Lehtinen, 2004). Dit gebeurt via een aantal Europese samenwerkingsprojecten die de EU financiert.

Groenboek beschrijft Europese strategie preventie en bevorderen psychische gezondheid

In een zogenaamd 'Groenboek' - een document waarin voornemens ter consultatie worden gepresenteerd - benadrukt de Europese Commissie dat psychische gezondheid een belangrijke bijdrage kan leveren aan de strategische beleidsdoelen van de EU, met name op het gebied van welvaart, solidariteit, sociale rechtvaardigheid en de levens-

kwaliteit van burgers (EC, 2005a). Het Groenboek bevat een voorstel voor een brede Europese strategie, met actiepunten voor zowel de volksgezondheid als andere EU-beleidssterreinen. Zo'n Europese strategie zou vooral aandacht moeten besteden aan:

- Het bevorderen van psychische gezondheid.
- Preventieve maatregelen om psychische gezondheidsproblemen aan te pakken.
- Het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met psychische problemen, bijvoorbeeld via sociale integratie en de bescherming van hun rechten en waardigheid.
- De ontwikkeling van een Europees stelsel voor informatie en kennis over en onderzoek naar de psychische gezondheid. Daarmee wil de EU meer inzicht krijgen in de psychische gezondheid van de EU-lidstaten en vergelijkingen tussen lidstaten mogelijk maken.

De Europese Commissie beschouwt school- en werksituaties als belangrijke settings om preventieve actie te ondernemen (zie ook *bijlage 6*). Als specifieke doelgroepen worden genoemd: kleine kinderen, jeugdigen en adolescenten, de beroepsbevolking, ouderen en kwetsbare groepen in de samenleving. Depressie, verslavingsproblemen en suïcide worden genoemd als meest dringende psychische gezondheidsproblemen.

In hun reactie op het Groenboek gaven de meeste lidstaten aan positief te staan tegenover de toegevoegde waarde van een brede EU-strategie. Het Nederlandse ministerie van VWS plaatste er - evenals het Franse - echter vraagtekens bij, vooral op grond van subsidiariteitsargumenten (EC, 2006). Beide landen ondersteunen wel het belang van verdere samenwerking tussen lidstaten en het uitwisselen van ervaring. Een Witboek wordt in de lente van 2007 verwacht.

WHO en EU hebben belang preventie psychische stoornissen formeel vastgelegd

Het belang van het bevorderen van psychische gezondheid en preventie van psychische stoornissen binnen Europa is formeel vastgelegd in de 'Helsinki Declaration'. Deze Verklaring wordt onderschreven door alle 52 lidstaten van de WHO-Europe, de EU en de Raad van Europa¹. De ondertekening ervan door de EU heeft de weg voor een EU-brede strategie vrijgemaakt: naast het beleidssterrein van de volksgezondheid kunnen ook andere EU-beleidssterreinen positief bijdragen aan de psychische gezondheid in de bevolking. Aan de 'Helsinki Declaration' is een actieplan gekoppeld dat twaalf verschillende deelsterreinen bestrijkt, waaronder het bevorderen van psychische gezondheid, preventie van psychische stoornissen en suïcide.

¹ De Raad van Europa houdt zich bezig met psychische gezondheid in het kader van de bescherming van mensenrechten (Raad van Europa, 2004). Ze heeft een resolutie aangenomen waarin lidstaten onder meer worden opgeroepen om speciale aandacht te besteden aan het verbeteren van de psychische gezondheid van kinderen en adolescenten (PACE, 2005).

5.3.2 Hoe sluit het Nederlandse beleid aan bij de internationale beleidskaders?

De beleidskaders van de EU en de WHO hebben geresulteerd in een aantal documenten met aanbevelingen ten aanzien van preventie van psychische stoornissen en bevordering van psychische gezondheid (EC, 2004a; EC, 2004b; Jané-Llopis & Anderson, 2005; Jané-Llopis & Anderson, 2006; WHO, 2004). EU-landen kunnen deze aanbevelingen gebruiken bij het ontwikkelen en implementeren van een actieplan binnen hun eigen land. Deze aanbevelingen zijn samengevat in *bijlage 6*. De aanbevelingen hebben betrekking op vier aspecten:

- beleid
- infrastructuur van de gezondheidszorg
- doelgroepen en settings
- effectiviteit, monitoring en registratie

Op basis van deze aspecten bespreken we achtereenvolgens in hoeverre het Nederlandse beleid aansluit bij de internationale beleidskaders.

Beleid

Nederland sluit met actiepunten voor lokaal beleid aan bij internationale kaders

Op een aantal punten sluit het beleid voor preventie van depressie goed aan bij de aanbevelingen van de EU en de WHO. De Nederlandse beleidsvoornemens om op lokaal niveau te werken aan een betere afstemming en samenwerking tussen alle partijen die betrokken zijn bij depressiepreventie passen bij de aanbevolen integrale aanpak. Bovendien sluiten de geplande activiteiten om de bewustwording van de bevolking ten aanzien van depressie te vergroten aan bij de internationale beleidsaanbevelingen. De EU en WHO benadrukken daarbij het belang van een koppeling aan voortdurende lokale acties. Ook is preventie van psychische stoornissen in Nederland onderdeel van het algemene publiekegezondheidsbeleid.

Bevorderen psychische gezondheid geen onderdeel van beleid op preventie van depressie

Op andere punten wijkt het Nederlandse beleid af van de internationale aanbevelingen. De EU en de WHO pleiten er voor om beleid te voeren op het bevorderen van de psychische gezondheid van de bevolking, en om preventie van depressie te integreren in gezondheidsbevorderende strategieën. Het publiekegezondheidsbeleid in Nederland richt zich tot nu toe echter uitsluitend op preventie van depressie en niet op het bevorderen van de psychische gezondheid bij mensen die (nog) geen (depressiviteits)klachten hebben. Zo'n positieve insteek van preventie van depressie zou juist goed passen bij het thema van de nieuwste preventienota: 'Kiezen voor gezond leven' (VWS, 2006b).

Bevorderen van psychische gezondheid kan bestaan uit activiteiten gericht op individuen en op activiteiten gericht op de omgeving (*paragraaf 5.1*). Activiteiten gericht op individuen hebben tot doel om gedachten, gevoelens, gedrag en activiteiten te

bevorderen die het welzijn van mensen versterkt. Dit kan in verschillende settings en bij verschillende doelgroepen plaatsvinden. Op scholen kan het gaan om activiteiten die de sociale en emotionele ontwikkeling van de leerlingen stimuleren en het opsporen van kinderen met een verhoogd risico. Gewenste doelen in de werksetting zijn het verminderen van werkstress, sociale steun op het werk en goede werkomstandigheden. Bij doelgroepen gaat het met name om activiteiten bij risicogroepen, bijvoorbeeld in relatie tot opvoedings- en opgroeiondersteuning. Risicogroepen zijn bijvoorbeeld ouders met een lage sociaal-economische status en tienermoeders. Dan valt te denken aan opvoedkundige vaardigheden, ondersteunen van moeder-baby interactie of het stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling via voorschoolse educatie. Activiteiten gericht op de omgeving bestaan uit overheidsmaatregelen die risicofactoren in de omgeving proberen terug te dringen.

Geen link tussen sociaal-economische gezondheid en bevorderen psychische gezondheid

De EU en de WHO hechten veel belang aan de relatie tussen psychische gezondheid en sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het bevorderen van de psychische gezondheid van de bevolking kan volgens hen ingezet worden om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verkleinen. Binnen het Nederlandse publieke gezondheidsbeleid wordt er geen link gelegd tussen sociaal-economische gezondheidsverschillen en het bevorderen van psychische gezondheid.

Integraal beleid op landelijk niveau en landelijke coördinatie ontbreken

De EU en WHO bevelen landen aan om integraal beleid te voeren op preventie van depressie en het bevorderen van psychische gezondheid. Door beleidsterreinen zoals sociale ongelijkheid, veiligheid, werkgelegenheid en huisvesting te betrekken bij preventie van depressie en bevorderen van psychische gezondheid is er meer samenhang te creëren in interventiestrategieën gericht op individuen en maatregelen gericht op omgevingsgebonden risicofactoren (zie Storm et al., 2006; Storm et al., 2007 voor voorbeelden van integraal gezondheidsbeleid). In het verlengde daarvan ligt de aanbeveling om preventiestrategieën over verschillende sectoren en over de levensloop heen te coördineren. Zo is het wenselijk om meer samenhang te creëren tussen a) interventies die de psychische gezondheid bevorderen en interventies ter preventie van depressie en andere psychische stoornissen en b) interventies ter bevordering van fysieke gezondheid en interventies ter bevordering van psychische gezondheid. Depressie gaat namelijk vaak gepaard met allerlei lichamelijke klachten en ziekten: als symptoom van een lichamelijke aandoening (bijvoorbeeld bij de ziekte van Parkinson), als bijwerking van voorgeschreven medicijnen, of als reactie op de gevolgen van een lichamelijke aandoening (bijvoorbeeld pijn, functiebeperkingen, verlies van werk en relaties, vermindering van levensverwachting) (Schoemaker & Spijker, 2005). Een centrale coördinatie maakt het mogelijk om een combinatie van preventieve activiteiten in te zetten, waarmee de effectiviteit en efficiëntie van depressiepreventie verhoogd kan worden. In Nederland is het echter nog niet gebruikelijk om op landelijk niveau integraal beleid te voeren op preventie van depressie en bevorderen van psychische gezondheid, en evenmin om preventie centraal te coördineren.

Evaluatie van huidig beleid op preventie van depressie gewenst

Ten slotte benadrukken de EU en WHO het belang van een evaluatie van het gevoerde beleid. In Nederland is tot nu toe geen beleid gevoerd op preventie van depressie, dus evaluatie daarvan is nog niet aan de orde geweest. Het is belangrijk om het huidige beleid te evalueren op effectiviteit van de ingezette maatregelen.

Infrastructuur van de gezondheidszorg

Versterking nulde- en eerstelijnsgezondheidszorg past bij internationale aanbevelingen

Voor wat betreft de infrastructuur van de gezondheidszorg sluit het Nederlands beleid volledig aan bij de EU- en WHO-kaders. Nederland betreft in toenemende mate de nulde- en eerstelijns bij het vroegtijdig herkennen en behandelen van mensen met depressiviteitsklachten. Specifieke doelstellingen van het landelijke beleid zijn het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn voor preventie van depressie en het beschikbaar maken van interventies voor een grotere groep professionals in de nuldelijn (gemeenten). Ook op andere manieren wordt in Nederland gewerkt aan een grotere rol van de eerstelijnsgezondheidszorg bij psychische problemen. Op initiatief van het ministerie van VWS is een groot scala aan activiteiten ingezet om de eerstelijns-GGZ kwalitatief en kwantitatief te versterken. Doel daarvan is om de eerstelijns hulpverleners - huisartsen, algemeen maatschappelijk werk, eerstelijnspsychologen en sociaal-psychiatriesch verpleegkundigen in de huisartspraktijk - in staat te stellen om psychische problemen waar mogelijk binnen de eerstelijns te behandelen. Daarmee dragen de maatregelen bij aan het principe van de getrapte zorg (*paragraaf 5.2.2*), hoewel ze niet als expliciet doel hebben om psychische stoornissen te voorkomen. De overheidsmaatregelen zijn gericht op het vergroten van de deskundigheid en capaciteit binnen de eerstelijns om psychische problemen te behandelen, en op het verbeteren van de samenwerking binnen de eerstelijns en tussen de eerstelijns en de gespecialiseerde GGZ (Meijer et al., 2004). Deze maatregelen zijn echter niet ingezet vanuit het publieke-gezondheidsbeleid. Het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg in preventie van psychische stoornissen en bevorderen van psychische gezondheid wordt overigens ook belicht door het 'European Forum for Primary Care', die tot doel heeft om de eerstelijns in heel Europa te versterken (European Forum for Primary Care, 2006).

Doelgroepen en settings

Doelgroepen in Nederland passen bij internationale aanbevelingen

Ook doelgroepen en settings waar Nederland haar beleid op inzet zijn grotendeels in overeenstemming met de internationale kaders. Depressie heeft - evenals schadelijk gebruik van alcohol - prioriteit als het gaat om preventie van psychische stoornissen. Kinderen met psychische problemen en hun ouders hebben in Nederland beleidsprioriteit in de vorm van opvoedings- en opgroei-ondersteuning. Dit gebeurt overigens niet vanuit het publieke-gezondheidsbeleid, maar vanuit het jeugdbeleid (zie ook het hoofdstuk Jeugd) (Meijer et al., 2006; VWS, 2004). Het betreft vooral het voorkomen van kwaad naar erger en niet zozeer het bevorderen van psychische gezond-

heid zonder dat er klachten zijn. In het Nederlandse preventiebeleid zijn geen settings geformuleerd, maar in de praktijk vinden veel gezondheidsbevorderende activiteiten plaats op scholen en op de werkplek. Het ontwikkelen van zelfhulpinterventies ter preventie van depressie via internet is een van de beleidsvoornemens. Daarnaast coördineert het Trimbos-instituut een programmeringsstudie 'e-mental health' (Trimbos-instituut, 2006). Zelfhulpinterventies in de vorm van steun via familie of vrienden is geen beleidsonderwerp in Nederland.

Ouderen belangrijke doelgroep voor effectonderzoek, maar niet voor beleid

Wat betreft doelgroepen bevelen de EU en WHO aan om preventieve interventies voor ouderen te stimuleren. Hoewel in het Nederlandse beleid geen doelgroepen zijn vastgesteld, zijn ouderen een belangrijke doelgroep in de wetenschappelijke onderbouwing van preventieve interventies. ZonMw financiert meerdere effectstudies naar depressiepreventie bij ouderen. Vroegsignalering van depressie is daarbij een belangrijk thema. Ook bij deze groep krijgt het bevorderen van psychische gezondheid nog geen beleidsmatige aandacht in relatie tot preventie van depressie. Daarbij valt te denken aan maatregelen ter ondersteuning van psychisch gezond ouder worden, bijvoorbeeld door het stimuleren van lichamelijke activiteiten, sociale activiteiten om eenzaamheid te voorkomen, het verminderen van discriminatie van ouderen en door het stimuleren van sociale, culturele, economische en politieke bijdrage van ouderen in de maatschappij.

Effectiviteit, monitoring en registratie

In Nederland veel aandacht voor wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie

De internationale aanbevelingen over wetenschappelijke onderbouwing van depressiepreventie komen gedeeltelijk terug in het Nederlandse beleid. Het is één van de actiepunten in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. In opdracht van het ministerie van VWS financiert ZonMw ruim twintig onderzoeksprojecten die gericht zijn op depressiepreventie. Voorbeelden hiervan zijn effectiviteitsstudies naar vroegopsporing en vroegbehandeling van depressie, preventieve interventies voor kinderen en jongeren, ouderen en allochtonen, implementatie van effectieve programma's voor psychosociale weerbaarheid en stressmanagement, langetermijnonderzoek naar het voorkomen van pesten, de relatie tussen preventie en genetische aspecten van depressie, en preventie van psychische problematiek op de werkplek. ZonMw houdt in toenemende mate rekening met buitenlandse initiatieven. Zo wordt met ondersteuning van ZonMw het succesvolle Australische programma 'Triple-P' (een multi-interventie programma om vroegtijdig psychische problemen bij kinderen te signaleren en via opvoedingsondersteuning op te lossen) in het Nederlandse opvoedingssysteem geïntroduceerd en op bruikbaarheid getoetst (ZonMw, 2006). Daarnaast hebben het RIVM en het Trimbos-instituut in opdracht van VWS een themarapport geschreven over evidence-based preventie van psychische stoornissen (Meijer et al., 2006). De beschikbare kennis wordt voor beleidsmakers en professionals toegankelijk gemaakt

via de RIVM-website 'Nationaal Kompas Volksgezondheid' (www.nationaalkompas.nl) en voor de burger via de RIVM-website 'Kiesbeter' (www.kiesbeter.nl).

Monitoren psychische gezondheid in Nederland via GGD'en, CBS en bevolkingsonderzoek

In aansluiting op de internationale aanbevelingen houdt Nederland landelijke en regionale trends in psychische gezondheid bij. Iedere GGD voert ongeveer eens per vier jaar een gezondheidsmonitor uit waarin ook vragen over de psychische gezondheid zijn opgenomen. Deze gegevens zijn landelijk vergelijkbaar. De monitor registreert eveneens een aantal risicofactoren voor psychische ongezondheid, zoals eenzaamheid, leefomgeving en sociale contacten. De gezondheidsmonitor gebeurt op initiatief van verschillende landelijke partijen, waaronder GGD Nederland. Daarnaast heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor haar toezicht op de openbare gezondheidszorg een aantal indicatoren ontwikkeld, waaronder één voor depressie. Voor haar toezicht maakt zij ook gebruik van de gegevens uit de gezondheidsmonitor (Bohlmeijer & Mutsaers, 2007). Vanuit het ministerie van Economische Zaken registreert het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) periodiek de gezondheidstoestand van de bevolking, waaronder de psychische gezondheid. Het CBS levert ook gegevens over Nederland aan haar Europese 'counterpart', Eurostat. Binnen het Europees volksgezondheidsbeleid zijn overigens zogeheten 'European Community Health Indicators' opgesteld, waaronder ook een aantal over psychische gezondheid (zie ook *paragraaf 5.3.1*). Het RIVM heeft een belangrijke bijdrage aan dit proces geleverd. Ten slotte is de psychische gezondheidstoestand in Nederland in kaart gebracht via een grootschalig bevolkingsonderzoek naar het voorkomen van psychische stoornissen (NEMESIS). Dat was in 1997. Binnenkort komt hierop waarschijnlijk een vervolg.

5.4 Beleid van voorbeeldlanden op preventie van depressie

In deze paragraaf schetsen we hoe andere landen beleid voeren op preventie van depressie en wat Nederland daar mogelijk van kan leren. We gaan in op het beleid van drie landen: Schotland, Finland en Australië. Deze landen geven samen een beeld van mogelijkheden waarop het Nederlandse beleid zich verder kan ontwikkelen in aansluiting op de internationale beleidskaders.

5.4.1 Schotland

Terugdringen van armoede is uitgangspunt van nationaal programma

Mensen met een laag inkomen of die werkloos zijn, hebben een hoger risico op psychische stoornissen. Daarom heeft de Schotse overheid ervoor gekozen om de bevordering van de psychische gezondheid onderdeel te maken van een groter doel, namelijk het verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en het verbeteren van de kwaliteit van leven door middel van economische en sociale publieke diensten.

Preventie van psychische stoornissen is in Schotland daarom niet alleen een taak van de openbare geestelijke gezondheidszorg, maar ook van sociale zaken. Daarbij is vooral aandacht voor sociale rechtvaardigheid en het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (Jané-Llopis & Anderson, 2006). In het nationale programma 2003-2006 heeft Schotland daarom ook vooral aandacht besteed aan ongelijkheid in psychische gezondheid ten gevolge van armoede, deprivatie, discriminatie en ongelijkheid. De doelstellingen van het nationale programma zijn (Myers et al., 2005):

- Bevorderen van de bewustwording ten aanzien van psychische stoornissen en psychische gezondheid onder de bevolking.
- Uitbannen van stigmatisering en discriminatie.
- Voorkomen van suïcide.
- Stimuleren van ondersteuning en herstel bij psychische stoornissen.

Langetermijnbetrokkenheid van de landelijke overheid

De 'NHS Health Scotland' is als overheidsdienst verantwoordelijk voor de uitvoering van het nationale programma. De onderminister van Volkgezondheid is voorzitter van de Programmacommissie. Het nationale programma loopt al vier jaar en zal nog een aantal jaren worden voortgezet. Deze langetermijnbetrokkenheid en inzet van de overheid is van belang omdat dit in de praktijk leidt tot langdurige programma's in plaats van kortdurende projecten, meer menskracht, competentie, training, netwerken en infrastructurele voorzieningen.

Psychische gezondheid is onderdeel van algemene gezondheidsbevordering

De verschillende interventieprogramma's die ontwikkeld en uitgezet zijn in het kader van het nationale programma kenmerken zich niet alleen door het feit dat ze gericht zijn op het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, maar ook door het feit dat ze zowel de lichamelijke als de psychische gezondheid op een positieve manier bevorderen (NHS Health Scotland, 2007). 'Scotland's health at work' is een voorbeeld van zo'n programma. Dit programma belooft werkgevers die hebben laten zien dat ze bijdragen aan de psychische en lichamelijke gezondheid van de werknemers. Zo worden werkgevers beloond die werknemers gezondheidsprogramma's op de werkplek aanbieden, risico-analyses uitvoeren, of stressaudits uitvoeren. Ook bevat dit programma preventie van depressiviteitsymptomen van werknemers. Naast programma's op het werk zijn er ook integrale aanpakken voor kinderen, zoals 'Social inclusion: opening the door to a better Scotland' (geïnitieerd in 1999) en 'Social Justice: a Scotland where everyone matters' (eveneens 1999), gericht op terugdringen van armoede bij kinderen, en tot slot 'Starting well' gericht op het verbeteren van de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Binnen het programma 'Health Promoting Schools' is er naast aandacht voor gezonde leefstijl ook aandacht voor pesten, eigenwaarde, preventie van depressie, en omgaan met veranderingen (zie *paragraaf 7.5.3* in het hoofdstuk Jeugd). Voor ouderen is er het programma 'Equality in Scotland - older people' waarin ook aandacht wordt besteed aan het bevorderen van de psychische gezondheid.

Lokale overheid grotendeels verantwoordelijk voor bevorderen psychische gezondheid en preventie psychische stoornissen

Recent hebben de lokale overheden een belangrijkere rol gekregen bij het zorgen voor het welzijn van de bevolking en de psychische gezondheid middels de 'Mental Health Bill' (Johnston & Herbert, 2002). Volgens deze wet zijn lokale overheden onder andere verplicht om:

- Zorg te bieden aan mensen met een psychische aandoening die niet in een instelling zitten.
- De psychische gezondheid en sociale ontwikkeling van mensen met een psychische stoornis te bevorderen.
- Samen te werken met gezondheidsraden, nationale gezondheids(zorg)instituten en Niet-Gouvernementele Organisaties (NGO's).
- Voldoende professionals op het terrein van de psychische gezondheid aan te stellen en goede opleiding te verzorgen.

Beleid preventie en zorg geïntegreerd: cruciale rol bij eerstelijns

In Schotland is het beleid op preventie van psychische stoornissen en bevorderen van de psychische gezondheid geïntegreerd met het beleid op behandeling (onder andere bij wetgeving en zorgvoorzieningen). Verschillende settings en sectoren zijn betrokken bij de preventie van psychische stoornissen, zoals nationale en lokale zorgaanbieders, onderwijzers, gevangenispersoneel, wijkverpleegkundigen en gezondheidsbevorderaars. De meeste psychische klachten worden behandeld in de eerstelijns. Het nationale programma 'Doing well with depression' heeft tot doel om de behandeling van mensen met psychische klachten en de toegankelijkheid tot effectieve interventies in de eerstelijns te verbeteren (Scottish Executive, 2005). Dit gebeurt onder meer door deskundigheidsbevordering, betere communicatie tussen eerste- en tweedelijns en door multidisciplinaire netwerken. Hierdoor probeert men beter en efficiënter gebruik te maken van de bestaande middelen en menskracht. Dit programma is in zeven verschillende regio's uitgezet. Concrete maatregelen die zijn uitgevoerd, betreffen ondersteuning geven aan lokale eerstelijnszorg door het opzetten van een elektronisch verwijzingsstelsel, informatievoorziening en ondersteuning bij zelfhulpprogramma's.

5.4.2 Finland

Beleid op psychische gezondheid en sociale zaken sterk geïntegreerd

Psychische gezondheid is net als in Nederland onderdeel van het algemene publieke-gezondheidsbeleid. Dit beleid is de verantwoordelijkheid van een ministerie dat zowel sociale zaken als volksgezondheid in zijn portefeuille heeft. Sociaal beleid is daarom sterk geïntegreerd met het publiekegezondheidsbeleid. Bovendien voert Finland een integraal gezondheidsbeleid dat zich ook breder uitstrekt naar andere beleidsterreinen. Finland heeft twee nationale projecten die psychische gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg integreren met ontwikkelingen in gezondheids- en welzijnssystemen (SAH, 2005). Finland werkt op landelijk, lokaal en Europees niveau aan een groter

bewustzijn voor preventie van psychische stoornissen en bevorderen van psychische gezondheid, zowel bij beleidsmakers als onder de bevolking.

Verskillende nationale programma's voor preventie psychische stoornissen

Het 'ministry of Social Affairs and Health' (SAH) heeft in de afgelopen jaren verschillende nationale programma's gelanceerd op het gebied van psychische gezondheid, onder andere voor suïcidepreventie, schizofrenie, depressie, zinvol leven en psychische gezondheid in de eerstelijnszorg (SAH, 2005). In dit proces is een aantal zaken over de tijd veranderd. Zo is er een verschuiving van behandeling in een GGZ-instelling naar een wijkgerichte benadering, is de ziektebenadering omgezet in een gezondheidsbenadering, staat in plaats van de werkplek nu de familie meer centraal, en wordt er minder met specifieke thema's en meer met een bredere aanpak gewerkt. Met name twee nationale programma's hebben sterke invloed gehad op het 'mental health' beleid in Finland: 'Cornerstones of Mental Health' (tekstblok 5.2) en 'Meaningful Life'. Beide programma's zijn een belangrijke impuls geweest om psychische gezondheid in de media en in de publieke discussies te houden.

Preventie psychische stoornissen ook verantwoordelijkheid van gemeenten

Net als Nederland heeft Finland de verantwoordelijkheden voor publieke gezondheid gedecentraliseerd naar gemeenten. Gemeenten kunnen hun eigen beleid formuleren en hun eigen gezondheidszorgvoorzieningen organiseren. Het ministerie van SAH financiert ook regionale programma's, samen met de gemeenten. Daarvoor is een geoordeeld budget beschikbaar.

Finland heeft grote rol bij beleid psychische gezondheid op Europees niveau

Finland is ook op Europees niveau actief op het terrein van psychische gezondheid. De toegenomen focus op psychische gezondheid in EU-verband is onder meer te danken aan de Finnen, die sinds hun EU-voorzitterschap in 1999 pleiten voor meer en ook meer geïntegreerde aandacht voor psychische volksgezondheid. Via de 'mental health' organisatie 'STAKES' coördineert en participeert Finland in verschillende mental health projecten die door de Europese Commissie gefinancierd worden. Bovendien was de minister van SAH co-gastheer bij de WHO-ministeriële conferentie van 2005. Hij heeft daar psychische gezondheid sterk op de kaart gezet.

5.4.3 Australië

Australië voert actief landelijk beleid op preventie psychische stoornissen

In Australië is het beleid voor preventie van psychische stoornissen en bevordering van psychische gezondheid evenals in Nederland onderdeel van het publieke gezondheidsbeleid. Australië voert sinds 1992 een actief landelijk (federaal) beleid voor bevordering van psychische gezondheid en preventie van psychische stoornissen. Het overheidsbeleid staat beschreven in de 'National Mental Health Plans', vijfjarenplannen met afspraken over te bereiken doelen (Bohlmeijer et al., 2004). Daarvan zijn er inmiddels drie verschenen (AHM, 2003; CDHAC, 2000; CDHAC, 2001). Op basis van het nationale

Tekstblok 5.2: Nationaal project 'Cornerstones of Mental Health'.

Dit driejarige nationale project is in 2000 opgezet om het lokale beleid op het gebied van psychische gezondheid te stimuleren (Saxena & Garrison, 2004). Het project heeft in drie gemeenten plaats gevonden. Prioriteit lag bij het includeren van beleid voor psychische gezondheid in gemeentelijke planning en beslissingen. Langetermijndoelen waren om: 1) psychische gezondheid op de gemeentelijke politieke agenda te zetten en de bevolking bewust te maken van psychische gezondheid en 2) interventies in te zetten om de psychische gezondheid en welzijn van de lokale bevolking te versterken en ondersteunen.

Een van de doelen op korte termijn is dat gemeenten programma's ontwikkelen om de psychische gezondheid te bevorderen. Een ander kortetermijndoel was het organiseren van een 'consensus meeting' in 2002. Hierin zouden richtlijnen voor gemeenten (de zogenaamde 'Cornerstones') en landelijke aanbevelingen op het gebied van psychische gezondheid opgesteld worden. Instrumenten die het project ingezet heeft zijn onder andere expertgroepen, een online expertisecentrum voor gebruikers en professionals en participatie van de lokale bevolking via lokale verenigingen voor psychische gezondheid. Beleidsinstrumenten die gemeenten zelf hebben gebruikt, zijn onder andere workshops, burgerforums, gemeentelijke consultaties, een serie columns in de lokale krant en persconferenties.

Naast gemeenten hebben meerdere landelijke partijen samengewerkt in het project: de Finse

vereniging van lokale en regionale overheden, ministeries van Sociale Zaken en Gezondheid, Onderwijs, Justitie, Arbeid, Binnenlandse Zaken en Milieu, het Finse centrum voor Gezondheidsbevordering, lokale kerkgemeenschappen, gezinnen en patiënten, experts, media en opleidingsinstituten.

Uit een evaluatie van het project bleek dat de resultaten op korte termijn positief waren: de drie gemeenten hebben brede programma's ter bevordering van psychische gezondheid ingezet, de intersectorale samenwerking was versterkt, de inwoners hadden een grotere stem in het lokale beleid voor psychische gezondheid, en ze hadden meer kennis over psychische gezondheid. Het is echter niet duidelijk hoe de resultaten gemeten zijn.

Uit de 'Consensus Meeting on Mental Health' zijn vijf nationale richtlijnen (Cornerstones) en daarbij behorende strategieën voortgekomen:

- Stel de groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren veilig.
- Versterk de gezinssamenhang en betrokkenheid.
- Bevorder een goede fysieke, psychische en sociale omgeving.
- Zorg voor voldoende basisveiligheid.
- Zorg voor goede GGZ-voorzieningen.

Deze richtlijnen dragen bij aan het eerste langetermijndoel. Ze zijn in een vervolgproject ('Together for Better Mental Health') concreet gemaakt en toegepast in de praktijk in samenwerking met de inwoners. Ook dit project werkt met gemeenten.

beleidsplan selecteren staten en 'territories' doelgroepen en thema's om de plannen verder uit te werken, onder andere voor preventie. Men trekt dan een periode (meestal een jaar) uit om óf een integraal preventieprogramma op te zetten, óf richtlijnen te ontwikkelen op basis van de wetenschappelijke kennis. De Australische overheid faciliteert het beleid in deelstaten met extra geld om de ontwikkelingen aan te jagen. Over de deelstaten heen krijgen ook andere actoren middelen, soms met co-financiering van een of meerdere deelstaten. De rol van gemeenten op het terrein van publieke gezondheid is over het algemeen beperkt.

Integrale aanpak in beleid en uitvoering preventie psychische stoornissen

Het landelijke beleid voor preventie van psychische gezondheid en bevorderen van psychische gezondheid is gebaseerd op een holistische benadering: psychische gezondheid wordt beïnvloed door een interactie van biologische, sociale, omgevings- en economische factoren, en dat op het niveau van individu, gezin en bevolking. Vanuit deze benadering heeft het beleid aandacht voor alle fasen uit de levensloop van mensen en legt het prioriteit bij intersectoraal werken en het in samenhang uitvoeren van

preventieprogramma's. In het vijfjarenplan 2003-2008 (AHM, 2003) ligt de focus op intersectoraal werken. Samenwerking met andere sectoren zoals huisvesting, onderwijs, welzijn, justitie en werkgelegenheid nemen een belangrijke plaats in. Als gevolg van deze integrale aanpak is er nauwelijks sprake van versplintering en verkokering binnen de geestelijke gezondheidszorg. Ook in de uitvoering van preventieprogramma's hecht Australië veel waarde aan een integrale aanpak. In Australië zijn veel programma's beschikbaar die bestaan uit meerdere interventies en die verschillende doelstellingen beogen, maar in samenhang worden uitgevoerd. Voorbeelden zijn Triple-P opvoedingsondersteuning bij kinderen met gedragsproblemen (zie *paragraaf 5.3.2*) en een schoolgericht programma als 'Schoollink', dat zich richt op preventie van psychische problemen van scholieren (Bohlmeijer et al., 2004).

Prioriteit voor preventie van depressie; ook aandacht voor vergroten draagkracht

De focus in het tweede vijfjarenplan (periode 1998-2003) lag op preventie van depressie en angststoornissen (CDHAC, 2000). Depressie is uitgewerkt als een apart nationaal actieplan. Doelstellingen waren gericht op het vergroten van het bewustzijn van de bevolking over depressie en het reduceren van stigmatisering en discriminatie via psycho-educatie. Vroegopsporing en vroegbehandeling van depressie behoren eveneens tot de doelstellingen. Tevens is er aandacht voor het vergroten van de draagkracht van mensen (*figuur 5.2*). Het gaat daarbij om het minimaliseren van risicofactoren en het verbeteren van beschermende factoren voor depressie. Voorbeeld daarvan zijn evidence-based initiatieven om de emotionele en sociale impact van negatieve levensgebeurtenissen te verkleinen. Dit gebeurt onder andere in de vorm van programma's op scholen om cognitief-gedragsmatige technieken te oefenen, zoals probleemoplossen en positief denken.

Evaluatie van beleid heeft geleid tot volwaardig budget en intersectorale samenwerking

Jaarlijks verzamelt men de resultaten van het beleid van iedere staat in 'National Mental Health Reports', waardoor de staten zich onderling kunnen vergelijken (en concurreren). Deze cyclus heeft er onder andere voor gezorgd dat er in elke staat een volwaardig budget wordt vrijgemaakt voor de GGZ en dat er fors geïnvesteerd wordt in nulde- en eerstelijnszorg. Men maakt meer gebruik van resultaten van wetenschappelijk onderzoek, er zijn verbindingen met andere sectoren (huisvesting, werk en inkomensondersteuning) en er wordt cliëntgerichter gewerkt. Alle GGZ-partijen beoordelen de landelijke beleidsplannen erg positief (Bohlmeijer et al., 2004).

Eerstelijns belangrijke rol in preventie psychische stoornissen

De Australische overheid beschouwt bevordering van psychische gezondheid, preventie van psychische stoornissen en vroege interventie in toenemende mate als een belangrijke aanvulling op behandeling (AHM, 2003). Vanuit dat perspectief is de eerstelijnsgezondheidszorg een essentiële setting naast de gespecialiseerde GGZ, met een centrale rol voor huisartsen. Andere relevante nulde- en eerstelijns hulpverleners zijn onder meer maatschappelijk werkers, apothekers, leerkrachten, geestelijken en welzijnsorganisaties. De overheid investeert in deskundigheidsbevordering van de eerstelijns op het gebied van psychische gezondheid via opleiding en ondersteuning. In Australië werken veel huisartsen in particuliere praktijken en in privéklinieken. Deze huisartsen worden op declaratiebasis rechtstreeks vergoed door de centrale overheid. Huisartsen krijgen extra betaald als ze tijd uittrekken voor psychische problematiek (mits ze daarvoor bijscholing hebben gevolgd).

5.5 Discussie en conclusies

Depressie is een groot gezondheidsprobleem

Preventie van depressie is een relatief jong thema binnen het publieke gezondheidsbeleid. Wereldwijd is er pas sinds de jaren negentig beleidsmatige aandacht voor preventie van psychische stoornissen, waaronder depressie. Depressie is een ernstige psychische stoornis die bij individuen de kwaliteit van leven sterk vermindert en ook op bevolkingsniveau een belangrijk gezondheidsprobleem vormt. Zowel in Nederland als in andere Europese landen komt depressie veel voor en zorgt voor hoge kosten, met name ten gevolge van ziekteverzuim. Daarom heeft preventie van depressie in veel Europese landen prioriteit. In Nederland lijdt naar schatting jaarlijks 5,4% van de Nederlanders van 13 jaar en ouder aan depressie. Door gebrek aan eenduidige en kwalitatief goede cijfers zijn de omvang en gevolgen van depressie in Nederland moeilijk te vergelijken met andere Europese landen, maar ten opzichte van een aantal West-Europese landen lijkt depressie in Nederland ongeveer even vaak of iets vaker voor te komen.

Preventie van depressie is mogelijk

Er zijn verschillende evidence-based preventieprogramma's en beleidsmaatregelen bekend die risicofactoren voor psychische stoornissen gunstig kunnen beïnvloeden en de psychische gezondheid kunnen verbeteren. Interventies kunnen zich richten op het verminderen van depressiviteitsklachten of op het positief beïnvloeden van de psychische gezondheid van mensen met een verhoogd risico op depressie en van de bevolking in het algemeen. Positieve beïnvloeding van psychische gezondheid kan enerzijds door de draagkracht van individuen te vergroten en anderzijds via overheidsmaatregelen die risicofactoren in de omgeving proberen terug te dringen.

Landelijke overheid, gemeenten en gezondheidszorg hebben een rol in depressiepreventie

Zowel de landelijke overheid als de lokale overheid en de gezondheidszorg hebben een rol in preventie van depressie. Door preventie van depressie tot beleidsspeerpunt te benoemen schept de landelijke overheid een kader voor gemeenten en gezondheidszorg op gebied van depressiepreventie. In de preventienota van 2006 is dit voor het eerst gebeurd. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor preventieve taken op lokaal niveau en daarmee ook voor lokale preventie van depressie. Beleidsvoornemens op dit gebied worden vastgelegd in het lokale gezondheidsbeleid. De gezondheidszorg is actief in de uitvoering van depressiepreventie, met preventieteams of -afdelingen van tweedelijns GGZ-instellingen als belangrijkste aanbieders. Er is veel onderlinge samenwerking tussen GGZ-instellingen en andere aanbieders, bijvoorbeeld professionals binnen de openbare gezondheidszorg, of binnen de eerste- of tweedelijnsgezondheidszorg.

Groter bereik van preventieve interventies belangrijkste beleidsdoel van depressiepreventie

De landelijke overheid heeft een 'Partnership Depressie Preventie' ingezet om de bestaande infrastructuur binnen het gemeentelijke beleid en de gezondheidszorg te verbeteren. Daarmee wil ze tot een groter bereik van depressiepreventie komen. De actieplannen richten zich op:

- Het ondersteunen van gemeenten bij de implementatie van vroegsignalering van depressie en van interventies voor mensen met een verhoogd risico op depressie.
- Het ondersteunen van gemeenten bij het formuleren van lokaal gezondheidsbeleid op depressiepreventie.
- Het verankeren van preventie binnen de gezondheidszorg, onder andere via het opstellen en implementeren van een klinische richtlijn voor depressiepreventie en het verbeteren van de toegankelijkheid van preventieve interventies.

Infrastructuur gezondheidszorg in Nederland sluit aan bij internationale aanbevelingen

De EU en de WHO hebben in toenemende mate aandacht voor preventie van psychische stoornissen en bevorderen van psychische gezondheid. Depressie wordt daarbij beschouwd als één van de meest dringende psychische problemen. De beleidskaders van de EU en de WHO hebben geresulteerd in een aantal aanbevelingen die landen kunnen gebruiken bij het ontwikkelen en implementeren van een actieplan binnen hun eigen land. Deze hebben betrekking op beleid, infrastructuur van de gezondheidszorg, doelgroepen en settings en effectiviteit, monitoring en registratie. Nederland sluit wat betreft infrastructuur van de gezondheidszorg goed aan bij de internationale beleidsaanbevelingen. Hetzelfde geldt voor de beleidsvoornemens van Nederland om te investeren in bewustwording van de bevolking ten aanzien van depressie en samenwerking op lokaal niveau. Op een aantal andere punten is er geen beleid vanuit publieke gezondheid, maar gebeurt er in de praktijk al wel veel, zoals het monitoren van de psychische gezondheid, aandacht voor preventie van depressie bij ouderen en het ontwikkelen van zelfhulpinterventies ter preventie van depressie.

Bevorderen psychische gezondheid en integraal gezondheidsbeleid geen onderdeel Nederlandse beleid

Wat betreft beleidsvoornemens is er op een aantal punten minder aansluiting met de internationale aanbevelingen. De meest in het oog springende verschillen zijn dat in Nederland het bevorderen van psychische gezondheid geen deel uitmaakt van het publiekegezondheidsbeleid en dat Nederland nog geen integraal gezondheidsbeleid voert. Een integraal en samenhangend beleid maakt het mogelijk om een combinatie van preventiestrategieën in te zetten en de al bestaande activiteiten - in verschillende sectoren en op verschillende beleidsterreinen - beter op elkaar af te stemmen, waardoor depressiepreventie effectiever kan worden.

Bevorderen psychische gezondheid en integraal beleid wel onderdeel van beleid in Schotland, Finland en Australië

Landen die een centraal en samenhangend beleid voeren op het gebied van preventie van depressie en het bevorderen van psychische gezondheid zijn onder andere Schotland, Finland en Australië. Deze landen kenmerken zich door een langetermijnbetrokkenheid en inzet van de landelijke overheid bij preventie van psychische stoornissen. Ook voeren ze beleid op bevorderen van psychische gezondheid in samenhang met preventie van psychische stoornissen. Daarnaast heeft elk van de drie landen zijn eigen kenmerken. In Schotland wordt het bevorderen van psychische gezondheid expliciet ingezet als een manier om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verminderen. Bovendien is er meer beleidsmatige aandacht voor de samenhang tussen lichamelijke en psychische gezondheid: activiteiten ter bevordering van psychische gezondheid worden ook geïntegreerd in algemene gezondheidsbevorderende strategieën. In Finland is het publiekegezondheidsbeleid sterk geïntegreerd met het sociale beleid, wat het voeren van integraal gezondheidsbeleid ten goede komt. Ook heeft Finland een uitgewerkte nationale strategie om het beleid voor psychische gezondheid op lokaal niveau te stimuleren. Sleutelbegrippen zijn daarbij een integrale aanpak, investeren in positieve psychische gezondheid en vergroten van de bewustwording van de lokale bevolking en betrokken partijen ten aanzien van psychische gezondheid. Bovendien werkt Finland actief aan een samenhang met Europees beleid. Australië, ten slotte, heeft praktisch uitvoerbare landelijke actieplannen die geëvalueerd worden op concrete eindresultaten. Bovendien heeft dit land een ver uitgewerkte integrale benadering van psychische gezondheidsbevordering en preventie van depressie. Vanuit het landelijke beleid is veel aandacht voor risico- en beschermende factoren voor depressie. Daardoor is het beleid - meer dan in Nederland - gericht op het vergroten van de draagkracht van personen en op het in samenhang uitvoeren van preventieprogramma's.

Bevorderen psychische gezondheid als aanvulling op preventie van depressie

De internationale beleidskaders en het beleid in de drie geschetste landen laten zien dat het bevorderen van psychische gezondheid internationaal gezien een wezenlijk onderdeel is van het publiekegezondheidsbeleid. Deze positieve insteek benadrukt het belang van activiteiten die de draagkracht van individuen vergroten en risicofactoren

verminderen als onderdeel van het beleid op preventie van depressie. Bovendien draagt deze benadering bij aan het streven naar een psychisch gezonde bevolking op zich. In Nederland krijgt het streven naar een psychisch gezonde bevolking vooral vorm door beleid te voeren op afwezigheid van ziekte, in dit geval depressie. Gezondheid houdt echter meer in dan afwezigheid van ziekte: het is volgens de WHO ‘een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden’. In dat kader zou een positieve benadering van het streven naar een psychisch gezonde bevolking een waardevolle aanvulling kunnen zijn op het huidige publieke gezondheidsbeleid. Voor psychische gezondheid betekent dat a) het bevorderen van gedachten, gevoelens, gedrag en activiteiten die het welzijn van individuen versterken; en b) een omgeving creëren die structureel bijdraagt aan een positieve psychische gezondheid (European forum for primary care, 2006).

Via integraal gezondheidsbeleid ook aandacht voor omgevingsgebonden risicofactoren

Naast het bevorderen van psychische gezondheid is een integrale beleidsaanpak voor preventie van psychische stoornissen een essentieel beleidskenmerk in de drie geschetste landen; in Australië is deze aanpak het verst uitgewerkt in beleidsdocumenten. De EU en WHO bevelen alle Europese landen aan om integraal beleid te voeren in relatie tot psychische gezondheid. Integraal gezondheidsbeleid gaat verder dan samenwerking van alle betrokken partijen binnen de gezondheidszorg. Het gaat ook om een publieke gezondheidsbeleid dat in samenhang met beleidsterreinen buiten de gezondheidszorg probeert bij te dragen aan een psychisch gezonde bevolking. Mensen met slechte sociaal-economische omstandigheden hebben bijvoorbeeld een verhoogd risico op depressie of andere psychische problemen (zie ook het hoofdstuk Gezondheidsachterstanden). Andersom kunnen psychische problemen een negatief effect hebben op de sociaal-economische omstandigheden, bijvoorbeeld als gevolg van langdurig ziekteverzuim. Het risico op depressie of andere psychische problemen kan vermindert worden door te zorgen voor gezonde leefomstandigheden, zoals een gezonde en veilige woonomgeving, goede sociale omstandigheden en een goede opleiding voor de gehele bevolking. Het Nederlandse beleid op preventie van depressie is tot nu toe vooral gericht op individugebonden risicofactoren, zoals depressiviteitsklachten. Er ligt voor de landelijke overheid een kans om daarnaast ook beleid te voeren op het verminderen van omgevingsgebonden risicofactoren, door beleidsterreinen als welzijn, huisvesting, veiligheid en jeugdbeleid te betrekken bij beleid op preventie van depressie. Australië en Schotland kunnen hiervoor als bron van inspiratie dienen.

Uitgewerkt landelijk beleidskader ondersteunt gemeentelijk beleid

Door preventie van depressie op te nemen als beleidsspeerpunt in de nieuwste preventienota heeft de Nederlandse overheid gemeenten een belangrijke prikkel gegeven om te investeren in preventie van depressie. Bovendien helpt het recent ingestelde Partnership Depressie Preventie gemeenten om te werken aan een betere afstemming en samenwerking binnen de infrastructuur voor depressiepreventie. Het landelijke beleidskader voor preventie van depressie zou verder ontwikkeld kunnen worden op basis van het beleid in de geschetste voorbeeldlanden en de aanbevelingen van de EU

en de WHO. Ten eerste is het wenselijk om een structureel beleidskader neer te zetten, dat het belang aangeeft van een langetermijninvestering in psychische gezondheid en preventie van depressie. Dat kan gemeenten stimuleren om te blijven investeren in psychische gezondheid, ook wanneer de effecten ervan niet op korte termijn zichtbaar zijn. Ten tweede biedt een landelijk actieplan de mogelijkheid om het gemeentelijke beleid op preventie van depressie centraal te coördineren; de overheid kan er voor zorgen dat gemeenten hun beleid voeren vanuit een landelijk gedragen visie. Het landelijke actieplan van Finland om lokaal beleid op psychische gezondheid te stimuleren kan hierbij als inspiratiebron dienen. Ten slotte kan de landelijke overheid met een uitgewerkt beleidskader onderbouwen dat het efficiënter en effectiever is als gemeenten preventieve activiteiten in samenhang met elkaar aanbieden. Het is aan te bevelen om een landelijk beleidskader te hebben dat rekening houdt met de samenhang tussen (zie ook WHO, 2002a):

- Bevorderen van psychische gezondheid en preventie van depressie.
- Individuele en omgevingsgebonden maatregelen.
- Bevorderen van fysieke én psychische gezondheid.

Evaluatie beleid op depressiepreventie als onderdeel van landelijk beleidskader

Een landelijk actieplan voor preventie van psychische stoornissen en bevordering van psychische gezondheid biedt ook de mogelijkheid om vorm te geven aan een gestructureerde evaluatie van het gevoerde beleid. Zo'n beleidsevaluatie is een belangrijke basis om zicht te krijgen op de mate waarin de doelstellingen zijn bereikt en om inzicht te krijgen in succes- en faalfactoren van het gevoerde beleid. Op basis daarvan is het mogelijk beleidsdoelstellingen tijdig bij te stellen en nieuwe beleidsplannen te maken. In een landelijk actieplan kan worden vastgelegd welke indicatoren geschikt zijn om de voortgang van preventiemaatregelen te meten, hoe die gegevens verzameld en geanalyseerd kunnen worden en met welk tijdsinterval er gemonitord wordt. Australië heeft daar al enige ervaring mee.

Conclusies

Al met al bieden zowel de aanbevelingen van de EU en de WHO als het publieke gezondheidsbeleid in Schotland, Finland en Australië verscheidene ideeën om het beleid op preventie van depressie verder vorm te geven in Nederland. Samengevat kunnen we vanuit dit internationale perspectief de volgende conclusies trekken:

Het bevorderen van psychische gezondheid maakt in tegenstelling tot de internationale aanbevelingen geen deel uit van het Nederlandse beleid op preventie van depressie.

Beleidsmaatregelen ter bevordering van psychische gezondheid kunnen een waardevolle aanvulling zijn op het huidige beleid gericht op preventie van depressie. Een positieve insteek benadrukt het belang van activiteiten die de draagkracht van individuen vergroten en risicofactoren op depressie verminderen. Bovendien past deze benadering bij het toenemende besef dat psychische gezondheid een belangrijke voorwaarde is voor een welvarende samenleving. Schotland, Finland en Australië kunnen hierbij een inspiratiebron zijn.

Nederland loopt in verhouding tot de internationale aanbevelingen en de drie voorbeeldlanden (Schotland, Finland en Australië) achter in het voeren van integraal gezondheidsbeleid.

Het Nederlandse beleid op preventie van depressie is tot nu toe vooral gericht op individugebonden risicofactoren, zoals depressiviteitsklachten. Het risico op depressie kan echter ook verminderd worden door te zorgen voor gezonde leefomstandigheden, zoals een gezonde en veilige woonomgeving, goede sociale omstandigheden en sociale relaties, en een goede opleiding voor de gehele bevolking. Er ligt voor de landelijke overheid een kans om het verminderen van dergelijke omgevingsgebonden risicofactoren ook bij haar beleid op preventie van depressie te betrekken. Dit hangt samen met maatregelen om sociaal-economische gezondheidsverschillen te verminderen.

Het huidige Nederlandse beleid op depressiepreventie kan verder uitgewerkt worden tot een landelijk samenhangend beleidskader gericht op de lange termijn.

Zo'n verder uitgewerkt beleidskader biedt gemeenten ondersteuning bij het formuleren en uitvoeren van een samenhangend en langetermijnbeleid op depressiepreventie. Het kan een impuls zijn voor gemeenten om blijvend te investeren in psychische gezondheid en preventie van depressie. Tevens biedt het gemeenten handvatten voor een samenhangend interventie-aanbod op basis van een landelijk gedragen visie. Bovendien kunnen er indicatoren in worden vastgelegd die geschikt zijn om de doelstellingen van het beleid op depressiepreventie te evalueren.

LITERATUUR

- AHM, Australian Health Ministers. National Mental Health Plan. 2003-2008. Canberra: Australian Government, 2003.
- Andrews G, Issakids C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilizing survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 2004;184:526-533.
- APA, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington DC: APA, 1994.
- Bohlmeijer E, Franx G, Vries A de, Cuypers P, Blekman J. Integrale preventie van psychische problematiek in Australië. Leerzame ervaringen voor de Lage Landen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2004;59:52-64.
- Bohlmeijer E, Mutsaers K (red.). Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.
- Busch MCM. Welke rol spelen overheden bij preventie? In: Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> De VWS-sectoren\Preventie\, 24 mei 2005.
- CDHAC, Commonwealth Department of Health and Aged Care 2000, National action plan for promotion, prevention and early intervention for mental health, mental health and special programs branch. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.
- CDHAC, Commonwealth Department of Health and Aged Care 2000. National Action Plan for Depression, Mental Health and Special Programs Branch. Canberra: Australian Government, 2001.
- Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression. Population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry* 2004;184:393-403.
- EC, Europese Commissie - DG Employment and Social Affairs. Guidance on work-related Stress - spice of life or kiss of death? Brussels: EC, 2000.
- EC, Europese Commissie. Actions against depression. Improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression. EC, 2004a.
- EC, Europese Commissie. The state of mental health in the European Union. EC, 2004b.
- EC, Europese Commissie. Groenboek. De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie. COM(2005) 484. Brussel: EC, 2005a.
- EC, Europese Commissie. Samenwerken, beter werken: voorstellen voor een nieuw kader voor de open coördinatie van het beleid inzake sociale bescherming en integratie. COM(2005) 706. Brussel: EC, 2005b.
- EC, Europese Commissie. Responses to the Green Paper: Promoting the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Luxemburg: EC, 2006 (revised version).
- ETUC, UNICE, UEAPME, CEEP. Framework agreement on work-related stress. http://ec.europa.eu/employment_social/news/2004/oct/stress_agreement_en.pdf, 2004.
- European Forum for Primary Care. Mental health in Europe, role and contribution of primary care. Position paper 2006.
- Europese Raad. Richtlijn 93/104/EG betreffende een aantal aspecten van de organisatie van de arbeidstijd. Europese Raad, 1993.
- Europese Raad. Richtlijn 89/391/EEG van de Raad betreffende de tenuitvoerlegging inzake veiligheid van de verbetering van de veiligheid en de gezondheid van de werknemers op het werk. Europese Raad, 1989.
- GGD Nederland. OGGZ-activiteiten bij GGD-en, stand van zaken in Nederland. Utrecht, 2004.
- Herrman H, Saxena S, Moodie R (eds.). Promoting Mental Health: concepts - emerging evidence - practice. Genève: WHO, 2004.
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (eindred.). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapportnr. 270061003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- Jané-Llopis E, Anderson P (eds.). Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: a collection of country stories. Luxembourg: EC, 2006.
- Jané-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen, 2005.

- Johnston C, Herbert S. Mental health (Scotland) Bill. An act of the Scottish parliament to restate and amend the law relating to mentally disordered persons. www.scotland.gov.uk, 2002.
- Lehtinen V. Action for mental health: activities co-funded from European Community public health programmes 1997-2004. Brussel: EC/Stakes, 2004.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand: preventie van psychische stoornissen. RIVM-rapportnr. 270672001. Bilthoven/ Utrecht: RIVM/ Trimbos-instituut, 2006.
- Meijer SA, Verhaak PFM. De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek 'Versterking eerstelijns GGZ'. Integrale eindrapportage. Utrecht: Nivel, 2004.
- Mik W. Vraaggesprek Clemens Hosman. Lobbywerk zet GGZ-preventie op de Europese agenda. *PrePost* 2007; 9,28:15-17.
- Myers F, McCollam A, Woodhouse A. National programme for improving mental health and well-being. Addressing mental health inequalities in Schotland. Equal minds. Edinburgh: Scottish Executive, 2005.
- NHS Health Scotland. Mental health improvement: What works? A briefing for the Scottish Executive. www.healthscotland.com (laatst bezocht op 8 maart 2007), 2007.
- PACE, Parliamentary Assembly Council of Europe. Improving the response to mental health needs in Europe. http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/TA05/ERES1460.htm#_ftn1#_ftn1. Resolution 1460, 2005.
- Raad van Europa. Recommendation Rec 10 of the Committee of Ministers concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder, 2004
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. KiesBeter.nl wijst u de weg in de zorg (www.kiesbeter.nl)., 2007.
- RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.9 (www.nationaalkompas.nl), 2007.
- Ruiter M, Bohlmeijer E, Blekman J. Derde gids preventie van psychische stoornissen en verslavingen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- SAH, Ministry of Social Affairs and Health. Mental health in Finland. Helsinki: SAH, 2005.
- Saxena S, Garrison P (eds.). Mental health promotion. Case studies from countries. Geneva: World Federation for Mental Health / WHO, 2004.
- Schoemaker C, Spijker J. Welke factoren beïnvloeden de kans op depressie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Depressie, 13 december 2005.
- Scottish Executive. Doing well by people with depression. A guide to whole systems change in the management of depression in primary care. Edinburgh: Scottish Executive, 2005.
- Simon GE, Goldberg DP, Von Korff M, Ustun TB. Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine* 2002;32:585-594.
- Spijker J, Schoemaker C. Wat is depressie en wat zijn de gevolgen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Depressie, 13 december 2005.
- Storm I, Nijboer C, Wendel-Vos GCW, Visscher TSL, Schuit AJ. Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging: nationale en lokale mogelijkheden. RIVM-rapportnr. 270061002. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Storm I, Zoest F van, Broeder L den. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing. RIVM-rapportnr 270851003. Bilthoven: RIVM, 2007.
- Trimbos-instituut. Jaarverslag 2006. Internet vergroot slagkracht GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: VWS, 2003.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jeugdagenda. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer (29248, 5). Den Haag: Sdu Uitgevers, 2004.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Belevingsvisie GGZ. Den Haag: VWS, 2006a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota Kiezen voor gezond leven, 2007-2010. Den Haag: VWS, 2006b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Persoonlijke mededeling mw. E. Wennink, 2007.

- WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey. *JAMA* 2004;291(21):2581-1590.
- WHO, World Health Organization. International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organisation* 2000;78:413-426.
- WHO, World Health Organization. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO, 2001.
- WHO, World Health Organization. Prevention and promotion in mental health. Geneva: WHO, 2002a.
- WHO, World Health Organization. The European Health Report 2002. Copenhagen: WHO, 2002b.
- WHO, World Health Organization. Prevention of mental disorders; effective interventions and policy options. Geneva: WHO, 2004.
- WHO, World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>. Copenhagen: WHO, 2005.
- ZonMw, Programma Preventie 2008-2011. http://www.zonmw.nl/fileadmin/cm/preventie/documenten/PP3_definitief_Programmatekst_23_mei_2006.pdf. ZonMw, 2006.

6 GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN

Andere landen laten zien dat een integrale aanpak van gezondheidachterstanden goed mogelijk is

Vele factoren beïnvloeden het ontstaan en voortbestaan van gezondheidsachterstanden, waardoor beleid gericht op het bestrijden van achterstanden zo breed mogelijk moet zijn, met inzet van alle beleidssectoren. Dat gebeurt bijvoorbeeld in Engeland, Zweden en Nieuw-Zeeland. In Engeland wordt interdepartementaal samengewerkt aan de bestrijding van gezondheidsachterstanden. In Zweden is de integrale aanpak gericht op een breed scala aan determinanten van gezondheid en vindt beïnvloeding van determinanten vooral buiten de gezondheidssector plaats. Nieuw-Zeeland kent een breed achterstandenbeleid, waarbij alle departementen betrokken zijn. Het bestrijden van gezondheidsachterstanden is hier een onderdeel van.

Duidelijke doelen voor beleid zijn noodzakelijk evenals instrumenten die het behalen ervan meten

In Nederland is het terugdringen van verschillen in gezonde levensverwachting sinds 2001 het enige beleidsdoel voor gezondheidsachterstanden. De Monitor Gezondheidsachterstanden bevat tot nu toe geen gegevens over dit doel, vooral omdat gegevens over sterfteverschillen naar sociaal-economische status ontbreken. Deze gegevens zullen mogelijk nog dit jaar aan de Monitor worden toegevoegd. De Monitor bevat wel gegevens over (trends in) de omvang van opleidingsverschillen in gezondheid, leefstijl, preventie en zorggebruik, maar bij deze gegevens zijn geen beleidsdoelen geformuleerd. De voortgang van beleid (wie doet wat in Nederland aan de bestrijding van gezondheidsachterstanden) wordt niet gemonitord in Nederland. Engeland kan dienen als voorbeeldland van een uitgebreidere monitoring van de voortgang van het beleid en van de resultaten van het beleid.

In Nederland ontbreekt een nationale strategie gericht op het bestrijden van gezondheidsachterstanden

In een nationale strategie geeft een land duidelijk aan wat de doelen zijn op het terrein van gezondheidsachterstanden, hoe deze bereikt moeten worden en wat de verschillende partijen op lokaal, regionaal en nationaal niveau hieraan dienen bij te dragen. Een dergelijke strategie bestrijdt versnippering, maar ontbreekt in Nederland. Ook voor het opzetten van een nationale strategie als kader voor een lokale aanpak kan geleerd worden van Engeland, Zweden en Nieuw-Zeeland.

6 GEZONDHEIDSACHTERSTANDEN

Carola Schrijvers en Lea den Broeder

6.1 Inleiding 147

6.2 Internationale beleidskaders 149

6.2.1 EU-beleid 149

6.2.2 Wereldgezondheidsorganisatie 151

6.2.3 Link met andere internationale kaders 153

6.3 Beleidspraktijk rond gezondheidsachterstanden 153

6.3.1 Beleid in Nederland 153

6.3.2 Beleid in Engeland 158

6.3.3 Beleid in Zweden 161

6.3.4 Beleid in Nieuw-Zeeland 164

6.4 Discussie en conclusies 167

Literatuur 173

6.1 Inleiding

Gezondheidsachterstanden belangrijk thema publiekegezondheidsbeleid

Het thema gezondheidsachterstanden kan niet ontbreken in een rapport over publiekegezondheidsbeleid. Het is van oudsher één van de basisonderwerpen van de publieke gezondheid. Sinds de Industriële Revolutie komen vele publiekegezondheidsinterventies voort uit zorg over de leef- en werkomstandigheden van lage maatschappelijke klassen. Bij publieke gezondheid staan collectieve belangen centraal, namelijk de bescherming en bevordering van de gezondheid van groepen burgers. Bij gezondheidsachterstanden gaat het ook over groepen en over de structurele verschillen in gezondheid in samenhang met bepaalde sociale en economische groepskenmerken. Gezondheidsachterstanden zijn interessant voor het publiekegezondheidsbeleid omdat juist door de aanpak van deze achterstanden gezondheidswinst is te behalen. De huidige aandacht voor gezondheidsachterstanden dateert uit de jaren tachtig, toen het 'Black report' in Engeland aantoonde dat er een samenhang bestaat tussen sociaal-economische status en gezondheid (Townsend et al., 1988).

Ook aanzienlijke verschillen in gezondheid naar etniciteit

Er bestaan verschillende definities van gezondheidsachterstanden. In dit hoofdstuk gaat het om verschillen in gezondheid of in de belangrijkste determinanten van gezondheid, die door beleid te beïnvloeden zijn. Minder geprivilegieerde maatschappelijke groepen hebben structureel een slechtere gezondheid en lopen meer gezondheidsrisico's dan beter gesitueerde groepen (Braveman, 2006). De bekendste vorm van gezondheidsachterstanden wordt aangeduid met de term sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV). Deze verschillen bestaan in alle landen van de Europese Unie waarvoor gegevens beschikbaar zijn (*tabel 6.1*). Er bestaan ook gezondheidsachterstanden bij bepaalde etnische of minderheidsgroepen vergeleken met de autochtone bevolking van een land en bij vrouwen ten opzichte van mannen. De groepen met een gezondheidsachterstand hebben over het algemeen een ongunstige sociaal-economische positie. Ook bestaan er verschillen in gezondheid tussen regio's en, daarbinnen, tussen buurten. Deze verschillen zijn ook voor een belangrijk deel terug te voeren op verschillen in sociaal-economische status van de inwoners (De Hollander et al., 2006). In Nederland is het terugdringen van gezondheidsachterstanden op basis van sociaal-economische positie een doelstelling in het preventiebeleid (VWS, 2006a). Ook in andere landen en op internationaal niveau staat dit onderwerp op de beleidsagenda. Er bestaan in Nederland ook aanzienlijke verschillen in gezondheid tussen etnische groepen (De Hollander et al., 2006). Het terugdringen van gezondheidsachterstanden op basis van etniciteit is echter geen doelstelling in het preventiebeleid (VWS, 2006a).

Tabel 6.1: Odds ratio voor zelfgerapporteerde ongezondheid naar opleiding^a (Bron: Mackenbach, 2006).

Land	Periode	Leeftijdsgroep	Odds ratio
België	1997	25-74	2,55
Bulgarije	1997	18+	2,19
Denemarken	1994	25-69	2,16
Duitsland	1990-1991	25-69	1,76
Engeland	1995	25-69	3,08
Estland	1996	25-79	3,11
Finland	1994	25-69	2,99
Italië	1994	25-69	2,94
Letland	1999	25-70	2,21
Nederland	1997-1999	25-69	2,81
Oostenrijk	1991	25-69	3,22
Spanje	1997	25-69	2,58
Zweden	1997	25-69	2,37

^aodds ratio voor zelfgerapporteerde ongezondheid ('minder dan goede gezondheid') voor de laagste opleidingsgroep ten opzichte van de hoogste opleidingsgroep onder mannen. Alle odds ratio's zijn statistisch significant hoger dan 1,00.

Integrale aanpak gezondheidsachterstanden nodig

SEGV is een onderwerp dat dwars door alle andere publieke gezondheidsaspecten heen steeds weer naar voren komt (zie ook de hoofdstukken over Roken, Alcohol, Overgewicht, Jeugd en Depressie). Het is een probleem dat vele oorzaken heeft en waarvoor een aanpak vanuit de gezondheidssector alleen onvoldoende is. Een integrale aanpak, gegrondvest op integraal beleid, is dan ook noodzakelijk (Wilkinson & Marmot, 2003; De Hollander et al., 2006).

Belangrijke verschillen tussen landen in aanpak SEGV

In 2005 verscheen een in opdracht van WHO-Europe uitgevoerde review van het publieke gezondheidsbeleid ten aanzien van gezondheidsverschillen in dertien ontwikkelde landen binnen en buiten Europa (Crombie et al., 2005). Hieruit kwam naar voren dat in alle bestudeerde landen het terugdringen van gezondheidsverschillen een belangrijk doel is van het publieke gezondheidsbeleid. Er bestaat echter wel behoorlijk wat variatie in de aanpak van deze verschillen via beleid, zoals ook blijkt uit een in 2006 verschenen review over beleid en strategieën gericht op de aanpak van gezondheidsverschillen van de EU-landen (Judge et al., 2005). De drie landen, namelijk Engeland, Zweden en Nieuw-Zeeland, die naast Nederland in dit hoofdstuk aan de orde komen, hebben met elkaar gemeen dat ze gezondheidsverschillen op een integrale manier proberen te bestrijden, maar ze leggen daarbij verschillende accenten. Engeland is internationaal leidend in de aanpak van SEGV: hier is een nationale strategie ingezet die gericht is op een alomvattende aanpak van het probleem. In Zweden loopt het terugdringen van gezondheidsverschillen als een rode draad door het publieke gezondheidsbeleid. In Nieuw-Zeeland werken alle beleidssectoren aan het bestrijden van SEGV.

Leeswijzer voor dit hoofdstuk

Dit hoofdstuk beschrijft allereerst de kaders voor het SEGV-beleid van individuele landen: dit zijn de programma's ten aanzien van gezondheidsachterstanden van de belangrijkste internationale organisaties (*paragraaf 6.2*). In *paragraaf 6.3* komt aan de orde hoe de aanpak van SEGV eruit ziet in het Nederlandse publiekegezondheidsbeleid, gevolgd door een bespreking van het beleid van achtereenvolgens Engeland, Zweden en Nieuw-Zeeland. Tot slot komen in een discussie de lessen aan de orde die te trekken vallen uit een vergelijking tussen het beleid in Nederland en dat in andere landen (*paragraaf 6.4*).

6.2 Internationale beleidskaders

Verskillende inter- en supranationale organisaties besteden aandacht aan gezondheidsachterstanden. Met hun programma's bieden zij inhoudelijke kaders voor nationale beleidsvorming. De internationale beleidskaders kunnen daarnaast ook inspiratie bieden voor het Nederlandse beleid.

Voor Europese landen zijn vooral de programma's en activiteiten van de Europese Unie (EU) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van belang. Deze zijn hieronder beschreven.

6.2.1 EU-beleid

Aandacht voor gezondheidsverschillen bestaat al langere tijd in EU

Al een aantal jaren staan gezondheidsverschillen op de agenda van de EU. In 1993 presenteerde de Europese Commissie de eerste strategie op het gebied van publieke gezondheid (EC, 1993). Hierin werden sociaal-economische en regionale gezondheidsverschillen, veroorzaakt door werkloosheid, discriminatie en armoede, al genoemd. De strategie noemt sociale uitsluiting één van de belangrijkste uitdagingen op het gebied van volksgezondheid. Er wordt dan ook een link gelegd met een in dezelfde tijd gepresenteerd programma op het terrein van sociale uitsluiting. Deze eerste strategie bepleitte ook aandacht voor de gezondheidsaspecten van ander EU-beleid. In de praktijk werd echter in het eerste Volksgezondheidsprogramma (1996-2002), dat eigenlijk uit acht kleine programma's bestond, vooral de nadruk gelegd op specifieke aandoeningen. Wel was één van die acht programma's gericht op gezondheidsbevordering. In het Volksgezondheidsprogramma dat erop volgde (2003-2007) kwam 'addressing health determinants' als één van de drie hoofddoelstellingen wel specifieker en nadrukkelijker aan de orde, maar de leefstijlonderdelen daarvan kregen toch relatief meer aandacht dan de sociaal-economische aspecten. De Britten hebben vervolgens een extra impuls gegeven aan aandacht voor gezondheidsverschillen door het tot een prominent thema van hun EU-voorzitterschap in 2005 te maken.

Gezondheidsverschillen blijven aandachtspunt EU

Sinds de eerste publiekegezondheidsstrategie van de Europese Unie is het onderwerp gezondheidsverschillen in meer of mindere mate steeds een aandachtspunt voor de EU gebleven (EC, 2000; EU, 2002a). Ook thans komt het thema vaak aan de orde bij EU-activiteiten in het kader van publieke gezondheid (EC, z.j.a; EC, 2005b). De EU formuleert drie doelen ten aanzien van gezondheidsverschillen:

- Het verbeteren van de gezondheid van alle burgers in de richting van die van de meest bevoorrechten.
- Waarborgen dat een goed antwoord wordt geboden op de gezondheidsbehoeften van de minst bevoorrechten.
- Bevorderen dat er meer vaart komt in de verbetering van de gezondheid van mensen in minder gezonde regio's en landen.

In het Volksgezondheidsprogramma dat vanaf 2008 moet gaan lopen komt nu voor het eerst expliciet een passage voor waarin staat dat het programma moet bijdragen aan meer gelijkheid in gezondheid. Ook moet het programma de oorzaken van gezondheidsverschillen identificeren en de uitwisseling van 'best practices' van de bestrijding ervan stimuleren.

De EU beschouwt gezondheidsverschillen allereerst als een probleem dat ieder individueel land zelf moet oplossen, maar ook als een gemeenschappelijk vraagstuk (Kyprianou, 2005). De EU ziet zichzelf dan ook als een goed platform om veel verschillende partners bijeen te brengen om te werken aan de bestrijding van het probleem (Madelin, 2005). De EU acht onderzoek naar de oorzaken van gezondheidsachterstanden noodzakelijk. Ook wil de EU kennis ontwikkelen ten aanzien van maatregelen om achterstanden te bestrijden (EC, z.j.b).

EU legt verband met andersoortig beleid

Aandacht voor gezondheidsachterstanden moet volgens de EU ook geïntegreerd worden in ander beleid ('Health in All Policies'), zoals beleid ten aanzien van werkgelegenheid, gezinnen, fysieke omgeving en onderwijs (Madelin, 2005). Maar ook uit eigen beweging leggen andere sectoren binnen de EU een link naar gezondheidsachterstanden. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in de zogenaamde 'Lissabon Strategie', dat wil zeggen het streven van de EU om 's werelds meest concurrerende kenniseconomie te worden (*tekstblok 6.1*). Het bestrijden van werkloosheid en sociale uitsluiting zijn integrale onderdelen van die strategie. In het Europese actieprogramma omtrent sociale uitsluiting en armoede staat bijvoorbeeld expliciet vermeld dat dit programma wordt uitgevoerd in samenhang met communautaire activiteiten op alle relevante terreinen. Eén van de terreinen die vervolgens genoemd wordt, is volksgezondheid (EU, 2002b). Omgekeerd is gezondheid volgens de EU ook een voorwaarde voor productiviteit en economische groei (EC, 2005a). Deze benadering komt duidelijk naar voren in een aantal conclusies van de Raad van de EU naar aanleiding van een in 2006 georganiseerde EU-conferentie over Health in All Policies (Council of the European Union, 2006).

Tekstblok 6.1: De Lissabon Strategie: economische groei, werkgelegenheid en uitroeiing van sociale uitsluiting.

De Europese Unie heeft in 2000 in Lissabon besloten om te werken aan een strategie om van Europa de meest competitieve en dynamische kenniseconomie ter wereld te maken, met duurzame economische groei, meer en betere banen en sterkere sociale samenhang. De strategie wordt vormgegeven door middel van de zogenaamde 'Open Methode van Coördinatie', waarbij landen op nationaal niveau het beleid implementeren en daarover jaarlijks rapporteren aan de Europese Commissie, waarna feedback volgt. Het Europese werkgelegenheidsbeleid is een onderdeel van de Lissabon Strategie. Deze strategie streeft allereerst naar een inclusieve arbeidsmarkt met aandacht voor groepen met minder kansen zoals langdurig werklozen, arme werkenden, vrouwen en gehan-

dicapten. Een tweede belangrijk onderdeel is het beleid ten aanzien van sociale bescherming en integratie. Lidstaten moeten beleid ontwikkelen rond de thema's 'de uitroeiing van armoede en sociale uitsluiting', 'toereikende en duurzame pensioenen' en 'toegankelijke, kwalitatief hoogstaande en duurzame gezondheidszorg en langdurige zorg'. In het kader van de Lissabon Strategie zijn indicatoren vastgesteld om de voortgang te meten. Dit zijn indicatoren van armoede en werkloosheid, maar ook van gezondheid (waaronder ervaren gezondheid gedifferentieerd naar inkomen).

Bron: EC, z.j.c; EC, 2006; De Hollander et al., 2006

6.2.2 Wereldgezondheidsorganisatie

Wereldgezondheidsorganisatie (WHO-Europe); van Health 21 naar nu

Ook bij de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) staan gezondheidsachterstanden op de agenda. In 1998 publiceerde WHO-Europe¹ het document 'Health 21', waarin 21 na te streven doelstellingen op het gebied van volksgezondheid zijn geformuleerd (WHO, 1998). Het was de Europese uitwerking van het wereldwijde 'Health for All' beleid van de WHO. Gezondheid werd in Health 21, in navolging van de Wereldgezondheidsverklaring (tekstblok 6.2), opgevat als een mensenrecht, en één van de drie basiswaarden was een gelijke kans op gezondheid voor iedereen. Behalve in Health 21 kwam het onderwerp gezondheidsverschillen ook aan bod in het al bestaande 'Healthy Cities' programma. De aandacht voor gezondheidsverschillen is steeds een constante factor gebleven in het WHO-beleid (zie bijvoorbeeld Wilkinson & Marmot, 2003).

Determinanten van gezondheid integraal aanpakken

Health 21 benadrukte dat alle beleidsterreinen verantwoordelijk zijn voor het reduceren van gezondheidsverschillen via de determinanten van gezondheid. Het document noemt 'Health Impact Assessment', ofwel gezondheidseffectschatting², als een belangrijk instrument om hier invulling aan te geven. Deze lijn komt steeds duidelijker terug in de verdere beleidsontwikkeling van WHO-Europe. Sinds 2003 is het

¹ Het gebied dat onder WHO-Europe valt is groter dan de Europese Unie. Het gaat om 51 landen in en rond Europa. Daaronder vallen ook landen die tussen EU-lidstaten liggen maar zelf geen lid zijn, zoals Zwitserland. Daarnaast zijn er landen langs de randen van de EU zoals Turkije en Tadjikistan.

² Health Impact Assessment, ofwel gezondheidseffectschatting, is een combinatie van methodes, procedures en instrumenten, waarmee een beleidsvoorstel, programma of project beoordeeld kan worden op effecten op de gezondheid van een bepaalde populatie, en de verdeling van die effecten binnen die populatie.

Tekstblok 6.2: Artikel 2 van de World Health Declaration (1998).

We recognize that the improvement of the health and well-being of people is the ultimate aim of social and economic development. We are committed to the ethical concepts of equity, solidarity and social justice and to the incorporation of a gender perspective into our strategies. We emphasize the importance of reducing social and economic inequities in improving the health of the whole population. Therefore, it is imperative to pay the greatest attention to those most in need, burdened by ill-health, receiving inadequate services for health

or affected by poverty. We reaffirm our will to promote health by addressing the basic determinants and prerequisites for health. We acknowledge that changes in the world health situation require that we give effect to the 'Health-for-All Policy for the 21st century' through relevant regional and national policies and strategies.

Bron: WHO, 1998

onderwerp gezondheidsachterstanden een integraal onderdeel van het programma ten aanzien van de sociale determinanten van gezondheid van WHO-Europe. Het 'European Office for Investment for Health and Development' voert het programma uit ten behoeve van WHO-Europe. Het programma heeft als doel om de sociale en economische determinanten van gezondheid te integreren in het beleid van de landen in de Europese regio (WHO, 2005a). Het programma signaleert bovendien een wederkerige relatie tussen gezondheid en andere beleidsterreinen. Zo worden bijvoorbeeld de opbrengsten van gezondheid voor de economie in kaart gebracht. Maar ook stelt het programma dat gezondheidszorgsystemen het effect van armoede op de gezondheid kunnen helpen verminderen. Een belangrijk uitgangspunt van het programma is daarnaast dat het gezondheidszorgsysteem zo ingericht moet zijn, dat het voorkomt dat mensen door ziekte arm worden (WHO, 2005a). Eén van de achtergronden van dit specifieke aandachtsgebied ligt in het feit dat het overgrote deel van het werk van de Europese regio van de WHO gericht is op de armere nieuwe lidstaten, waaronder voormalige Sovjetlanden.

WHO wereldwijd: aandacht voor sociale determinanten van gezondheid

Het programma van WHO-Europe staat in nauw verband met het werk van de in 2005 opgerichte 'Commission on the social determinants of health' van de wereldwijde WHO. Deze commissie heeft als doel om te stimuleren dat beleid op allerlei terreinen de sociale determinanten van gezondheid in positieve zin beïnvloedt. Het bevorderen van 'equity'³ bij gezondheid staat daarbij centraal. Intersectorale samenwerking vormt in alle activiteiten en projecten van de commissie een belangrijk ingrediënt (WHO, 2006).

³ De term 'equity' - niet te verwarren met equality -, gelijkheid, is moeilijk in het Nederlands te vertalen. Het begrip refereert aan sociale rechtvaardigheid. Op het gebied van volksgezondheid gaat het om gelijke toegang tot zorg, of een gelijke kans op gezondheid voor verschillende maatschappelijke groepen.

In het WHO-beleid ten aanzien van gezondheidsbevordering is het reduceren van gezondheidsverschillen een belangrijk onderdeel. En ook hier roept de WHO landen op een intersectorale aanpak toe te passen. De WHO doet bovendien een klemmend beroep op landen om de implementatiekloof te dichten, om te voorkomen dat op papier gemaakt beleid niet tot uitvoering komt in de praktijk (WHO, 2005b).

6.2.3 Link met andere internationale kaders

Veel internationale organisaties doen uitspraken over gezondheid in relatie tot sociaal-economische verschillen, zoals de Internationale Arbeidsorganisatie (ILO), de Wereldbank met de 'Millennium Development Goals' en de 'Organisation for Economic Co-operation and Development' (OECD). Deze laatste besteedde bijvoorbeeld in het zogeheten OECD 'Health Project', dat in 2004 afliep, onder meer aandacht aan het onderwerp sociaal-economische achterstanden in relatie tot gezondheidszorgsystemen (OECD, 2006).

6.3 Beleidspraktijk rond gezondheidsachterstanden

6.3.1 Beleid in Nederland

Twee onderzoeksprogramma's in de jaren negentig in Nederland

Vóór 1980 was er geen aandacht voor SEGV in het Nederlands publieke gezondheidsbeleid. Hierin kwam verandering door de publicatie in 1980 van een studie over verschillen in sterfte tussen Amsterdamse buurten (Lau-IJzerman et al., 1980). Hieruit bleek dat ongelijkheid in gezondheid nog steeds bestond in Nederland, ondanks inspanningen op het terrein van de sociale zekerheid en gezondheidszorg. In 1985 nam de Nederlandse regering de 'Health for all' doelen van de WHO over. Dit resulteerde in de publicatie in 1986 van het 'Health 2000' rapport van het toenmalige ministerie van WVC, dat een paragraaf over gezondheidsverschillen bevatte (WVC, 1986).

In 1987 werd een nationale conferentie over SEGV georganiseerd, waaruit een voorstel volgde voor een vijfjarig nationaal en door de overheid gefinancierd onderzoeksprogramma. Het programma, dat in 1989 van start ging, was gericht op het genereren van kennis over de omvang en oorzaken van SEGV in Nederland. Voor bijna alle onderzochte indicatoren van gezondheid werden verschillen naar sociaal-economische status gevonden (Mackenbach, 1994a).

In 1995 ging een tweede nationaal onderzoeksprogramma van start, waarin de nadruk lag op de ontwikkeling en evaluatie van interventies en beleid gericht op het verkleinen van SEGV. Uit het programma van de commissie Albeda volgden concrete aanbevelingen gericht op het verkleinen van SEGV (Programmacommissie SEGV-II, 2001). Deze aanbevelingen werden positief ontvangen door de regering die in november 2001 haar standpunt hierop formuleerde (zie 'Concrete doelstelling, maar geen actieplan').

Tekstblok 6.3: Onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar Nederlands SEGV beleid in de periode 2001-2005.

De Algemene Rekenkamer deed in 2003 onderzoek naar enkele onderdelen van de preventieve gezondheidszorg, waaronder het beleid ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV). De belangrijkste conclusie uit het onderzoek was dat het beleid ter vermindering van SEGV nauwelijks werd uitgevoerd. Er was op dat moment in Nederland sprake van een duidelijke beleidsdoelstelling (zie 'Concrete doelstelling maar geen actieplan'), maar hierbij was niet aangegeven met welke beleidsinstrumenten dit doel zou worden bereikt. De Algemene Rekenkamer gaf het advies

om op korte termijn de beleidsinstrumenten te kiezen om de vastgestelde doelen te realiseren en om daarna de uitvoering voortvarend ter hand te nemen. De reactie van de minister van VWS was dat de uitwerking van concrete maatregelen gericht op SEGV zou worden opgenomen in de preventienota 'Langer gezond leven'. Daarnaast coördineert het ministerie van VWS de sociale pijler in het Grotestedenbeleid (*tekstblok 6.4*).

Bron: Tweede Kamer, 2003; VWS, 2003a

In de jaren daarna werd er echter geen duidelijk actieplan opgesteld om deze doelstelling te realiseren.

Concrete beleidsdoelstelling, maar geen actieplan

In november 2001 formuleerde het kabinet haar standpunt over het eindrapport van de programmacommissie SEGV-II 'Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen' (Programmacommissie SEGV-II, 2001) en over de RIVM-studie 'Gezondheid in de grote steden' (Van der Lucht & Verkleij, 2002). Het kabinet nam het standpunt van de commissie SEGV-II over dat een deel van SEGV te voorkomen is en stelde dat de overheid een verantwoordelijkheid heeft bij het reduceren van juist de vermijdbare SEGV.

Het doel van het Nederlandse beleid, dat in 2001 werd vastgesteld, luidt: 'Het verlengen van de gezonde levensverwachting van de lage sociaal-economische status groepen in 2020 met tenminste 25% van het huidige verschil in gezonde levensverwachting in casu derhalve drie jaren'. Het kabinet wil zich bij het verwezenlijken van dit doel richten op een integrale aanpak vanuit verschillende beleidsterreinen (interdepartementaal), met vier aangrijpingspunten. Het gaat om het verkleinen van: 1) verschillen in opleiding, inkomen en sociaal-economische factoren, 2) negatieve effecten van gezondheidsproblemen op sociaal-economische status, 3) negatieve effecten van een lage sociaal-economische status op gezondheid en om 4) het verbeteren van toegankelijkheid en effectiviteit van gezondheidszorg voor lage sociaal-economische groepen (Tweede Kamer, 2001).

Het kabinet presenteerde een agenda, die enerzijds bestond uit continuering respectievelijk intensivering van bestaand beleid en anderzijds uit opties voor nieuwe beleidsinitiatieven voor de nieuwe kabinetsperiode. Tot een uitwerking van een actieplan om SEGV aan te pakken is het echter niet gekomen in deze en de daaropvolgende kabinetsperiode (*tekstblok 6.3*).

In 2006 kwam de Algemene Rekenkamer opnieuw met aanbevelingen over de preventieve gezondheidszorg. Onderzocht is of de minister van VWS de aanbevelingen uit het rapport van de Algemene Rekenkamer uit 2003 heeft opgevolgd. De Algemene Rekenkamer constateert dat de aangekondigde maatregelen gericht op het terugdringen van SEGV een fractie zijn van de agenda van maatregelen uit het kabinetsstandpunt van 2001. In de nota 'Langer gezond leven' (VWS, 2003b) staat bovendien niet welke effecten aangekondigde acties kunnen hebben op de gezonde levensverwachting van mensen met een lage sociaal-economische status. Dit maakt het moeilijk te beoordelen of het beleidsdoel realistisch is. De Algemene Rekenkamer oordeelt positief over het monitoren van de voortgang met betrekking tot het terugdringen van SEGV, via de Monitor Gezondheidsachterstanden (*tekstblok 6.5*) (Tweede Kamer, 2006).

Preventienota's beschrijven weinig concrete acties

De eerste preventienota 'Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag', die het kabinet in 2003 uitbracht, bevat een paragraaf getiteld 'verschillen hardnekkig' (VWS, 2003b). Hierin staat de conclusie dat sociaal-economische verschillen in gezondheid in de laatste tien jaar niet kleiner zijn geworden. Vanuit de constatering dat een scala aan factoren ten grondslag ligt aan deze verschillen, volgt de conclusie dat een gecombineerde aanpak nodig is. De eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl staat hierbij overigens centraal.

In de beschrijving van de verschillende speerpunten van de nota is steeds aandacht voor de relatie tussen het gezondheidsprobleem en zowel sociaal-economische status als etniciteit. Echter, deze beschrijving wordt niet gevolgd door concrete acties gericht

Tekstblok 6.4: Grotestedenbeleid.

In mei 2003 heeft de staatssecretaris van VWS afspraken gemaakt met bestuurlijke vertegenwoordigers van de vier grote steden (G-4; Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) en de 26 gemeenten uit het Grotestedenbeleid (G-26) over het terugdringen van gezondheidsverschillen in de stad die vooral te maken hebben met de sociaal-economische status van mensen. De door de commissie Albeda geformuleerde aangrijpingspunten voor het terugdringen van SEGV (zie 'Nationale onderzoeksprogramma's hebben veel kennis opgeleverd') lenen zich uitstekend voor een integrale aanpak in het kader van het Grotestedenbeleid.

De hierboven beschreven afspraken hebben echter niet geleid tot een integrale aanpak, zoals ook de Algemene Rekenkamer in haar oordeel constateerde (*tekstblok 6.3*).

Het Grotestedenbeleid is ondertussen haar derde periode (2005-2009) ingegaan. Het beleid is gericht op het realiseren van krachtige steden en richt zich

op het ontwikkelen van doelstellingen in onderlinge samenhang. Het beleid heeft drie pijlers, namelijk de sociale, fysieke en economische pijler. Tot de sociale pijler behoren zeven dossiers, waarvan er één gaat over 'het inlopen van gezondheidsachterstanden ('Gezond en wel in de stad')'. Voor dit dossier heeft het ministerie van VWS 25 miljoen euro toegekend, dit is ongeveer 10% van het totale bedrag dat wordt besteed aan deze pijler.

Onder de noemer 'Gezond en wel in de stad' realiseren de steden een aanpak van overgewicht onder 0- tot 19-jarigen. In het kader van de 'Gezondheidsbenchmark Grotestedenbeleid' leveren de 31 deelnemende steden informatie over het aantal 0- tot 19-jarigen met overgewicht dat 1) via de jeugdgezondheidszorg wordt opgespoord en 2) voor wie gezondheidsinterventies worden ingezet.

Bron: BZK, 2004

Tekstblok 6.5: Monitor Gezondheidsachterstanden.

De Monitor Gezondheidsachterstanden bevat informatie over verschillen naar opleidingsniveau in de Nederlandse bevolking voor diverse gezondheidsindicatoren (ziekten en aandoeningen, ervaren gezondheid en lichamelijke beperkingen), leefstijlfactoren en zorggebruik.

De eerste versie van de Monitor Gezondheidsachterstanden, die in juni 2006 is gelanceerd, is voornamelijk gebaseerd op eerder verzamelde gegevens, zoals die uit de gezondheidsenquête van het CBS, maar bevat geen nieuwe informatie over de gezonde levensverwachting naar sociaal-economische status. In de toekomst worden ook etnische verschillen in gezondheid opgenomen in de Monitor.

Bij de aanbieding van de eerste versie van de Monitor zijn de volgende conclusies aan het ministerie van VWS gepresenteerd:

- Voor de meeste indicatoren voor gezondheid en leefstijl geldt dat er grote verschillen zijn naar opleidingsniveau, waarbij degenen met een laag opleidingsniveau ongezonder zijn.
- De gezondheidsachterstanden bleven behoorlijk stabiel in de periode 1990-2003.

Bron: De Hollander et al., 2006;

www.gezondheidsachterstanden.nl

op het verminderen van SEGV, zoals de Algemene Rekenkamer in haar rapport uit 2006 ook constateerde (Tweede Kamer, 2006).

In de tweede preventienota 'Kiezen voor gezond leven' staat wederom een paragraaf over de invloed van sociaal-economische positie op de gezondheid, gevolgd door de doelstelling 'verkleining verschil in achterstand bij mensen uit lage sociaal-economische milieus' (VWS, 2006a). Het bij de nota behorende actieplan maakt niet duidelijk hoe dit doel bereikt kan worden. Een uitzondering vormt de actie in het kader van het Grotestedenbeleid, waarin een wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden volgens een basismethodiek wordt geïmplementeerd en geëvalueerd in een viertal gemeenten (VWS, 2006b).

Nationale onderzoeksprogramma's hebben veel kennis opgeleverd

Zoals eerder beschreven, zijn er in Nederland twee nationale onderzoeksprogramma's over SEGV geweest. Het eerste programma (1989-1993) was gericht op het verkrijgen van kennis over de omvang en aard van SEGV en determinanten (Mackenbach, 1994a). Het programma bevatte veertig studies, waaronder een grote follow-up studie (de GLOBE-studie) gericht op het ontrafelen van de oorzaken van SEGV. Het programma heeft veel kennis opgeleverd over de omvang en de oorzaken van SEGV. Eén van de bevindingen is dat het effect van sociaal-economische status (SES) op gezondheid belangrijker is in de verklaring van SEGV dan het omgekeerde effect (het effect van gezondheid op SES) (Mackenbach, 1994b).

In het tweede nationale onderzoeksprogramma was het doel het vergroten van de kennis over de effectiviteit van interventies en beleid gericht op het verkleinen van SEGV. De eerder genoemde GLOBE-studie werd ook in het kader van dit programma voortgezet.

In het programma werd uitgegaan van vier mogelijke strategieën gericht op het verkleinen van SEGV (zie ook 'Concrete doelstelling maar geen actieplan'):

- Verbeteren van de sociaal-economische positie van mensen in de lagere strata.
- Verminderen van het effect van gezondheidsproblemen op de sociaal-economische positie.
- Verminderen van blootstelling aan voor de gezondheid schadelijke omstandigheden en gedragingen.
- Aanbieden van extra curatieve gezondheidszorg aan mensen in de lage sociaal-economische groepen.

Het uiteindelijke programma bestond uit twaalf evaluatiestudies, waarbij het grootste deel betrekking had op de derde en vierde strategie (Stronks & Mackenbach, 2006).

Veel partijen werken aan een vermindering van SEGV

Uit bovenstaande blijkt dat er in Nederland geen sprake is van een duidelijk nationaal beleid gericht op de aanpak van SEGV. Na de formulering van het kabinetsstandpunt in 2001, in reactie op de bevindingen van de commissie Albada, volgden verkiezingen in mei 2002 en veranderde het politieke klimaat in Nederland. Op lokaal en landelijk niveau zijn allerlei organisaties wel betrokken bij activiteiten die tot doel hebben om SEGV te verminderen. Verschillende gezondheidsbevorderende instituten, zoals STIVORO, het NIGZ, het Voedingscentrum en het NISB besteden in hun activiteiten aandacht aan mensen met een lage SES. Op lokaal niveau is veel aandacht voor de aanpak van SEGV. In bijna 70% van de gemeentelijke nota's wordt de aanpak van SEGV genoemd (GGD Nederland, 2006).

Veel te leren van de aanpak in andere landen

Uit bovenstaande beschrijving van het beleid in Nederland blijkt dat er na een periode van veel aandacht voor sociaal-economische achterstanden, vooral ingevuld door de uitvoering van twee nationale onderzoeksprogramma's in de jaren negentig, weinig vooruitgang is geboekt op dit terrein. Sinds het afronden van het tweede onderzoeksprogramma in 2001, waaruit duidelijke beleidsaanbevelingen voortkwamen, is er weinig concrete actie geweest op nationaal niveau. Tegelijkertijd bestaat er sinds 2001 wel een concrete beleidsdoelstelling in Nederland gericht op het terugdringen van verschillen in gezonde levensverwachting tussen sociaal-economische groepen. In het kabinetsstandpunt van 2001 staat 'gezien de complexiteit en verwevenheid van de problematiek is een integrale aanpak noodzakelijk' en 'afzonderlijke beleidsinitiatieven werken onvoldoende'. In het vervolg van dit hoofdstuk staat het beleid gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden van drie voorbeeldlanden centraal. Deze landen hanteren een integrale aanpak bij het terugdringen van gezondheidsachterstanden, namelijk Engeland, Zweden en Nieuw-Zeeland. Uit de kernpunten van het beleid van deze drie landen volgt een aantal kernboodschappen voor het beleid in Nederland.

6.3.2 Beleid in Engeland

Eind jaren negentig een ommekeer in het Engelse beleid

In Engeland⁴, van oudsher een klassenmaatschappij, staan gezondheidsverschillen tussen de sociale klassen al meer dan 150 jaar op de politieke en onderzoeksagenda. Nationaal beleid gericht op het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen is echter pas eind jaren negentig ontstaan. Daarvoor was er al jarenlang sprake van sociale en economische veranderingen in het land, die een toename van armoede, werkloosheid en sociale uitsluiting onder de bevolking tot gevolg hadden. Deze ontwikkelingen kwamen ook tot uiting in de gezondheidsgegevens. Tijdens de conservatieve regeringsperiode (1979-1997) bracht een onderzoekscommissie de gezondheidsverschillen in Engeland in kaart. De regering verwierp vervolgens de aanbevelingen uit het hieruit voortvloeiende 'Black Report' (Townsend et al., 1988) omdat ze te kostbaar zouden zijn.

De Labour Partij, die in 1997 aantrad, erkende voor het eerst in Engeland het verband tussen armoede en gezondheid en startte een 'Independent Inquiry into Inequalities in Health'. Het resulterende rapport bevestigde dat de ongelijkheid in gezondheid groter was geworden in Engeland (Acheson, 1998). De levensverwachting bij geboorte was sinds 1972 toegenomen voor alle sociale klassen in Engeland, maar het verschil in levensverwachting tussen sociale klassen bleek eveneens te zijn toegenomen. Voor mannen was het verschil in levensverwachting bij geboorte tussen de hoogste en laagste sociale klasse gestegen van 5,5 jaar in 1972-1976 tot 9,5 jaar in 1992-1996. Voor vrouwen was het verschil gestegen van 5,3 jaar naar 6,4 jaar (Hattersley, 1999). Tegen deze achtergrond kwam de regering met een programma gericht op de aanpak van gezondheidsverschillen.

Brede aanpak van ongelijkheid in gezondheid met concrete doelen

Het Engelse actieprogramma 'Tackling health inequalities: A Programme for Action' heeft een brede aanpak, zoals ook blijkt uit het doel: 'Verkleinen van ongelijkheid in gezondheid door een aanpak gericht op de brede determinanten van ongelijkheid (zoals armoede, slechte opleidingsresultaten, werkloosheid, slechte behuizing, dakloosheid en de problemen van minder bevoorrechte buurten)' (DH, 2003). Dit algemene, brede doel is vertaald naar de volgende concrete doelen voor 2010:

- Een afname van minimaal 10% van het verschil in sterfte tussen enerzijds kinderen van ouders met routinewerk en handarbeiders en anderzijds de totale bevolking.
- Een afname van minimaal 10% van het verschil in levensverwachting tussen de 20% gebieden met de laagste levensverwachting bij geboorte en de totale bevolking.

Het actieprogramma is gericht op het terugdringen van ongelijkheid in gezondheid tussen geografische gebieden, tussen mannen en vrouwen, verschillende etnische

⁴ Deze paragraaf gaat over Engeland en niet over het Verenigd Koninkrijk, waartoe ook Noord-Ierland, Schotland en Wales behoren.

groepen en tussen verschillende sociale en economische groepen. Het actieprogramma is georganiseerd rondom vier thema's:

- Het ondersteunen van gezinnen, moeders en kinderen, gericht op een goede start in het leven en het doorbreken van de cyclus van ongezondheid die van generatie op generatie overgaat.
- Het betrekken van gemeenschappen en individuen bij interventies en programma's, om te zorgen voor een relevante, aansprekende en duurzame aanpak.
- Het voorkomen van ziekten en zorgen voor effectieve behandeling en zorg, zodat het Engelse gezondheidszorgsysteem ('National Health Service') een bijdrage levert aan het terugdringen van gezondheidsverschillen.
- Een aanpak van onderliggende determinanten van gezondheid.

Beleid in Engeland is interdepartementaal

Het Engelse programma wordt geleid door de 'Department of Health'. Onder de verantwoordelijkheid van dit ministerie vallen 'public health', gezondheidszorg, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Binnen dit ministerie is een klein team geformeerd genaamd 'Health Inequalities Unit'. Dit team werkt aan de realisatie van de doelstellingen van het programma, vanuit een interdepartementale werkwijze. Het programma werd dan ook mede ontwikkeld door de twaalf departementen, bijvoorbeeld het ministerie van Onderwijs, het ministerie van Handel en Industrie en het ministerie van Transport. In het actieprogramma staat in detail weergegeven wat elke partij (zoals de departementen, lokale autoriteiten en de National Health Service) binnen welke termijn moet doen in het kader van het programma. Ook geeft het aan hoe monitoring van de voortgang en de resultaten van het programma plaatsvindt.

Lokale aanpak in Engeland, met focus op achterstandsgebieden

De Engelse regering heeft met lokale overheden een akkoord bereikt over de prioriteiten op lokaal niveau, de zogenaamde 'National Public Service Agreement'. Hierin ligt het accent sterk op het verbeteren van lokale diensten (DH, 2003). Eén van de doelen uit dit akkoord gaat over het verkleinen van ongelijkheid in gezondheid. Met de integrale aanpak van gezondheidsverschillen op landelijk niveau als brede basis, komen de belangrijkste bijdragen aan de nationale doelen lokaal tot stand. Het 'Programme for Action' gaat ervan uit dat lokale oplossingen nodig zijn voor lokale gezondheidsverschillen en dat de lokale gemeenschappen het beste weten wat de problemen zijn en hoe deze aan te pakken. Op lokaal niveau wordt gewerkt vanuit 'Local Strategic Partnerships'. Dit zijn samenwerkingsverbanden tussen overheid (zowel National Health Service als gemeenten) en andere actoren, vooral de non-profitsector, gericht op (onder meer) het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Concrete indicatoren voor evaluatie van beleid vanuit brede aanpak in Engeland

Er is een evaluatie uitgevoerd van het beleid in Engeland sinds de publicatie van het Programme for Action in 2003 (DH, 2005a). De evaluatie is onder andere gericht op twaalf indicatoren op nationaal niveau die zijn opgesteld om de voortgang van het programma te monitoren. Voorbeelden van indicatoren zijn: sterftecijfers voor de belangrijkste doodsoorzaken (kanker en hart- en vaatziekten), de prevalentie van

roken, het aantal tienerzwangerschappen, het percentage kinderen dat in huishoudens woont met een laag inkomen, het percentage griepvaccinaties en de groente- en fruitconsumptie. Uit deze indicatoren blijkt dat het beleid breed wordt ingezet. Deels is het beleid gericht op het verbeteren van de sociaal-economische status (SES), deels op factoren die 'intermediair' zijn in de relatie tussen SES en (on)gezondheid, en deels op verschillen in het zorggebruik.

Evaluatie van beleid laat vooruitgang op enkele terreinen zien

Uit in 2005 en 2006 gepubliceerde evaluatierapporten blijkt dat de ongelijkheid in kindersterfte onveranderd is gebleven in Engeland in de afgelopen jaren. De kloof in levensverwachting bij geboorte voor mannen is wat kleiner geworden, terwijl die voor vrouwen juist wat groter is geworden. Er is vooruitgang geboekt op de terreinen 'armoede onder kinderen' en 'huisvesting' en enige vooruitgang op de terreinen van sterfte aan hart- en vaatziekten, kanker, griepvaccinaties, opleidingsniveau en verkeersslachtoffers onder kinderen (DH, 2005a; DH, 2006a). De evaluatie laat ook zien dat bijna alle toezeggingen die de regering heeft gedaan in het kader van de nationale strategie tot april 2004 zijn uitgevoerd. Bij de evaluatie past de kanttekening dat de meest recente evaluatiegegevens de jaren 2002-2004 betreffen en dat veel interventies pas na 2002 op gang kwamen, zodat mogelijke effecten van beleid en interventies pas later zichtbaar worden.

Extra aandacht voor het bevorderen van de gezonde keuze

In november 2004 verscheen een 'White Paper' getiteld 'Choosing Health: making healthy choices easier' (DH, 2004). Met de agenda van de White Paper wil de regering ervoor zorgen dat de gezonde keuze gemakkelijker wordt voor de bevolking. De agenda bestaat uit praktische acties gericht op zes prioriteiten op het terrein van gezondheid. Deze prioriteiten zijn voortgekomen uit een raadpleging van de bevolking en andere geïnteresseerde partijen. Het aanpakken van gezondheidsachterstanden is de eerste prioriteit.

Ook dit beleidsdocument werd gevolgd door een actieplan, het 'Choosing health delivery plan' (DH, 2005b). In het kader van dit actieplan lanceerde de Department of Health in oktober 2006 de 'Health Profile of England'. Dit is een verzameling van nationale en regionale gegevens over de zes prioriteitsgebieden van de hierboven beschreven White Paper. De gegevens zijn ook beschikbaar op lokaal niveau, zodat een vergelijking mogelijk is met de gegevens van andere gebieden. De belangrijkste successen die uit het profiel blijken zijn:

- De levensverwachting neemt toe.
- De kwaliteit van de huizenvoorraad is verbeterd.
- De sterfte aan kanker en hart- en vaatziekten onder de 75 jaar is sinds midden jaren negentig aan het dalen.
- Het aantal kinderen dat in armoede leeft, is gedaald.
- De kloof tussen de armste gebieden en het nationale gemiddelde is afgenomen.

Tegenover deze successen staat dat inwoners van het noorden van Engeland nog steeds een slechtere gezondheid hebben dan de inwoners van het zuiden en dat de levens-

verwachting één jaar korter is voor vrouwen en twee jaar korter voor mannen in het noorden vergeleken met vrouwen en mannen die in het zuiden wonen (DH, 2006b).

Lange onderzoekstraditie in Engeland

Engeland kent een lange traditie in onderzoek naar gezondheidsverschillen. Zowel medische als sociale onderzoeksinstituten, een aantal particuliere welzijnsorganisaties en de Department of Health financieren het onderzoek. Sinds de publicatie van het Black Report (Townsend et al., 1988), is veel energie gestoken in onderzoek naar de aard en omvang van SEGV en in onderzoek naar het relatieve belang van verschillende verklaringen hiervoor. Engeland kent een aantal onderzoeksprogramma's met een speciale focus op gezondheidsverschillen, vanuit een aantal specifieke thema's, waaronder:

- De invloed van omstandigheden gedurende de levensloop op gezondheid van volwassenen.
- De rol van (vooral werkgerelateerde) psychosociale factoren.
- De rol van 'plaats' (in geografische zin) als oorzaak van gezondheidsverschillen.
- Het effect van sociaal beleid en lokale publiekegezondheidsinterventies op de reductie van gezondheidsverschillen (Benzeval, 2002).

6.3.3 Beleid in Zweden

Hernieuwde belangstelling voor publiekegezondheidsbeleid in Zweden vanaf jaren tachtig

Het terrein van publieke gezondheid werd in Zweden in het naoorlogse tijdperk gedomineerd door een sterke focus op de medische sector. Deze focus kwam voort uit een geloof in het vermogen van artsen en de gezondheidssector om de belangrijkste gezondheidsproblemen op te lossen. De nadruk in gezondheidsbeleid lag op medische zorg en preventie raakte op de achtergrond. In de jaren tachtig van de vorige eeuw kreeg publieke gezondheid een sterkere positie. Onder andere door de verspreiding van aids kwam de vraag op of een toename van uitgaven voor de gezondheidszorg wel leidde tot een verbetering van de publieke gezondheid. Ook drong het besef door dat er zelfs in een egalitaire samenleving als Zweden grote en groeiende verschillen in gezondheid bestonden tussen sociale klassen. Deze constatering vroeg om een herformulering van het Zweedse publiekegezondheidsbeleid (Ågren, 2003). In 1997 werd het 'National Public Health Committee' aangesteld, een parlementaire commissie bestaande uit vertegenwoordigers van alle partijen in het parlement, experts uit de onderzoekswereld en belangengroepen. Deze commissie bracht in december 2002 een voorstel uit bestaande uit elf algemene doelen op het terrein van publieke gezondheid. Dit voorstel vormde de basis voor het nieuwe publiekegezondheidsbeleid in Zweden (Ågren, 2003).

Nationale strategie met focus op determinanten van gezondheid

In april 2003 keurde het Zweedse Parlement een nieuwe intersectorale nationale strategie voor publieke gezondheid goed. De strategie is gebaseerd op één overkoepelend

Tekstblok 6.6: Elf doelstellingen van het Zweedse publieke gezondheidsbeleid die betrekking hebben op de belangrijkste determinanten van gezondheid in Zweden.

- | | |
|--|--|
| 1. Participatie en invloed in de samenleving. | 8. Veilige en goede seksuele en reproductieve gezondheid. |
| 2. Economische en sociale zekerheid. | 9. Toename van lichamelijke activiteit. |
| 3. Veilige en gunstige omstandigheden gedurende jeugd en adolescentie. | 10. Gezonde voedingsgewoonten en veilig voedsel. |
| 4. Gezondere arbeidsomstandigheden. | 11. Afname gebruik tabak en alcohol en een samenleving die vrij is van gebruik van illegale drugs en doping, terugdringen schadelijke effecten van excessief gokken. |
| 5. Gezonde en veilige omgeving en producten. | |
| 6. Actiever bevorderen van de gezondheid door de zorg. | |
| 7. Effectieve bescherming tegen infectieziekten. | |

Bron: Ågren, 2003

doel: 'Het creëren van maatschappelijke condities die zorgen voor een goede gezondheid voor de gehele bevolking'. Verder is vastgesteld dat het van groot belang is om de gezondheid te verbeteren van groepen die het meest kwetsbaar zijn als het om gezondheid gaat. Het beleid is dan ook gericht op het terugdringen van verschillen in gezondheid naar geslacht, sociale klasse, etniciteit of seksuele oriëntatie. De doelen van het Zweedse beleid zijn gericht op de belangrijkste determinanten van gezondheid in Zweden (*tekstblok 6.6*). De eerste zes doelen gaan over structurele factoren die de gezondheid van mensen beïnvloeden (bijvoorbeeld inkomen, sociaal kapitaal, omstandigheden in de jeugd, arbeidsomstandigheden) en de overige vijf doelen gaan over leefstijlfactoren (bijvoorbeeld voeding, lichamelijke activiteit, preventie van infectieziekten) (Ågren, 2003).

Intersectorale aanpak staat centraal in Zweden

Publieke gezondheid valt in Zweden onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken, waarmee in principe al een brug is geslagen tussen twee beleidsterreinen. Vanuit de Zweedse optiek is het terrein van de publieke gezondheid echter bij uitstek intersectoraal en interdisciplinair van aard. Andere beleidsgebieden beïnvloeden immers de meeste factoren die bepalend zijn voor gezondheid of gezondheidsdeterminanten. De brede focus op gezondheidsdeterminanten als basis van het publieke gezondheidsbeleid (*tekstblok 6.6*) betekent dat de uitvoering grotendeels plaatsvindt buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld op de terreinen van de arbeidsmarkt, het welzijnsbeleid, de consumptiepatronen van mensen en het gezondheidszorgbeleid.

Coördinatie op nationaal niveau en uitvoering op regionaal en lokaal niveau

De beleidsinstrumenten van de regering op nationaal niveau zijn het opstellen van doelen, het monitoren van de voortgang op het beleidsterrein en het rapporteren over de resultaten. De doelgroepen van het beleid zijn nationale, regionale en lokale autoriteiten, de private sector en de vrijwilligerssector. Het uitvoerende werk op het terrein van de publieke gezondheid gebeurt op regionaal of lokaal niveau en door Niet-Gouvernementele Organisaties (NGO's). De belangrijkste verantwoordelijkheid voor de

Tekstblok 6.7: Aanbevelingen uit het 'Public Health Policy Report 2005' van het Swedish National Institute of Public Health over psychische ongezondheid.

Vooral onder jonge kinderen neemt de psychische ongezondheid toe. Deze toename komt volgens het instituut vooral voort uit de ongelijkheid in levensomstandigheden van mensen. Voorstellen gericht op een aanpak van deze omstandigheden zijn:

- Het terugdringen van lange termijn werkloosheid.
- Versterken van maatregelen tegen discriminatie.

- Meer invloed geven aan de inwoners van kwetsbare stedelijke woongebieden.
- Investeren in opvoedingsondersteuning.
- Verbeteren van kennis over de gehele levenssituatie van mensen (werk en andere terreinen van het leven).

Bron: Swedish National Institute of Public Health, 2005

uitvoering van het publiekegezondheidsbeleid ligt bij gemeenten en districten, want juist op lokaal niveau hebben beleidsbeslissingen veel invloed op de levensomstandigheden van mensen. Vanuit de 'Health and Medical Care Services Act' zijn lokale en regionale autoriteiten ook verantwoordelijk voor de implementatie van preventieve maatregelen (Ågren, 2003).

Nationale coördinatie en monitoring van het beleid

Het 'Swedish National Institute of Public Health' speelt een centrale rol in de coördinatie van publieke gezondheid op nationaal niveau. Het instituut ondersteunt de implementatie, monitoring en evaluatie van de elf doelen van het publiek gezondheidsbeleid en heeft indicatoren ontwikkeld om de voortgang ten aanzien van deze doelen te monitoren. Voorbeelden van indicatoren zijn: het percentage mensen met betaald werk (gemeten op gemeenteniveau), zelfgerapporteerde aan werk gerelateerde gezondheid (gemeten op regionaal niveau), kwaliteit van de relatie tussen ouders en kinderen (gemeten op nationaal niveau).

Elke vier jaar moet het instituut een rapport uitbrengen aan de regering, als basis voor een discussie over het succes van het publiekegezondheidsbeleid. Het eerste 'Public Health Policy Report' verscheen in 2005 (Swedish National Institute of Public Health, 2005). Hierin stonden zowel de stand van zaken op het terrein van de verschillende gezondheidsdeterminanten als de maatregelen die geïmplementeerd zijn om de gezondheid van de populatie te beïnvloeden. Het rapport beschrijft zowel positieve ontwikkelingen op het terrein van de publieke gezondheid (zoals een daling van het aantal rokers in alle bevolkingsgroepen, een stijging van de vaccinatiegraad bij kinderen, een daling van het aantal ongevallen op het werk en een daling van het aantal verkeersongevallen) als negatieve ontwikkelingen (een stijging van het aantal langdurig werklozen sinds 2002, een recente toename van hiv en chlamydia onder de bevolking, een stijging van het aantal mensen met (ernstig) overgewicht en een toename van de alcoholconsumptie met 30% in de afgelopen tien jaar, vooral onder jongeren).

In het rapport doet het Swedish National Institute of Public Health ook aanbevelingen over te volgen toekomstig beleid, zoals op het gebied van psychische gezondheid

Tekstblok 6.8: Voorbeeld van een gezondheidseffectschatting: effecten van het Europese Landbouw-beleid op de gezondheid.

Het National Institute of Public Health heeft een analyse gemaakt van het Europese Landbouw-beleid waaruit blijkt dat dit beleid een aantal negatieve effecten heeft op gezondheid. Veel ongezonde voedingsmiddelen worden gesubsidieerd, zoals volle melkproducten, terwijl de toegang tot

groenten en fruit wordt belemmerd. Het beleid leidt tot een verdere toename van het aantal mensen met overgewicht en de excessieve inname van vet.

Bron: Ågren, 2003

(tekstblok 6.7). In totaal doet het instituut 42 voorstellen, die zijn gekoppeld aan de 11 doelstellingen van het Zweedse publieke gezondheidsbeleid (tekstblok 6.6).

Een bijzonder onderdeel van het monitoren van beleid bestaat uit het uitvoeren van gezondheidseffectschattingen, waarbij de effecten van beleid in een andere sector op de gezondheid in kaart worden gebracht (tekstblok 6.8).

6.3.4 Beleid in Nieuw-Zeeland

Gezondheidsverschillen sociaal-economisch en etnisch van aard

In Nieuw-Zeeland zijn, zoals in veel andere landen, gezondheidsachterstanden een bron van zorg. Uit gegevens over de periode tussen 1988 en 1999 blijkt een toename van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In deze periode nam de kloof in levensverwachting bij de geboorte tussen rijk en arm bij mannen toe van 3,4 tot 5,0 jaar, maar nam voor vrouwen iets af van 2,9 tot 2,7 jaar (Blakely et al., 2005). Het gaat in het Nieuw-Zeelandse beleid echter niet alleen om sociaal-economische gezondheidsverschillen, maar ook om etnische verschillen in gezondheid. Die achterstanden doen zich vooral voor bij 'Maori' (de autochtone Nieuw-Zeelandse bevolking) en de pacifische bevolking (immigranten vanuit de kleinere eilanden in de Stille Zuidzee, zoals Polynesië en Melanesië). De levensverwachting bij de geboorte van de Maori bevolkingsgroep is 8,5 jaar korter dan die van andere bevolkingsgroepen; het verschil is 8,7 jaar voor vrouwen en 8,2 jaar voor mannen (Statistics New Zealand, 2004). Voor een aanzienlijk deel zijn deze gegevens terug te voeren op de sociaal-economische achterstand van de Maori en de pacifische bevolking in Nieuw-Zeeland. Deze kenmerkt zich onder meer door hogere werkloosheid, hogere schooluitval en lagere scholing (Te puni kokiri, z.j.).

In 2003 kwam een rapport uit waaruit bleek dat vooral de Maori bevolking achterbleef bij andere etnische groepen wat betreft de daling van sterfte (Ajwani et al., 2003). Dit was de aanleiding voor extra beleidsinspanning om hier verandering in te brengen. In zijn voorwoord tot het rapport schreef de plaatsvervangend directeur-generaal volksgezondheid dat dit een taak was voor alle sectoren in het beleid en in de samenleving. De gezondheidssector had volgens hem evenwel een speciale verantwoordelijkheid

ten aanzien van toegankelijkheid van zorg voor mensen die deze het hardst nodig hebben (Ajwani et al., 2003).

Gezondheidsverschillen vormen speerpunt van publiekegezondheidsbeleid

Er zijn twee overkoepelende strategieën die richting geven aan het publiekegezondheidsbeleid in Nieuw-Zeeland, te weten de nationale gezondheidsstrategie en de strategie ten aanzien van gehandicapten. In beide staat het verkleinen van gezondheidsachterstanden centraal. De nationale gezondheidsstrategie die in 2000 gelanceerd werd, vermeldt het belang van aandacht voor de Maori en de pacifische bevolking, en voor mensen met een lage sociaal-economische status. In de gehandicaptenstrategie komt vooral de positie van de Maori en de pacifische bevolking aan de orde. Dit speerpunt komt in bijna alle onder de overkoepelende strategieën vallende programma's terug (New Zealand Ministry of Health, 2006). Een voorbeeld is het programma betreffende kanker, wat gericht is op het reduceren van de verschillen in incidentie van en sterfte aan kanker tussen Maori en andere groepen (Maori hebben 18% meer kans op de diagnose kanker en vervolgens 93% meer kans om aan kanker te overlijden) (Robson et al., 2006). Eén van de programma's onder de nationale gezondheidsstrategie is zelfs exclusief gericht op de verbetering van de gezondheid van de genoemde etnische groepen. Bij het terugdringen van gezondheidsverschillen werken de ministeriële afdelingen Publieke Gezondheid en Maori Gezondheid samen.

Gezondheidssector opereert vanuit een overkoepelende visie

Het ministerie van Volksgezondheid heeft een visiestuk geschreven dat het uitgangspunt van de aanpak van gezondheidsachterstanden vormt (New Zealand Ministry of Health, 2002). Centraal staan vier strategieën:

- Aanpakken van onderliggende sociale, culturele, economische en historische oorzaken van gezondheidsachterstanden (structurele aanpak).
- Werken aan de wegen waarlangs achterstanden tot stand komen: materiële, psychosociale en gedragsmatige factoren (oorzakelijke aanpak).
- Specifieke activiteiten in (gehandicapten)zorg ontwikkelen (aanpak in zorgverlening en gehandicapten diensten).
- Verminderen van de invloed van slechte gezondheid op sociaal-economische positie (impactgerichte aanpak).

Die strategieën zijn leidend voor de nationale, regionale en lokale aanpak door overheid, zorg en financiers.

Gezondheidsachterstanden ook kerndoel op regionaal niveau

Nieuw-Zeeland kent 21 (deels door de bevolking gekozen) 'District Health Boards' die de taak hebben om te zorgen dat gezondheidszorgdiensten en gehandicaptenzorg beschikbaar zijn voor de bevolking van de regio. Deze District Health Boards hebben zowel taken in de curatieve gezondheidszorg als in openbare gezondheidszorg en preventie. Het verminderen van de gezondheidsachterstanden van Maori en het elimineren van gezondheidsachterstanden van andere specifieke groepen maakt uitdrukkelijk deel uit van hun opdracht (New Zealand Ministry of Health, 2005a).

Tabel 6.2: Jaarrapportage 2004 ministerie van Volksgezondheid Nieuw-Zeeland; Voorbeelden van investeringen in reductie gezondheidsverschillen (Bron: New Zealand Ministry of Health, 2004).

Activiteit	Bedrag in miljoen euro
Verbetering van zorgverlening aan Maori. Inclusief initiatieven gericht op ontwikkeling van Maori arbeidspotentieel in de gezondheidszorg.	6.073,-
Verbetering van zorgverlening aan de pacifische bevolking. Met name initiatieven gericht op de ontwikkeling van een arbeidspotentieel in de gezondheidszorg vanuit de pacifische bevolking.	2.768,-
Suicide preventieprogramma. Een programma gericht op het verminderen van de hoge zelfdodingscijfers onder (vooral) jonge Maori mannen.	840,-
Intensief huisbezoek. Hierin een aanpak gericht op de determinanten van gezondheidsverschillen zoals woonomgeving, inkomen, arbeid en opleiding.	1.655,-
Preventie van huiselijk geweld. Allerlei activiteiten met speciale aandacht voor Maori.	0,4,-
Stoppen met roken voor Maori. Bijvoorbeeld: 'community based counselling' services, massamediale campagne en een telefonische hulpdienst.	2.746,-
Eerstelijnszorg. Financieren van 35 kleinschalige projecten betreffende innovatieve manieren om toegang tot eerstelijnszorg te verbeteren.	1.272,-
Lokale intersectorale actie voor gezondheid. Vier intersectorale community based initiatieven en twee pilot initiatieven om toegang tot zorg te verbeteren. Betreft gebieden met grote sociaal-economische achterstand, grote gezondheidsverschillen en een grote groep mensen met een gezondheidsachterstand (Maori, pacifisch, laag inkomen).	995,-

Monitoring van resultaten: jaarlijkse verantwoording op regionaal en nationaal niveau

De District Health Boards zijn verantwoording verschuldigd aan het ministerie van Volksgezondheid over al hun werk, en dus ook over de activiteiten op het terrein van gezondheidsverschillen. Het ministerie van Volksgezondheid rapporteert vervolgens jaarlijks aan het parlement over de vorderingen bij het verminderen van gezondheidsverschillen (New Zealand Ministry of Health, 2004). In deze jaarlijkse rapportage wordt niet alleen beschreven wat er gedaan is en wat dat gekost heeft, maar ook hoe de achterstanden zich ontwikkelen (New Zealand Ministry of Health, 2004). Uit deze verantwoordig blijkt ook duidelijk dat men vooral focust op etnische gezondheidsverschillen (*tabel 6.2*).

Gezondheidsachterstandenbeleid ingebed in breder overheidsbeleid

Het bestrijden van gezondheidsachterstanden is onderdeel van een breder achterstandenbeleid waarbij alle departementen betrokken zijn (New Zealand Ministry of Health, 2004). In 2004 werd het huidige beleid voor de bestrijding van achterstanden van de Maori en de pacifische bevolking door de regering vastgesteld (Ministry of Social Development, z.j.). Het beleid omvat activiteiten aangaande gezondheid, opvoeding in het gezin, arbeidsmarkt, scholing, inkomen en armoede, huisvesting, criminaliteit, culturele identiteit, en sociaal kapitaal/sociale cohesie (*tekstblok 6.9*). Middels een reeks indicatoren, over de hele breedte van achterstanden, wordt gemonitord of het beleid succesvol is (Maharey, 2003). De minister van Sociale Ontwikkeling en Werkgelegenheid heeft blijkens het beleidsplan vooral een agenderende rol. De uitvoering van het beleid wordt ingebed in de ministeries die zich met de verschillende speerpunten

Tekstblok 6.9: Prioriteiten van het brede achterstandenbeleid in Nieuw-Zeeland.

- Een krachtig programma voor vroege interventie bij risicogezinnen en -kinderen.
- Uitvoeren van een 'Working for Families' programma voor kinderen die in armoede opgroeien.
- Verbeteren van zorg, met name eerstelijnszorg.
- Vergroten van participatie aan voorschoolse educatie onder groepen met lage participatiegraad.
- Verbeteren van participatie en prestaties van jongeren die mogelijk voortijdig school verlaten.
- Verbeteren van scholings- en werkgelegenheidsaanbod voor werkloze jeugd.
- Hindernissen voor arbeidsparticipatie voor groepen met een achterstand aanpakken.
- Verbeteren van financiering en uitvoering van diensten aan risicogroepen.
- Investeren in gemeenschappen en vergroten van participatie van die gemeenschappen.
- Aanpakken van risicofactoren voor slechte gezondheid en verbeteren van gezondheidsdiensten voor hen die grotere kans op een slechte gezondheid hebben.
- Verbeteren van het raamwerk en de methoden voor evaluatie van het programma.

Bron: Minister for Social Development and Employment, 2003

bezighouden. Ook doet ieder ministerie, waaronder het ministerie van Volksgezondheid, zelf verslag van de activiteiten en de resultaten. Hoewel sociale rechtvaardigheid een belangrijke drijfveer is voor het beleid, noemt de minister voor Sociale Ontwikkeling en Werkgelegenheid ook andere redenen voor het bestrijden van achterstanden:

- Economische groei.
- Reductie van maatschappelijke kosten, zoals hoge consumptie van zorg, kosten van sociale dienstverlening, criminaliteit.
- Verbeteren van sociale samenhang.

Resultaten lijken bemoedigend, maar meer is mogelijk

In 2005 liet het ministerie van Volksgezondheid weten dat er eerste positieve resultaten zijn geboekt wat betreft het verminderen van gezondheidsverschillen. Er zijn afnames van verschillen in de incidentie van suïcide, de prevalentie van roken, en in de zuigelingensterfte (New Zealand Ministry of Health, 2005b). Toch is er ook kritiek op het gezondheidsachterstandenbeleid van de overheid. De Nieuw-Zeelandse 'Public Health Association' geeft aan dat de investeringen van de overheid te eenzijdig op zorg gericht zijn en te weinig op preventie (zie ook tabel 6.2). Een heel concrete aanbeveling van de Association is om meer gebruik te maken van accijnzen op tabak, alcohol en gokken (New Zealand Public Health Association, 2005).

6.4 Discussie en conclusies

Achterstandenbeleid van voorbeeldlanden vormt bron van inspiratie

In dit hoofdstuk komt een aantal kenmerken van het achterstandenbeleid van drie voorbeeldlanden aan de orde. Deze landen kunnen op een aantal punten als bron van inspiratie dienen voor het verder vormgeven van het Nederlandse achterstandenbeleid en deze punten komen verderop in deze beschouwing aan de orde. Uiteraard verschilt de sociale, economische en culturele context per land, waardoor een rechtstreekse

‘vertaling’ van elementen van het beleid in het ene land naar het andere land zelden mogelijk is. Alle drie de voorbeeldlanden hebben bijvoorbeeld een door de overheid gefinancierd ‘Beveridge’-systeem van gezondheidszorg. In een dergelijk systeem liggen zorg en publieke gezondheid dicht bij elkaar dan in landen als Nederland, met een zogenaamd ‘Bismarck’-systeem met een krachtiger verzekeringscomponent.

Naast voorbeelden van landen met een succesvol gezondheidsachterstandenbeleid kunnen ook de internationale beleidskaders van de EU en de WHO bruikbaar zijn bij het richting geven aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Die stimulans kan bovendien uit meerdere hoeken komen, bijvoorbeeld vanuit de Lissabon Strategie (zie *paragraaf 6.2.1*) die als doel heeft de kenniseconomie te versterken. Vanuit de ‘Open Methode van Coördinatie’ van die strategie moeten de lidstaten van de Europese Unie rapporteren over de voortgang in het bestrijden van armoede en sociale uitsluiting, inclusief gezondheidsachterstanden. Zo verschijnt vanuit de Lissabon Strategie van de EU het aanpakken van achterstanden als vanzelf op de Nederlandse agenda.

Politiek en maatschappelijk klimaat bepaalt acceptatie en vormgeving achterstandenbeleid

Het politieke en maatschappelijke klimaat verschilt per land en kan bepalend zijn voor de acceptatie van beleid gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Zo zagen we dat er in Engeland lange tijd nauwelijks aandacht was voor sociaal-economische gezondheidsverschillen. Pas eind jaren negentig, bij de overgang naar een nieuwe regering, werden deze verschillen als zodanig erkend en was de tijd rijp voor een nationale strategie gericht op de aanpak van gezondheidsverschillen. In Nederland zagen we in de afgelopen jaren een verschuiving naar het uitgangspunt dat het individu zelf verantwoordelijk is voor de gezondheid en is het beleid op zoek naar kosteneffectieve strategieën om de gezondheid van de bevolking te verbeteren. Deze uitgangspunten bieden wel degelijk een basis voor het intensiveren van het beleid gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen. Het uitgangspunt van de eigen verantwoordelijkheid kan immers alleen gelden wanneer mensen ook echt in staat worden gesteld om die verantwoordelijkheid te nemen. Aan deze voorwaarde kan gewerkt worden door bijvoorbeeld interventies te richten op de sociale omgeving van mensen in achterstandssituaties. Verder valt er veel maatschappelijke winst te behalen uit een aanpak gericht op het verminderen van SEGV: het verbeteren van de gezondheid van groepen mensen aan de onderkant van de sociale ladder zal ook effect hebben op andere maatschappelijke terreinen zoals de participatie van deze groepen als het gaat om onderwijs en deelname aan de arbeidsmarkt.

Een nationale strategie als kader voor een lokale aanpak

In Nederland ontbreekt een nationale strategie of een nationaal actieplan gericht op de bestrijding van gezondheidsachterstanden. In de door ons bestudeerde voorbeeldlanden is wel sprake van een duidelijke strategie op nationaal niveau, met duidelijke aansturing en kaders. De uitvoering vindt grotendeels plaats op lokaal (en regionaal) niveau. In Nederland is er op lokaal niveau veel aandacht voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden (GGD Nederland, 2006), maar deze aanpak valt niet binnen

een breed nationaal kader. De aanpak in Engeland, Zweden en Nieuw-Zeeland kan als voorbeeld dienen op dit terrein.

In Engeland is er binnen de Department of Health een Health Inequalities Unit geformeerd die werkt aan de realisatie van de doelstellingen van het beleid op nationaal niveau. In het Programme for Action staat aangegeven wat elke partij (zowel op nationaal als regionaal en lokaal niveau) moet doen. De Engelse regering heeft met de lokale overheden een akkoord gesloten over de aanpak van ongelijkheid in gezondheid, de zogenaamde National Public Service Agreement (DH, 2003). In Zweden heeft de regering op nationaal niveau een aantal beleidsinstrumenten: ze stelt de doelen van het beleid, bewaakt de voortgang en rapporteert over de resultaten van de nationale strategie voor publieke gezondheid. De uitvoering van het publiekegezondheidsbeleid vindt op lokaal of regionaal niveau plaats: lokale en regionale autoriteiten zijn ook verantwoordelijk voor de implementatie van preventieve maatregelen vanuit de 'Health and Medical Services Act'. In Nieuw-Zeeland werkt het ministerie van Volksgezondheid vanuit een aantal strategieën gericht op de aanpak van gezondheidsachterstanden die leidend zijn voor de nationale, regionale en lokale aanpak door overheid, zorg en financiers. In Nieuw-Zeeland zijn 21 District Health Boards die zorgen voor de uitvoering van publieke gezondheidstaken, zowel in de zorg als op het terrein van preventie. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden maakt deel uit van hun opdracht en hierover zijn ze verantwoording schuldig aan het ministerie van Volksgezondheid (New Zealand Ministry of Health, 2005a).

Intersectorale aanpak van gezondheidsachterstanden, zowel nationaal als lokaal

De aanpak van gezondheidsachterstanden kan niet vanuit de gezondheidssector alleen plaatsvinden: vele factoren beïnvloeden het ontstaan en voortbestaan van deze achterstanden. Een veelomvattende aanpak, gegrondvest op integraal beleid, is dan ook noodzakelijk. Deze aanpak komt naar voren uit de visie die inter- en supranationale organisaties als de WHO en de EU uitdragen. Hij staat ook in individuele landen centraal zoals blijkt uit de beschrijving van het beleid in Engeland, Zweden en Nieuw-Zeeland.

In Engeland werken twaalf departementen samen aan één nationaal programma gericht op het terugdringen van ongelijkheid in gezondheid. Dit vanuit het besef dat alle maatschappelijke sectoren beleid dienen te voeren gericht op dit doel, zoals de sectoren Onderwijs, Handel en Industrie en Transport. Deze integrale aanpak bestaat ook op lokaal niveau: vanuit zogenaamde Local Strategic Partnerships wordt samengewerkt tussen lokale partijen uit zowel de publieke als private sector aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. Uitgangspunt bij het Engelse beleid is dat er sprake is van 'a key challenge to work in partnership across traditional boundaries'. In Zweden is het uitgangspunt bij het vormgeven van het publiekegezondheidsbeleid dat dit beleidsterrein bij uitstek intersectoraal en interdisciplinair van aard is. Dit komt tot uiting in de brede focus van het beleid op gezondheidsdeterminanten (zie *tekstblok 6.6*). Uitvoering van beleid gericht op de aanpak van deze determinanten zal vooral buiten de gezondheidssector plaatsvinden, zoals beleid op het terrein van arbeid en welzijn. In Nieuw-Zeeland bestaat er een breed achterstandenbeleid, waarbij alle departementen betrokken zijn. Het bestrijden van gezondheidsachterstanden

is hier een onderdeel van. In Nederland is er op nationaal niveau geen sprake van een integrale aanpak van gezondheidsverschillen. Het ministerie van VWS werkt niet structureel samen met andere departementen in de aanpak van SEGV zoals in de voorbeeldlanden wel gebeurt. Er is in Nederland wel steeds meer aandacht voor integraal gezondheidsbeleid, zeker op lokaal niveau, maar een systematisch overzicht van deze initiatieven ontbreekt.

Monitoring van voortgang en resultaten van beleid van groot belang

Tot slot komt uit de besproken landen het belang naar voren van monitoring van zowel het beleid gericht op het terugdringen van gezondheidsachterstanden, als van de resultaten van dit beleid. Ook op dit punt kunnen de voorbeeldlanden als inspiratie dienen voor Nederland. In Engeland vindt uitgebreide monitoring plaats van de voortgang van het beleid en van de resultaten. De voortgang van het beleid kan ook goed worden gevolgd, omdat de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen goed zijn beschreven. Op nationaal niveau zijn twaalf indicatoren opgesteld om de resultaten van het programma te monitoren. De indicatoren gaan zowel over sociaal-economische status als over determinanten en over zorggebruik. Ook lokale partijen rapporteren over de voortgang van de aanpak van gezondheidsverschillen. In Zweden heeft het Swedish National Institute of Public Health indicatoren ontwikkeld om de voortgang van de elf doelen van het gezondheidsbeleid te monitoren. Elke vier jaar brengt dit instituut een rapport uit aan de regering, als input voor een discussie over het gevoerde beleid op het terrein van de publieke gezondheid. Op basis van deze rapportage doet het Swedish National Institute of Public Health aanbevelingen over toekomstig beleid (Swedish National Institute of Public Health, 2005). In Nieuw-Zeeland is sprake van een jaarlijkse rapportage van het ministerie van Volksgezondheid aan het parlement over de activiteiten, de kosten en de resultaten van het beleid. Door de koppeling met ander achterstandenbeleid, waar ook indicatoren voor zijn vastgesteld, is het mogelijk de samenhang tussen gezondheidsachterstanden en problemen op andere terreinen te monitoren. In Nederland vindt monitoring plaats van de ontwikkeling in de omvang van gezondheidsverschillen via de Monitor Gezondheidsachterstanden (zie *tekstblok 6.5*). In de Monitor zijn echter tot nu toe geen gegevens opgenomen waarmee het mogelijk is te beoordelen in hoeverre de hoofddoelstelling van het Nederlandse beleid, te weten het verbeteren van de gezonde levensverwachting van de lage sociaal-economische status groepen, is bereikt. Het verdient dan ook aanbeveling om gegevens over de gezonde levensverwachting naar sociaal-economische status op te nemen in de Monitor. Daarnaast is het ook van belang dat er monitoring plaatsvindt van de voortgang van het beleid ter bestrijding van gezondheidsachterstanden, zoals ook in de voorbeeldlanden gebeurt.

SEGV op de agenda?

Dat gezondheidsachterstanden in de verschillende voorbeeldlanden zo hoog op de agenda staan is geen toeval. Engeland is vanouds her een samenleving waarin klassenverschillen duidelijk zichtbaar aanwezig zijn. Het spreken over gezondheidsverschillen als uitvloeisel van andere sociale en economische verschillen is in een dergelijke context in zekere zin een logische stap. In Zweden was het juist de schok dat

gezondheidsverschillen kunnen bestaan in een samenleving die extreem egalitair is, die ervoor zorgde dat het beleid met kracht is ingezet. De situatie in Nieuw-Zeeland is geheel anders: omdat achterstanden voor een groot deel langs etnische lijnen lopen, kan men er niet omheen. Het achterstandenbeleid loopt hier bovendien parallel met de erkenning van de historische rechten van de autochtone Maori bevolking.

In Nederland leek in de afgelopen jaren geen krachtige motivatie voor beleid gericht op de bestrijding van gezondheidsachterstanden te bestaan. Mogelijk kan deze motivatie voortvloeien uit de eerder genoemde economische en maatschappelijke winst die met het verkleinen van achterstanden behaald kan worden. Het voorbeeld van Nieuw-Zeeland, maar ook van de EU, waar juist op die winst gewezen wordt, kan wellicht inspiratie bieden. De Volksgezondheid Toekomst Verkenning van 2006 laat zien dat Nederland binnen de EU geen gunstige positie inneemt als het gaat om de levensverwachting van zowel mannen als vrouwen. Deze ongunstige internationale positie van Nederland, dat vroeger in de top van de EU zat op het terrein van levensverwachting van haar inwoners, gaat gepaard met hardnekkige gezondheidsverschillen in de bevolking (De Hollander et al., 2006). Als Nederland op dit gebied weer in de top van de EU wil, kan dit deels bereikt worden door het verkleinen van gezondheidsachterstanden onder de Nederlandse bevolking.

Vanuit internationaal perspectief kunnen we ten slotte de volgende conclusies trekken:

Andere landen laten zien dat een integrale aanpak van gezondheidachterstanden goed mogelijk is.

Vele factoren beïnvloeden het ontstaan en voortbestaan van gezondheidsachterstanden, waardoor beleid gericht op het bestrijden van achterstanden zo breed mogelijk moet zijn, met inzet van alle beleidssectoren. Dat gebeurt bijvoorbeeld in Engeland, Zweden en Nieuw-Zeeland. In Engeland wordt interdepartementaal samengewerkt aan de bestrijding van gezondheidsachterstanden. In Zweden is de integrale aanpak gericht op een breed scala aan determinanten van gezondheid en vindt beïnvloeding van determinanten vooral buiten de gezondheidssector plaats. Nieuw-Zeeland kent een breed achterstandenbeleid, waarbij alle departementen betrokken zijn. Het bestrijden van gezondheidsachterstanden is hier een onderdeel van.

Duidelijke doelen voor beleid zijn noodzakelijk evenals instrumenten die het behalen ervan meten.

In Nederland is het terugdringen van verschillen in gezonde levensverwachting sinds 2001 het enige beleidsdoel voor gezondheidsachterstanden. De Monitor Gezondheidsachterstanden bevat tot nu toe geen gegevens over dit doel, vooral omdat gegevens over sterfteverschillen naar sociaal-economische status ontbreken. Deze gegevens zullen mogelijk nog dit jaar aan de Monitor worden toegevoegd. De Monitor bevat wel gegevens over (trends in) de omvang van opleidingsverschillen in gezondheid, leefstijl, preventie en zorggebruik, maar bij deze gegevens zijn geen beleidsdoelen geformuleerd. De voortgang van beleid (wie doet wat in Nederland aan de bestrijding

van gezondheidsachterstanden) wordt niet gemonitord in Nederland. Engeland kan dienen als voorbeeldland van een uitgebreidere monitoring van de voortgang van het beleid en van de resultaten van het beleid.

In Nederland ontbreekt een nationale strategie gericht op het bestrijden van gezondheidsachterstanden.

In een nationale strategie geeft een land duidelijk aan wat de doelen zijn op het terrein van gezondheidsachterstanden, hoe deze bereikt moeten worden en wat de verschillende partijen op lokaal, regionaal en nationaal niveau hieraan dienen bij te dragen. Een dergelijke strategie bestrijdt versnippering, maar ontbreekt in Nederland. Ook voor het opzetten van een nationale strategie als kader voor een lokale aanpak kan geleerd worden van Engeland, Zweden en Nieuw-Zeeland.

LITERATUUR

- Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. London: The Stationery Office, 1998.
- Ågren G. Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health (revised edition Report), 2003(45).
- Ajwani S, Blakely T, Robson B, Tobias M, Bonne M. Decades of Disparity: Ethnic mortality trends in New Zealand 1980-1999. Wellington: Ministry of Health and University of Otago, 2003.
- Benzeval M. England. In: Mackenbach J, Baker M. Reducing inequalities in health. A European Perspective. London & New York: Routledge, 2002.
- Blakely T, Fawcett J, Atkinson J, Tobias M, Cheung J. Decades of Disparity II Socioeconomic mortality trends in New Zealand, 1981-1999. Public Health Intelligence Occasional Bulletin 25. Wellington: Ministry of Health and University of Otago, 2005.
- Braveman P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annu Rev Public Health*, 2006;27:167-194.
- BZK, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Directie Grote Steden en Interbestuurlijke Betrekkingen. Samenwerken aan de krachtige stad. Grootstedenbeleid III, 2005-2009. Den Haag: BZK, juni 2004.
- Council of the European Union. Council conclusions on Health in All Policies (HiAP). http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/91929.pdf (laatst bezocht op 17 december 2006). Brussels: Council of the European Union, 2006.
- Crombie IK, Irvine L, Elliott L, Wallace H. Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective. Copenhagen: WHO, 2005.
- DH, Department of Health. Tackling Health Inequalities. A Programme for Action. London: DH, 2003.
- DH, Department of Health. Choosing Health: making healthy choices easier. London: The Stationery Office, 2004.
- DH, Department of Health. Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme of Action. London: DH, 2005a.
- DH, Department of Health. Delivering choosing health: making healthier choices easier, maart 2005b.
- DH, Department of Health; Health Inequalities Unit. Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action. 2006 update of headline indicators, 2006a.
- DH, Department of Health. Health Profile of England, 2006b.
- EC, Europese Commissie. Health determinants. Brussel: EC, z.j.a.
- EC, Europese Commissie. Socio-economic determinants of health - health inequalities. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/socio_economics_en.htm (laatst bezocht op 26 juni 2006). Brussels: EC, z.j.b.
- EC, Europese Commissie. The social protection and social inclusion process. http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/index_en.htm (laatst bezocht op 4 oktober 2006). Brussels: EC, z.j.c.
- EC, European Commission. Commission communication on the framework for action in the field of public health. COM(1993) 559 final. Brussels: EC, 1993.
- EC, Europese Commissie. Mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's over de gezondheidsstrategie van de Europese Gemeenschap. COM (2000) 285 def. Brussel: EC, 2000.
- EC, Europese Commissie. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Healthier, safer, more confident citizens: a Health and Consumer protection strategy proposal for a decision of the European Parliament and of the Council establishing a Programme of Community action in the field of Health and Consumer protection 2007-2013. COM(2005) 115 final. Brussel: EC, 2005a.
- EC, Europese Commissie. Communication from the Commission on the Social Agenda. COM(2005) 33 final. Brussel: EC, 2005b.
- EC, Europese Commissie. Portfolio of overarching indicators and streamlined social inclusion, pensions and health portfolios. Brussel: EC, 2006.

- EU, Europese Unie. Besluit Nr. 1786/2002/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 september 2002 tot vaststelling van een communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008). Brussel: Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen, 9-10-2002: L271/1-L271/11, 2002a.
- EU, Europese Unie. Besluit Nr. 50/2002/EG van het Europees parlement en de Raad van 7 december 2001 tot vaststelling van een communautair actieprogramma ter aanmoediging van samenwerking tussen lidstaten bij de bestrijding van sociale uitsluiting. Brussel: Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen, 12-01-2002: L10/1-L10/7, 2002b.
- GGD Nederland. Taskforce Herijking gezondheidsbevordering bij GGD'en. Verslag van de activiteiten 2002-2006. Utrecht, 2006
- Hattersley L. Trends in life expectancy by social class – an update. *Health Statistics Q* 1999;2;16-24.
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (eindred.). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapportnr. 270061003*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- Judge K, Platt S, Costongs C, Jurczak K. *health inequalities: a challenge for Europe*. London: UK presidency of the EU, 2005.
- Kyprianou M. Facing up to health inequalities in Europe. Speech at the 'Tackling health inequalities summit: governing for health: London 17 oktober 2005. London: 2005.
- Lau-IJzerman A, et al. *Vergelijkend buurtonderzoek naar sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid in Amsterdam: eindrapport*. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 1980.
- Lucht F van der, Verkleij H. *Gezondheid in de grote steden*. RIVM-rapportnr. 270555003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Mackenbach JP. *Ongezonde verschillen*. Assen: Gorcum, 1994b.
- Mackenbach JP. *Socioeconomic inequalities in health in The Netherlands: impact of a five year research programme*. *BMJ* 1994a;309:1487-1491.
- Mackenbach JP. *Health inequalities: Europe in profile*. Rotterdam: Erasmus MC-IMGZ, 2006.
- Madelin R. *Health inequalities: a shared responsibility across society and throughout Europe*. Toespraak tijdens de 'Tackling health Inequalities Summit'. London: Governing for Health, 18 oktober 2005.
- Maharey S. *Reducing inequalities: next steps*. Wellington: Office of the Minister for Social Development and Employment, 2003.
- Ministry of Social Development. *Reducing inequalities*. <http://www.msd.govt.nz/work-areas/cross-sectoral-work/reducing-inequalities.html> (laatst bezocht op 17 december 2006), z.j.
- New Zealand Ministry of Health. *Annual report for the year ended 30 June 2004*. Wellington: Ministry of Health, 2004.
- New Zealand Ministry of Health. *District Health Boards*. <http://www.moh.govt.nz/districthealthboards> (laatst bezocht op 28 november 2006), 2005a.
- New Zealand Ministry of Health. *Reducing Inequalities in Health*. [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/523077dddeed012dcc256c550003938b/\\$FILE/ReducIneqal.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/523077dddeed012dcc256c550003938b/$FILE/ReducIneqal.pdf) (laatst bezocht op 28 november 2006). Wellington: Ministry of Health, 2002.
- New Zealand Ministry of Health. *Revealed: progress is made in reducing inequalities in health (persbericht)*. <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/c7a-d5e032528c34c4c2566690076db9b/895cc8ae072a5290cc2570a5001113c9?OpenDocument> (laatst bezocht op 28 november 2006), oktober 2005b.
- New Zealand Ministry of Health. *Statement of intent 2006 to 2009*. Wellington: Ministry of Health 2006.
- New Zealand Public Health Association. *Submission to the Parliamentary Finance and Expenditure Select Committee on the 2005 Budget Policy Statement from the New Zealand Public Health Association of NZ (PHA)*. <http://www.pha.org.nz/docs/Health%20Inequalities/BPS2005FINAL.doc> (laatst bezocht op 28 november 2006). Wellington: PHA, 2005.
- OECD. *Health*. http://www.oecd.org/topic/0,2686,en_2649_37407_1_1_1_37407,00.html (laatst bezocht op 15 november 2006). Paris: OECD, 2006.
- Programmacommissie SEGV-II. *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen*. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2001.
- Robson B, Purdie G, Cormack D. *Unequal Impact: Māori and Non-Māori Cancer Statistics 1996-2001*. Wellington: Ministry of Health, 2006.

- Statistics New Zealand. New Zealand Life Tables 2000-2002 (online). <http://www2.stats.govt.nz/domino/external/pasfull/pasfull.nsf/7cf46ae26dcb6800cc256a62000a2248/4c2567ef00247c6acc256e660082353f?> (laatst bezocht op 22 november 2006), 2004.
- Stronks K, Mackenbach JP. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *Eur J Public Health* 2006;16:346-353.
- Swedish National Institute of Public Health. The 2005 Public Health Policy Report. Summary. 2005, R2005:44.
- Te puni kokiri. Website. <http://www.tpk.govt.nz/default.asp> (laatst bezocht op 17 december 2006), z.j.
- Townsend P, Davidson N, Whitehead M (eds.). *Inequalities in Health (The Black Report & The Health Divide)*. London: Penguin Books, 1988.
- Tweede Kamer. Geïntegreerd kabinetsstandpunt over het eindrapport en de aanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II 'Gezondheidsverschillen verkleinen' en de Volksgezondheid Toekomst Verkenningstudie 'Gezondheid in de grote steden' van het RIVM. Kamerstuk: GZB/GZ-2233385. Den Haag: Tweede Kamer, november 2001.
- Tweede Kamer. Preventieve gezondheidszorg. Rapport Algemene Rekenkamer. Vergaderjaar 2003-2004, 29 300, nrs 1-2, Den Haag: Tweede Kamer, 2003.
- Tweede Kamer. Preventieve gezondheidszorg. Brief van de Algemene Rekenkamer. Vergaderjaar 2005-2006, 29 300, nrs 5-6, Den Haag, 2006.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Onderzoek 'Gezondheidsverschillen preventie en gezond gedrag. Brief van de minister aan de Algemene Rekenkamer (kenmerk: POG/FBI 2.421.107). Den Haag: VWS, 2003a.
- VWS, Ministerie van VWS. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: VWS, oktober 2003b.
- VWS, Ministerie van VWS. Preventienota kiezen voor gezond leven. Den Haag: VWS, oktober 2006a.
- VWS, Ministerie van VWS. Speerpunten en actieprogramma Kiezen voor gezond leven. Den Haag: VWS, oktober 2006b.
- WHO, World Health Organization. Health 21. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO-Europe, 1998.
- WHO, World Health Organization. Socioeconomic determinants of health. [http://www.who.dk/socialdeterminants/](http://www.who.dk/socialdeterminants) (laatst bezocht op 14 november 2006). Copenhagen: WHO-Europe, 2005a.
- WHO, World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Geneva: WHO, 2005b.
- WHO, World Health Organization. Commission on Social determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/en/ (laatst bezocht op 14 november 2006). Geneva: WHO, 2006.
- Wilkinson R, Marmot M (eds). *Social determinants of health. The solid facts*. Copenhagen: WHO-Europe, 2003.
- WVC, Ministerie van WVC. Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoorname. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19500, nrs. 1-2. Rijswijk: WVC, 1986.

7 JEUGD

De Nederlandse jeugd is overwegend gezond, maar adequate preventieve zorg is nodig om de jongeren van nu ook in de toekomst gezond te houden

Ook al zijn Nederlandse jongeren nog wel overwegend gezond, ze investeren net als hun Europese leeftijdsgenoten in ongezondheid op latere leeftijd door veel ongezond gedrag. Daarnaast wordt een aanzienlijk deel van de ziektelast onder jongeren veroorzaakt door psychosociale problemen. Er is daarom behoefte aan integrale (preventieve) zorg voor kinderen met gezondheids- of psychosociale problemen.

Diverse landen hebben de afgelopen jaren een sterkere nationale regie voor de preventieve jeugd(gezondheids)zorg gehad dan Nederland

Engeland, België (Vlaanderen) en Zweden kennen net als Nederland veel initiatieven om de samenwerking in het jeugdbeleid te verbeteren en versnippering tegen te gaan. Lokale overheden en voorzieningen hebben er een belangrijke rol bij de versterking van algemene en preventieve jeugdtaken. In genoemde landen heeft de nationale overheid de wettelijke kaders voor de lokale uitvoering echter sterker bepaald dan in Nederland. Op dat punt kunnen zij als interessant voorbeeld dienen. Ook in Nederland zou de nationale overheid op zijn minst minimeisen kunnen stellen voor wat gemeenten als verantwoordelijke op lokaal niveau moeten doen.

Ook leggen andere landen een sterke nadruk op een positieve benadering en op een integrale en intersectorale aanpak in het jeugdbeleid

Nederland heeft de afgelopen jaren met 'Operatie Jong' een sterke impuls gegeven aan de jeugdzorg voor jongeren die met problemen kampen. Verschillende andere westerse landen richten zich daarnaast sterk op een brede en positieve visie op het jeugdbeleid, met als doel *alle* jongeren te helpen zich zo volledig mogelijk te ontplooiën. Dit positieve uitgangspunt leidt bovendien tot een integrale en intersectorale aanpak om de gezondheid en het welzijn van jongeren te verbeteren.

7 JEUGD

Maartje Harbers

7.1 Inleiding 179

7.1.1 Jongeren als doelgroep 179

7.1.2 Gezondheid en welzijn van de jeugd in internationaal perspectief 181

7.2 Internationale beleidskaders 182

7.3 Visies op jeugdbeleid 185

7.3.1 Nederland 185

7.3.2 Engeland 186

7.3.3 België (Vlaanderen) 187

7.3.4 Zweden 189

7.4 Lokale samenwerking in laagdrempelige centra 191

7.4.1 Nederland 191

7.4.2 Engeland 192

7.4.3 België (Vlaanderen) 194

7.4.4 Zweden 195

7.5 De Gezonde School 197

7.5.1 Nederland 198

7.5.2 Engeland 200

7.5.3 Schotland 202

7.5.4 Duitsland 203

7.6 Discussie en conclusies 203

Literatuur 210

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we drie belangrijke beleidsonderwerpen die voor de jeugd van belang zijn, namelijk ontwikkelingen in het brede jeugdbeleid, de vorming van lokale samenwerking in laagdrempelige centra zoals de Centra voor Jeugd en Gezin, en ten slotte de ‘Gezonde School’ benadering. Zowel scholen als Centra voor Jeugd en Gezin hebben in het huidige regeerakkoord een voornamelijk rol in het preventiebeleid.

Leeswijzer voor dit hoofdstuk

Allereerst beschrijft *paragraaf 7.1* de gezondheid en welzijn van de Nederlandse jeugd zowel in landelijk als in internationaal perspectief. Daarna volgt een schets van de bredere internationale kaders (*paragraaf 7.2*) en nationale visies op het jeugdbeleid in Engeland, België (Vlaanderen)¹ en Zweden (*paragraaf 7.3*) om inzicht te krijgen in hoe deze visie het beleid in de genoemde landen beïnvloedt. In *paragraaf 7.4* worden initiatieven in Engeland, België (Vlaanderen) en Zweden beschreven die vergelijkbaar zijn met de Centra voor Jeugd en Gezin in Nederland. De genoemde landen zijn gekozen omdat zij ook voorzieningen voor de zorg voor jongeren samenbrengen maar steeds vanuit een andere setting. In *paragraaf 7.5* komt de Gezonde School benadering aan bod. In Nederland hebben nog maar weinig scholen een schoolgezondheidsbeleid. Hetzelfde geldt voor Duitsland. In Engeland en Schotland moeten alle scholen echter al op korte termijn Gezonde School zijn. Het is daarom interessant om te kijken hoe deze landen scholen stimuleren met gezondheidsbeleid aan de slag te gaan.

Centrale vraag in dit hoofdstuk is wat Nederland kan leren van het jeugdbeleid in andere landen en de manier waarop deze landen verschillende voorzieningen voor jongeren samenbrengen om tot meer samenhang in de zorg voor jongeren te komen. Een antwoord op deze vraag staat in de discussie en conclusies in *paragraaf 7.6*.

7.1.1 Jongeren als doelgroep

Psychische problemen en ongevallen belangrijkste oorzaak ziektelast bij jongeren

De gezondheidsproblematiek onder jongeren is op zichzelf gezien relatief klein. Verreweg de meeste jongeren zijn gezond. De weinige kinderen die tegenwoordig nog sterven, sterven vooral aan complicaties rond de geboorte, aangeboren afwijkingen en ongevallen. Als we kijken naar de ziektelast die op jonge leeftijd voorkomt, blijken psychische problematiek en ongevalletsel het belangrijkste (De Hollander et al., 2006). Zo lijdt jaarlijks ongeveer één op de 22 jongeren (4,5%) van 13 tot 17 jaar aan depressie en wordt bijna één op de 50 jongeren van 15 tot 24 jaar op de spoedeisende hulp behan-

¹ In dit hoofdstuk gaat het over Vlaanderen en niet over België. België is een federale staat met drie gewesten: het Vlaamse, Waalse en Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en daarnaast drie gemeenschappen: de Vlaamse, Franse en Duitstalige Gemeenschap. In Vlaanderen zijn de gewestelijke en gemeenschapsinstellingen gefuseerd, waardoor er één Vlaams Parlement en één Vlaamse regering is. Dit geldt niet voor het Waalse gewest en de Franse Gemeenschap. Wanneer in dit hoofdstuk wordt gesproken van ‘nationaal’ wordt voor Vlaanderen het niveau van de Vlaamse overheid bedoeld.

deld als gevolg van een verkeersongeval. Bovendien behoort bijna een kwart van alle slachtoffers van verkeersongevallen tot de leeftijdsgroep 15 tot 24 jaar (Schoemaker et al., 2005; Lanting et al., 2006). De belangrijkste doodsoorzaken bij jongeren zijn suïcide en verkeersongevallen. De meeste gezondheidswinst is op deze leeftijd dan ook te behalen door preventie van psychosociale problemen en (verkeers)ongevallen (De Hollander et al., 2006). Preventie van psychosociale problemen bij jongeren door middel van opvoedingsondersteuning en vroegsignalering is een van de prioriteiten van het jeugdbeleid (Operatie Jong, 2003; VWS, 2003a) (zie ook het hoofdstuk Depressie).

Jongeren belangrijke doelgroep om gezondheidsproblemen op latere leeftijd te voorkomen

Jongeren zijn een belangrijke doelgroep om gezondheidsproblemen op latere leeftijd te voorkomen. Tijdens de jeugd wordt voor een groot deel de basis gelegd voor de gezondheid in de rest van het leven, want in deze periode ontwikkelen leefgewoonten als voedings- en beweegpatronen zich (De Hollander et al., 2006). Daarnaast kan gedrag op jeugdige leeftijd irreversibele negatieve effecten hebben op de lichamelijke ontwikkeling (bijvoorbeeld de invloed van vroegtijdig overmatig alcoholgebruik op de hersenontwikkeling), met gevolgen voor het (maatschappelijk) functioneren op latere leeftijd.

Ongunstige trends in leefstijl jongeren

Meerdere determinanten van gezondheid ontwikkelen zich juist bij de jeugd in Nederland op dit moment ongunstig. Minder dan één op de tien jongeren eet voldoende groente en dit percentage neemt nog steeds af. Slechts iets meer dan een kwart van de jeugd voldoet aan de norm voor gezond bewegen. Juist onder kinderen is de toename van overgewicht en obesitas het grootst. Bij jongens varieert de huidige prevalentie van overgewicht (obesitas), afhankelijk van de leeftijd, tussen de 9,2 en 17,3% (overgewicht) en tussen de 2,5 en 4,3% (obesitas). Bij meisjes varieert de prevalentie tussen de 14,6 en 24,6% (overgewicht) en tussen de 2,3 en 6,5% (obesitas) (Van den Hurk et al., 2006; Schokker et al., 2006) (zie ook *paragraaf 4.1.2* in het hoofdstuk Overgewicht). Overgewicht, lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding zijn risicofactoren voor chronische aandoeningen op latere leeftijd zoals diabetes. Bovendien is diabetes steeds minder een ouderdomsziekte en stijgt ook het aantal jonge diabeten.

Deze ongunstige trends bieden aanknopingspunten voor preventief gezondheidsbeleid bij jongeren. In de Nederlandse preventienota 'Kiezen voor gezond leven' staan twee doelstellingen die speciaal gericht zijn op jongeren (VWS, 2006):

- Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de zestien jaar terugbrengen naar het niveau van 1992.
- Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).

De andere doelstellingen (minder rokers, minder volwassen probleemdrinkers, het percentage volwassenen met overgewicht mag niet stijgen, het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgen, en meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressie) zijn in de preventienota niet specifiek op jongeren gericht. Omdat tijdens de jeugd leefgewoonten als voedings- en beweegpatronen zich ontwikkelen, lijkt de gezonde basis voor het behalen van deze doelstellingen echter ook bij de jeugd te liggen.

Jeugdbeleid Nederland is versnipperd

Bij het welbevinden van jongeren spelen echter niet alleen gezondheid en leefstijlfactoren een rol. Beperking tot alleen gezondheid en leefstijlfactoren ondermijnt een multifactoriële benadering van het welzijn van kinderen waarvoor een intersectorale aanpak vereist is. Er is op meerdere plaatsen in de wereld een bredere ontwikkeling gaande om te komen tot meer samenhang tussen het algemene jeugdbeleid, de jeugdgezondheidszorg en de (sociale) jeugdzorg en deze minder als gescheiden werelden te zien. Hoewel die ontwikkeling zich ook in Nederland voordoet, kenmerkt het jeugdbeleid in Nederland zich vooralsnog door versnippering. Er zijn in het jeugdbeleidcircuit veel regels, instellingen en overheden betrokken bij de uitvoering van het jeugdbeleid. Hierdoor is het jeugdbeleid ondoorzichtig en zijn taken en verantwoordelijkheden versnipperd. Door slechte samenwerking krijgen jongeren niet altijd de juiste hulp op het juiste moment. Zo worden naar schatting tussen de 50.000 en 80.000 kinderen thuis mishandeld, verwaarloosd of misbruikt. Dit aantal is volgens recent onderzoek hoger. Ieder jaar overlijden hierdoor ongeveer 50 kinderen (Van Eijck, 2006; Tweede Kamer, 2007). Ook het Comité voor de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties heeft de zorg uitgesproken over de coördinatie tussen ministeries en tussen de nationale en lokale overheden in Nederland (Van Eijck, 2006).

7.1.2 Gezondheid en welzijn van de jeugd in internationaal perspectief

Groot deel Nederlandse en Europese jongeren heeft ongezonde leefstijl

Internationaal gezien neemt Nederland in 2003 een middenpositie in binnen de Europese Unie (EU) met het aantal rokers onder scholieren (zie ook *paragraaf 2.1.2* in het hoofdstuk Roken). Het percentage rokers in Nederland daalt weliswaar, maar bij de jeugd is deze daling marginaal (De Hollander et al., 2006). Wat betreft alcoholgebruik staan de Nederlandse jongeren aan de top binnen de EU, en het alcoholgebruik bij jongeren stijgt nog steeds. Een kwart van de Nederlandse 15- en 16-jarige scholieren drinkt per maand tien keer of vaker alcohol. Ook bij het 'binge drinken' (tijdens één gelegenheid vijf of meer alcoholische dranken drinken) staan Nederlandse scholieren (28%) samen met de Ierse (32%) en Britse (27%) in de Europese top drie (Hibell et al., 2004) (zie ook *paragraaf 3.1.2* in het hoofdstuk Alcohol).

Wat betreft het gebruik van XTC behoren Nederlandse jongeren eveneens tot de grootste gebruikers van Europa (5%), samen met onder meer de Tsjechische (8%) en Britse (ook 5%) scholieren. Het percentage cannabisgebruikers onder Nederlandse jongeren is eveneens relatief hoog, maar in een aantal andere landen (Tsjechië, Ierland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk en Spanje) gebruiken jongeren beduidend vaker cannabis dan in Nederland (Hibell et al., 2004). Tot slot gebruiken Nederlandse scholieren minder vaak condooms dan scholieren uit andere Europese landen (Currie et al., 2004).

Algehele welzijn Nederlandse jongeren relatief goed

Om een goed beeld te krijgen van het welbevinden van jongeren is een vergelijking van het welzijn van jongeren op meerdere sectoren dan alleen gezondheid nodig. Onlangs publiceerde Unicef een onderzoek waarin landen werden vergeleken op basis van zes verschillende dimensies van welzijn van kinderen: materieel welzijn (armoede), gezondheid en veiligheid, onderwijs, relatie met familie en leeftijdsgenoten, (risicovol) gedrag en het eigen gevoel van welbevinden van jongeren. Nederlandse kinderen scoren gemiddeld het beste op deze zes dimensies in een vergelijking met andere OECD-landen (Organisation for Economic Co-operation and Development). Ook staat Nederland in de top tien voor alle zes dimensies. De dimensies waarop Nederland het minst goed scoort zijn materieel welzijn en onderwijs (Unicef, 2007).

7.2 Internationale beleidskaders

De bescherming en bevordering van de gezondheid en welzijn van kinderen vormen de onwrikbare basis waaraan het publieke gezondheidsbeleid van een land als eerste getoetst wordt. Internationale verdragen, beleidskaders en uitwisselingsprogramma's vormen daarbij een belangrijk ijkpunt én hulpmiddel voor het nationale publieke gezondheidsbeleid. Belangrijke in dit verband zijn:

- Het 'Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind' (IVRK) van de Verenigde Naties.
- Diverse rapporten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de 'Europese strategie voor de gezondheid en ontwikkeling van kinderen en adolescenten' van de WHO-Europe.
- Het recente witboek van de Europese Unie gericht op jeugdbeleid.
- Verschillende netwerken van de Europese Unie en de WHO gericht op gezondheid zoals het 'European Network of Health Promoting Schools'.
- De programma's van de Raad van Europa gericht op jeugdbeleid.

Verdrag voor de Rechten van het Kind biedt juridisch en ethisch kader jeugdbeleid

De internationaal erkende rechten in het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind bieden niet alleen een juridisch, maar ook een ethisch kader voor het jeugdbeleid. Nederland heeft net als bijna alle andere landen het IVRK getekend en geratificeerd. In dit internationale verdrag is vastgelegd dat kinderen recht hebben op verzorging, bescherming en deelname - of in de Nederlandse interpretatie - respect. Elk land is verplicht aan deze rechten te voldoen. Met de ratificering van het verdrag

is Nederland ook verplichtingen aangegaan op het gebied van de jeugdgezondheid (VN, 1989).

Het IVRK gaat uit van de volgende vier basisprincipes:

- Geen discriminatie. Alle rechten gelden voor alle kinderen.
- Belang van het kind. Bij alle beslissingen die door de overheid, instanties en volwassenen worden genomen, staat het belang van het kind voorop.
- Het recht op leven en ontwikkeling. De overheid is verplicht te zorgen voor het overleven en de ontwikkeling van kinderen.
- Respect voor de mening van het kind. Ieder kind heeft het recht zijn mening vrij te uiten in aangelegenheden die hen aangaan. Kinderen mogen meepraten en -beslissen over zaken die hen aangaan.

De Europese strategie voor de gezondheid en ontwikkeling van kinderen en adolescenten

De basisprincipes van het IVRK komen ook terug in de Europese strategie voor de gezondheid en ontwikkeling van kinderen en adolescenten van de WHO-Europe. Deze strategie moet lidstaten helpen bij de formulering en uitvoering van hun eigen nationale beleid. In de strategie is veel aandacht voor ongezonde leefomgeving en leefstijl. Het overkoepelende doel van de strategie is om kinderen en adolescenten in Europa te helpen zich maximaal te ontwikkelen en gezond te worden en om ziektebelasting en sterfte te verminderen. Vier principes liggen aan de basis van de strategie: levensloopbenadering, gelijkheid, intersectorale actie en participatie van jongeren zelf (WHO, 2005a).

Jeugdgezondheidsbeleid moet aansluiten bij het bredere jeugdbeleid

Verschillende rapporten van de WHO wijzen op het belang van samenhang tussen jeugdgezondheidszorg en het bredere jeugdbeleid. De leefomgeving heeft namelijk grote invloed op de gezondheid en leefstijl van jongeren. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om welvaart, gezinsstructuur, steun van familie en leeftijdsgenoten en de schoolomgeving. Beleid gericht op de gezondheid van jongeren heeft daarom meer effect als het met deze verschillende invloeden rekening houdt (Currie et al., 2004). Ook het 'European Health report 2005', dat een speciale focus op kinderen en adolescenten heeft, benadrukt het belang van een multisectorale aanpak waarbij zowel de bredere determinanten van ongezondheid worden aangepakt, zoals armoede en sociale ongelijkheid, als ook specifieke risicofactoren (WHO, 2005b). Een review van het 'Health Evidence Network' van de WHO-Europe concludeerde dat de meest effectieve programma's voor het voorkomen van ziekte en bevorderen van de gezondheid van kinderen en jongeren worden uitgevoerd door de overheid en zijn gericht op het verminderen van armoede en sociale ongelijkheid. Bovendien verhogen multifactoriële interventies op meerdere niveaus tegelijk (nationale en lokale overheid en individu) de effectiviteit. Ook een nationaal plan voor de gezondheid en welzijn van jongeren en de beschikbaarheid van data om de impact van interventies te evalueren kunnen volgens de review het effect verhogen. Interventies die het minste effect hebben, behandelen slechts één issue en worden slechts op één niveau in de samenleving uitgevoerd (WHO, 2005c).

Gezondheid van jongeren op de agenda van de Europese Commissie

In 2000 vestigde een rapport van de Europese Commissie aandacht op de grote diversiteit in de gezondheid van en gezondheidstrends onder Europese jongeren (15 tot 24 jaar). Hoewel de meerderheid van de Europese jongeren gezond is, neemt een aantal chronische aandoeningen zoals diabetes en overgewicht, als gevolg van een ongezonde levensstijl toe (EC, 2000). Ook uit de internationale vergelijking van de leefstijl van jongeren (*paragraaf 7.1.2*) blijkt dat een groot deel van de Europese jongeren leefgewoonten heeft die schadelijk zijn voor hun gezondheid. Dit betekent dat gezondheidsbevordering een prioriteit moet blijven voor nationaal en internationaal beleid (Currie et al., 2004; Van der Wilk & Jansen, 2005).

De Europese Commissie heeft de afgelopen jaren een aantal maatregelen genomen gericht op jonge mensen, zoals het 'European Network of Health Promoting Schools' (ENHPS). Dit netwerk bevordert de samenwerking en kennisuitwisseling op het gebied van preventie in de setting school. Inmiddels nemen meer dan veertig Europese landen, waaronder Nederland, eraan deel. Het gaat om een samenwerkingsverband van drie internationale organisaties: de Europese Commissie, de WHO-Europe en de Raad van Europa (zie ook de website <http://www.euro.who.int/ENHPS>) (Stewart-Burgher et al., 1999). Ook het nieuwe actieprogramma op het gebied van gezondheid (2007-2013) van de Europese Unie heeft aandacht voor de gezondheid van kinderen en jongeren. 'Het programma moet de nadruk leggen op het verbeteren van de gezondheidstoestand en het stimuleren van een gezonde levensstijl en een preventiecultuur bij kinderen en jonge mensen' (EC, 2006).

Europees witboek moet samenhang nationale beleidsmaatregelen vergroten

Kinderen en jongeren zijn dus een onderdeel van het Europees volksgezondheidsbeleid, maar er is geen formele basis voor EU-wetgeving of besluiten rond jeugdbeleid. De afgelopen jaren is echter de behoefte aan samenwerking en afstemming rond jeugdzaken ook in de Europese Unie gegroeid. Dit heeft uiteindelijk geleid tot het initiatief van een witboek voor jongerenzaken, met als titel 'Een nieuw elan voor Europa's jeugd'. Dit witboek heeft niet als doel een Europees jongerenbeleid te ontwikkelen. Het beoogt vooral een nieuw samenwerkingskader voor het jeugdbeleid in de Europese Unie te ontwikkelen. Dit moet de impact en samenhang van nationale beleidsmaatregelen vergroten (EC, 2001; NIZW, 2005).

Het witboek heeft twee pijlers: de toepassing van de 'Open Methode van Coördinatie' op jongerenzaken en meer aandacht voor jongeren op andere beleidsterreinen op EU en nationaal niveau. Rond de volgende vier prioriteiten hebben de Europese Commissie en de lidstaten gemeenschappelijke doelstellingen afgesproken (EC, 2001; NIZW, 2005). De lidstaten rapporteren regelmatig over de voortgang.

- jongerenparticipatie
- jeugdinformatie
- vrijwilligersactiviteiten door jongeren
- beter begrip van en kennis over jongeren.

Ook vanuit de Raad van Europa worden richtlijnen en programma's ontwikkeld om te komen tot een coherent en effectief jeugdbeleid op lokaal, nationaal en Europees niveau. Jongerenparticipatie is daarbij een van de prioriteiten (Raad van Europa, 2005).

Uit deze internationale kaders, activiteiten, programma's, netwerken en rapporten komen een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten voor beleid gericht op jongeren naar voren. Het belang van de jongere zelf moet centraal staan. De overheid moet jongeren helpen zich te ontwikkelen en participatie van jongeren bevorderen. Bovendien moet beleid gericht op jongeren intersectoraal zijn. Deze uitgangspunten zijn een bron van inspiratie voor het nationale jeugdbeleid, bijvoorbeeld voor een nationale visie op het jeugdbeleid dat in de volgende paragraaf wordt besproken.

7.3 Visies op jeugdbeleid

In deze paragraaf worden de bredere kaders van het jeugdbeleid in Nederland, Engeland, België (Vlaanderen) en Zweden geschetst om inzicht te krijgen in hoe de visie op het jeugdbeleid het beleid in de genoemde landen beïnvloedt. Centrale vraag daarbij is wat Nederland kan leren van de aanpak van het jeugdbeleid in andere landen.

7.3.1 Nederland

Operatie Jong moet samenhang in jeugdbeleid versterken

Het jeugdbeleid in Nederland richt zich op kinderen, jongeren en jongvolwassenen in de leeftijd van 0 tot 25 jaar. Het inmiddels afgeronde project 'Operatie Jong' had als doel de samenhang in het Nederlandse jeugdbeleid te versterken en de samenwerking tussen departementen, mede-overheden en instellingen te verbeteren. Het is een samenwerkingsverband van de ministeries van VWS, OCW, Justitie, SZW en BZK. Operatie Jong moet zorgen voor een duurzame samenhang in de aanpak van het jeugdbeleid door de vijf departementen.

Meer aandacht voor preventie

De kern van de jeugdagenda van Operatie Jong was kinderen en jongeren met problemen op tijd en adequaat ondersteunen in hun verdere ontwikkeling. Preventie moet de overhand krijgen boven curatie en repressie. Om op tijd en adequaat in te grijpen en problemen te voorkomen moeten de basisvoorzieningen, met name de school, het consultatiebureau, de peuterspeelzaal en de kinderopvang, goed functioneren en in staat zijn gericht te signaleren en door te verwijzen (Operatie Jong, 2003).

Sturingsadvies geeft aanbevelingen voor toekomstige inrichting jeugdbeleid

In de vorm van het sturingsadvies van de Commissaris jeugd- en jongerenbeleid heeft Operatie Jong inmiddels geleid tot voorstellen om de inrichting van het jeugdbeleid te vereenvoudigen en te verbeteren (Van Eijck, 2006). Het sturingsadvies deel 1 geeft 25 aanbevelingen voor de toekomstige inrichting van het jeugdbeleid. Op de eerste plaats moet in het jeugdbeleid de behoefte van het kind centraal komen te staan. Ook moet er voor de minimale periode van vier jaar een minister voor Jeugd komen bij wie de eindverantwoordelijkheid ligt voor het integrale jeugdbeleid.

7.3.2 Engeland

Ook versnippering jeugdbeleid in Engeland

De problemen rond het jeugdbeleid in Nederland zijn niet uniek in de wereld. Ook in Engeland hebben zich de afgelopen jaren incidenten voorgedaan die duiden op gebrekkige samenwerking. In februari 2000 stierf bijvoorbeeld het achtjarige meisje Victoria Climbié na zware mishandelingen door haar oudtante en diens vriend. Een onderzoekscommissie onder leiding van Lord Laming concludeerde dat een gebrek aan samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de hulpverleners cruciaal was in dit drama (DfES, 2003).

Green Paper Every Child Matters stelt belang en positieve uitkomsten jongeren voorop

In 2003 publiceerde het 'Department for Education and Skills' (DfES) de 'Green Paper' 'Every Child Matters' als reactie op Lord Laming's rapport naar aanleiding van het drama met Victoria. Hierin staat de visie van de overheid op de hervorming van de zorgverlening aan kinderen en jongeren (0 tot 19 jaar). Daarbij staat het kind en een positieve uitkomst voor kinderen centraal (DfES, 2003). De overheid moet kinderen helpen bij het realiseren van de volgende vijf belangrijkste uitkomsten voor kinderen:

- gezond zijn
- veilig zijn
- genieten en het beste uit het leven kunnen halen
- positieve maatschappelijk participatie
- economische welvaart.

Omslag van probleemoplossing naar preventie

Jongeren helpen bij het bereiken van deze vijf uitkomsten betekent een verandering in de praktijk en cultuur van de zorg voor kinderen. Daarbij verschuift de focus van bestrijden van de gevolgen van problemen naar vroegtijdig ingrijpen en preventie. Om de zorg voor jongeren te verbeteren bouwt de Green Paper voort op bestaande plannen. Hierbij ligt de focus op vier thema's (DfES, 2003; Van der Pijl & Konijn, 2006):

- Meer nadruk op ondersteuning van families en verzorgers.
- Tijdig ingrijpen om te voorkomen dat een crisissituatie ontstaat, onder meer door verbeterde informatie-uitwisseling, aanstellen van 'lead professionals' (een soort

casemanagers) en ontwikkelen van zorg in multidisciplinaire teams, dichtbij het kind zoals op school of in 'Children's Centers' (*paragraaf 7.4.2*).

- Integratie van voorzieningen voor jongeren door de oprichting van samenwerkingsverbanden ('Children's Trusts', *paragraaf 7.4.2*).
- Meer waardering, beloning en training voor mensen die met kinderen werken om zo de vele vacatures te kunnen vullen.

In juli 2005 lanceerde de regering nog een Green Paper met de titel 'Youth Matters'. Hierin staan voorstellen om de uitkomsten voor jongeren van 13 tot 19 jaar te verbeteren. Alle jongeren moeten de kans op een positieve toekomst krijgen door leren op een manier die hen motiveert, mogelijkheden voor positieve activiteiten en vrijwilligerswerk en betere informatie om goed geïnformeerde keuzes over hun leven te maken. Daarnaast moet er bij problemen steun beschikbaar zijn. Youth Matters gaat dus ook uit van een geïntegreerde aanpak, die zowel beantwoordt aan de noden van individuen, als alle jongeren steunt om de vijf uitkomsten van Every Child Matters te realiseren. Het gebrek aan positieve activiteiten voor jongeren is zorgelijk, omdat zulke activiteiten kunnen bijdragen aan persoonlijke en sociale ontwikkeling en dus ook aan de ontplooiing van jongeren. Bovendien helpen positieve activiteiten te voorkomen dat jongeren in aanraking komen met criminaliteit en antisociaal gedrag (DfES, 2005; DfES, 2006).

Zowel nationaal als lokaal geïntegreerde aanpak jeugdbeleid in Engeland

De visie van de Engelse regering is dat alle organisaties, zowel nationaal, regionaal als lokaal en zowel publieke als private partners kunnen samenwerken om het leven van kinderen en jongeren te verbeteren (Brummelkamp, 2005). In 2003 zijn nationaal alle verantwoordelijkheden voor beleid rond zorg en hulp aan jongeren (behalve jeugdgezondheidszorg) geïntegreerd in het Department for Education and Skills. Bovendien heeft de regering een nieuwe 'Minister for Children, Young People and Families' aangesteld die het beleid binnen de regering moet coördineren. De ontwikkeling van een geïntegreerd beleid op nationaal niveau maakt het makkelijker om ook op lokaal niveau instellingen te beoordelen op hun onderlinge samenwerking (DfES, 2003).

7.3.3 België (Vlaanderen)

Vlaams Jeugdbeleidsplan belangrijke stap naar geïntegreerd jeugdbeleid

Ook in Vlaanderen is er een beweging naar een meer geïntegreerd jeugdbeleid. In Vlaanderen spreekt men van groepsgeoriënteerd beleid of categoriaal beleid. Dit houdt in een beleid vanuit het perspectief van de jeugd dat verschillende beleidsdomeinen en overheidsniveaus doorkruist en raakvlakken heeft met veel verschillende sectoren. Het jeugdbeleid in Vlaanderen richt zich net als in Nederland op kinderen, jongeren en jongvolwassenen in de leeftijd van 0 tot 25 jaar (Anciaux, 2006; Anciaux et al., 2006).

Sinds 1999 heeft Vlaanderen een minister voor Jeugd. Deze valt onder het ministerie van Cultuur, Jeugd, Sport en Media en heeft een coördinerende bevoegdheid wanneer er raakvlakken zijn met verschillende departementen. De minister voor Jeugd is per decreet verplicht voor het einde van zijn/haar eerste volledige legislatuur een Jeugdbeleidsplan op te stellen. Dit is ook in Europese context vrij uitzonderlijk. In 2002 kwam het eerste 'Vlaams Jeugdbeleidsplan' uit. Dit plan zette een belangrijke stap in de richting van een geïntegreerd jeugdbeleid. Alle ministeries waren bij dit Jeugdbeleidsplan betrokken. Inmiddels is het gevolgd door een tweede Vlaams Jeugdbeleidsplan. Deze bouwt voort op het eerste en legt voor de periode 2006-2009 het geïntegreerde jeugdbeleid van de Vlaamse regering vast (Anciaux et al., 2006; Anciaux, 2006).

Positieve benadering jeugd in Vlaams Jeugdbeleidsplan

Uit de in beide Jeugdbeleidsplannen beschreven missie blijkt een positieve benadering van jeugd waarbij wordt uitgegaan van geloof in de kracht van kinderen en jongeren (Anciaux et al., 2006; Anciaux, 2006). De missie luidt: 'Het Vlaamse jeugdbeleid wil bijdragen tot de optimale participatie, ontplooiing en ontwikkeling van alle kinderen en jongeren, als individu en in formele en informele groepen. Het besteedt bijzondere aandacht aan het belang van maatschappelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid. Het is gebaseerd op vertrouwen in de mogelijkheden en geloof in de grote diversiteit van de jeugd. Die wordt beschouwd als volwaardige actor in en mede-eigenaar van de samenleving.' Het bieden van kansen voor een zo breed mogelijke ontplooiing van kinderen staat dus centraal. Om te voorkomen dat jongeren met bijvoorbeeld fysieke of maatschappelijke problemen afhaken, moeten zij extra ondersteuning krijgen. Op deze wijze moeten uitsluiting en curatieve taken zoveel mogelijk worden voorkomen (Anciaux, 2006; Anciaux et al., 2006).

Beleidsplan beoogt brede afstemming rond jeugdzaken

Uit het beleidsplan blijkt ook de ambitie om alle beleidsdomeinen die betrekking hebben op jeugd op elkaar af te stemmen. Omdat het jeugdbeleid zich over bijna alle bezigheden uitstrekt, is voor een pragmatische aanpak gekozen en identificeert het Jeugdbeleidsplan een selectie van punten waarop jeugdbeleid verschillende beleidssectoren doorkruist. Hierbij beschrijft het plan ook concrete maatregelen die de betrokken ministers van de verschillende sectoren voor de periode 2006-2009 plannen. Het plan heeft daardoor een bredere politieke steun en is veel meer gericht op de uitvoering ervan (Anciaux, 2006; Anciaux et al., 2006). Een van de geselecteerde punten waarop het jeugdbeleid verschillende sectoren doorkruist, is de sector welzijn met het project 'Integrale Jeugdhulp' (Anciaux, 2006).

Integrale Jeugdhulp als reactie op verkokering en gebrekkige coördinatie

Het concept van de Integrale Jeugdhulp werd ontwikkeld als reactie op de 'Maatschappelijke Beleidsnota Bijzondere Jeugdbijstand' die in 1999 uit kwam. Uit deze nota bleek onder meer een verkokering van de sectoren en een gebrek aan coördinatie. De knelpunten beperkten zich niet tot de Bijzondere Jeugdbijstand (de Vlaamse jeugdzorg). Er is een ondoorzichtig kluwen van hulpverlening ontstaan waardoor jongeren moeilijk

hun weg vinden in de hulpverlening. Sommige jongeren komen in meerdere sectoren tegelijk terecht, terwijl anderen tussen wal en schip vallen. Bovendien wordt de geboden hulp meer bepaald door het aanbod dan door de vraag. De Integrale Jeugdhulp moet zorgen voor sectoroverschrijdende samenwerking en betere afstemming van het jeugdhulpaanbod op de vraag van ouders en kinderen (Vlaams Parlement, 1999a; Vlaams Parlement, 1999b; Integrale Jeugdhulp, 2006).

Ook versterking algemene preventie in Vlaanderen

In een aanbeveling bij de maatschappelijke beleidsnota vraagt het Vlaams Parlement de Vlaamse regering ook de algemene preventie gestuurd op Vlaams niveau verder uit te bouwen en de algemene preventie prioritair lokaal te organiseren. Bovendien moet de regering zorgen voor meer opvoedingsondersteunende hulpverlening in de onmiddellijke leefomgeving van gezinnen en jongeren, zoals via Kind & Gezin en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (*paragraaf 7.4.3*) (Vlaams Parlement, 1999a; Vlaams Parlement, 1999b; Integrale Jeugdhulp, 2006).

7.3.4 Zweden

Geïntegreerd Zweeds jeugdbeleid gaat uit van belangen jongeren

Het Zweedse jeugdbeleid is gebaseerd op een holistische benadering ten aanzien van de leefomstandigheden van jongeren. De fundamenten hiervan werden al in de jaren tachtig gelegd. Het beleid kan ruwweg in vijf terreinen worden onderverdeeld waarbij is uitgegaan van wat jongeren zelf belangrijk vinden. Deze vijf terreinen zijn leren en persoonlijke ontwikkeling, gezondheid en kwetsbaarheid, invloed en inspraak, in eigen behoeften kunnen voorzien en cultuur en vrije tijd (Hallengren, 2005). Zweden kent een onderscheid tussen beleid voor kinderen en beleid voor jongeren. Het jeugdbeleid dat hier wordt besproken richt zich op jongeren van 13 tot 25 jaar (Hallengren, 2005).

Het jeugdbeleid valt onder het ministerie van Integratie en Gender Gelijkheid. Sinds 1986 heeft Zweden een aparte minister voor jeugdzaken die het werk van de verschillende ministeries op het gebied van jeugd coördineert (Groen & Van Erp, 2005; Hallengren, 2005; Van der Pijll & Konijn, 2007). Sinds 1993 heeft Zweden ook een kinderombudsman. De Landelijke Raad voor Jeugdzaken ondersteunt en coördineert de jeugdactiviteiten van de verschillende ministeries (Van der Pijll & Konijn, 2007).

Ook Zweeds beleid heeft positieve houding tegenover jeugd

Ook het Zweedse beleid gaat uit van een positieve houding ten aanzien van de capaciteiten van jongeren zelf. Dit blijkt uit de wet 'The power to decide - the right to welfare' (Makt att bestämma - rätt till välfärd), die eind 2004 door het Zweeds Parlement werd aangenomen. Deze wet biedt een nieuwe structuur voor het Zweedse nationale jeugdbeleid dat als algemeen doel heeft alle jongeren gelijke kansen te geven om zich te ontwikkelen, voor hun belangen op te komen, invloed uit te oefenen op hun dagelijks

leven en om hun dromen waar te maken (Hallengren, 2005). In de nieuwe wet staan twee nieuwe algemene doelstellingen voor het Zweedse nationale jeugdbeleid:

- Jongeren moeten echte toegang tot invloed hebben: jongeren moeten zowel mogelijkheden hebben om de ontwikkeling van de samenleving in het algemeen te beïnvloeden, als ook hun eigen leven en eigen leefomgeving.
- Jongeren moeten echte toegang tot welzijn hebben: jongeren moeten echte toegang hebben tot een goede materiële, culturele en sociale levensstandaard. Ook krijgen ze bescherming tegen criminaliteit, pesten, discriminatie en ander vormen van slechte behandeling. Goede mogelijkheden voor lichamelijke en geestelijke gezondheid zijn ook belangrijk voor toegang tot welzijn.

Invloed en participatie vormen kern positief jeugdbeleid in Zweden

Invloed en participatie worden in Zweden gezien als de kern van een effectief jeugdbeleid en komen voort uit de positieve houding ten aanzien van de capaciteiten van jongeren. Jongeren moeten niet alleen invloed hebben omdat dat een democratisch recht is, maar ook omdat hun kennis, ervaringen en waarden een waardevolle bron zijn voor de samenleving. Alle jongeren kunnen veel bijdragen aan de ontwikkeling van de samenleving als ze de kansen krijgen om dat ook te doen. Daarom moeten jongeren meer betrokken worden en de mogelijkheid krijgen om bij te dragen aan besluitvorming en uitvoering. Jongerenorganisaties spelen een belangrijke rol bij het creëren van ruimte voor invloed en participatie (Hallengren, 2005).

Jongerenwelzijn ook belangrijke determinant in Zweeds public health beleid

De tweede doelstelling van het Zweedse jeugdbeleid benoemt het belang van goede gezondheid voor toegang tot welzijn, maar omgekeerd heeft het welzijn van jongeren ook een belangrijke plaats als determinant in het Zweedse 'public health' beleid. Het overkoepelende doel van dit beleid is 'het creëren van maatschappelijke condities die zorgen voor een goede gezondheid voor de gehele bevolking' (zie ook *paragraaf 6.3.3* in het hoofdstuk Gezondheidsachterstanden). Daarbij wordt uitgegaan van elf doelen die gericht zijn op de belangrijkste determinanten van de gezondheid in Zweden (zie ook *tekstblok 6.6* in het hoofdstuk Gezondheidsachterstanden). Eén daarvan is: 'Veilige en gunstige omstandigheden gedurende jeugd en adolescentie'. Gezinssituatie, school en recreatie zijn hierin de belangrijkste aspecten van de gezondheid van kinderen. Preventieve maatregelen gericht op de gezondheid van kinderen en jongeren moeten zich daarom concentreren op het verbeteren van sociale omstandigheden voor gezinnen met kinderen, versterken van kinderopvang en 'Health Promoting Schools'. Bij het verbeteren van de positie van gezinnen met kinderen spelen sociale zekerheid en sociale voorzieningen een belangrijke rol (Ågren, 2003). In het '2005 Public Health Policy Report' noemt het Zweedse 'National Institute of Public Health' ruime mogelijkheden voor ondersteuning van ouders van kinderen van alle leeftijden een prioriteit voor het tegengaan van psychische ongezondheid van kinderen (SNIPH, 2005).

7.4 Lokale samenwerking in laagdrempelige centra

Uit de vorige paragraaf blijkt dat Engeland, Zweden en België (Vlaanderen) veel belang hechten aan een positieve en integrale aanpak, bevorderen van samenwerking en verbeteren van preventie. De Nederlandse overheid wil de samenhang in het jeugd-beleid verbeteren en preventieve taken versterken door onder meer Centra voor Jeugd en Gezin waarin gemeentelijke taken op het gebied van jeugd en opvoeden worden gebundeld. In deze paragraaf worden allereerst de plannen in Nederland beschreven en daarna vergelijkbare initiatieven in Engeland, België (Vlaanderen) en Zweden. Deze landen zijn gekozen omdat zij ook de voorzieningen voor de zorg voor jongeren samenbrengen, maar steeds vanuit een andere setting. Centrale vraag daarbij is wat Nederland kan leren van de manier waarop andere landen voorzieningen voor jongeren samenbrengen om tot meer samenhang in de zorg voor jongeren te komen.

7.4.1 Nederland

Gemeenten krijgen belangrijkere rol in jeugdbeleid

Het sturingsadvies van de Commissaris jeugd- en jongerenbeleid geeft gemeenten een meer centrale positie in het jeugdbeleid (Van Eijck, 2006). Dit blijkt onder meer uit de volgende aanbevelingen:

- Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de algehele regie van het jeugdbeleid. Dat betreft zowel de algemene en preventieve taken als de verbindingen met de specialistische taken. Deze verantwoordelijkheid berust bij voorkeur bij een wethouder Jeugd.
- De rijksoverheid is verantwoordelijk voor kaderstelling ten aanzien van de overheidstaken op het gebied van onderwijs, gezondheidszorg en veiligheid.

Een deel van de taken op het gebied van jeugdzorg wordt overgeheveld van de provinciale overheid naar de lokale overheid zodat de aansturing van onder meer de preventieve gezondheidszorg, opvoedingsondersteuning, licht ambulante hulp en geïntegreerde indicatiestelling bij de gemeenten ligt. De rijksoverheid bepaalt de taken en de kwaliteitseisen en biedt gemeenten genoeg ruimte om beleid en uitvoering aan de lokale situatie aan te passen (Van Eijck, 2006).

Samenhangende hulp aan ouders en kinderen in Centra voor Jeugd en Gezin

Het sturingsadvies van de Commissaris jeugd- en jongerenbeleid beveelt ook aan om taken op het gebied van opvoeding, preventieve gezondheidszorg en bescherming te bundelen in een laagdrempelig, eerstelijnscentrum voor alle jeugdigen en ouders: een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) (Van Eijck, 2006). De grote lijnen van het CJG zijn in een brief aan de Tweede Kamer in oktober 2006 verder uiteengezet (Tweede Kamer, 2006). De exacte opbouw van het CJG wordt aan gemeenten overgelaten en kan dus per gemeente verschillen. Een CJG kan bijvoorbeeld worden opgebouwd vanuit een bestaande voorziening in de wijk of gemeente, de jeugdgezondheidszorg, eerstelijnsgezondheidscentra of vanuit de brede school.

De volgende taken moeten in het CJG worden gebundeld:

- Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.
- Vijf gemeentelijke functies WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) (informatie en advies, signalering, toeleiding naar hulp, (licht) pedagogische hulp en coördinatie van zorg).
- Informatievoorziening (waaronder het onderhoud en het beheer van het elektronisch kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg en eventueel de verwijsindex).
- Zo mogelijk basisverloskundige zorg.

Hierbij is het van essentieel belang dat het CJG samenwerkt met de eerstelijnszorg (in ieder geval met de huisarts, verloskundige en kraamzorg), met de scholen, de kinderopvang en de peuterspeelzalen, met de politie, met de sociale dienst, jeugd- en jongerenwerk en met de Bureaus Jeugdzorg (Tweede Kamer, 2006). Het CJG moet namelijk niet alleen een laagdrempelige plek zijn waar iedereen met vragen en problemen over opvoeden en opgroeien snel en gemakkelijk terecht kan, maar moet bij problemen ook snel hulp bieden en zorgen voor de coördinatie hiervan. Indien specialistische hulp nodig is die niet door het CJG zelf geleverd kan worden, moeten het CJG en Bureau Jeugdzorg zodanig samenwerken dat snelle toeleiding plaatsvindt naar geïndiceerde jeugdzorg of AWBZ-zorg. Op deze wijze moet het CJG een rol spelen in de ketenzorg die essentieel wordt geacht binnen de jeugdzorg.

7.4.2 Engeland

Nationale overheid bepaalt beleid, lokale overheden voeren uit

In Engeland bepaalt de nationale overheid het beleid, maar de feitelijke uitvoering is gedecentraliseerd. Lokale overheden zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en het feitelijke aanbod van hulp. De wettelijk opgelegde vereisten en de verwachtingen van de nationale overheid ten aanzien van lokale actie staan beschreven in 'Every Child Matters: Change for Children', de uitwerking van Every Child Matters. Hierin staat een nationaal raamwerk voor veranderingstrajecten op lokaal niveau en geleid door lokale overheden. Ook zijn hierin targets en indicatoren vastgesteld om voortgang te meten (Brummelkamp, 2005; Van der Pijl & Konijn, 2006; DfES, 2004).

Tekstblok 7.1: Children's Trusts.

Een van de aanbevelingen uit Every Child Matters is dat in 2006 alle lokale overheden Children's Trusts hebben. Dit zijn samenwerkingsverbanden waarin in ieder geval de 'local education authority' (onderwijs), 'children's social services' (soort Bureau Jeugdzorg voor alle voorzieningen op gebied van maatschappelijk werk en welzijn voor jeugd) en 'community and acute health services' (gezondheidszorg) vertegenwoordigd zijn. De samenwerking tussen deze voorzieningen moet er voor zorgen

dat klanten bij één loket terecht kunnen zoals in Children's Centres en brede scholen. Ook werken Trusts samen met andere lokale partners zoals politie, vrijwilligerswerk en woningbouwverenigingen.

De Trusts hebben de beschikking over een gemeenschappelijk budget om aansluitende en continue hulpplannen op te stellen. De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor de Children's Trusts (DfES, 2003; Van der Pijl & Konijn, 2006).

Lokale overheden zijn verplicht samenwerking te bevorderen

In de 'Children's Act 2004' heeft de nationale overheid de lokale overheden bij wet verplicht samenwerking bij de zorg voor kinderen te bevorderen (DfES, 2004). Op de lange termijn wil de regering de belangrijkste voorzieningen voor kinderen en jongeren integreren. Dit geldt zowel op lokaal als nationaal niveau (DfES, 2003). Op lokaal niveau gaat de voorkeur uit naar integratie in 'Children's Trusts' (*tekstblok 7.1*). Ook in de public health 'White Paper' 'Choosing Health: making healthy choices easier' (zie ook *paragraaf 6.3.2* in het hoofdstuk Gezondheidsachterstanden) hebben Children's Trusts samen met 'Children's Centres' (*tekstblok 7.2*) en brede scholen een belangrijke rol bij de bevordering van de gezondheid van alle kinderen en jongeren (DH, 2004).

Alle regionale overheden moeten een 'director of children's services' aanwijzen aan wie de Children's Trusts moeten rapporteren. De director is op lokaal niveau verantwoordelijk voor het onderwijs, sociale voorzieningen en bepaalde gezondheidszorgvoorzieningen. Ook moeten lokale overheden een 'Children and Young People's Plan' opstellen waarin wordt beschreven hoe voorzieningen voor jongeren aan de lokale omstandigheden worden aangepast (DfES, 2003; DfES, 2004).

Eerste evaluaties Children's Trusts en Sure Start positief

De eerste resultaten van een evaluatie van een aantal pilots met Children's Trusts zijn redelijk positief (National Evaluation of Children's Trusts, 2005). In juli 2002 verscheen een evaluatie van Sure Start (NESS, 2002). Ook hiervan zijn de eerste resultaten positief. Het aantal kinderen dat gebruik maakt van kinderopvang is sterk toegenomen en de relatie tussen ouders en kinderen is verbeterd (Van der Pijll & Konijn, 2006). Er zijn echter ook signalen dat het vooral de wat minder slecht bedeelde gezinnen in achtergestelde buurten zijn die het meest profiteren van Sure Start en dat dit zelfs ten koste zou gaan van gezinnen die de hulp het hardst nodig hebben (NESS, 2005).

Tekstblok 7.2: Sure Start Children's Centres.

'Sure Start Children's Centres' zijn één van de belangrijkste middelen om de doelen van Every Child Matters te bereiken. Ze zijn ontwikkeld binnen het programma 'Sure Start' waarmee de Engelse regering de best mogelijke start wil bieden aan elk kind door het samenbrengen van vroeg onderwijs, kinderopvang, gezondheidsdiensten en gezinsondersteuning voor families met kinderen jonger dan vijf jaar. In de Sure Start Children's Centres zijn deze diensten op wijkniveau samengebracht om kinderen en ouders een samenhangende dienstverlening te bieden (Sure Start, 2006; Van der Pijll & Konijn, 2006). Lokale overheden zijn verantwoordelijk voor de locatie en ontwikkeling van Children's Centres. De Children's Centres kunnen bijvoorbeeld

worden ontwikkeld vanuit (kleuter)scholen, wijkcentra en gezondheidscentra.

Sure Start richt zich in eerste instantie vooral op de armste regio's van het land. In 2010 moeten ze voor elk kind toegankelijk zijn. Sure Start is de hoeksteen van het overheidsbeleid gericht op het terugdringen van sociale uitsluiting en armoede onder kinderen (zie ook *paragraaf 6.3.2* in het hoofdstuk Gezondheidsachterstanden). Investerings in vroeg onderwijs, gezondheid van jonge kinderen en gezinsondersteuning moeten de fysieke, intellectuele en sociale ontwikkeling van kinderen bevorderen zodat ze thuis en op school tot volledige ontplooiing kunnen komen en de cirkel van achterstand wordt doorbroken (Sure Start, 2006; DH, 2004).

7.4.3 België (Vlaanderen)

Vlaams decreet verplicht samenwerking in regionale netwerken

Het Vlaamse decreet Integrale Jeugdhulp verplicht alle aanbieders van rechtstreeks toegankelijke hulp en van crisishulp samen te werken in zes regionale netwerken. Deze samenwerking moet leiden tot betere afstemming en een zo snel en zo efficiënt mogelijke inzet van de meest geschikte hulp. Hierbij wordt het individuele karakter van de bestaande instellingen gerespecteerd. De samenwerking wordt vastgelegd in een samenwerkingsprotocol, waarvan de Vlaamse regering de nadere regels bepaalt. Ook moet het hulpverleningsaanbod doorzichtiger worden door het in afgebakende eenheden (modules) te omschrijven. Verder moet er één toegangspoort (loket) komen voor ingrijpende en gespecialiseerde jeugdhulp (niet rechtstreeks toegankelijk) en komt er trajectbegeleiding (Integrale Jeugdhulp, 2006). De nieuwe en in eerste instantie puur theoretische concepten uit de Integrale Jeugdhulp zijn uitgebreid in de praktijk getest in een aantal proefregio's. Ervaringen hiermee hebben weer input geleverd voor het beleid en uit deze wisselwerking zijn in 2004 uiteindelijk twee decreten ontstaan die het regelgevende kader vormen voor de toepassing van de Integrale Jeugdhulp over heel Vlaanderen (Vlaams Parlement, 2004). Om het beleid betreffende de Integrale Jeugdhulp op het Vlaamse en het regionale niveau op elkaar af te stemmen, stellen de zes regio's ieder een regioplan Integrale Jeugdhulp op die samen de basis vormen voor een Vlaams Beleidsplan Integrale Jeugdhulp dat in 2008 af moet zijn (Vlaams Parlement, 2004).

Spilfunctie voor Centra voor Leerlingenbegeleiding

In de Integrale Jeugdhulp bundelen onder meer het Algemeen Welzijnswerk, de Bijzondere Jeugdbijstand, de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) (*tekstblok 7.3*) en Kind & Gezin (*tekstblok 7.4*) hun krachten. De CLB's hebben een belangrijke spilfunctie tussen onderwijs, welzijns- en gezondheidssector. CLB's waren al verplicht een netwerk

Tekstblok 7.3: Centra voor Leerlingenbegeleiding.

Voor de schoolgaande jeugd voeren de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) de preventieve jeugdgezondheidszorg uit. Hieronder vallen in bepaalde leerjaren ondermeer verplichte medische onderzoeken en inenting. De 75 CLB's richten zich op de schoolgaande kinderen vanaf drie jaar. De leerplicht begint in België met zes jaar, maar bijna alle kinderen van drie tot zes jaar volgen kleuteronderwijs. Het CLB heeft een belangrijke rol bij de contacten tussen de school en de welzijns- en gezondheidsinstellingen.

De CLB begeleidt leerlingen op het terrein van:

- de preventieve gezondheidszorg
- het leren en studeren
- de schoolloopbaan
- de sociaal-emotionele ontwikkeling.

Een school en een CLB sluiten een beleidsplan of beleidscontract af voor de duur van drie schooljaren. In dit beleidsplan worden de taken bij de begeleiding van de leerlingen verdeeld tussen school en CLB. Het CLB bekijkt of het zelf de begeleiding kan uitvoeren of dat er doorverwezen moet worden naar meer gespecialiseerde hulp.

De CLB's zijn in 2000 ontstaan uit het samengaan van het Medisch Schooltoezicht (MST) en de psycho-medisch-sociale (PMS) centra. Dit moet leiden tot een meer geïntegreerde zorg voor kinderen. De begeleiding door een CLB is multidisciplinair, vraaggestuurd en de leerling staat er centraal. Ook is er bijzondere aandacht voor leerlingen met een leerachterstand of uit specifieke leerjaren en richtingen (CLB, 2006a; CLB, 2006b; CLB, 2007).

Tekstblok 7.4: Kind & Gezin.

De Vlaamse instelling Kind & Gezin richt zich in de eerste plaats tot aanstaande ouders en gezinnen met kinderen tot drie jaar en niet-schoolgaande kinderen tussen drie en zes jaar.

Kind & Gezin is een nationaal instituut dat lokaal een laagdrempelige aanbod aan preventieve gezinsondersteuning biedt:

- Infoavonden 'Kind op Komst' voor aanstaande ouders.
- Gezinsbezoeken kort na het ontslag uit de kraamkliniek door een regioverpleegkundige.
- Consultatiebureaus op 330 plaatsen in Vlaanderen. De verpleegkundige en de arts onderzoeken en vaccineren de kinderen gratis en geven praktische adviezen.
- Laagdrempelige INLOOP-teams (Integraal Laagdrempelig Opvoedingsondersteunings-

punt) in een aantal kansarme buurten. Nadruk op opvoedingsondersteunende activiteiten voor aanstaande ouders en ouders met kinderen tussen nul en drie jaar.

- Regiohuizen: 61 regiohuizen vormen de spil van de regionale dienstverlening.

Daarnaast biedt Kind & Gezin ook hulp in specifieke situaties zoals bij kindermishandeling, adoptie en begeleiding voor gezinnen die de zorg voor een kind even niet meer aankunnen. Ook ondersteunt en controleert Kind & Gezin de kinderopvang in Vlaanderen en Brussel.

Kind & Gezin voert het beleid van de Vlaamse regering uit, maar beschikt daarbij wel over operationele autonomie (Kind & Gezin, 2006).

te vormen met jeugdhulpverleningdiensten uit hun regio. Bovendien voeren ze de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen uit (CLB, 2006a). Preventieve gezondheidszorg voor kinderen die nog niet naar school gaan, wordt uitgevoerd door huisartsen, pediaters en Kind & Gezin. CLB en Kind & Gezin spelen ook een belangrijke rol bij het ruimer beschikbaar stellen van opvoedingsondersteuning (Vlaams Parlement, 1999a).

7.4.4 Zweden

Jeugdbeleid in Zweden sterk gedecentraliseerd

Zweden kenmerkt zich door een sterke decentralisering waarbij de gemeenten verantwoordelijk zijn voor het beleid en de uitvoering van zowel jeugdzorg als welzijn. Hierbij biedt de landelijke overheid de wettelijke kaders, maar lokale en regionale overheden hebben veel vrijheid om het beleid naar eigen inzicht te organiseren en aan te passen aan de lokale situatie (Van der Pijll & Konijn, 2007). Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor gezondheidsbescherming en bevordering (Guldbrandsson, 2005). De regionale overheden zijn verantwoordelijk voor zaken die moeilijk of niet op lokaal niveau geregeld kunnen worden, zoals residentiële jeugdhulpverlening en de gezondheidszorg voor kinderen. De sterke decentralisatie heeft als voordeel dat het beleid gericht kan worden op de behoeften die er binnen de gemeente zijn (Van der Pijll & Konijn, 2007).

Tekstblok 7.5: De Socialtjänst.

Elke gemeente en soms ook elke wijk heeft een Socialtjänst. Hierdoor zijn de lijnen korter en is de drempel om contact te zoeken laag. Binnen de Socialtjänst zijn het jeugdwelzijn, jeugdzorg en jeugdbescherming geïntegreerd. De Socialtjänst heeft onder meer als taak het geven van informatie en advies, begeleiden van jongeren en gezinnen, crisisopvang en het plaatsen van jeugdigen in internaten. De hulpverlening wordt zo veel mogelijk overgelaten aan reguliere voorzieningen in de buurt waar het kind woont. De maatschappelijk werkers van de Socialtjänst coördineren echter de

verschillende vormen van zorg die aan één persoon verleend wordt.

Organisaties die sociale dienstverlening verrichten, zijn in Zweden verplicht om dossiers van hun cliënten bij te houden. Ook gaat het belang van de jongere boven bescherming van de privacy. Dit vergemakkelijkt de samenwerking en de uitwisseling van gegevens tussen de verschillende instanties als de zorg voor een jongere bijvoorbeeld naar een andere instelling overgaat (Van der Pijll & Konijn, 2007).

Sterke integratie jeugdzorg in breder jeugdbeleid

Een ander opvallend kenmerk van het Zweedse jeugdbeleid is dat er geen duidelijk onderscheid is tussen jeugdzorg en jeugdwelzijn. Jeugdzorg is in Zweden geïntegreerd in de bredere context van jeugdbeleid. Dit uit zich onder meer in het ontbreken van een apart bureau voor jeugdzorg. Jeugdzorg is samen met welzijn en jeugdbescherming ondergebracht bij de lokale welzijnsinstellingen, de 'Socialtjänst' (Brummelkamp, 2005; Van der Pijll & Konijn, 2007).

Socialtjänsten voeren zorg- en welzijnstaken uit

Op gemeentelijk niveau is de 'Socialnämnd' (Welzijnscommissie) verantwoordelijk voor de uitvoering van welzijnstaken. De maatschappelijk werkers van de Socialtjänsten (tekstblok 7.5) verrichten het uitvoerende werk. De Socialtjänsten worden gefinancierd uit de gemeentelijke belastingen. In de praktijk van de jeugdzorg en jeugdwelzijn hebben de Socialtjänsten samen met de Zweedse variant van het consultatiebureau, die ook opvoedingsondersteuning aanbiedt, een belangrijke rol. De consultatiebureaus bieden een algemene opvoedingsondersteuning voor ouders. Hier komen alle ouders vanaf de zwangerschap tot het kind zeven jaar is. Ouders van oudere kinderen kunnen bij opvoedingsproblemen opvoedingsondersteuning krijgen bij de Socialtjänst (Van der Pijll & Konijn, 2007).

Ook Zweden neemt maatregelen om coördinatie van hulpverlening te verbeteren

Ook Zweden neemt maatregelen om coördinatie tussen verschillende vormen van hulpverlening te verbeteren, want ondanks de decentralisering en de integratie van jeugdwelzijn, jeugdzorg en jeugdbescherming in de Socialtjänst zijn er ook in Zweden problemen met de coördinatie. Die problemen doen zich vooral voor bij kinderen en families met meerdere problemen. Daarom is vanuit de Socialtjänst een 'social secretary' geïntroduceerd die activiteiten van verschillende instellingen moet coördineren en verantwoordelijk blijft voor een specifiek kind of familie. Ook vormen steeds meer gemeenten 'Family Welfare Centres' voor families met jonge kinderen. Hierin zijn kinderopvang en peuterklassen, kraamklinieken, gezondheidszorg voor kinderen tot zes jaar en sociale voorzieningen samengebracht (Brummelkamp, 2005; Bremberg,

2006). Er zijn inmiddels ongeveer tweehonderd Family Welfare Centres in Zweden. Het samenbrengen van de genoemde voorzieningen onder één dak in zulke centra heeft als voordeel dat gezinnen makkelijker in contact komen met peuterklassen en sociale voorzieningen, omdat bijna alle gezinnen (99%) gebruik maken van kraamzorg en gezondheidszorg voor kinderen tot zes jaar. Ook bevordert het de samenwerking tussen verschillende organisaties (Bremberg, 2006).

Indicatoren moeten kwaliteit en aanbod van zorg in gemeenten beter vergelijkbaar maken

Een nadeel van de sterke decentralisatie in Zweden is dat het beleid, de kwaliteit en het aanbod van zorg sterk verschilt tussen gemeenten (Brummelkamp, 2005; Van der Pijll & Konijn, 2007). Daarom is er gestart met de introductie van indicatoren voor jeugdzorg om de gemeenten onderling te kunnen vergelijken (Brummelkamp, 2005). Een ander nadeel van de sterke decentralisatie en verschillen tussen gemeenten is dat er nauwelijks landelijke sturing op innovatie en ontwikkeling plaatsvindt en dat er pas de laatste jaren meer aandacht is voor onderzoek naar de resultaten en effectiviteit van jeugdzorg (Van der Pijll & Konijn, 2007).

7.5 De Gezonde School

Deze paragraaf beschrijft de gezondheidsbevordering in de setting school, zoals dat in Nederland, Engeland, Schotland en Duitsland wordt aangepakt. Op het terrein van gezondheidsbevordering in de setting school is de 'Health Promoting School' benadering erg populair. Het Nederlandse programma 'Gezonde School' sluit hier ook op aan. De Health Promoting School gaat uit van een 'whole school' benadering. Uitgangspunt hierbij is dat onderwijs over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding alleen niet voldoende zijn. Onderwijs over gezondheid en levensvaardigheden worden gecombineerd met programma's ter bevordering van de gezondheid. Ook is er aandacht voor de sociale en fysieke omgeving van de school en de betrokkenheid van ouders, scholieren en de gemeenschap. Bovendien gaat het niet alleen om het voorkomen van ziekte en het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van studenten (met inbegrip van lichamelijke, psychische, sociale en emotionele gezondheid), maar ook van medewerkers en ouders (Stewart-Brown, 2006). Zo moet gezondheidsbevordering de kwaliteit van de hele schoolomgeving verbeteren en tegelijkertijd een bijdrage leveren aan het verbeteren van leerresultaten (Stewart-Burgher, 1999). Hiermee past de Health Promoting School benadering binnen een positieve visie op het jeugdbeleid waarin het bevorderen van de ontwikkelingskansen van alle jongeren centraal staat.

In Nederland hebben nog maar weinig scholen een schoolgezondheidsbeleid. Hetzelfde geldt voor Duitsland. In Engeland en Schotland moeten alle scholen echter al op korte termijn Gezonde School zijn (in Engeland en Schotland respectievelijk 'Healthy School' en Health Promoting School genoemd). Het is daarom interessant om te kijken hoe deze landen scholen stimuleren met gezondheidsbeleid aan de slag te gaan.

7.5.1 Nederland

Vanaf de jaren tachtig groeit ook in Nederland de aandacht voor omgevingsfactoren en de gemeenschap waarin kinderen opgroeien. De term schoolgezondheidsbeleid doet zijn intrede. Hierbij gaat het om drie pijlers: educatie, zorg en omgeving. In de jaren negentig ontwikkelen gezondheidsorganisaties veel nieuw aanbod, maar dit groeiende aanbod sluit niet aan bij de wensen van de scholen. Bovendien bleek het schoolgezondheidsbeleid zich vooral te richten op educatie. Hierop is het 'Actieprogramma Schoolgezondheidsbeleid Nederland' ontwikkeld (Buijs et al., 2002). Dit Actieprogramma pleit voor een betere afstemming op de vragen vanuit het onderwijs, voor meer aandacht voor gezondheid op school en een betere kwaliteit van het aanbod. Dit leidt in 2004 uiteindelijk tot de start van het landelijke programma 'Gezonde School', een initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en negen landelijke gezondheidsbevorderende instellingen (GBI's). De betrokkenheid hierbij van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) is echter marginaal, aangezien het huidige kerndoelenbeleid van OCW impliceert dat scholen zelf verantwoordelijk zijn voor een schoolgezondheidsbeleid. De Gezonde School aanpak is gebaseerd op de succesvolle schoolslag werkwijze uit Zuid-Limburg.

Programma Gezonde School moet zorgen voor meer samenhang in aanbod

Het programma Gezonde School moet zorgen voor meer samenhang in (vraaggestuurd) aanbod, betere toegankelijkheid en betere kwaliteit van het preventieaanbod op scholen. Daarmee moet het programma het voor scholen aantrekkelijker en makkelijker maken om met gezondheid en veiligheid aan de slag te gaan. In Nederland hebben namelijk nog weinig scholen een schoolgezondheidsbeleid hoewel hiervoor wel draagvlak aanwezig lijkt te zijn. Zo deden in de periode 2006-2007 bijvoorbeeld ongeveer duizend basisscholen mee aan de 'Ga voor Gezond Competitie'.

In de preventienota van 2003 'Langer gezond leven' wil het kabinet stimuleren dat meer scholen Gezonde School worden. Scholen worden uitgenodigd mee te doen aan een landelijk netwerk van Gezonde Scholen (VWS, 2003b). In de rijksbegroting 2005 heeft het ministerie van VWS de landelijke voorlichtingsinstituten verzocht het concept Gezonde School nader uit te werken. De landelijke werkgroep Gezonde School, waarin de negen GBI's samenwerken, heeft in het werkdocument 'De Gezonde School Methode in Nederland' de gezamenlijke visie vanuit de landelijke voorlichtingsinstituten die bij deze werkgroep betrokken zijn, vastgesteld. Het algemene doel wordt daarin omschreven als 'het bevorderen van gezondheid en veiligheid op scholen' (Buijs, 2005). Verder bestaat de Gezonde School Methode uit vier kernpunten:

- school staat centraal (vraagsturing)
- planmatige ontwikkeling
- koppeling individuele zorg en collectieve preventie
- lokale samenwerking.

Ook wordt er gewerkt met het 'Gezonde School Model'. Dit model bestaat uit acht onderling samenhangende componenten die elk een bijdrage leveren aan de gezondheid en veiligheid van leerlingen en schoolpersoneel. Deze acht componenten zijn:

- gezond en veilig schoolklimaat
- psychologische en sociaal-emotionele ondersteuning en begeleiding
- zorgaanbod
- voedingsbeleid
- sport en bewegen
- gezondheidseducatie
- gezondheidsbevordering op de werkplek
- ouder- en buurtparticipatie.

Gezond en veilig schoolklimaat basis voor gezondheid van individuele leerling

Het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van problemen bij het individu begint met een gezond en veilig schoolklimaat en het totale schoolbeleid voor alle leerlingen én medewerkers. Deze koppeling tussen individuele zorg en collectieve preventie is uitgewerkt in het 'Integrale Ketenzorg Model'. Integrale ketenzorg bestaat uit goed op elkaar aansluitende niveaus van preventie en zorg. Hierbij start de zorgketen met gezondheidsbevordering en preventie gericht op de hele schoolpopulatie (Buijs, 2005).

Verbeteren inzicht in effectiviteit heeft prioriteit

Het verbeteren van het inzicht in de effectiviteit is één van de prioriteiten in het landelijk programma Gezonde School. Er zijn in ons land namelijk maar weinig gedegen en goed uitgevoerde evaluatiestudies van preventieve interventies in de setting school. Hierdoor is van veel projecten niet bekend in hoeverre ze effectief zijn, met uitzondering van enkele breed geïmplementeerde projecten (Buijs & Busch, 2005; Leurs et al., 2005).

Keurmerk stimuleert Gezonde Scholen

In de preventienota 2006 'Kiezen voor gezond leven' is wederom de setting school opgenomen (VWS, 2006). Bovendien zet VWS in op het certificeren van Gezonde Scholen. De door VWS gesubsidieerde negen GBI's werken momenteel gezamenlijk aan het tot stand brengen van een landelijk 'Keurmerk Gezonde en Veilige School' (Van Gennip, 2006). Hierbij staat een geïntegreerde aanpak van thema's rond gezonde leefstijl centraal. Met zo'n keurmerk kunnen scholen zich profileren. Het kan een belangrijke stimulans zijn voor scholen om zich meer met gezondheid en veiligheid bezig te houden (Buijs, 2005).

De acht componenten van het Gezonde School Model vormen het uitgangspunt voor het keurmerk. Bij de ontwikkeling van het keurmerk zullen scholen, GGD'en, de GBI's en de Nederlandse Hartstichting nauw samenwerken. De landelijke aansturing van het keurmerk zal komen te liggen bij de organisatie die de totale coördinatie van de Gezonde School uitvoert (Van Gennip, 2006). Het Centrum Gezond Leven (CGL), dat op 1 juni 2007 formeel van start zal gaan, heeft van VWS de opdracht gekregen de werk-

groep Gezonde School te gaan coördineren. De GGD'en zullen scholen gaan ondersteunen en adviseren om het keurmerk voor Gezonde Scholen te verkrijgen.

7.5.2 Engeland

Meer dan 85% scholen doet mee aan National Healthy Schools Programme

De gezondheid van kinderen en jongeren is een van de prioriteiten in de public health White Paper 'Choosing Health: making healthy choices easier' (DH, 2004) (zie ook *paragraaf 6.3.2* in het hoofdstuk Gezondheidsachterstanden). In de White Paper hebben Healthy Schools een belangrijke rol bij het verbeteren van de gezondheid van jongeren. De Engelse overheid heeft in 1998 het 'National Healthy Schools Programme' (NHSP) ontwikkeld. Het NHSP wordt gefinancierd door het 'Department for Education and Skills' (DfES) en het 'Department of Health' (DH). Momenteel doet meer dan 85% van de scholen mee aan het programma en bijna 25% heeft de 'National Healthy School Status' bereikt (Healthy Schools, 2007a). De Engelse regering heeft als doel dat alle scholen in 2009 mee doen aan het NHSP en dat 75% dan de National Healthy School Status heeft bereikt (Healthy Schools, 2007b). Het NHSP wordt nationaal aangestuurd, maar de samenwerking tussen onderwijs- en gezondheidssector op lokaal niveau in lokale programma's is een onmisbaar element (*tekstblok 7.6*).

Healthy School middel om schoolprestaties te verbeteren

Het NHSP onderkent het belang van gezondheid en een goede fysieke en sociale omgeving voor het verbeteren van de schoolprestaties van kinderen. Het NHSP heeft dan ook niet alleen als doel om gezond gedrag te bevorderen maar ook om kinderen beter te laten presteren. Andere doelen zijn het verminderen van gezondheidsverschillen en bevorderen van sociale inclusie (Healthy Schools, 2007b). Een voorbeeld van een National Healthy Schools Programme project waarin de relatie tussen gezondheid en het verbeteren van de schoolprestaties goed naar voren komt, staat in *tekstblok 7.7*.

Landelijke criteria voor National Healthy School Status

In de beginperiode van het NHSP konden lokale programma's zelf bepalen welke thema's en criteria ze lokaal wilden uitvoeren. In september 2005 werd een nieuwe,

Tekstblok 7.6: NHSP kent nationale aansturing van lokale samenwerkingsverbanden.

Een belangrijk element van het National Healthy Schools Programme (NHSP) is dat de onderwijs- en de gezondheidssector niet alleen op nationaal maar ook op lokaal niveau nauw samenwerken. Hierbij wordt gewerkt met een standaard die minimum-eisen stelt aan de accreditatie van lokale samenwerkingsverbanden tussen onderwijs ('local education authorities', LEA) en gezondheid ('primary care trusts', PCT). De overheid stelt geld beschikbaar voor deze samenwerking die moet leiden tot de

ontwikkeling van een 'Local Healthy Schools Programme' dat voldoet aan de eisen voor de NHSP.

Deze lokale programma's vormen een aanspreekpunt voor scholen en ondersteunen de scholen om een Healthy School te worden. Alle 150 LEA's hebben inmiddels een geaccrediteerd samenwerkingsverband en een lokaal programma (DH & DfES, 2005).

meer rigoureuze benadering ingevoerd om nationaal meer consistentie te bewerkstelligen. Sindsdien moet een school om de National Healthy School Status te verkrijgen uitgaan van een zogeheten whole school benadering en aan de nationale criteria voldoen op vier kernthema's (Healthy Schools, 2007a; Wired for Health, 2006).

Deze vier kernthema's zijn:

- Uitgebreid 'Personal, Social and Health Education' (PSHE) met aandacht voor seks en relaties, drugs, alcohol en tabak: PSHE stelt leerlingen in staat weloverwogen keuzes te maken.
- Gezonde voeding: leerlingen zijn in staat gezonde voedingskeuzes te maken en op school zijn gezonde en voedzame voedingsmiddelen beschikbaar.
- Lichamelijke activiteit: leerlingen begrijpen het nut van lichamelijke activiteit en er zijn op school voldoende mogelijkheden om lichamelijk actief te zijn.
- Psychische gezondheid en welzijn (inclusief pesten): bevorderen van positieve emotionele gezondheid waardoor leerlingen beter hun gevoelens kunnen uitdrukken, meer zelf vertrouwen hebben en emotioneel sterker zijn. Hierdoor kunnen ze beter leren.

Audit tool voor bepalen National Healthy School Status

De criteria waaraan de school moet voldoen, zijn verwerkt in een 'audit tool' (Wired for Health, 2006). De lokale programma's zijn verantwoordelijk voor het registreren van scholen met de National Healthy School Status in een database. Zij beoordelen met een audit tool of een school die status verdient heeft. Ook kunnen scholen zichzelf beoordelen. De audit tool kan worden aangepast voor lokaal gebruik. Om strikte toepassing te garanderen vindt steekproefsgewijs controle plaats (Wired for Health, 2006).

Bij de beoordeling of een school aan de criteria in de audit tool voldoet, maken de lokale programma's niet alleen gebruik van verslagen van vergaderingen en andere schriftelijke informatie, maar ook van de meningen van leerlingen, discussies met leerlingen en schoolmedewerkers en eigen observatie. De vier genoemde kernthema's dragen bij aan de vijf positieve uitkomsten voor kinderen in Every Child Matters (*paragraaf 7.3.2*). De Engelse onderwijsinspectie, 'Ofsted', beoordeelt scholen ook op het halen van die uitkomsten.

Positief effect National Healthy Schools Programme op gezondheid en welzijn

In Engeland is er veel aandacht voor onderzoek naar effectiviteit van interventies en het ontwikkelen van 'evidence-based' strategieën. Een recente evaluatie heeft laten zien dat het National Healthy Schools Programme een positief effect op gezondheid en welzijn heeft, vooral in achtergestelde buurten. Leerlingen in Healthy Schools voor voortgezet onderwijs gebruiken bijvoorbeeld minder drugs, hebben meer zelfvertrouwen en kijken minder vaak extreem veel televisie. In gezonde basisscholen waren leerlingen minder bang voor pesterijen. De evaluatie liet ook zien dat Ofsted Healthy Schools beter waardeerde op het gebied van Personal, Social and Health Education (PSHE). Bovendien hadden de leerlingen op Healthy Schools een positievere houding tegenover onderwijs (DH, 2004; Thomas Coram Research Unit, 2004).

Tekstblok 7.7: Voorbeeld van een National Healthy Schools Programme project: skip2bfit.

Skip2bfit draait rond het aloude 'touwjespringen'. Het combineert onderwijs, gezond eten en lichamelijke activiteit in één programma. Er wordt gebruik gemaakt van speciaal ontwikkelde digitale springtouwten met een sprongenteller. De gegevens van die sprongentellers worden in wiskundeopdrachten gebruikt, waarbij kinderen er kaarten en figuren van maken. Hierdoor kunnen ze hun vorderingen in

fitheid bijhouden waardoor ze weer meer gemotiveerd raken. Ook meten de leerlingen hun hartslag voor en na het springen, waardoor ze inzicht krijgen in de invloed van beweging op het hart. Daarnaast krijgen de kinderen les over de noodzaak van fit en gezond zijn en hoe ze moeten eten om dat te blijven.

Bron: www.skip2bfit.com

Een recente review van het 'Health Evidence Network' van de WHO-Europe (Stewart-Brown, 2006) concludeerde dat de meest effectieve programma's voor gezondheidsbevordering in scholen programma's op het gebied van psychische gezondheid, gezonde voeding en lichamelijke activiteit zijn. Ook ondersteunt de review een aantal kernpunten van het Health Promoting School concept, namelijk de whole school en multifactoriële benadering en activiteiten die zich over een langere periode uitstrekken. Er zijn echter geen studies die de Health Promoting School benadering in zijn geheel hebben onderzocht (Stewart-Brown, 2006).

7.5.3 Schotland

In Schotland moeten alle scholen in 2007 Health Promoting School zijn

Ook de 'Scottish Executive' heeft zich tot doel gesteld dat alle scholen een Health Promoting School worden, in 2007. Hiervoor heeft de 'Scottish Health Promoting Schools Unit' (SHPSU) een zogeheten raamwerk voor Health Promoting Schools in Schotland ontwikkeld, namelijk 'Being Well - Doing Well' (SHPSU, 2004). Uitgangspunt hierbij is (zoals ook de titel suggereert) dat gezonde leerlingen betere schoolresultaten behalen en ook sociaal beter functioneren.

In de SHPSU werken onder meer de Schotse ministeries van Onderwijs en Gezondheid, de Schotse afdeling van de 'National Health Services' (NHS) en 'Learning and Teaching Scotland' (een advies- en onderzoeksinstituut op het gebied van onderwijs) nauw samen (SHPSU, 2004). Monitoring en evaluatie van de impact van Health Promoting Schools en de ontwikkeling van een 'evidence base' behoren tot de prioriteiten van de SHPSU (SHPSU, 2007). Ook heeft de SHPSU in 2003 het 'National Health Promoting Schools Network' opgericht. Dit netwerk moet de informatievoorziening tussen de verschillende partners verbeteren. Dit gebeurt vanuit het ministerie van Onderwijs.

Nationale accreditatie van Health Promoting Schools moet zorgen voor meer consistentie

Net als in Engeland moeten ook in Schotland lokale samenwerkingsverbanden scholen steunen Health Promoting School te worden. De SHPSU heeft een 'Framework for the National Accreditation of Health Promoting Schools in Scotland' ontwikkeld om te zorgen voor een meer consistente en coherente benadering bij de ontwikkeling van

Health Promoting Schools door heel Schotland. De nationale accreditatie gaat uit van nationale goedkeuring van lokale accreditatieprocessen. De lokale Health Promoting Schools aanpak moet voldoen aan de nationale criteria in het Framework. Alle 32 'councils' (gemeenteraden) hebben inmiddels samen met hun NHS-partners hun lokale accreditatieproces nationaal laten goedkeuren (Scottish Executive/ SHPSU, 2006; SHPSU, 2006).

7.5.4 Duitsland

Gezonde School geen doel maar middel in Duitsland

Ook in Duitsland hebben maar weinig scholen een schoolgezondheidsbeleid. Scholen moeten aan allerlei kwaliteitseisen voldoen waarbij ze vooral afgerekend worden op de leerprestaties. Gezondheidsbevordering wordt door leraren al gauw gezien als een extra last. Om de participatie van scholen te vergroten moet gezondheid niet zo zeer als een doel, maar als een middel worden gezien om de kwaliteit van de school te verbeteren (Paulus, 2006; Paulus, 2005).

Binnen het Duitse project 'Anschub.de' staat de 'Goede, Gezonde School' centraal. Die wordt gedefinieerd als een school die tot een duurzame verbetering van de onderwijskwaliteit wil komen door middel van interventies gebaseerd op wetenschappelijk bewezen feiten. Het motto van Anschub.de is 'Met gezondheid goede scholen maken'. Het gaat er dus niet alleen meer om de bijdrage van scholen aan gezondheidsbevordering, maar ook om de bijdrage van gezondheid aan de kwaliteit van de school (Paulus, 2006; Paulus, 2005; zie ook de website www.anschub.de). Anschub.de is een door de 'Bertelsmann Stiftung' geïnitieerd pilot programma voor gezondheidsbevordering in scholen waarin verschillende Duitse instituten samenwerken. Het loopt van augustus 2002 tot december 2007. In de beginfase van Anschub.de was er veel aandacht voor de ontwikkeling van evidence-based strategieën.

7.6 Discussie en conclusies

Nederlandse jeugd is overwegend gezond, maar investeert in ongezondheid op latere leeftijd

Uit het Unicef rapport (Unicef, 2007) waarin landen werden vergeleken op basis van zes verschillende dimensies van welbevinden van kinderen, zou je kunnen concluderen dat het welzijn van Nederlandse jongeren goed is. Ook is het grootste deel van de Nederlandse jongeren gezond, hoewel zij samen met Europese leeftijdsgenoten door veel ongezond gedrag in ongezondheid op latere leeftijd investeert. Als we kijken naar de ziektelast die op jonge leeftijd voorkomt, blijken psychische problematiek en ongevalletsel het belangrijkste. De meeste gezondheidswinst is op deze leeftijd dan ook te behalen door preventie van psychosociale problemen en (verkeers)ongevallen. Er is echter niet altijd een duidelijke relatie tussen deze indicatoren en de kwaliteit van zorg voor jongeren. Het welzijn van jongeren is bijvoorbeeld ook sterk afhankelijk van

het nationale welvaartsniveau. Het is daarom beter om het succes van het jeugdbeleid te beoordelen op basis van de manier waarop de verschillende actoren en overheidsniveaus die betrokken zijn bij de zorg voor jeugd, komen tot een samenhangend beleid. Een succesvol jeugdbeleid hangt af van goede samenwerking tussen overheden, zorgverleners en ouders.

Buitenlandse initiatieven en beleid vormen bron van inspiratie voor Nederland

Alle onderzochte landen nemen maatregelen om de samenwerking bij de zorg voor jongeren te verbeteren. Buitenlandse oplossingen zijn echter niet per definitie succesvol in Nederland. Ze moeten worden gezien vanuit hun lokale of nationale context. Zo ligt de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in Engeland en Zweden veel meer op lokaal niveau dan in Nederland, waardoor het er ook eerder tot lokale samenwerkingsverbanden kan komen bij de aanpak van gezondheidsproblemen. Zweden en Engeland hebben een zogeheten 'Beveridge'-systeem van gezondheidszorg. Hierdoor liggen gezondheidszorg en publieke gezondheid er dichter bij elkaar dan in Nederland en België, beide landen met een 'Bismarck'-systeem, waarbij sprake is van een relatief sterke scheiding tussen zorg en publieke gezondheid. Een andere beperking is het feit dat voor dit hoofdstuk veel gebruik is gemaakt van websites, rapporten en beleidsdocumenten van ministeries en instituten. Deze bronnen geven maar een beperkt beeld van de mate waarin het beleid ook in de praktijk wordt uitgevoerd.

Buitenlandse oplossingen kunnen echter wel een waardevolle bron van inspiratie zijn voor Nederland. Dit geldt ook voor de beleidskaders van internationale organisaties als de WHO en de Europese Unie. In alle onderzochte landen worden maatregelen genomen om de jeugdzorg en het jeugdbeleid te versterken als antwoord op kritiek op onder meer de gebrekkige samenwerking tussen hulpverleners uit verschillende instellingen. Alle onderzochte landen stellen dan ook initiatieven voor om de informatie-uitwisseling en de intersectorale samenwerking te verbeteren en om tot eerder en effectiever ingrijpen bij problemen te komen. Verschillende elementen uit de Engelse Green Paper Every Child Matters komen terug in het sturingsadvies dat de Commissaris jeugd- en jongerenbeleid (Steven van Eijck) in Nederland in 2006 heeft opgesteld, zoals de aanstelling van een aparte minister voor Jeugd en het centraal plaatsen van het belang van kinderen en jongeren. Ook zijn er overeenkomsten met ontwikkelingen in het jeugdbeleid in Vlaanderen en Zweden. Er liggen dus genoeg kansen om van elkaars ervaringen te leren. Deze paragraaf beschrijft eerst wat Nederland kan leren van buitenlandse visies op het jeugdbeleid, daarna wat Nederland kan leren van de manier waarop samenwerking op lokaal niveau in andere landen vorm krijgt en tot slot komen de lessen met betrekking tot het gezondheidsbeleid op scholen aanbod.

Visies op jeugdbeleid

Brede visie op jeugdbeleid moet positief zijn

In de voorbeeldlanden is, net als in Nederland, veel aandacht voor versterken van preventie en vroege signalering van problemen, maar ze lijken nog een stapje verder te gaan. De genoemde landen hebben gemeen dat ze een positieve benadering van

het jeugdbeleid hebben, waarbij wordt uitgegaan van de kracht van jongeren en wat de maatschappij wil met en voor jongeren. De nadruk ligt op het vergroten van de ontplooiingskansen van *alle* jongeren zodat zij het maximale uit hun leven kunnen halen. Dit is uiteindelijk ook een vorm van preventie, omdat jongeren door participatie aan positieve activiteiten meer zelfvertrouwen en sociale vaardigheden opbouwen en minder in aanraking komen met criminaliteit en antisociaal gedrag. De positieve visie in de voorbeeldlanden wordt ondersteund door de internationale kaders van het jeugdbeleid waarin eveneens het centraal plaatsen van het belang van de jongere, ontplooiing en participatie als gemeenschappelijke uitgangspunten naar voren komen.

Ook het Nederlandse beleid is in principe gericht op *alle* jongeren, maar het rijksbeleid was de afgelopen jaren vooral gericht op de 5% jongeren met zware sociale en psychologische problemen (Ross-Van Dorp, 2006). Operatie Jong stelde wel het kind centraal, maar daarbij ging het ook vooral om jongeren met problemen. Mogelijk is een integrale en positieve visie op het jeugdbeleid ook voor Nederland een belangrijke stimulans om het beste uit alle jongeren naar boven te halen.

Positieve benadering jongeren leidt tot integrale aanpak

Het uitgangspunt van volledige ontplooiing van jongeren als basis van een positief gesteld jeugdbeleid leidt bovendien tot een integrale en intersectorale aanpak om de gezondheid en het welzijn van jongeren te verbeteren. Engeland, Zweden en België (Vlaanderen) hebben een expliciet doelgroepenbeleid met een brede visie op het jeugdbeleid waarbij de jongeren zelf centraal staan. Ook hadden deze landen eerder dan Nederland een minister van Jeugd met een coördinerende rol. Hiermee geeft de overheid in die landen zelf het goede voorbeeld waar het gaat om intersectorale samenwerking. Verschillende publicaties wijzen op het belang voor de gezondheid van een intersectorale en multifactoriële benadering op verschillende niveaus (nationale en lokale overheid en individu) waarbij zowel de bredere determinanten van ongezondheid worden aangepakt als specifieke risicofactoren (WHO, 2005a; WHO, 2005b; WHO, 2005c; Stewart-Brown, 2006). Om de gezondheid en het welzijn van jongeren te verbeteren lijkt dus een integrale en intersectorale aanpak op zijn plaats.

Lokale samenwerking in laagdrempelige centra

Landen zetten in op versterking preventieve voorzieningen in lokale centra

De drie onderzochte landen geven net als Nederland prioriteit aan de preventie en vroegtijdige signalering van problemen. Hierbij hebben lokale voorzieningen buiten de jeugdzorg en bestemd voor alle kinderen zoals kinderopvang, peuterklassen, scholen en gezondheidszorg een belangrijke rol. Coördinatie tussen jeugdzorg en algemene en preventieve voorzieningen voor jongeren is dus belangrijk bij het voorkomen van problemen. Alle onderzochte landen nemen dan ook maatregelen om de coördinatie tussen jeugdzorg en preventieve voorzieningen te verbeteren. Dit gebeurt ook in buitenlandse varianten op de Centra voor Jeugd en Gezin. Engeland zet in op Children's Centers die vanuit de setting van kinderopvang in achtergestelde wijken opvoedingsondersteuning en preventieve gezondheidszorg bieden. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden speelt hierbij een belangrijke rol. Children's Centers

bieden bijvoorbeeld ook vroeg onderwijs aan achtergestelde kinderen en steunen ouders bij het vinden van werk of een geschikte opleiding.

In Vlaanderen kenden ze al de Centra voor Leerlingenbegeleiding vanuit de setting school en de verschillende vormen van dienstverlening door Kind & Gezin voor jonge kinderen die nog niet naar school gaan. De Vlaamse instellingen moeten echter ook beter samenwerken in regionale netwerken en meer opvoedingsondersteuning beschikbaar stellen. Ook de Family Welfare Centres en de integratie van jeugdzorg en welzijn in de Socialtjänst in Zweden kunnen als voorbeeld dienen voor een laagdrempelige en samenhangende jeugdhulpverlening dichtbij huis. Opvallend is dat ook bij de Zweedse Family Welfare Centres (net als bij de Engelse Children's Centers) belang wordt gehecht aan het beschikbaar stellen van kinderopvang en peuterklassen omdat dit het combineren van ouderschap met werk of studie vergemakkelijkt en de ontwikkeling en onderwijskansen van kinderen stimuleert. Uiteindelijk moet dit leiden tot een betere gezondheid. Ook Kind & Gezin in Vlaanderen heeft een belangrijke rol bij de kinderopvang.

Nationale regie als basis voor lokale uitvoering

Opvallend is dat het beleid in zowel Engeland, Zweden als Vlaanderen uitgaat van nationale kaders, maar dat de uitvoering van het beleid vooral een taak is voor lokale overheden. De Engelse overheid organiseert het grootschalige Every Child Matters onder sterke landelijke aansturing, maar laat de uitvoering over aan lokale autoriteiten die een Children and Young People's Plan moeten opstellen dat aangepast is aan de lokale situatie. Ook kent de integratie van voorzieningen er een sterke wettelijke basis in de Children's Act 2004, maar lokale overheden worden bij de ontwikkeling van Children's Trusts en Children's Centers aangemoedigd flexibel en innovatief te zijn om in te kunnen spelen op lokale verschillen. Ook in Zweden is het jeugdbeleid sterk gedecentraliseerd. De landelijke overheid geeft de wettelijke kaders aan, maar de lokale en regionale overheden hebben veel vrijheid om het beleid naar eigen inzicht te organiseren en aan te passen aan de lokale situatie. Om gemeenten onderling beter te kunnen vergelijken zijn in Zweden indicatoren voor jeugdzorg ingevoerd.

Vlaanderen kent een breed nationaal Jeugdbeleidsplan en stelt instellingen per decreet verplicht om binnen de Integrale Jeugdhulp in regio's samen te werken. Echter het proces dat heeft geleid tot de ontwikkeling van de Integrale Jeugdhulp had een sterke 'bottom-up' benadering waarbij de nieuwe concepten zijn ontwikkeld in samenwerking met ervaringen in proefregio's. Het voordeel van zo'n werkwijze is dat het werkveld zich meer betrokken voelt en daardoor ook meer bereid is extra werk te verrichten voor de nieuwe manier van werken (Van den Berg, 2007). Het onlangs afgeronde project Operatie Jong heeft ook in Nederland een begin gemaakt met een sterkere nationale regie bij de totstandkoming van ketenzorg rond jongeren op lokaal niveau. In Nederland krijgen gemeenten namelijk ook een meer centrale positie in het jeugdbeleid en is de rol van de nationale overheid sterker gericht op het bieden van ruimte op lokaal niveau met een landelijke kaderstelling voor algemene en preventieve taken op hoofdlijnen. Dit houdt in dat de nationale overheid in elk geval minimeisen zou kunnen stellen voor wat gemeenten als verantwoordelijke op lokaal niveau moeten doen.

Decentralisatie geen oplossing op zich

Hoewel landen verschillen in het niveau waarop jeugdzorg wordt geregeld (bijvoorbeeld in grote lijnen regionaal in Nederland, lokaal in Zweden en Engeland) is het welzijn van jongeren meestal een taak voor de gemeenten. Uit de ervaringen in Zweden kan echter niet geconcludeerd worden dat decentralisatie of het samenbrengen van jeugdzorg en welzijn op hetzelfde niveau of binnen dezelfde organisatie (zoals in de Social-tjänst) per definitie zorgen voor een betere coördinatie en effectievere hulpverlening, want ook in Zweden is er sprake van gebrekkige coördinatie (Brummelkamp, 2005). Een ander nadeel van de sterke decentralisatie van het welzijnswerk en de jeugdzorg in Zweden is dat het beleid en het aanbod sterk verschillen tussen gemeenten. Ook is er nauwelijks landelijke sturing op innovatie en ontwikkeling en is er pas de laatste jaren meer aandacht voor onderzoek naar de resultaten en effectiviteit van jeugdzorg (Van der Pijll & Konijn, 2007).

De Gezonde School

Keurmerk voor Gezonde Scholen kan participatie scholen stimuleren

In Nederland zijn er nog maar weinig scholen met een schoolgezondheidsbeleid. De participatie van scholen in Engeland en Schotland is veel groter. Engeland kent een nationaal programma met als concreet doel dat alle scholen in 2009 hieraan meedoen en dat 75% van de scholen dan een Healthy School is. Aan het programma is een soort keurmerk (National Healthy School Status) verbonden. Ook Schotland heeft een concreet doel (alle scholen Health Promoting School in 2007) en een accreditatiesysteem waarmee tevens kan worden bepaald of het doel wordt gehaald. Ook VWS zet in op een keurmerk voor Gezonde Scholen. De Engelse en Schotse ervaringen met een vergelijkbaar keurmerk kunnen als inspiratiebron dienen. Een keurmerk kan een goede stimulans voor scholen zijn. Ook maakt een keurmerk het Gezonde School Model meer concreet. Hetzelfde geldt voor het streven naar een bepaald aantal Gezonde Scholen.

Gezondheid is middel voor verbeteren leerprestaties

Een andere manier om de participatie van scholen te vergroten is om, evenals in Duitsland, Engeland en Schotland, gezondheid meer als middel voor verbeteren van leerprestaties te zien dan als doel op zich. Hiermee draagt de Gezonde School ook bij aan het vergroten van de ontplooiingskansen van alle kinderen en past daarmee binnen een positieve benadering van het jeugdbeleid. Hoewel de gunstige invloed van een gezonde schoolomgeving op leerprestaties ook in Nederland wordt onderkend, lijkt de nadruk vooral te liggen op het bevorderen van een gezonde leefstijl. De negen GBI's beschrijven in het werkdocument Gezonde School als uiteindelijke doel dat 'de gezondheid van de jeugd in Nederland verbetert door het terugdringen van risicogedrag en het ombuigen van de trend naar een ongezonde leefstijl tot een trend naar een gezonde leefstijl'. De doelen in bijvoorbeeld Engeland zijn veel breder en omvatten ook het verbeteren van prestaties van kinderen en jongeren, verminderen van gezondheidsachterstanden en bevorderen van sociale inclusie.

Nationaal en lokaal betere samenwerking tussen gezondheids- en onderwijssector nodig

In vergelijking met bijvoorbeeld Schotland en Engeland is de samenwerking tussen de gezondheids- en de onderwijssector in Nederland tot nu toe zeer beperkt. Hoewel het in Engeland en Schotland om een nationaal programma gaat met sterke landelijke aansturing, hebben lokale samenwerkingsverbanden tussen gezondheid en onderwijs een belangrijke taak bij de praktische uitvoering op lokaal niveau. De Engelse overheid heeft de vorming van deze lokale samenwerkingsverbanden gestimuleerd met financiële middelen en inmiddels hebben alle 150 zogeheten local education authorities zo'n samenwerkingsverband gevormd. Deze samenwerkingsverbanden moeten een Local Healthy Schools Programme vormen die op hun beurt scholen ondersteunen om een Healthy School te worden. Mogelijk is hierdoor de betrokkenheid van scholen in Engeland veel groter en komt het schoolgezondheidsbeleid er veel meer vanuit de scholen zelf tot stand. In 2002 hield het ENHPS in Egmond aan Zee een congres over de vooruitgang rond Health Promoting Schools. Een van de conclusies daarvan was dat de meest succesvolle resultaten worden geboekt met programma's die zijn ontwikkeld in samenwerking tussen de gezondheids- en de onderwijssector (Young, 2002). Het Centrum Gezond Leven, dat op 1 juni 2007 formeel van start zal gaan, heeft van VWS de opdracht gekregen de werkgroep Gezonde School, waarin alle GBI's zitting hebben, te gaan coördineren. De coördinatie van de werkgroep door het CGL zal als proef dienen voor verdere afstemming van landelijk beleid gericht op professionals in diverse settings zoals wijk, school en werkplek.

Conclusies

Nederland staat niet alleen in pogingen om het algemene jeugdbeleid, de jeugd-gezondheidszorg en de (sociale) jeugdzorg beter op elkaar af te stemmen en te komen tot meer samenhang in het jeugdbeleid. Ook andere landen zijn daar mee bezig. Een visie op de ideale opvoeding en onderwijs van jongeren, ideeën rond Gezonde (en brede) Scholen, en organisatorische vraagstukken rond de jeugdzorg spelen daarin alle een rol.

Samenvattend komen uit de internationale vergelijking een paar conclusies naar voren:

De Nederlandse jeugd is overwegend gezond, maar adequate preventieve zorg is nodig om de jongeren van nu ook in de toekomst gezond te houden.

Ook al zijn Nederlandse jongeren nog wel overwegend gezond, ze investeren net als hun Europese leeftijdsgenoten in ongezondheid op latere leeftijd door veel ongezond gedrag. Daarnaast wordt een aanzienlijk deel van de ziektelast onder jongeren veroorzaakt door psychosociale problemen. Er is daarom behoefte aan integrale (preventieve) zorg voor kinderen met gezondheids- of psychosociale problemen.

Diverse landen hebben de afgelopen jaren een sterkere nationale regie voor de preventieve jeugd(gezondheids)zorg gehad dan Nederland.

Engeland, België (Vlaanderen) en Zweden kennen net als Nederland veel initiatieven om de samenwerking in het jeugdbeleid te verbeteren en versnippering tegen te gaan. Lokale overheden en voorzieningen hebben er een belangrijke rol bij de versterking van algemene en preventieve jeugdtaken. In genoemde landen heeft de nationale overheid de wettelijke kaders voor de lokale uitvoering echter sterker bepaald dan in Nederland. Op dat punt kunnen zij als interessant voorbeeld dienen. Ook in Nederland zou de nationale overheid op zijn minst minimeisen kunnen stellen voor wat gemeenten als verantwoordelijke op lokaal niveau moeten doen.

Ook leggen andere landen een sterke nadruk op een positieve benadering en op een integrale en intersectorale aanpak in het jeugdbeleid.

Nederland heeft de afgelopen jaren met 'Operatie Jong' een sterke impuls gegeven aan de jeugdzorg voor jongeren die met problemen kampen. Verschillende andere westerse landen richten zich daarnaast sterk op een brede en positieve visie op het jeugdbeleid, met als doel *alle* jongeren te helpen zich zo volledig mogelijk te ontplooiën. Dit positieve uitgangspunt leidt bovendien tot een integrale en intersectorale aanpak om de gezondheid en het welzijn van jongeren te verbeteren.

LITERATUUR

- Ågren G. Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2003.
- Anciaux B, Redig G, Vanhee J. Youth policy in the Flemish Community. Forum 21. European Journal on Youth Policy 2006;7-8:82-94.
- Anciaux B. Vlaams Jeugdbeleidsplan 2006-2009. http://www.wvc.vlaanderen.be/jeugdbeleid/beleid/vlaams_jeugdbeleidsplan/documenten/jbp2_def.doc (laatst bezocht op 14 maart 2007), 2006.
- Berg M van den. Jeugdzorg of jeugdhulp: een wereld van verschil? <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=44412> (laatst bezocht op 15 januari 2007). Tilburg: Universiteit van Tilburg, Vakgroep Privaatrecht, 2007.
- Bremberg S (ed). New tools for parents. Proposals for new forms of parent support (http://www.fhi.se/upload/ar2006/Rapporter/r200615_toolsParents0604.pdf). Swedish National Institute of Public Health, 2006.
- Brummelkamp G. Approaches towards children at risk. A cross national analysis. Zoetermeer: EIM Business and Policy Research, 2005.
- Buijs G, Busch MCM. Wat zijn de effecten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaal-kompas.nl>> Preventie\ In verschillende settings\ School, 24 september 2005.
- Buijs G, Jong A de, Paulussen T, Wijngaarden J van. Landelijk Actieprogramma Schoolgezondheidsbeleid Nederland. Woerden: NIGZ, 2002.
- Buijs GJ. Werkdocument De Gezonde School Methode in Nederland. Woerden: Landelijke Werkgroep Gezonde School/NIGZ, 2005.
- CLB, Centra voor Leerlingenbegeleiding. CLB als draaischijf tussen onderwijs, welzijn- en gezondheidssector. http://www.ond.vlaanderen.be/clb/thema/organisatie_clb/netwerk.htm (laatst bezocht op 5 december 2006), 2006a.
- CLB, Centra voor Leerlingenbegeleiding. Online brochure. <http://www.ond.vlaanderen.be/clb/brochure/> (laatst bezocht op 5 december 2006), 2006b.
- CLB, Centra voor Leerlingenbegeleiding. Toelichting bij de overgang van de PMS- en MST-centra naar de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB). http://www.ond.vlaanderen.be/clb/documenten/achtergrond/toelichting_bij_de_overgang.pdf (laatst bezocht op 15 januari 2007), 2007.
- Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Setertobulte W, Samdal O. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: WHO-Europe, 2004.
- DfES, Department for Education and Skills. Every Child Matters. http://www.everychildmatters.gov.uk/_files/EBE7EE-AC90382663E0D5BBF24C99A7AC.pdf. The Stationery Office, 2003.
- DfES, Department for Education and Skills. Every Child Matters: Change for Children. http://www.everychildmatters.gov.uk/_files/F9E3F941DC8D4580539EE4C743E9371D.pdf, 2004.
- DfES, Department for Education and Skills. Youth matters. Department for Education and Skills, 2005.
- DfES, Department for Education and Skills. Youth Matters: Next Steps. Something to do, somewhere to go, someone to talk to. Department for Education and Skills, 2006.
- DH, Department of Health. Choosing Health: Making healthy choices easier. London: The Stationary Office, 2004.
- DH, DfES, Department of Health, Department for Education and Skills. National Healthy School Status. A Guide for Schools. http://www.wiredforhealth.gov.uk/PDF/NHSS_A_Guide_for_Schools_10_05.pdf, 2005.
- EC, European Commission. Report on the state of young people's health in the European Union. A Commission Services Working Paper. European Commission Directorate-General Health and Consumer Protection. Unit F3 - Health promotion, health monitoring, and injury prevention. http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/ke01_en.pdf, 2000.
- EC, Europese Commissie. Witboek van de Europese Commissie: Een nieuw elan voor Europa's jeugd. COM(2001) 681 definitief. http://ec.europa.eu/youth/whitepaper/index_en.html (laatst bezocht op 14 maart 2007). Brussel: EC, 2001.

- EC, European Commission. Amended proposal for a decision of the European Parliament and of the council establishing a second Programme of Community action in the field of Health (2007-2013). COM(2006) 234 final. Brussel: EC, 2006.
- Eijck SRA van. Sturingsadvies Deel 1. Koersen op het kind. Den Haag: Operatie Jong, 2006.
- Gennip EMSJ van. Subsidieaanvraag ZonMw. Keurmerk Gezonde en Veilige school, 2006.
- Groen A, Erp S van. Review of Youth Policy in Europe. Tilburg: PON, Institute for Research and Social Development Tilburg, 2005.
- Guldbrandsson K. Child Health Promotion. Analyses of Activities and Policy Processes in 25 Swedish Municipalities. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, 2005.
- Hallengren L. Shaping a new Youth Policy in Sweden. Forum 21. European Journal on Youth Policy, 2005;4:47-59.
- Healthy Schools. National Healthy Schools Programme Progress Report. <http://www.healthyschools.gov.uk/ProgressReports.aspx> (laatst bezocht op 14 maart 2007), 2007a.
- Healthy Schools. Aims. <http://www.healthyschools.gov.uk/About-Aims.aspx> (laatst bezocht op 14 maart 2007), 2007b.
- Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003; Alcohol and Other Drug use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pempidou Group at the Council of Europe, 2004.
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (eindred.). Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapportnr. 270061003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- Hurk K van den, Dommelen P van, Wilde JA de, Verkerk PH, Buuren S van, HiraSing RA. Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004. TNO-rapport Kvl/JPB/2006.010. Leiden: TNO, 2006.
- Integrale Jeugdhulp. <http://www.jeugdhulp.vlaanderen.be> (laatst bezocht op 5 december 2006), 2006.
- Kind & Gezin. Preventieve Gezinsondersteuning. http://www.kindengezin.be/KG/Algemeen/Over_Kind_En_Gezin/Wat_doet_kind_en_gezin/Preventieve.jsp (laatst bezocht op 5 december 2006), 2006.
- Lanting LC, Stam C, Hertog PC den, Brugmans MJP. Hoe vaak komt het voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Letsels en vergiftigingen\ Verkeersongevallen, 13 maart 2006.
- Leurs MTW, Jansen MWJ, Schaalma HP, Mur-veeman IM, Vries NK de. The tailored schoolbeat-approach: New concepts for health promotion in schools. In: Clift S, Jensen BB (eds.). The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice. Danish University of Education Press, 2005.
- National Evaluation of Children's Trusts. National Evaluation of Children's Trusts Phase 1 Report. Realising children's trust arrangements. University of East Anglia, 2005.
- NESS, National Evaluation of Sure Start. Getting Sure Start started. London, UK: NESS, 2002.
- NESS, National Evaluation of Sure Start. National Evaluation Report. Early Impacts of Sure Start Local Programmes on Children and Families. Report of the Cross-sectional Study of 9-and 36-Month Old Children and their Families. NESS, 2005.
- NIZW. Jeugd op de Europese agenda. Factsheet over het beleidsterrein jeugd in de Europese Unie (herziene versie april 2005), http://www.nizw.nl/internationaal/Docs/factsheet_Jeugd%20op%20de%20Europese%20agenda.pdf, 2005.
- Operatie Jong. Proeve van de Jeugdagenda. Den Haag: Gezamenlijke uitgave van de ministeries van BZK, Justitie, OCenW, SZW en VWS, 2003.
- Paulus P. Anschub.de - Mit Gesundheit gute Schule machen. Eine nationale Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung. http://www.anschub.de/cps/rde/xbcr/SID-0A00F0A-8C90AACD/anschub/Anschub.de-mit_Gesundheit_gute_Schule_machen1.pdf (laatst bezocht op 28 november 2006), 2006.
- Paulus P. From the Health Promoting School to the Good and Healthy School: New Developments in Germany. In: Clift S, Jensen BB (eds.). The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice. Danish University of Education Press, 2005.

- Pijll M van der, Konijn C. Jeugdzorg in Engeland. Grote Engelse beleids- en praktijkverschillen met Nederland. *Nederlands tijdschrift voor jeugdzorg* 2006;10(1):36-46.
- Pijll M van der, Konijn C. Jeugdzorg in Zweden. NIZW Jeugd/ Expertisecentrum Jeugdzorg (ongepubliceerd), 2007.
- Raad van Europa. Resolution on the priorities of the Council of Europe's youth sector for 2006-2008. http://www.coe.int/T/E/Com/Files/Ministerial-Conferences/2005-Budapest_jeunesse/Resolution.asp (laatst bezocht op 15 januari 2007). Budapest, Hungary: 7th Conference of European Ministers responsible for Youth, 23-24 September 2005.
- Ross-van Dorp C. Youth Policy in the Netherlands. Forum 21. *European Journal on Youth Policy* 2006;5-6:70.
- Schoemaker C, Poos MJJC, Spijker J. Hoe vaak komt depressie voor? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Depressie, 13 december 2005.
- Schokker DF, Visscher TLS, Nooyens ACJ, Baak MA van, Seidell JC. Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands. *Obesity Reviews* 2006; 8:101-107. doi: 10.1111/j.1467-789X.2006.00273.x.
- Scottish Executive/SHPSU. Framework for the National Accreditation of Health Promoting Schools in Scotland. http://www.healthpromotingschools.co.uk/images/Nationalaccreditationofhps_tcm4-303668.pdf. Scottish Executive/Scottish Health Promoting Schools Unit, 2006.
- SHPSU, Scottish Health Promoting Schools Unit. Being Well - Doing Well. A framework for health promoting schools in Scotland. Learning and Teaching Scotland, 2004.
- SHPSU, Scottish Health Promoting Schools Unit. Health Promoting Schools in Scotland: A partnership approach: Strategic Plan 2006-08. http://www.healthpromotingschools.co.uk/images/Healthpromotingschoolsinscotlandstrategicplan_tcm4-365411.pdf (laatst bezocht op 6 maart 2007), 2007.
- SHPSU, Scottish Health Promoting Schools Unit. National accreditation of Health Promoting Schools in Scotland. http://www.healthpromotingschools.co.uk/images/Nationalaccreditationfinalreport_tcm4-401864.pdf. Report on the Implementation of the National Framework, 2006.
- SNIPH, Swedish National Institute of Public Health. The 2005 Public Health Policy Report. Summary. Stockholm: SNIPH, 2005.
- Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf> (laatst bezocht op 5 december 2006). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network report, 2006.
- Stewart-Burgher M, Barnekow Ramussen V, Rivett D. The European Network of Health promoting Schools. The alliance of education and health (EUR/ICP/IVST 06 03 05). Copenhagen: WHO, 1999.
- Sure Start. Introduction. <http://www.surestart.gov.uk/surestartservices/settings/introduction/> (laatst bezocht op 27 november 2006), 2006.
- Thomas Coram Research Unit/National Foundation for Education Research. Evaluation of the Impact of the National Healthy School Standard - Research Summary. London: Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London/National Foundation for Education Research, 2004.
- Tweede Kamer. Kamerstuk, 23-10-2006. Centrum voor Jeugd en Gezin. DJB/APJB-2718401, 2006.
- Tweede Kamer. Aard en omvang van kindermishandeling in Nederland. Kamerstuk DJB/J2-2764361. 25 april 2007. Den Haag: Tweede Kamer, 2007.
- UNICEF, Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries, Innocenti Report Card 7. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2007.
- Vlaams Parlement. Maatschappelijke beleidsnota bijzondere jeugdzorg. Stuk 1354 (1998-1999) nr.1. http://www.jeugdhulp.vlaanderen.be/04_regelgeving/maatschappelijke_beleidsnota/stuk1354nr1.pdf. 1999b.

- Vlaams Parlement. Motie van aanbeveling bij de maatschappelijke beleidsnota Bijzondere Jeugdzorg. Stuk 1354 (1998-1999) nr.4 http://www.jeugdhulp.vlaanderen.be/04_regelgeving/maatschappelijke_beleidsnota/stuk1354nr4.pdf. 1999a.
- Vlaams Parlement. Voorstel van decreet betreffende de integrale jeugdhulp. Stuk 2056 (2003-2004) nr.8. http://www.jeugdhulp.vlaanderen.be/04_regelgeving/decreet_stuk2056/stuk2056nr8.pdf. 2004.
- VN, Verenigde Naties. Convention on the Rights of the Child. <http://www.ohchr.org/english/law/pdf/crc.pdf>. 1989.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsagenda 2004. Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg. Den Haag: VWS, 2003a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: VWS, 2003b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kiezen voor gezond leven, 2007-2010. Kamerstuk 2006-2007, 22894, nr. 110. Den Haag: VWS, 2006.
- WHO, World Health Organization. European strategy for child and adolescent health and development. Copenhagen: WHO-Europe, 2005a.
- WHO, World Health Organization. The European health report 2005: public health action for healthier children and populations. Copenhagen: WHO-Europe, 2005b.
- WHO, World Health Organization. What are the main factors that influence the implementation of disease prevention and health promotion programmes in children and adolescents? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2005c.
- Wilk EA van der, Jansen J. Lifestyle-related risks: are trends in Europe converging? *Public Health* 2005 Jan;119(1):55-66.
- Wired for Health. National Audit Tool and Guidance for local education and health partnerships on validating school achievement of national healthy school status. <http://www.wiredforhealth.gov.uk/PDF/audittool.doc> (laatst bezocht op 5 december 2006), 2006.
- Young I. Conference Report: Education & Health in Partnership: a European Conference on linking education with the promotion of health in schools. International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools. Woerden: NIGZ, 2002.

8 SCREENING

De internationale 'Wilson & Junger'-criteria worden door de meeste landen toegepast maar zijn multi-interpretabel

De meeste landen geven aan de 'Wilson & Junger'-criteria toe te passen bij het bepalen of een screening wel of niet moet worden ingevoerd. Toch zijn er internationale verschillen in de aandoeningen waarop gescreend wordt, de organisatie en de informatie over screening. Deze verschillen zijn deels terug te voeren op verschillende interpretaties van deze criteria. Het beleid rondom screening wordt ook beïnvloed door een samenspel van de publieke opinie (nationaal en internationaal), politieke en commerciële belangen, het volksgezondheidsprobleem in een land en de wijze waarop het gezondheidszorgsysteem is georganiseerd.

Nederland maakt zorgvuldige afwegingen van de voor- en nadelen van een screening

Nederland maakt in vergelijking met veel andere landen een zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen van een screening voordat deze wordt ingevoerd. Veel andere landen gaan eerder over tot screening, nieuwe technieken of uitbreiding van bestaande screening. Nederland staat voor de uitdaging om het zorgvuldig afwegen van voor- en nadelen van een screening te behouden, maar ook voldoende gebruik te maken van de voordelen die nieuwe technologie te bieden heeft.

8 SCREENING

Katia Witte, Matthijs van den Berg en Ingeborg Bovendeur

8.1 Inleiding 217

8.2 Internationale beleidskaders 218

8.2.1 WHO en Europese Unie 218

8.2.2 Beleid van afzonderlijke landen 220

8.3 Nieuwe ontwikkelingen in bestaande screening 222

8.3.1 Borstkankerscreening 223

8.3.2 Baarmoederhalskankerscreening 226

8.3.3 Neonatale screening 230

8.3.4 Prenatale screening 235

8.4 Nieuwe screeningsprogramma's 237

8.4.1 Chlamydia-screening 238

8.4.2 Dikkedarmkankerscreening 240

8.5 Discussie en conclusies 244

Literatuur 248

8.1 Inleiding

Screenen is het systematisch opsporen van ziekten of risicofactoren van ziekten in een zo vroeg mogelijk stadium. Screening vindt plaats bij gezonde mensen die nog geen klachten of waarneembare symptomen hebben als gevolg van een ziekte. Doel van de screening is de prognose van de ziekte te verbeteren door tijdige ontdekking en ingrijpen. De toegepaste therapie is bij vroege opsporing vaak minder ingrijpend en de overlevingskans en/of de kwaliteit van leven kan worden vergroot.

De gezondheidswinst die behaald kan worden met vroege opsporing kan groot zijn. Er kleven echter ook mogelijke nadelen aan het screenen. Zo zal een grote groep mensen gevraagd worden zich te laten screenen om een klein aantal mensen met een ziekte op te sporen. De gehele groep leeft, in de periode voordat de resultaten binnen zijn, in een zekere mate van onzekerheid over hun gezondheid. Daarnaast zijn er mensen die onterecht een positieve of negatieve uitslag krijgen. Mensen met een onterechte positieve uitslag zullen voordat ze een definitieve diagnose krijgen een (vaak) belastend vervolgonderzoek ondergaan. Mensen met een onterechte negatieve uitslag zullen onterecht gerustgesteld zijn en denken dat ze niet een ziekte hebben. Ook zijn er mensen die een ziekte ontwikkelen tussen twee screeningsmomenten in.

Het beleid rondom screening wordt bepaald door het resultaat van de afweging tussen de te behalen gezondheidswinst door het screenen en de daarmee gepaard gaande belasting door en mogelijke risico's van het screenen. Daarnaast spelen sociale, politieke, culturele, organisatorische aspecten en de grootte van een bepaald volksgezondheidsprobleem een belangrijke rol bij het al dan niet invoeren van een screening en de wijze waarop de screening wordt aangeboden (zoals: programmatische opsporing betaald door de overheid, opportunistische screening via financiering door zorgverzekeraars of zelf testen via een commercieel aanbod).

Leeswijzer voor dit hoofdstuk

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal: wat kan Nederland leren van landen om ons heen op het gebied van screeningsbeleid op nationaal niveau maar ook op het gebied van een zestal specifieke screenings?

Allereerst komt in dit hoofdstuk het internationale en nationale screeningsbeleid aan bod. Vervolgens wordt het Nederlandse beleid rondom de screening van borstkanker en baarmoederhalskanker, de hiepriek en het syndroom van Down vergeleken met het beleid in andere landen. Daarna worden de screenings op dikkedarmkanker en chlamydia besproken. Deze laatstgenoemde screenings zijn in Nederland nog niet als programma ingevoerd maar wel in enkele andere landen. Besproken wordt hoe andere landen deze programma's hebben ingevoerd en hoe de Nederlandse stand van zaken is. Tot slot zijn in de paragraaf discussie en conclusies de belangrijkste bevindingen op een rij gezet.

8.2 Internationale beleidskaders

Elk land bepaalt zijn nationale screeningsbeleid afhankelijk van de grootte en vermijdbaarheid van een bepaald gezondheidsprobleem, de te behalen gezondheidswinst en de mogelijke risico's van de screening. Daarnaast zijn sociale, politieke, culturele en organisatorische aspecten van invloed op het al dan niet invoeren en aanbieden van een screening en de wijze waarop de screening wordt aangeboden. Internationale afspraken, internationale organisaties en de internationale markt kunnen ook van invloed zijn op het nationaal gevoerd beleid. Zo zijn er internationale richtlijnen voor de kwaliteitsbewaking van borst- en baarmoederhalskanker. Ook het beleid van onze buurlanden kan van groot belang zijn. Zo kunnen Nederlanders in buurlanden terecht voor bepaalde screenings die via internet worden aangeboden en net over de grens worden uitgevoerd. Een goed voorbeeld zijn de Duitse gezondheidschecks waarbij ook op kanker gescreend wordt. Deze complete gezondheidschecks zijn in Nederland volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek verboden, omdat de voordelen op volksgezondheidsniveau niet onderzocht zijn of nog niet evident zijn. In Duitsland zijn deze checks echter algemeen aanvaard en worden ze ook vergoed door de verzekeraars.

8.2.1 WHO en Europese Unie

Meeste landen passen WHO-criteria toe voor invoering van screening

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in 1968 algemene criteria opgesteld waar een screening die op bevolkingsniveau wordt aangeboden, aan zou moeten voldoen. In de meeste landen worden de screenings voor invoering getoetst aan deze 'Wilson & Junger'-criteria (*tekstblok 8.1*).

Naast het opstellen van criteria heeft de WHO voor een aantal screenings concretere standpunten en adviezen opgesteld. Zo is in 2005 door de WHO één resolutie voor alle kankers aangenomen. Deze resolutie strekt van de preventie van blootstelling aan risicofactoren en screening tot vroege diagnose, behandeling en palliatieve zorg voor kankerpatiënten. Consequentie van deze resolutie is dat verwacht wordt dat elk land een integraal kankerprogramma opzet. In 2003 bleek dat in zeventien van deze landelijke programma's van EU-lidstaten, preventie en vroegopsporing niet of zeer beperkt aan bod kwamen (WHO, 2003). Het 'Nederlands Nationaal Programma Kankerbestrijding voor 2005-2010' is in 2004 uitgekomen. Tot 2004 is er in Nederland geen integrale aanpak van de kankerbestrijding op landelijk niveau geweest.

Andere adviezen van de WHO zijn op het gebied van type 2 diabetes en osteoporose. Op het gebied van type 2 diabetes is er momenteel onvoldoende wetenschappelijk bewijs om een besluit te kunnen nemen over wel of niet screenen. Wel worden landen geadviseerd beleid te formuleren op dit gebied. In Nederland raadt de Gezondheidsraad een algemene screening op diabetes af, omdat nog onvoldoende bekend is over de effectiviteit van de screening (GR, 2004a).

Tekstblok 8.1: Criteria voor screening.

'Wilson & Junger'-criteria

Veel landen baseren de beoordeling of een nieuwe screening ingevoerd, of een bestaande screening uitgebreid kan worden op de internationale criteria van 'Wilson & Junger' (Wilson & Junger, 1968).

Deze criteria zijn:

- Het moet gaan om een belangrijk gezondheidsprobleem.
- Er moet een aanvaarde behandeling zijn voor opgespoorde patiënten.
- Er moeten voldoende faciliteiten voor diagnose en behandeling zijn.
- Er moet een herkenbaar latent of vroegsymptomatisch stadium zijn.
- Er moet een geschikte test of onderzoeksmethode zijn.
- De test moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
- Het natuurlijk beloop van de ziekte moet bekend zijn.
- Er moet overeenstemming zijn over wie behandeld moet worden.
- De kosten moeten afgewogen worden tegen de baten.
- Er moet sprake zijn van een continu proces (geen eenmalige screening).

Aanvullende nationale criteria in het Verenigd Koninkrijk

Sommige landen stellen aanvullende criteria voor screening op. Het 'National Screening Committee'

in het Verenigd Koninkrijk hanteert een lijst met 22 criteria. Toegevoegd zijn bijvoorbeeld:

- Voor zover haalbaar moeten alle kosteneffectieve primaire preventie interventies geïmplementeerd zijn.
- Er moet een plan zijn om het screeningsprogramma te monitoren met een overeengekomen set van kwaliteitscriteria.
- Teneinde potentiële deelnemers aan de screening een geïnformeerde keuze te laten maken moet 'evidence-based' informatie, met uitleg over de consequenties van de test, het onderzoek en de behandeling, beschikbaar zijn.

Nederlandse criteria voor genetische screening

In 1994 heeft de Gezondheidsraad een lijst van criteria specifiek voor genetische screening opgesteld (GR, 1994). Ook deze lijst is gebaseerd op bovenstaande WHO-criteria. Extra criteria zijn bijvoorbeeld:

- Er moeten afdoende maatregelen zijn genomen om bij de omgang met en de opslag van de medische gegevens en het celmateriaal de persoonlijke levenssfeer van de deelnemers te beschermen en hun rechten ten opzichte van hun persoonsgegevens en celmateriaal te respecteren.
- Als in het kader van screening wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt, moeten de deelnemers ook ten aanzien van dit aspect vooraf goed zijn geïnformeerd.

In 2006 is een WHO-advies uitgekomen over osteoporose waarin een screening op bevolkingsniveau wordt afgeraden. Er is wel enig bewijs voor de effectiviteit van selectieve screening van vrouwen ouder dan 65 jaar maar ook voor deze groep zijn er nog veel onbeantwoorde vragen (WHO, 2006a). Andere screenings zijn niet binnen een breder programma van de WHO gepositioneerd.

Europese Unie vult beleid afzonderlijke EU-landen aan

De afzonderlijke landen van de Europese Unie (EU) hebben de verantwoordelijkheid voor het beschermen en bevorderen van de gezondheid van hun inwoners. Ze geven dan ook ieder invulling aan een eigen screeningsbeleid. De EU heeft de taak om beleid van de afzonderlijke landen aan te vullen en stelt verder aanbevelingen en richtlijnen op. De inzet van de EU op het gebied van screenings maakt deel uit van een algemene strategie gericht op een samenhangende en effectieve aanpak van gezondheidsproblemen in verschillende sectoren. Daarnaast staan in de 'European Community Health Strategy', voor de periode 2003 tot 2008, informatie en kennis over gezondheid, snelle aanpak van gezondheidsbedreigingen en de aanpak van gezondheidsdeterminanten

Tekstblok 8.2: Zelftests.

Europees beleid gericht op kwaliteit zelftests

Via internet en drogisterijen wordt het voor burgers steeds makkelijker om zelftests te kopen, zonder hierbij deel te hoeven nemen aan een wetenschappelijk onderzoek of een bevolkingsonderzoek. Inmiddels zijn zelftests voor onder andere prostaatkanker, dikkedarmkanker, HPV (Humaan Papilloma Virus), chlamydia, cholesterolgehalte en hiv (De Hollander et al., 2006) vrij verkrijgbaar via internet. Het gevaar bestaat dat burgers zichzelf op allerlei ziekten en aandoeningen gaan testen zonder adequate begeleiding. Het is daardoor goed mogelijk dat gebruikers van dergelijke zelftests de eventuele nadelige gevolgen over het hoofd zien, bijvoorbeeld bij fout-positieve uitslagen (personen maken zich onterecht ongerust) of fout-negatieve uitslagen (personen stellen zichzelf ten onrechte gerust). De zelftests zijn bijna altijd risicoschattingen en geven geen zekerheid over aan- of afwezigheid van de ziekte.

Sinds 1998 is de Europese richtlijn 'medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek (98/79/EG)' van kracht. Zelftests zijn volgens deze wet aan te merken als in-vitrodiagnostica. Met deze richtlijn wordt de kwaliteit en veiligheid van zelftests gewaarborgd (RVZ, 1999). Fabrikanten van zelftests die voldoen aan deze richtlijn mogen een CE-keurmerk gebruiken. In Europa mogen alleen zelftests met een CE-keurmerk verkocht worden in drogisterijen en apotheken. Fabrikanten, buiten Europa, die dergelijke tests aanbieden via internet zijn niet verplicht om aan deze Europese richtlijn te voldoen. Zelftests die via internet verkrijgbaar zijn, kunnen daarom niet dezelfde kwaliteit en veiligheid garanderen als zelftests met een CE-keurmerk. Momenteel bestaat er nog geen wet- en regelgeving om deze ontwikkeling tegen te gaan.

centraal. In het 'Programme of Community Action in the field of Health and Consumer Protection 2007-2013', wordt een meer integrale aanpak voorgesteld.

8.2.2 Beleid van afzonderlijke landen

De WHO heeft criteria opgesteld voor de beoordeling van een screening voor de feitelijke invoering. De EU geeft algemene informatie over screenings en ondersteunt landen met aanbevelingen en richtlijnen (WHO, 2006c). De EU en de WHO baseren hun adviezen en richtlijnen op de 'state of the art' en daarmee voornamelijk op de informatie uit landen die voorop lopen. De afzonderlijke landen bepalen echter het beleid rondom screenings. In elk land verschillen de grootte van afzonderlijke gezondheidsproblemen en de organisatie van de (preventieve) zorg. Het beleid verschilt hierdoor tussen landen en soms ook binnen landen omdat beleid op provinciaal niveau wordt vormgegeven. Voor Nederland is het beleid van ons omringende landen van belang omdat Nederlanders daar op eigen initiatief gebruik van zouden kunnen gaan maken.

België

In 2003 heeft Vlaanderen een wet over preventief gezondheidsbeleid aangenomen waarin onder andere bevolkingsonderzoeken zijn opgenomen. De Vlaamse overheid wil hiermee de bevolking beschermen tegen onderzoeken waarvan het nut onvoldoende bewezen is en daarmee de garantie geven dat screeningsonderzoeken van goede kwaliteit zijn. Tegelijk wordt verspilling van overheidsgeld vermeden en worden middelen daar ingezet waar het meer gezondheidswinst oplevert. Bevolkings-

onderzoeken kunnen dus niet worden ingevoerd zonder goedkeuring van de Vlaamse overheid. De wet over preventief gezondheidsbeleid is nu nog uitgevaardigd in de vorm van wetgeving alleen voor Vlaanderen (decreet) maar voorbereidingen worden getroffen om het in de wetgeving voor Vlaanderen en Wallonië onder te brengen (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2006). In België is het dus mogelijk dat screeningsbeleid tussen Vlaanderen en Wallonië tijdelijk kan verschillen.

Verenigd Koninkrijk

Bevolkingsonderzoeken naar kanker zijn in het Verenigd Koninkrijk ingebed in een groter 'public health' programma. In het 'National Health Service Cancer Plan' wordt de gehandhaafde strategie betreffende investeringen en wijzigingen binnen de 'National Health Service' (NHS) beschreven. In 1996 is in het Verenigd Koninkrijk een nationale organisatie opgericht, de United Kingdom National Screening Committee (NSC), die de overheid adviseert over beleid omtrent screenings en bewaakt dat screeningsprogramma's volgens de standaarden worden geïmplementeerd en uitgevoerd.

De NSC neemt in haar adviezen niet alleen wetenschappelijk bewijs op maar ook aspecten die te maken hebben met de uitvoerbaarheid en acceptatie van een screening (Screening policy team, 2005). De criteria die de NSC hanteert zijn gebaseerd op de 'Wilson & Junger'-criteria en aangevuld met nog enkele andere criteria (zie *tekst-blok 8.1*).

Na een advies van de NSC adviseren ambtenaren uit de vier staten van het Verenigd Koninkrijk (Engeland, Wales, Schotland en Noord-Ierland) hun deelregeringen. Deze regeringen kunnen van het advies afwijken en hier zijn ook voorbeelden van. In Wales wordt op de ziekte van Duchenne gescreend terwijl het een niet te behandelen aandoening is en dus niet voldoet aan de criteria van Wilson & Junger. De wetgeving op het gebied van screening is niet in één wetsartikel samengebracht. Zo is het gebruik van straling in screeningsprogramma's ondergebracht bij regels omtrent het gebruik van ioniserende straling (Crown copyright, 2000). Op het gebied van genetisch materiaal is er momenteel een gecompliceerd systeem van wetgeving dat ook van invloed is op genetische screening (NCB, 2006).

Ondanks dit gecentraliseerde beleid is in de praktijk het beleid rondom screening niet altijd duidelijk. Zo heeft de NHS bijvoorbeeld bepaald dat de screening op prostaatkanker nog niet voldoet aan de criteria voor een screening. Maar, omdat er druk is vanuit de bevolking om te kunnen testen op prostaatkanker, heeft de NHS besloten dat mannen gratis een PSA-bepaling (Prostaat Specifiek Antigeen) mogen laten uitvoeren ondanks dat er veel onduidelijkheid is over de effectiviteit van vroege behandeling van prostaatkanker. Voorwaarde is wel dat de mannen voldoende worden geïnformeerd over de risico's (Donavan et al., 2001). Hiermee is de deur opengezet voor een screening die niet voldoet aan criteria waar andere screenings wel aan moeten voldoen.

Duitsland

In Duitsland worden screenings op borstkanker, baarmoederhalskanker, prostaatkanker, dikkedarmkanker en huidkanker vergoed door de verzekeringen voor steeds

specifiek omschreven doelgroepen (Deutsche Krebshilfe, 2007). Ook wordt een algemene 'check-up' (bloed- en urineonderzoek, bloeddrukmeting en lichamelijk onderzoek naar hart en longen), elke twee jaar vanaf 35 jaar aangeraden door de staat en vergoed door de verzekeraars. Doel is om de patiënt te informeren over zijn algemene gezondheid. Er is in Duitsland dus een breed pakket van onderzoeken waar na eigen initiatief gebruik van kan worden gemaakt. Slechts 50% van de vrouwen en ongeveer 17% van de mannen laten een van deze onderzoeken uitvoeren. In 2002 heeft 17% van de verzekerden de algemene medische check-up laten uitvoeren (BS, 2007). Het aanbod wordt in Duitsland per deelstaat georganiseerd en niet landelijk. Er is geen landelijke wetgeving waar een screening voor invoering aan getoetst wordt. Wel worden landelijk de richtlijnen voor de uitvoering vastgesteld (GB, 2007). Bij bijvoorbeeld borstkanker moeten de instanties die de mammografie uitvoeren volgens de landelijke richtlijnen geaccrediteerd worden.

Nederland

In 1996 is in Nederland de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) ingevoerd. De WBO is bedoeld om de bevolking te beschermen tegen bevolkingsonderzoeken die een gevaar kunnen vormen voor de lichamelijke of geestelijke gezondheid van een persoon. Voor het uitvoeren van bevolkingsonderzoeken waarbij ioniserende straling wordt gebruikt, onderzoek naar kanker wordt gedaan en onderzoek naar ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is, is een vergunning nodig. Voordat de minister van VWS een vergunning afgeeft dient de Gezondheidsraad hierover een advies uit te brengen. De minister van Volksgezondheid kan vanwege de aard van de onderzoeksmethoden of de op te sporen ziekte een bevolkingsonderzoek vergunningsplichtig maken. De Tweede Kamer moet dit wel goedkeuren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op het naleven van de WBO. Zo is de IGZ in 2006 een campagne begonnen tegen aanbieders van medische check-ups waarin ook onderzoek wordt gedaan naar kanker. In 1995 is de wijze waarop mensen om toestemming wordt gevraagd en informatie horen te krijgen bij een wetenschappelijk onderzoek via een besluit in de WBO opgenomen. De persoon moet een zorgvuldige overwogen beslissing kunnen nemen.

8.3 Nieuwe ontwikkelingen in bestaande screening

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan een viertal screeningen die nu al in Nederland worden uitgevoerd. Het gaat om de screeningen op borstkanker, baarmoederhalskanker, het syndroom van Down en de neonatale screening (de 'hielprik'). Bij het internationaal vergelijken van het beleid ten aanzien van screeningen kunnen veel verschillende aspecten aan bod komen. Hier is gekozen om de aandacht vooral te richten op een aantal beleidsrelevante ontwikkelingen en niet uitvoerig in te gaan op de kenmerken van de screeningen zoals deze nu worden uitgevoerd. Zie *tabel 8.1* voor een overzicht van de beleidsrelevante ontwikkelingen die per screening internationaal zijn vergeleken.

Tabel 8.1: Internationaal vergeleken beleidsrelevante ontwikkelingen per screening.

Screening	Vergeleken beleidsrelevante ontwikkelingen
Borstkankerscreening	- Screeningsbeleid - Organisatie van de screening - Verschuiving leeftijdsgrens - Screenen van hoogrisicogroepen binnen het bevolkingsonderzoek.
Baarmoederhalskankerscreening	- Screeningsbeleid - Nieuwe techniek: dunnelaagcytologie - HPV-screening - HPV-vaccinatie.
Neonatale screening	- Screeningsbeleid - Pakket aan ziekten waarop gescreend wordt - Voorlichting en 'informed consent' - Dragerschapsinformatie.
Prenatale screening	- Screeningsbeleid - Geïnformeerde besluitvorming - Routinisatie.

8.3.1 Borstkankerscreening

Nederland heeft vanaf 1990 geleidelijk een landelijk bevolkingsonderzoek ingevoerd naar borstkanker voor vrouwen tussen de 50 en 75 jaar. Eens in de twee jaar worden de vrouwen in deze leeftijdsgroep opgeroepen om een mammografie te laten maken in een gespecialiseerd onderzoekscentrum. Doel van dit bevolkingsonderzoek is sterfte aan borstkanker te voorkomen door borstkanker in een vroeg stadium op te sporen. Internationaal gezien is in Nederland de incidentie en de sterfte aan borstkanker hoog (Van der Wilk, 2005). In de periode 1994-2004 is in de leeftijdsgroep 65-74 jaar een afname van de borstkankersterfte zichtbaar geworden. Deze afname wordt voor een groot deel toegewezen aan het bevolkingsonderzoek (Voogd et al., 2005; Otto et al., 2003; Fracheboud & De Koning, 2005).

Doel EU is minder sterfte aan borstkanker en afname verschillen tussen EU-landen

De doelen die het Europese Parlement in 2003 op het gebied van borstkanker gesteld heeft, zijn: een afname van de sterfte aan borstkanker met 25% en een afname van de verschillen tussen EU-landen met 5%. In 2006 is hiertoe de vierde kwaliteitsrichtlijn voor borstkankerscreening en -diagnose opgesteld door de 'European Breast Cancer Network' (EBCN) van de EU in samenwerking met de 'International Agency for Research on Cancer' (IARC). In deze richtlijn zijn voor elke stap in het proces van screening tot diagnose standaarden en protocollen opgesteld. Achttien Europese lidstaten plus Noorwegen, Zwitserland, Israël, Canada en de Verenigde Staten hebben samen aan de richtlijn gewerkt (Perry et al., 2006). In hoeverre de door de EU gestelde doelen gehaald zijn en of de richtlijnen in de verschillende staten ook worden toegepast moet nog blijken.

Organisatie van screening is internationaal zeer verschillend

Er zijn geen twee landen te vinden die de borstkankerscreening op dezelfde manier georganiseerd hebben. In veel landen is er een lange traditie van opportunistische screening geweest voordat een georganiseerd (landelijk) project is opgezet (Broeders et al., 2005). Landen met een nationaal programma hebben vaak een centrale organisatie waarbij de verantwoordelijkheid voor en de aansturing van de screening bij een centraal orgaan ligt. De screening wordt dan vanuit de centrale overheid gefinancierd. In landen met deelstaten, ligt de verantwoordelijkheid voor de screening vaker bij decentrale organisaties. De evaluatie van de screening is meestal wel centraal georganiseerd. De rol van de centrale coördinator bij het bewaken van de kwaliteit van het programma is vaak veel actiever omdat de uitvoering niet altijd uniform is. De kosten zijn naar verwachting hoger bij een decentraal georganiseerd systeem. Ook wordt een gedecentraliseerd systeem vaker gekenmerkt door meer opportunistische screening buiten het programma. Naast de georganiseerde programma's zijn er ook landen die opportunistisch screenen. Oostenrijk heeft een systeem van opportunistisch screenen waarbij het lijkt dat geen slechtere resultaten worden behaald, met betrekking tot sterfte als gevolg van borstkanker, dan in landen met een centraal georganiseerd systeem (Vutuc, 2006). Vrouwen worden in Oostenrijk geadviseerd zich te laten screenen, het aanbod is gratis en laagdrempelig en het laten maken van een mamмоgrafie is algemeen geaccepteerd. De Oostenrijkse vrouwen worden echter niet actief uitgenodigd.

Organisatie lijkt uitkomsten voor vrouw niet te beïnvloeden

De EU heeft de norm van 75% of hoger gesteld voor de gewenste opkomst bij borstkankerscreening (Perry et al., 2006). Een aantal landen waaronder Nederland halen deze norm (*bijlage 7, tabel B7.1*). In veel landen, waaronder Nederland, is de opkomst hoger in landelijke gebieden dan in stedelijke gebieden (Lyngé et al., 2003). Uit onderzoek komt naar voren dat de opkomst in het algemeen lager is in landen waar de screening decentraal is georganiseerd (Broeders et al., 2005). In *bijlage 7 (tabel B7.1)*, waarin een aantal onderzoeken bij elkaar is gezet, is dit verschil echter niet altijd zichtbaar. In onderzoek zijn geen verschillen gevonden tussen gecentraliseerde en gedecentraliseerde landen in de mate waarop en de karakteristieken van kankers die gevonden worden. Het lijkt erop dat als vrouwen aan de screening meedoen, de wijze van organisatie niet uitmaakt en de uitkomsten vergelijkbaar zijn. Op volksgezondheidsniveau zullen wel degelijk verschillen worden gevonden. In landen met een hogere opkomst zullen meer vrouwen met kanker worden opgespoord en zal het effect van de screening op populatieniveau hoger zijn.

Leeftijdsgrens naar 45 of 40 verlagen of niet?

Een aantal landen screent in vergelijking met Nederland ook jongere leeftijdsgroepen. In Japan (vanaf 40 jaar), IJsland (40-69 jaar), enkele regio's in Zweden en de Verenigde Staten worden vrouwen vanaf 40 jaar gescreend (OECD, 2006b). In Hongarije worden vrouwen van 45 tot 65 jaar gescreend (OECD, 2006b). De Nederlandse Gezondheidsraad geeft aan dat het screenen van vrouwen onder de 50 jaar een controversieel onderwerp is omdat het gunstige effect op sterfte nog niet overtuigend is aangetoond

(GR, 2006a). De raad adviseert de resultaten van Britse onderzoeken af te wachten voordat uitspraken worden gedaan over het verlagen van de screeningsleeftijd.

In 2005 is in België een uitgebreid onderzoek gedaan naar de vraag of het Belgisch bevolkingsonderzoek met de leeftijdsgroep 40-49-jarigen uitgebreid zou moeten worden (Puddu & Tafforeau, 2005). Conclusie van dit onderzoek is dat onvoldoende bekend is over de specificiteit, sensitiviteit en de frequentie waarmee gescreend zou moeten worden. De vroege opsporing bij 40-49-jarigen hoeft ook niet het verloop van het ziekteproces te beïnvloeden. Wel leidt de screening tot meer behandelingen en vrouwen weten langer dat ze ziek zijn. In België wordt uitbreiding van screening onder vrouwen tussen 40-49 jaar dan ook niet aanbevolen (Puddu & Tafforeau, 2005). Het opnemen van resultaten uit landen die nu al screenen op 40-49-jarigen, zou een waardevolle aanvulling kunnen zijn op de wetenschappelijke informatie die nu beschikbaar is.

Nieuwe technieken kunnen ook van grote invloed zijn op de verlaging van de leeftijd bij screening. Zo lijkt digitale mammografie goed voor onderzoek bij vrouwen onder de 50 jaar, vrouwen rond de menopauze en vrouwen met een dicht borstklierweefsel (GR, 2006a). De effecten van het gebruik van nieuwe testmethoden (digitale mammografie, echografie in combinatie met een mammografie en MRI) bij een bevolkingsonderzoek zijn echter nog niet vastgesteld.

Geen consensus over wijze van screenen van vrouwen met een genetisch verhoogd risico

Naast het bevolkingsonderzoek naar borstkanker worden in veel landen vrouwen met een genetisch verhoogd risico op borstkanker gescreend (vrouwen uit families met erfelijke borstkanker: BRCA1 en BRCA2). De behandelingsopties die worden toegepast bij dergelijke hoogrisicopatiënten kunnen echter per land verschillen (Bouchard et al., 2004). In Nederland wordt de screening bij kankercentra of universitaire medische centra uitgevoerd en bestaat de screening uit een halfjaarlijks lichamelijk borst-onderzoek, een jaarlijkse mammografie en eventueel een MRI. Er zijn geen richtlijnen opgesteld voor de screening van hoogrisicogroepen (GR, 2006a).

Bij vergelijking tussen landen zijn culturele factoren belangrijk. Zo is de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in Angelsaksische landen groot, en heeft in Frankrijk de arts veel autoriteit. Verder zijn de context waarin de preventie wordt aangeboden (kankercentrum versus klinisch genetisch centrum) en de mate van samenwerking tussen behandelaars, van invloed op de uiteindelijke behandeling die vrouwen met een genetisch verhoogd risico krijgen (Bouchard et al., 2004). Andere factoren die verschillen in behandelingsopties tussen landen bepalen, zijn: de mate waarin nieuw wetenschappelijk inzicht in de praktijk wordt toegepast, de vrijheid die innovatie krijgt en de wijze waarop de zorg georganiseerd is in een land. Internationaal gezien is er geen overeenstemming over de beste behandelingsopties voor vrouwen met een verhoogd risico. Zo blijven de meningen sterk verschillen over de wetenschappelijke onderbouwing van het uitvoeren van screeningsmammografie bij vrouwen met een verhoogd risico door de blootstelling aan straling (Puddu & Tafforeau, 2005).

Conclusie

Internationaal gezien heeft Nederland een goed nationaal georganiseerd programma voor borstkankerscreening. De opkomst is in Nederland hoog. Uit de internationale literatuur komt naar voren dat de wijze waarop de screening is georganiseerd niet van invloed hoeft te zijn op de uitkomst van vrouwen die aan de screening meedoen. Het is vooral belangrijk of alle stappen in het screeningsproces zorgvuldig volgens richtlijnen zijn georganiseerd. In landen waar de opkomst voor de screening hoog is zullen meer vrouwen met kanker worden opgespoord en is het effect van de screening op volksgezondheidsniveau groter. In Nederland wordt nagedacht over de omvorming van de organisatiestructuur van achttien naar vijf screeningsorganisaties. Deze screeningsorganisaties zouden mogelijk ook nieuwe screenings moeten uitvoeren. Bij vrouwen met een verhoogd genetisch risico worden de behandelingsopties door meerdere factoren bepaald, waaronder de locatie waar gescreend wordt. Als de setting waar deze groep vrouwen wordt behandeld (inclusief screening) verandert, zullen de gevolgen van een dergelijke verschuiving allereerst nader onderzocht moeten worden. Ook voor andere ontwikkelingen, zoals het invoeren van de digitale mammografie, het gebruik van een combinatie van screeningstechnieken of het verlagen van de screeningsleeftijd, moet lopend onderzoek worden afgewacht voordat veranderingen in Nederland kunnen worden doorgevoerd.

8.3.2 Baarmoederhalskankerscreening

In Nederland worden vrouwen tussen de 30 en 60 jaar om de vijf jaar uitgenodigd om een uitstrijkje te laten afnemen. Een uitstrijkje (cytologische test) kan baarmoederhalskanker en voorstadia van kanker opsporen. Wanneer afwijkingen, mogelijke voorstadia van kanker of kanker in een vroeg stadium worden behandeld, is de kans op genezing groot. In 2003 was de opkomst van de screening 66%, bij 2,3% van deze vrouwen was vervolgonderzoek nodig. Omdat onbekend is welk percentage van de vrouwen met een behandelbaar voorstadium daadwerkelijk kanker zouden ontwikkelen, is niet direct meetbaar hoeveel kanker met de screening wordt voorkomen. Grofweg de helft van de afname van de sterfte aan baarmoederhalskanker wordt toegeschreven aan de introductie van de screening, de andere helft aan de dalende trend die al was ingezet vóór introductie van de screening (GR, 2006b). Een infectie met het Humaan Papilloma Virus (HPV) wordt gezien als een noodzakelijke maar niet voldoende oorzaak van baarmoederhalskanker. Dit wil zeggen dat niet iedereen met een HPV-infectie daadwerkelijk baarmoederhalskanker zal ontwikkelen (Davies et al., 2006, WHO, 2006b). Andere risicofactoren voor baarmoederhalskanker zijn roken, langdurig gebruik van hormonale anticonceptie, hiv-infectie en een hoog aantal zwangerschappen (Muñoz et al., 2006). Er zijn meer dan 100 soorten HPV waarvan twee soorten (HPV-16 en -18) voor ongeveer 70% van de baarmoederhalskanker zorgen (Muñoz et al., 2006).

Meeste EU-landen screenen op baarmoederhalskanker

Bijna alle EU-landen screenen op baarmoederhalskanker en hebben hier beleid voor geformuleerd (*bijlage 7, tabel B7.2*). Het advies van de EU is om alleen baarmoederhalskankerscreening aan te bieden door middel van een goed georganiseerd bevolkingsonderzoek waarbij de kwaliteit gewaarborgd is. Aanbevolen wordt om vrouwen tussen de 30 en 60 jaar te screenen met een interval van drie tot vijf jaar (Raadgevend comité voor de kankerpreventie, 1999). Het afnemen van een uitstrijkje is op dit moment de enige test die voldoende bewijskracht heeft voor gebruik op populatieniveau en dus geschikt is om aan te bieden aan vrouwen zonder klachten. Er zijn duidelijke verschillen tussen landen in het aantal aangeboden uitstrijkjes gedurende het hele leven, dat varieert van zeven in Finland, Litouwen en Nederland tot meer dan vijftig in Luxemburg en Duitsland. Het screeningsinterval bedraagt in de meeste landen tussen de drie en vijf jaar. De doelgroep varieert echter vanaf vijftien jaar en ouder in Luxemburg tot 50-69-jarigen in een deel van Frankrijk. In veel landen is de doelgroep tussen de 25 en de 64 jaar (Antilla et al., 2004).

Implementatie van nieuwe technieken in de bestaande screening

Er zijn enkele nieuwe technieken die gebruikt kunnen worden om de huidige screening met een uitstrijkje effectiever te maken. Eén daarvan is de analysemethode van het uitstrijkje door dunnelaagcytologie (DLC). Deze methode zou als voordeel hebben dat het meer afwijkingen kan opsporen zonder meer fout-positieve uitkomsten. Bewezen is dat er minder uitstrijkjes worden afgekeurd wegens onvoldoende kwaliteit, dat het verwerken minder tijd kost en er kunnen meerdere onderzoeken met dezelfde test worden uitgevoerd (GR, 2005a). De kosten van DLC zijn echter hoger dan die voor de traditionele techniek. Er is weinig goed onderzoek naar de effecten van DLC bij gebruik op bevolkingsniveau. Ondanks het ontbreken van bewijs, is DLC in enkele landen al op bevolkingsniveau ingevoerd. Dit zou kunnen worden gezien als een marktgedreven ontwikkeling (GR, 2006b). In Engeland heeft DLC gezorgd voor een afname van slechte preparaten met 80%. In landen als Denemarken, Finland, Engeland, Schotland, Nederland en de Verenigde Staten wordt deze techniek inmiddels ook gebruikt (GR, 2005a; Kitchner et al., 2006). Een deel van het gebruik in Nederland valt binnen wetenschappelijk onderzoek waarvoor een vergunning is aangevraagd, een ander deel is tot december 2006 zonder vergunning uitgevoerd en hiermee gedoogd (GR, 2006b). De effecten van het gebruik van DLC in de Nederlandse situatie worden onderzocht. De te verwachten winst in Nederland door DLC is kleiner dan in andere landen omdat de kwaliteit van de traditionele techniek al goed was. In Nederland en IJsland hoeft maar 1% van de uitstrijkjes opnieuw te worden uitgevoerd vanwege onvoldoende kwaliteit, in Noorwegen 4% en in Engeland 9%. DLC is in Denemarken ingevoerd omdat daar veel vals-negatieve testen waren. Er zijn dan ook goede resultaten behaald in het screeningsprogramma na de invoering van DLC (Schledermann et al., 2006).

HPV-screening nergens grootschalig ingevoerd

Het screenen van vrouwen op HPV is nergens in Europa als landelijk programma ingevoerd. Wel heeft een aantal landen proefonderzoeken lopen. In Nederland, het Verenigd Koninkrijk (twee studies), Finland, Canada, Zweden en Mexico wordt de HPV-screening in combinatie met cytologie (DLC of traditionele cytologie) vergeleken met alleen cytologie. In Italië en Finland wordt de HPV-screening met cytologie vergeleken (Cuzick et al., 2006; Davies et al., 2006). In Europa is cytologie de standaard methode en het beleid zal pas worden herzien na goede resultaten van lopende onderzoeken. In de VS is het gebruik van cytologie en een HPV-test goedgekeurd voor vrouwen van 30 jaar en ouder (Arbyn & Temmerman, 2002). Zowel voor landen met een nationaal programma als voor landen die opportunistisch screenen, lijkt het interessant om een HPV-test op te nemen in de screening. De HPV-test heeft namelijk een hogere sensitiviteit (er worden door de test meer vrouwen met een voorstadium van baarmoederhalskanker gevonden) maar wel een lagere specificiteit (meer vrouwen zonder een voorstadium van baarmoederhalskanker krijgen toch een positieve uitslag) dan cytologie (Cuzick et al., 2006). De invoering van de HPV-test zou in veel Europese landen kosteneffectief kunnen zijn als eerst de HPV-test zou worden aangeboden (meest sensitieve test) en in het vervolgonderzoek de cytologie (de meest specifieke test) (Davies et al., 2006). De kosteneffectiviteit is echter sterk afhankelijk van de intervalduur en de opzet van het screeningsproces (Vijgen et al., 2005).

Om een geïnformeerde keuze te kunnen maken over wel of niet meedoen aan een HPV-screening, zullen vrouwen over de relatie HPV en baarmoederhalskanker geïnformeerd moeten worden. Uit verschillende studies in het Verenigd Koninkrijk (VK) en de VS blijkt dat zeer weinig vrouwen bekend zijn met deze relatie (Cuzick et al., 2006; Anhang et al., 2004). Met een HPV-screening zullen meer vrouwen onterecht een positieve uitslag krijgen (kan gepaard gaan met angst, angst voor kanker, seksuele problemen, veranderend lichaamsbeeld en bezorgdheid over hun reproductiviteit, en angst voor de ingrepen en behandelingen die nodig zijn) waardoor begeleiding van deze vrouwen zeer belangrijk wordt (Anhang et al., 2004). De leeftijd waarop gescreend moet worden en het interval van de screening zijn ook nog controversieel (Cuzick et al., 2006).

Hoogstwaarschijnlijk zal de invoering van de HPV-screening in elk land anders zijn afhankelijk van de huidige screening en de beleidskeuzes die gemaakt worden. In de VS wordt de HPV-test in enkele protocollen aanbevolen in bepaalde specifieke gevallen en niet als eerste testmethode. Er worden ook testen gedaan met HPV-zelftesten om op deze manier het bereik van de screening te verhogen (*tekstblok 8.2*). De Gezondheidsraad van Vlaanderen adviseert om de organisatie van de screening om de paar jaar te onderzoeken en te herzien om resultaten van wetenschappelijk onderzoek te kunnen implementeren (VGR, 2006).

HPV-vaccinatie gaat mogelijk interfereren met screening

Er zijn momenteel nog geen landen in Europa die de HPV-vaccinatie aanbieden. In de Europese Unie, de Verenigde Staten, Mexico, Canada en Nieuw-Zeeland is een van de twee ontwikkelde vaccins voor gebruik goedgekeurd, de andere is ter goedkeuring

ingediend (BBC, 2006). Het vermoeden bestaat dat de HPV-vaccinatie in veel landen snel zal worden geïntroduceerd omdat de beschermingsgraad van het vaccin hoog is. Hoe lang het vaccin bescherming biedt is echter nog niet bekend (Wright et al., 2006). De beste leeftijd voor introductie van vaccinatie in Europa zou tussen de 9 en 13 jaar zijn. In landen waar al een vaccinatie rond deze leeftijd wordt gegeven zoals in België, Kroatië of Nederland is introductie van de vaccinatie iets eenvoudiger dan in landen waar geen vaccinatiemoment en structuur is zoals het geval is in Frankrijk, Duitsland, Italië of de Verenigde Staten (Wright et al., 2006). Er zijn nog aspecten die nader bestudeerd moeten worden voordat vaccinatie kan worden ingevoerd, namelijk de hoge kosten van het vaccin (360 euro voor drie vaccins), de politieke wil in de verschillende landen (effecten zijn pas op lange termijn zichtbaar en het screeningsprogramma zal naast vaccinatie moeten worden voortgezet) en de adviezen van wetenschappelijke commissies over mogelijke invoering van het vaccin (past het in bestaande schema's, moet er een nieuw prikmoment komen, moet de organisatiestructuur veranderen?).

Het wordt ook noodzakelijk dat de nu nog gescheiden werkvelden van vaccinaties, preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen, gezondheidszorg voor jongeren en de kankerpreventie intensiever gaan samenwerken (WHO, 2006b). In landen waar het huidige screeningsbeleid kosteneffectief is, zoals in Nederland, zullen de onzekerheden over de effectiviteit van het vaccin zwaarder wegen dan in landen waar het huidige screeningsbeleid minder kosteneffectief is (De Melker, 2005). Introductie van de HPV-vaccinatie zal hoogstwaarschijnlijk meerdere malen herziening van het screeningsbeleid op het gebied van baarmoederhalskanker noodzakelijk maken naarmate inzichten in effecten van de vaccinatie toenemen. De Vlaamse Gezondheidsraad heeft al een advies over de vaccinatie uitgebracht waarin aangegeven wordt dat herziening van de huidige screeningspraktijk pas over tien of twintig jaar na de introductie van het vaccin nodig zal zijn. Op dit moment is er onvoldoende bewijskracht van effect van het vaccin op populatieniveau en de resultaten van onderzoek zullen pas rond 2012 bekend worden. Vaccinatie wordt dan ook nu nog niet geadviseerd (VGR, 2006).

Conclusie

Veel landen zijn door de opkomst van nieuwe technieken en opsporingsmethoden zoals de dunnelaagcytologie, de HPV-test, de HPV-thuistest en het HPV-vaccin hun beleid aan het heroverwegen. Op dit moment is er nog veel onzekerheid over de effectiviteit van deze nieuwe methoden en technieken. Een aantal lijkt veelbelovend en wordt al in meerdere landen gebruikt. Door de komst van nieuwe technieken lijkt herhaaldelijk herzien van het huidige screeningsprogramma dan ook noodzakelijk, ook wanneer dit betekent dat de huidige infrastructuur die opgezet is rond de screening, afgebroken zal moeten worden (bijvoorbeeld als de doelmatigheid en kosteneffectiviteit van het screeningsprogramma door de invoering van de vaccinatie sterk zou dalen). Alle landen lijken op zoek te zijn naar de manier waarop verschillende technieken in hun beleid kunnen worden geïntroduceerd. Op een aantal gebieden lijkt Nederland een voorsprong te hebben zoals op de infrastructuur om tieners te vaccineren, de lopende proefonderzoeken op het gebied van HPV-screening en initiatieven voor het opzetten van een toekomstbestendige structuur voor alle screenings.

Bij invoering van een nieuwe methode gericht op vaccinatie of screening op HPV is het informeren van vrouwen over de relatie van HPV en baarmoederhalskanker een speciaal aandachtspunt.

8.3.3 Neonatale screening

Uitbreiding van de hielprik in Nederland

In Nederland krijgen alle ouders van pasgeboren baby's neonatale screening (de 'hielprik') aangeboden, met als doel om bepaalde ernstige aangeboren aandoeningen op te sporen. Bijna alle ouders (99,8%) maken gebruik van deze screening (Lanting & Verkerk, 2005). In Nederland krijgen ouders tijdens de zwangerschap en bij de geboorteaangifte van hun kind de informatie over de hielprik. De hielprik wordt binnen een week na de geboorte uitgevoerd.

Tot eind 2006 werd er in ons land gescreend op een drietal aandoeningen: adrenogenitaal syndroom (AGS), congenitale hypothyreoïdie (CHT) en phenylketonurie (PKU). Door nieuwe technieken (tandemmassaspectometrie (ms/ms)) kunnen tegenwoordig veel meer aandoeningen opgespoord worden. De Gezondheidsraad heeft in 2005 geadviseerd om de hielprik uit te breiden door op meer ziekten te gaan screenen. Vanaf 1 januari 2007 wordt het bloed dat afgenomen wordt bij de hielprik onderzocht op zeventien aandoeningen (en zodra er een betere screeningsmethode is voor cystische fibrose (CF) achttien ziekten) (*tabel 8.2*) (GR, 2005b). Met ms/ms zouden in principe nog veel meer zeldzame aangeboren ziekten opgespoord kunnen worden. De Gezondheidsraad hanteerde de internationale criteria van Wilson & Junger om te bepalen of een ziekte meegenomen kon worden in het screeningspakket (Wilson & Junger, 1968). Een van de belangrijkste criteria is of er een effectieve behandeling voor de ziekte is. Dit werd door de Gezondheidsraad ingevuld als: is er voor het kind directe (behandeling) of indirecte (verbetering diagnostiek en zorg) gezondheidswinst te behalen door te screenen op de betreffende ziekte? Zo niet, dan heeft het kind er geen baat bij en wordt de aandoening dus niet meegenomen in de hielprik.

Internationale kaders

Er zijn geen internationale richtlijnen van de EU of WHO specifiek voor neonatale screening. Wel worden in veel landen de WHO-criteria van 'Wilson & Junger' als richtinggevend gezien voor de besluitvorming over neonatale screening (*tekstblok 8.1*). Een rapport van de Europese Commissie waarin 25 aanbevelingen inzake de ethische, juridische en maatschappelijke implicaties van genetische tests gedaan worden, beveelt aan dat de lidstaten van de Europese Unie 'als prioritair instrument een universeel programma invoeren voor een algemeen onderzoek bij pasgeborenen ten aanzien van zeldzame maar ernstige en behandelbare aandoeningen' (McNally, 2004). Dit sluit aan bij de richtlijnen van de 'International Society for Neonatal Screening' (ISNS). Hierin wordt onder andere aanbevolen om alleen te screenen op 'conditions where there is a demonstrated benefit from early diagnosis, the benefit is balanced against finan-

Tabel 8.2: Aandoeningen waarop per 1 januari 2007 gescreend wordt, met hoofdlijnen van therapie en screeningsmethode (Bolhuis & Page-Christiaens, 2005).

Aandoening	Screeningsmethode	Therapie
Fenylketonurie	enzymatisch ^a	dieet
Congenitale hypothyroïdie	immunochemisch	schildklierhormoon
Adrenogenitaal syndroom	immunochemisch	hydrocortison, eventueel chirurgische correctie
Biotinidasedeficiëntie (BIOT)	Enzymatisch	biotine
Cystische fibrose ^b	immunoreactief trypsine, DNA-onderzoek, zweetest	antibiotica, enzymen
Galactosemie (GAL)	Enzymatisch	dieet zonder melksuiker
Glutaaracidurie type 1	Acylcarnitinen ^c	levocarnitine, eiwitbeperking
HMG-CoA-lyasedeficiëntie	Acylcarnitinen ^c	eiwit- en vetbeperking, levocarnitine
Holocarboxylase-synthetasedeficiëntie	Acylcarnitinen ^c	biotine
Homocysteïnurie	Aminozuren ^c	pyridoxie, methioninearm dieet, betaine
Isovaleriaanacidemie	Acylcarnitinen ^c	leucinearm dieet, glycine, levocarnitine
Langeketenhydroxyacyl-CoA-dehydrogenasedeficiëntie	Acylcarnitinen ^c	vermijden van vasten, eventueel levocarnitine
Ahornstroopziekte ('maple syrup urine disease')	Aminozuren ^c	dieet arm aan vertakte aminozuren, eventueel thiamine
Middenketenacyl-CoA-dehydrogenase (MCAD)-deficiëntie	Acylcarnitinen ^c	vermijden van vasten, eventueel levocarnitine
3-methylcrotony-I-CoA-carboxylasedeficiëntie	Acylcarnitinen	leucinearm dieet, levocarnitine
Sikkelcelziekte	HPLC-hemoglobinen	profylaxe tegen infecties, bloedtransfusies
Tyrosinemie I	Aminozuren ^c	dieet met weinig tyrosine
Zeer-langeketenacyl-CoA-dehydrogenasedeficiëntie	Acylcarnitinen ^c	vermijden van vasten, levocarnitine

HPLC = 'high performance liquid chromatography'.

^a Eventueel tandemmassaspectrometrie.

^b De commissie adviseert cystische fibrose in het screeningspakket op te nemen als een testmethode beschikbaar is gekomen met een hogere specificiteit dan die van de huidige methoden.

^c Tandemmassaspectrometrie.

cial and other costs, there are suitable tests, and follow-up services are available for management' (ISNS, 2002). De in een WHO-conferentie over de ethische aspecten van de medische genetica voorgestelde richtlijnen gaan verder dan de bovengenoemde richtlijnen: 'Neonatale screening moet verplicht en gratis zijn als vroege diagnose en behandeling baat heeft voor de pasgeborene' (WHO, 1998). Een recent rapport over screening in Europa van het 'European Observatory on Health Systems and Policies' somt een reeks componenten op voor een effectief georganiseerd screeningsprogramma (gebaseerd op de criteria van Wilson & Junger) en beveelt hielprikscreening aan voor een aantal nader genoemde aandoeningen: PKU, CHT, CF en sikkelcelziekte (Holland et al., 2006).

Tabel 8.3: Overzicht van aandoeningen waarop in 2004 neonataal gescreend wordt in een aantal Europese landen (Loeber, 2006).

Land	PKU	CHT	AGS	CF	SCZ	GAL	BIOT	MCAD (ms/ms)	G6PD ^a	Andere
België	L	L	L	P	P	P	P	P	P	
Denemarken	L	L								
Duitsland	L	L	L	P		L	L	L	P	^b
Frankrijk	L	L	L	L	P					
Griekenland	L	L							L	
Ierland	L	L				L				^b
Italië	L	L	P	L		P	P		P	^b
Luxemburg	L	L	L							
Nederland	L	L	L					P		
Oostenrijk	L	L	L	L		L	L	L		
Portugal	L	L						P		
Rusland	L	L	P	P						
Schotland	L	L		L						
Spanje	L	L	P	P	P		P			^b
Verenigd Koninkrijk (excl. Scotland)	L	L		L	P					
Zweden	L	L	L							
Zwitserland	L	L	L			L	L	L		

^a Glucose 6-phosphate dehydrogenase deficiency
^b MSUD, HCU
L Landelijk screeningsprogramma
P Pilot screening in delen van het land

Veel internationale verschillen in ziekten waarop gescreend wordt

Uit tabel 8.3 is op te maken dat binnen Europa de meeste landen screenen op PKU en CHT, maar dat er verder veel verschillen zijn (Loeber, 2006). Er kan geconcludeerd worden dat Nederland met de uitbreiding tot zeventien ziekten, plotseling voorop loopt in Europa (let op: tabel 8.3 geeft de situatie van vóór 2007 weer).

Ook de dekkingsgraad verschilt sterk: in West-Europa wordt bijna 100% van de pasgeborenen gescreend, terwijl in sommige landen in Oost-Europa dit percentage 50% of minder is. In het Verenigd Koninkrijk worden alle baby's gescreend op PKU en CHT, en in verschillende regio's wordt ook gescreend op cystische fibrose (CF), sikkelcelziekte (SCZ) en middenketenacyl-CoA-dehydrogenase deficiëntie (MCAD). Er wordt gewerkt aan de gefaseerde implementatie hiervan in het hele land. In Wales worden jongens ook gescreend op spierdystrofie van Duchenne (DMD). De 'UK Newborn Screening Programme Centre' draagt zorg voor het waarborgen van een nationaal screeningsprogramma van hoge kwaliteit. In België wordt gescreend op drie tot zes aandoeningen, waaronder DMD (alleen in de provincie Antwerpen). Op deze laatste aandoening wordt alleen in delen van het Verenigd Koninkrijk en België gescreend. De screening op DMD wordt wel los van de screening op de andere aandoeningen gedaan (apart toestemming vragen en een aparte hielprikkaart). Opmerkelijk is dat er in beide landen wordt aangegeven dat de criteria van Wilson & Junger gehanteerd worden. Eén

van deze criteria is dat de ziekte waarop gescreend wordt behandelbaar moet zijn. Dit is voor DMD echter niet het geval. Er is geen voordeel voor de pasgeborene zelf. Het argument om de screening toch in te voeren is dat ouders hiermee rekening kunnen houden in de gezinsplanning. In Nederland wordt niet op onbehandelbare aandoeningen gescreend. Dit zou zonder vergunning in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) ook niet toegestaan zijn.

In de VS bepalen de verschillende staten zelfstandig op welke aandoeningen er gescreend wordt, en dit varieert van 4 tot 44 (Tarini et al., 2006). In de afgelopen tien jaar is het aantal gescreende aandoeningen in de VS enorm toegenomen: van gemiddeld 5 in 1995 tot gemiddeld 24 aandoeningen in 2005. In 40% van de Staten wordt zelfs op 40 of meer aandoeningen gescreend. Voor verschillende van de ziekten waarop in de VS gescreend wordt is echter (nog) geen behandeling beschikbaar.

Deelname aan de screening: van verplicht tot eigen keuze

In Nederland is deelname aan de hielprik vrijwillig en hebben ouders de mogelijkheid te weigeren. De informatiefolder over de screening geeft echter wel duidelijk aan dat het belangrijk is om deel te nemen: 'In de eerste week na de geboorte van uw kind wordt wat bloed afgenomen uit de hiel. In een laboratorium wordt dit bloed onderzocht op zeventien zeldzame, maar ernstige aandoeningen (...) Het is dan ook in het belang van de gezondheid van uw kind dat u meedoet aan het onderzoek. Deelname is echter niet verplicht. Wilt u niet meedoen, dan kunt u dit aangeven wanneer u wordt benaderd voor een afspraak voor de hielprik.' In het Verenigd Koninkrijk, ontvangen ouders in het derde trimester van de zwangerschap een informatiefolder van hun verloskundige, met als doel om hen een geïnformeerde beslissing over deelname aan de hielprik te laten nemen. Ouders hebben het recht om de screening te weigeren, maar deelname is 'strongly recommended'. In Frankrijk wordt neonatale screening gezien als een vanzelfsprekend onderdeel van geboortezorg waar de pasgeborene recht op heeft, ongeacht de mening van de ouders. In Duitsland, waar de hielprik recent is uitgebreid naar veertien aandoeningen, moeten ouders die toestemming geven voor de screening een 'Einwilligungserklärung' ondertekenen. In de VS is neonatale screening in principe verplicht voor alle pasgeborenen. Er kan echter in veel staten een uitzondering gemaakt worden, bijvoorbeeld op religieuze gronden. In driekwart van de Amerikaanse staten wordt ouders geen toestemming gevraagd voor de afname van de hielprik, maar worden deze daar slechts van in kennis gesteld (Mandl et al., 2002). In tien staten worden ouders zelfs niet eens geïnformeerd over de afname van de hielprik. Er zijn in bijna alle staten wel informatiefolders beschikbaar, maar die worden niet standaard aan alle ouders uitgereikt (Fant et al., 2005).

Eén van de voorwaarden die de Gezondheidsraad stelde bij het advies ter uitbreiding van de hielprik was heldere voorlichting en expliciete toestemming ('informed consent') van ouders. Internationaal gezien is in weinig landen sprake van een situatie waarin ouders ruim van te voren, uitgebreid worden geïnformeerd over de hielprik. Uit een door TNO Kwaliteit van Leven en het Centrum voor Bio-Ethiek georganiseerde internationale workshop over dit thema, kwam naar voren dat informed consent

eigenlijk onhaalbaar is, omdat het impliceert dat ouders precies weten waarvoor ze toestemming geven (Detmar, 2006). Bij een uitgebreide hielprik is het echter vrijwel onmogelijk om ouders te informeren over alle relevante aspecten van alle geïncludeerde ziekten. Tijdens de workshop werd geopperd om ouders een 'basic consent' te laten geven: 'De nadruk ligt hierbij minder op de ziektebeelden, dan op het nut van screening en de vraag hoe je daar als ouder tegenover staat' (Detmar, 2006). Dit is ook het uitgangspunt in het nieuwe voorlichtingsmateriaal in Nederland zoals dat met de uitbreiding van 1 januari 2007 in gebruik is genomen.

Wel of geen dragerschapsinformatie geven?

Met de uitbreiding van de hielprik in Nederland, zal er ook gescreend gaan worden op sikkelcelziekte (SCZ). Deze ziekte vormt een uitzondering op de andere aandoeningen omdat screenen ook informatie over dragerschap van het kind oplevert (ook screenen op CF kan informatie over dragerschap opleveren). Dragere van SCZ zijn niet ziek en zullen hier misschien nooit last van krijgen, maar als het kind drager is, is tenminste ook één van de ouders drager, en mogelijk andere kinderen. Moeten ouders alleen geïnformeerd worden als het kind de ziekte heeft, of ook als het een gezonde drager is?

Ook het beleid met betrekking tot het geven van dragerschapsinformatie verschilt binnen en tussen landen (Oliver et al., 2004). Men geeft de informatie standaard wel, laat ouders zelf kiezen, of geeft de informatie standaard niet. Het Verenigd Koninkrijk is een van de landen waar ook gescreend wordt op SCZ. Daar wordt informatie over dragerschap van SCZ wel gegeven aan ouders. In Frankrijk wordt SCZ-screening alleen aangeboden aan hoogrisicogroepen. Ouders van dragers krijgen een specifieke folder over wat dit inhoudt. Er is nog weinig bekend over de psychische en sociale gevolgen van het geven van dragerschapsinformatie (De Wert, 2005). Een recente Cochrane review kon zelfs geen enkele studie includeren die de effecten van dragerschapsinformatie bij neonatale screening onderzocht (Oliver et al., 2004). Hier moet dus nog verder onderzoek naar gebeuren. In Nederland is besloten om dragerschapsinformatie niet standaard te geven, maar er wordt de mogelijkheid geboden om te kiezen of men wel of geen dragerschapsinformatie wil ontvangen.

Conclusie

Er zijn grote verschillen tussen westerse landen op het gebied van neonatale screening. Dit geldt voor het aantal aandoeningen waarop gescreend wordt, en voor de voorlichting/ vrijheid van deelname. Met de uitbreiding van de hielprik loopt Nederland niet meer achter, maar voorop binnen Europa.

8.3.4 Prenatale screening

Relatief weinig prenatale screening in Nederland

Sinds enkele decennia zijn er prenatale screeningstesten beschikbaar die het risico schatten dat het ongeborn kind Downsyndroom of een neuraalbuisdefect (bijvoorbeeld open ruggetje) heeft. Dit kan een maternale serumtest (bloedtest) zijn, een nekpluimeting (echoscopie), of een combinatie van beide. In veel westerse landen wordt prenatale screening naar deze aandoeningen standaard aan iedere zwangere vrouw aangeboden en laten veel zwangeren één of meer screeningstesten doen. In Nederland is men erg terughoudend geweest in het aanbieden van prenatale screening en laten relatief weinig zwangeren een prenatale test doen. Tot eind 2006 was het officiële beleid dat alleen zwangeren ouder dan 35 een prenatale test (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) aangeboden kregen, en dat jongere zwangeren geen prenataal onderzoek aangeboden kregen. Vanaf 1 januari 2007 worden in Nederland alle zwangeren geïnformeerd over prenatale screening. Alleen zwangeren ouder dan 35 krijgen de test op Downsyndroom vergoed; het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) naar onder andere neuraalbuisdefecten wordt voor alle zwangere vrouwen vergoed (VWS, 2005). De prenatale screening moet voldoen aan de landelijk opgestelde kwaliteitseisen met betrekking tot onder andere voorlichting, counseling, echoscopie, laboratoria. Uit een recent onderzoek (maar vóór 1 januari 2007) onder een grote groep zwangeren in Nederland bleek dat minder dan de helft van de zwangeren die een prenatale test aangeboden kregen, inging op dit aanbod (Van den Berg et al., 2005). Ander Nederlands onderzoek concludeert dat een hoger percentage (meer dan 80%) van de zwangeren in Nederland, in zou gaan op het aanbod van prenatale screening (Muller et al., 2006).

Internationaal gezien, is er sinds het beschikbaar komen van prenatale testen een continue toename in het percentage aangeboren aandoeningen dat prenataal opgespoord wordt. De Europese registratie van aangeboren afwijkingen (EUROCAT) laat bijvoorbeeld in veel Europese landen een continue toename zien in het percentage prenataal opgespoorde, en vervolgens geaborteerde, foetussen met Downsyndroom: van circa 5% in 1980, naar circa 30% in 1990, naar circa 55% in 2003 (EUROCAT-website). Een vergelijkbare trend is zichtbaar voor neuraalbuisdefecten: van minder dan 20% in 1980, naar circa 45% in 1990, naar meer dan 70% in 2003. De sterkte van deze trends verschilt echter per land. Dit is afhankelijk van het nationale beleid op dit gebied.

Diversiteit in beleid voor prenatale screening in Europese landen

Een recent EUROCAT-rapport laat zien dat er binnen Europa een grote diversiteit in het prenatale screeningsbeleid is (EUROCAT, 2005). In landen als het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en Denemarken wordt prenatale screening standaard aan iedere zwangere aangeboden. Duitsland en Zweden bijvoorbeeld, hebben geen algemeen screeningsbeleid, maar screening is er wel wijdverbreid. In Noorwegen is deze screening voorbehouden aan vrouwen boven de 37 jaar. Ierland heeft geen prenataal screeningsprogramma (zwangeren kunnen er wel om vragen). Echoscopisch onderzoek is breder ingeburgerd; in bijna alle Europese landen krijgen zwangeren standaard één of meer-

dere echo's (waarmee ook aangeboren afwijkingen gevonden kunnen worden). De variatie in beleid is gerelateerd aan factoren als wetgeving op het gebied van zwangerschapsafbreking, beschikbaarheid van middelen en sociale en culturele factoren (EUROCAT, 2005). De verschillen in beleid tussen de Europese landen worden zichtbaar gemaakt door een ander onderzoek op basis van de EUROCAT-data (Garne et al., 2005). Hieruit bleek dat bijna 65% van de structurele aangeboren afwijkingen (onder andere neuraalbuisdefecten) prenataal gediagnosticeerd wordt. Van dit aantal wordt gemiddeld 66% geaborteerd. Deze percentages verschillen echter zeer per land (regio). In Kroatie wordt slechts 24% van deze aandoeningen prenataal opgespoord, terwijl dit percentage 88% is in de regio Parijs. Het percentage zwangerschapsafbrekingen bij de prenataal opgespoorde foetussen met een structurele aangeboren afwijking verschilde ook sterk tussen de lidstaten: van 23% in de Duitse regio Mainz tot 82% in de Italiaanse regio Campania.

Uit een onderzoek naar richtlijnen voor prenatale zorg in de lidstaten van de EU bleek dat 20 van 25 lidstaten officiële richtlijnen voor prenatale zorg hadden. In veertien van de twintig gevallen was er een aanbeveling specifiek voor prenatale screening naar Downsyndroom middels een maternale serumtest. De onderzoekers concluderen dat het goed zou zijn om een Europese richtlijn met minimumeisen voor prenatale zorg vast te stellen. Of hier ook aanbevelingen voor prenatale screening in zouden moeten staan, wordt niet aangegeven (Bernloehr et al., 2005).

Vaak geen goedgeïnformeerde besluitvorming

Het doel van het aanbieden van prenatale screening is niet om zoveel mogelijk mensen te testen, of om zoveel mogelijk geboorten van kinderen met een handicap te voorkomen. De keuze om wel of geen prenatale test te laten doen hangt af van de persoonlijke normen en waarden. Het doel van het aanbieden van prenatale screening aan zwangeren is om hen in staat te stellen een weloverwogen, goedgeïnformeerde beslissing te laten nemen over het al dan niet deelnemen aan de screening (GR, 2004b). Dit betekent dat bij de evaluatie van een prenataal screeningsprogramma de mate waarin zwangeren geïnformeerde beslissingen nemen over deelname aan de screening een belangrijke indicator dient te zijn (Essink-Bot et al., 2005). Onderzoek uit verschillende landen laat zien dat veel vrouwen zich niet echt geïnformeerd voelen en dat het testaanbod vaak niet als keuzemogelijkheid maar als vanzelfsprekend onderdeel van de zorg wordt gepresenteerd (GR, 2004b). Uit een overzichtsartikel naar de psychosociale aspecten van prenatale screening waarin studies uit twaalf verschillende landen geanalyseerd werden, bleek dat veel zwangeren onvoldoende kennis hebben over de relevante aspecten van prenatale screening (Green et al., 2004). Een significant deel van de zwangeren neemt geen goedgeïnformeerde beslissing over deelname aan de screening. Recent Nederlands onderzoek sluit hierbij aan en concludeert dat ongeveer de helft van de zwangeren geen geïnformeerde, weloverwogen, consistente beslissing neemt over prenatale screening (Van den Berg et al., 2006). Dit is overigens onderzocht vóór de beleidswijziging per 1 januari 2007. Er zijn nu concrete afspraken gemaakt over kwaliteit van voorlichting en counseling, en verder onderzoek moet uitwijzen of dit leidt tot meer geïnformeerde besluitvorming.

Routinisatie van prenatale screening

Het blijkt dat er in veel landen waar prenatale screening standaard aan alle zwangeren wordt aangeboden zich een proces van normalisatie en routinisatie heeft voorgedaan. Dit houdt in dat het normaal en vanzelfsprekend is geworden om prenatale screening te laten doen tijdens de zwangerschap, iets waar geen expliciete beslissing meer over genomen wordt. Deze routinisatie is echter in strijd met het doel van geïnformeerde besluitvorming (het maken van een bewuste, weloverwogen keuze). Onderzoek in California (VS) concludeerde dat screening niet meer iets is waar bewust een beslissing over genomen wordt (Press & Browner, 1997). Ook onderzoeken in Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Australië wijzen op een dergelijke ontwikkeling (Tsianakas & Liamputtong, 2002; Williams et al., 2002; Vassy, 2005). Om routinisatie tegen te gaan en ongeïnformeerde beslissingen te voorkomen kunnen zogenoemde keuzehulpen ('decision aids') geïmplementeerd worden. Een voorbeeld van zo'n keuzehulp is een interactieve website waardoor mensen gestimuleerd worden de voor- en nadelen en mogelijke gevolgen van het ondergaan van een test, en hun eigen normen en waarden tegen elkaar af te wegen. Buitenlands onderzoek heeft uitgewezen dat dergelijke keuzehulpen effectief kunnen zijn in het verbeteren van de besluitvorming (O'Connor et al., 1999). Het is echter niet duidelijk of deze instrumenten ook daadwerkelijk op grote schaal gebruikt worden in deze landen. In Nederland wordt momenteel een keuzehulp ontwikkeld voor prenatale screening.

Conclusie

Er is veel diversiteit in beleid en praktijk van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen. Deze variatie hangt samen met politieke en culturele verschillen tussen de landen. Nederland heeft lange tijd een terughoudend beleid gehad ten opzichte van prenatale screening, maar sinds 1 januari 2007 moeten zwangere vrouwen van alle leeftijden geïnformeerd worden over de mogelijkheid van prenatale screening. Verschillende onderzoeken laten zien dat in landen waar prenatale screening al langer onderdeel van de standaard prenatale zorg is, een proces van routinisatie van prenatale screening is opgetreden. Hierdoor wordt het laten doen van prenatale screening niet meer voorafgegaan door een bewuste, weloverwogen keuze, maar is het veel meer iets wat er gewoon bij hoort. Het implementeren van beslissingsondersteuning zou kunnen helpen om dit in Nederland te voorkomen.

8.4 Nieuwe screeningsprogramma's

In Nederland zal in de nabije toekomst voor een tweetal screeningsvormen besloten moeten worden of deze op nationaal niveau zullen worden aangeboden. Het gaat hierbij om screening op chlamydia en de dikkedarmkankerscreening. In deze paragraaf bespreken we of andere landen deze screening al hebben ingevoerd en hoe hun beleid op dit gebied er uit ziet.

8.4.1 Chlamydiascreening

Chlamydia meest voorkomende soa in Nederland

Infectie met *Chlamydia trachomatis* is de meest voorkomende bacteriële seksueel overdraagbare aandoening (soa) in Nederland. In 2005 is de diagnose chlamydia 5.145 keer gesteld door de GGD en SOA-poliklinieken behorende bij het SOA-Peilstation. Dit is een toename van 15% ten opzichte van het aantal diagnoses in 2004 (De Boer & Laar, 2006). Omdat niet aan alle criteria van 'Wilson & Junger' voldaan zou zijn, vindt er momenteel geen nationaal screeningsprogramma plaats in Nederland (GR, 2004c; Wilson & Junger, 1968). Met name omtrent het natuurlijke beloop van chlamydia en het optreden van complicaties bestaat nog veel onzekerheid (Dekker, 2005). Wel wordt er in 2007 gestart met een proefimplementatie chlamydiascreening onder seksueel actieve personen van 16-29 jaar in drie regio's in Nederland (Soa Aids Nederland, 2006). Dit screeningsprogramma volgt na de succesvolle 'PILOT ct studie 2002-2003' naar een systematische chlamydiascreening (*bijlage 7, tabel B7.6*) door middel van per post verstuurde urinemonsters. Uit deze eerste nationale studie naar chlamydia blijkt dat in grote steden 3,2% van de deelnemers een chlamydia-infectie heeft, wat aanzienlijk meer is dan in dunbevolkte gebieden, waar bij 0,6% van de deelnemers een infectie is vastgesteld (Van Bergen, 2005; Soa Aids Nederland, 2006). Met name in de doelgroepen jonge vrouwen (15-19 jaar) en jonge mannen (25-29 jaar) in (sterk) verstedelijkte gebieden komen veel chlamydia-infecties voor. Het betreft vooral jongeren en jongvolwassenen met een lage opleiding, met een Surinaamse of Antilliaanse afkomst, met soa klachten en met meerdere wisselende seksuele partners (Van Bergen et al., 2005).

Chlamydia verloopt vaak zonder symptomen, waardoor mensen niet door hebben dat ze besmet zijn. Een infectie kan eenvoudig worden behandeld met antibiotica. Onbehandeld kan chlamydia met name bij vrouwen tot ernstige gevolgen leiden, zoals verminderde vruchtbaarheid en buitenbaarmoederlijke zwangerschappen. Bij mannen kunnen chlamydia-infecties aanleiding geven tot prostaat- en bijbalonsteking (Soa Aids Nederland, 2006).

Weinig Europese landen hebben beleid gericht op chlamydiascreening

Een aantal Europese landen heeft op dit moment beleid geformuleerd voor screening op chlamydia (*bijlage 7, tabel B7.3*). Opvallend is dat er voornamelijk opportunistisch gescreend wordt (*bijlage 7, tabel B7.6*) (Holland, 2006).

Verenigd Koninkrijk start met gefaseerde invoering van een nationaal programma

Het Engelse ministerie van Volksgezondheid is in 2002 begonnen met de gefaseerde invoering van een nationaal screeningsprogramma gericht op chlamydia als onderdeel van de 'National Strategy for Sexual Health and HIV'. Het gaat hier om opportunistische screening bij seksueel actieve mannen en vrouwen onder de 25 jaar. Ook partners van geïnfecteerden moeten worden opgespoord (DH, 2004). Uit een kwalitatief onderzoek naar barrières voor opportunistische screening op chlamydia in het Verenigd Koninkrijk is gebleken dat artsen het moeilijk vinden om chlamydia ter sprake te brengen in een consult dat niets met seksualiteit te maken heeft (McNulty et al., 2004;

Dekker, 2005). In het kader van dit screeningsprogramma kunnen jongeren van 16-24 jaar sinds november 2005 een gratis testkit voor chlamydia ophalen bij bepaalde drogisterijen en apotheken in Londen en Cornwall. Verwacht wordt dat deze service leidt tot meer screening onder de doelgroep. De gratis service is onderdeel van een pilot gefinancierd door het Department of Health om te beoordelen of apotheken en drogisterijen de juiste setting zijn voor toegang tot chlamydia screening. De pilot wordt na twee jaar geëvalueerd. Bij succes krijgt het een landelijk vervolg (DH, 2006).

Opportunistisch screening op grote schaal in Zweden

In Zweden vindt opportunistische screening op chlamydia op relatief grote schaal plaats. Sinds 1988 zijn artsen verplicht om zowel mogelijk geïnfecteerde patiënten alsook mensen met wie deze patiënt een seksuele relatie heeft gehad te onderzoeken op de aanwezigheid van chlamydia. Er wordt echter niet gecontroleerd of artsen zich aan deze wetgeving houden. Bovendien wordt screening lokaal georganiseerd waardoor de intensiteit van screening landelijk varieert. Sommige regio's hebben richtlijnen over wie gescreend moeten worden, andere regio's volgen de algemene Zweedse aanbevelingen. Screening in Zweden is gericht op seksueel actieve vrouwen tussen 15 en 29 jaar die zich melden voor anticonceptie of abortus (Low, 2004).

Diverse landen overwegen chlamydia screening

In de Verenigde Staten geldt de aanbeveling om 'alle seksueel actieve vrouwen van 25 jaar en jonger te onderzoeken, alsmede andere asymptomatische vrouwen die aan een toegenomen risico van infectie blootstaan' (USPSTF, 2001).

Denemarken en Frankrijk onderzoeken hoe een screening op chlamydia het beste georganiseerd kan worden (Pavlin et al., 2006). Net als Nederland zijn dit landen die nog niet actief zijn in het aanbieden van chlamydia screening, mede omdat buitenlandse onderzoeksresultaten zich niet direct laten vertalen naar de eigen situatie. Denemarken overweegt een systematische screening in te voeren waarbij alle jongeren in de leeftijdscategorie 16-25 jaar een jaarlijkse thuistest wordt aangeboden (Holland et al., 2006). Uit een eerdere pilot blijkt dat screening in combinatie met een thuistest na een jaar 'follow-up' onderzoek geassocieerd wordt met een lagere prevalentie van chlamydia-infecties vergeleken met traditionele screening waarbij de test door een professional wordt uitgevoerd (Østergaard et al., 2000).

Frankrijk heeft inmiddels een aantal pilots lopen. De 'l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé' (ANAES) adviseert om opportunistische screening op te zetten voor risicogroepen die bepaalde zorginstellingen bezoeken. Mannen en vrouwen onder de 30 jaar, die seksueel actief zijn, van partner gewisseld zijn in de afgelopen twaalf maanden of personen van wie de partner mogelijk geïnfecteerd is met een soa, zijn risicogroepen die in aanmerking kunnen komen voor screening op chlamydia. Portugal, Spanje en Italië moedigen opportunistische screening aan gericht op jongeren. Andere landen lijken voornamelijk geen concreet beleid te hebben wat betreft chlamydia screening (Holland et al., 2006).

Conclusie

Weinig landen hebben op dit moment een georganiseerd screeningsprogramma gericht op het vroegtijdig opsporen van chlamydia, hoewel initiatieven daartoe in een aantal landen in ontwikkeling zijn. Landen kunnen een dergelijk programma op verschillende manieren inrichten. Als gevolg van verschillen in prevalentie (zowel binnen als tussen landen) en verschillen in het vóórkomen van risicofactoren kan de keuze vallen op bijvoorbeeld: selectieve, opportunistische of systematische screening (*bijlage 7, tabel B7.6*). De meeste landen lijken voorstander te zijn van opportunistische screening. Onderzoek naar het verhogen van kosteneffectiviteit van dergelijke screeningsprogramma's heeft in de meeste landen prioriteit. Aangezien chlamydia-infecties in Nederland niet overal even vaak voorkomen en er duidelijke risicofactoren te onderscheiden zijn, wordt selectieve screening aanbevolen. Selectieve screening onder seksueel actieve doelgroepen op basis van risicoprofielen zal een hogere achtergrondprevalentie geven, waardoor de kosteneffectiviteit kan toenemen (Soa Aids Nederland, 2006). De Engelse prevalenties zijn duidelijk hoger dan in Nederland. Dit zou kunnen verklaren waarom men in het Verenigd Koninkrijk (vooralsnog) positiever staat ten opzichte van screening dan in Nederland (Pimenta et al., 2003; Dekker, 2005).

8.4.2 Dikkedarmkankerscreening

In Nederland zijn drie proefbevolkingsonderzoeken van start gegaan

Momenteel wordt er in Nederland alleen periodiek preventief onderzoek gedaan naar dikkedarmkanker bij mensen met een verhoogd risico op ontwikkeling van dikkedarmkanker. Het gaat hier om personen met een specifieke genetische verandering, personen met een familiair vóórkomen van dikkedarmkanker en personen met een bepaalde aandoening die aanleiding geeft tot een verhoogd risico (Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding, 2004). Het aantal nieuwe patiënten (incidentie) dat met dikkedarmkanker werd gediagnosticeerd in 2003 bedroeg 0,64 per 1.000 mannen en 0,58 per 1.000 vrouwen (absoluut 5.157 mannen en 4.741 vrouwen) (Kampman et al., 2006). Nederland heeft geen nationaal bevolkingsonderzoek gericht op de vroege opsporing van dikkedarmkanker. Omdat dikkedarmkanker één van de meest voorkomende vormen van kanker is, zou dit graag in een vroeg stadium opgespoord of helemaal voorkómen worden. In 2006 zijn drie proefbevolkingsonderzoeken van start gegaan, gericht op verschillende technieken die ingezet kunnen worden in het vroeg opsporen van (voorstadia van) dikkedarmkanker en de manier van implementatie van een dergelijk bevolkingsonderzoek (*bijlage 7, tabel B7.4*). Daarnaast heeft de minister op advies van de Gezondheidsraad de vergunningaanvraag voor een wetenschappelijk onderzoek in de vorm van selectieve (getrapte) screening op dikkedarmkanker goedgekeurd (GR, 2006c).

Screening met FOBT vermindert kans op sterfte aan dikkedarmkanker

Het is momenteel alleen van de tweejaarlijkse standaard FOBT Hemocult II-screening wetenschappelijk aangetoond dat de kans groter is dat dikkedarmkanker in een vroeger ziektestadium wordt vastgesteld, waardoor de behandeling minder zwaar

hoeft te zijn en de kans op sterfte aan dikkedarmkanker met 15 tot 20% kleiner wordt (Faivre et al., 2004; Jørgensen et al., 2002; Kronborg et al., 1996; Mandel et al., 1999). Met behulp van deze test kan bepaald worden of zich bloedspoortjes in de ontlasting bevinden (Schrijvers & Ballegooijen, 2006). Er zijn meerdere soorten FOBT's: de standaard FOBT Hemoccult II en de immunochemische FOBT's (*bijlage 7, tabel B7.6*). De FOBT is weinig belastend en thuis uit te voeren. Nadelig aan de FOBT is de beperkte sensitiviteit.

Het percentage patiënten met dikkedarmkanker met een (juiste) positieve uitslag ligt bij de standaard FOBT rond de 50% (De Visser et al., 2005). Poliepen (het voorstadium van dikkedarmkanker) worden met deze test nauwelijks opgespoord. Naar verwachting krijgt ongeveer 2% van de deelnemers aan de standaard FOBT-screening een positieve uitkomst. Op een (fout-)positieve FOBT-uitslag zal een belastende colonoscopie moeten volgen. In dat geval wordt de hele dikke darm bekeken met een kleine camera welke bevestigd is op een flexibel buisvormig toestel (zogenoemde 'kijkslang', zie ook *bijlage 7, tabel B7.6*) (Schrijvers & Ballegooijen, 2006). Bij ongeveer de helft van deze groep deelnemers blijkt geen sprake te zijn van dikkedarmkanker (fout-positief) (Pronk, 2005).

In tegenstelling tot de FOBT, kunnen poliepen bij colonoscopie wel opgespoord worden en kan kanker in een vroeger stadium vastgesteld worden. Poliepen kunnen in een tijdsbestek van ongeveer tien jaar uitmonden in kanker (ZonMw, 2005; Segnan et al., 2002). Bij colonoscopie kunnen poliepen meestal direct verwijderd worden (GR, 2006d). Hier staat tegenover dat het onderzoek zelf nogal belastend is voor patiënten. Tijdens colonoscopie is een (lichte) verdoving noodzakelijk en de kans op complicaties is aanwezig. Er bestaat altijd het gevaar van een bloeding of zelfs een perforatie na het verwijderen van een poliep, met in het ergste geval sterfte tot gevolg (Pronk, 2005). Een andere techniek die gebruikt wordt om poliepen op te sporen is sigmoïdoscopie. Hierbij wordt alleen het laatste deel (laatste 60 cm) van de dikkedarm en de endeldarm bekeken, op dezelfde manier als bij colonoscopie (GR, 2006d; Schrijvers & Ballegooijen, 2006). De kans op perforatie van de darmwand bij sigmoïdoscopie is 2 tot 3 per 100.000 (Segnan et al., 2002; UK, 2002; GR, 2006c,d). Mensen die een colonoscopie ondergaan wegens een positieve screeningsuitkomst (met behulp van FOBT of sigmoïdoscopie) hebben een kans van 10 per 10.000 op perforatie van de darmwand, maar ook een kans van 14 per 10.000 op een bloeding die noodzaakt tot ziekenhuisopnamen (Segnan et al., 2002; UK, 2002; GR, 2006a,d).

Verwacht wordt dat sigmoïdoscopie effectiever zal zijn in het opsporen van dikkedarmkanker dan de standaard FOBT-screening. Net als bij colonoscopie worden mensen bij sigmoïdoscopie aan risico's blootgesteld die niet van toepassing zijn bij de standaard FOBT. De werkelijke gezondheidswinst van sigmoïdoscopie wordt momenteel nog onderzocht in pilots uitgevoerd in Italië, de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Ook zijn er meerdere pilots gestart (onder andere in Nederland) gericht op de immunochemische varianten van de FOBT (met een sensitiviteit rond de 70 tot 80%), beeldvormende technieken en DNA-onderzoek (Federici et al., 2005; Crotta et al., 2004).

Aanbeveling Europese Commissie richt zich op FOBT

In 2000 is op Europees niveau een aanbeveling uitgebracht met betrekking tot dikkedarmkankerscreening. Het 'Advisory Committee on Cancer Prevention' van de Europese Commissie raadt aan om personen tussen de 50 en 74 jaar te screenen met, voornamelijk, de standaard FOBT en alleen colonoscopie uit te voeren bij een positieve FOBT-uitslag. Het interval tussen de screeningen is vastgesteld op een of twee jaar (Neuhaus, 1999; Advisory Committee on Cancer Prevention, 1999). Andere screeningsmethoden zoals de immunochemische varianten van de FOBT, (flexibele) sigmoidoscopie en colonoscopie behoren voornamelijk niet tot de aanbeveling.

Nederland terughoudend in aanbieden dikkedarmkankerscreening vergeleken met andere landen

In een aantal landen zijn activiteiten gericht op screening in oprichting. *Bijlage 7 (tabel B7.5)* geeft aan welke Europese en Angelsaksische landen actief zijn op het gebied van dikkedarmkankerscreening. Nederland behoort tot de landen met een lopende pilot en is ten opzichte van andere landen terughoudend in het aanbieden van dikkedarmkankerscreening (GR, 2006c,d). Overigens heeft de Nederlandse consensusgroep in 2005 geconcludeerd dat screening met de standaard FOBT aan alle criteria van Wilson & Junger voldoet, of zal voldoen in de komende twee tot drie jaar (Visser et al., 2005; Pronk, 2005). Volgens de consensusgroep zou het noodzakelijk zijn om zo vroeg mogelijk te starten met een nationaal screeningsprogramma gericht op het voorkomen van dikkedarmkanker.

Het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Finland en Australië zijn inmiddels begonnen met een gefaseerde invoering van een landelijk bevolkingsonderzoek met behulp van de standaard FOBT (Classen, 2006; GR, 2006d). In het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en Finland vindt screening in een aantal provincies plaats. In de komende jaren zal de screening in alle provincies doorgevoerd worden. De beoogde doelgroep van de screening verschilt per land. In Frankrijk worden personen tussen de 50 en 74 jaar gescreend terwijl de screening in het Verenigd Koninkrijk en Finland gericht is op personen in de leeftijd van 60-69 jaar. Australië biedt de screening momenteel alleen aan aan mensen die tussen 2006 en 2008 55 of 65 jaar zullen worden om zo geleidelijk vraag en aanbod op elkaar af te stemmen (NBCSP, 2006). Deze screening vindt op nationale schaal plaats. In landen als Duitsland, de Verenigde Staten en Italië wordt ook gescreend op dikkedarmkanker maar niet in de vorm van een georganiseerd bevolkingsonderzoek. De activiteiten op dit gebied vinden voornamelijk op regionaal niveau plaats (GR, 2006d). In Duitsland wordt aanbevolen om preventieve colonoscopie uit te voeren bij personen met de leeftijd van 55 jaar, en vervolgens op 65-jarige leeftijd (Neuhaus, 1999). In de Verenigde Staten wordt aanbevolen dikkedarmkankerscreening te richten op personen vanaf 50 jaar (ACS, 2006). Verschillende diagnostische technieken behoren hier tot de mogelijkheid: een jaarlijkse FOBT, een periodieke sigmoidoscopie (om de vijf jaar) (Cokkinides et al., 2003), een combinatie van een jaarlijkse standaard FOBT en een periodieke sigmoidoscopie, een periodieke colonoscopie (om de tien jaar) of een periodiek dubbel contrast bariumonderzoek (om de vijf jaar) (*bijlage 7, tabel B7.6*). Italië is gestart met een pilot waarin eenmalige sigmoidoscopie bij personen tussen 55

en 64 jaar wordt aangeboden. Bij een positieve uitslag wordt alsnog een colonoscopie uitgevoerd. Het doel van deze pilot is om met sigmoidoscopie een reductie van sterfte aan dikkedarmkanker aan te tonen (Segnan et al., 2002).

Wijze van organisatie screening verschilt per land

In het Verenigd Koninkrijk en Finland wordt dikkedarmkankerscreening buiten de reguliere eerstelijnszorg om georganiseerd. Huisartsen worden pas op de hoogte gesteld wanneer screening in hun regio plaats vindt. Zogenaamde screeningscentra verzorgen de uitnodiging, distributie van een FOBT-toolkit en de terugkoppeling van de uitslag. Personen die een FOBT-toolkit ontvangen, kunnen de test thuis uitvoeren en vervolgens het materiaal naar het laboratorium sturen. In het Verenigd Koninkrijk vindt de daadwerkelijke colonoscopie (na een positieve FOBT-uitslag) in het screeningscentrum plaats. Wanneer dikkedarmkanker is geconstateerd, wordt naar de reguliere zorg verwezen (NHS-BCSP, 2006).

In Finland zal voor colonoscopie doorverwezen worden naar lokale zorginstellingen. In Finland besluit een gemeente of zij dikkedarmkankerscreening wil invoeren en draagt hier zelf de kosten voor (Malila et al., 2004). In Frankrijk en Australië is de rol van de huisarts aanzienlijk groter. In Frankrijk is de huisarts, mits hij een speciale training heeft gevolgd, verantwoordelijk voor het uitvoeren van de screening. Huisartsen zijn hierdoor zowel met het uitnodigen als contacteren van zijn/haar patiënten belast (Classen, 2006). In Australië wordt bij een positieve FOBT-uitslag geadviseerd contact op te nemen met de huisarts (NBCSP, 2006). In Duitsland wordt preventieve colonoscopie uitgevoerd door een netwerk van gastrologen. Inmiddels wordt er gewerkt aan een elektronisch protocol ten behoeve van de uitvoer van een standaard colonoscopie (Classen, 2006; Brenner et al., 2006). In de Verenigde Staten worden screenings uitgevoerd door de 'U.S. Preventive Services Task Force', de 'U.S. Cancer Society' en de 'Centers for Disease Control and Prevention' (ACS, 2006). De Italiaanse pilot vindt voornamelijk plaats in de reguliere zorg, voor het uitnodigen van de doelgroep is een screeningscentrum opgericht (Segnan et al., 2002).

Conclusie

In vergelijking met andere landen is Nederland vooralsnog terughoudend in het aanbieden van dikkedarmkankerscreening. In een aantal landen vindt inmiddels screening op dikkedarmkanker plaats. Dit gebeurt zowel in de vorm van een landelijk bevolkingsonderzoek als regionaal georganiseerde activiteiten. Zo bieden Italië, Duitsland en de Verenigde Staten screening regionaal aan. Australië, Finland, het Verenigd Koninkrijk en Frankrijk zijn gestart met het gefaseerd invoeren van een landelijk bevolkingsonderzoek met de standaard FOBT (GR, 2006c). De Nederlandse consensusgroep is overeengekomen dat screening met de standaard FOBT aan alle criteria van 'Wilson & Junger' voldoet, of kan voldoen in de komende twee tot drie jaar. In afwachting van onderzoeksresultaten van de immunogene FOBT's en sigmoidoscopie zou de standaard FOBT(HCII) momenteel de aangewezen methode voor diagnose zijn wanneer het gaat om dikkedarmkankerscreening. Personen in de leeftijd van 50 tot 74 jaar zouden in aanmerking komen voor deze screening (De Visser et al., 2005; Pronk, 2005).

De consensusgroep concludeert dat het noodzakelijk is zo vroeg mogelijk te starten met een nationaal screeningsprogramma gericht op het voorkomen van dikkedarmkanker. Voor een eventuele invoering van bevolkingsonderzoek in Nederland is het van belang om de positieve gezondheidseffecten af te zetten tegen de negatieve effecten. Het gaat dan om lichamelijke en psychische belasting van de deelnemers, mogelijke overdiagnostiek en -behandeling, eventuele complicaties en belasting van de reguliere zorg. Goede informatie over het bevolkingsonderzoek voor de doelgroepen van de screening en voor de betrokken beroepsgroepen is dan ook een vereiste (Schrijvers & Ballegooijen, 2006).

8.5 Discussie en conclusies

Alleen beleidsrelevante ontwikkelingen vergeleken

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal: Wat kan Nederland op het gebied van screenings leren van het beleid in andere landen? Met een internationale vergelijking van beleid op nationaal niveau en een vergelijking van het beleid van screenings op borstkanker, baarmoederhalskanker, de neonatale screening (hielprik), syndroom van Down, chlamydia en dikkedarmkanker, is getracht antwoord te geven op deze vraag. Bij het vergelijken van afzonderlijke screenings zijn niet alle kenmerken van een screening zoals deze nu worden uitgevoerd, opgenomen in de vergelijking. Slechts een aantal beleidsrelevante ontwikkelingen die in de nabije toekomst voor Nederland van belang zullen zijn, staat centraal. Een bredere vergelijking van afzonderlijke screenings was gezien de omvang van deze opdracht niet mogelijk.

Door middel van een review van artikelen, rapporten en websites van ministeries en instituten is getracht informatie over beleid en beleidsaspecten te achterhalen. Deze werkwijze verschaft informatie over het beleid zoals deze door lidstaten officieel is vastgesteld. De gebruikte bronnen hebben als beperking dat onvoldoende informatie wordt gegeven over de mate waarin het beleid daadwerkelijk in de praktijk wordt uitgevoerd. Binnen deze opdracht is het niet mogelijk geweest om via bijvoorbeeld interviews te achterhalen in hoeverre de praktijk overeenkomt met het beleid zoals deze in de literatuur wordt geschetst.

De vergelijkingen die in dit hoofdstuk zijn gemaakt, geven een idee van aspecten waar het Nederlandse beleid op het gebied van screening, van andere landen zou kunnen leren. In hoeverre deze aspecten in het Nederlandse systeem kunnen worden verwerkt, moet nader onderzocht worden.

Landen verschillen sterk in de aandoeningen waarop ze screenen

Het beleid rondom screening volgt uit de afweging tussen de te behalen gezondheidswinst door het screenen en de belasting door en de mogelijke risico's van het screenen. De WHO heeft in 1968 criteria opgesteld die gebruikt kunnen worden bij het beoordelen van een nieuwe screening of het aanbrengen van wijzigingen in een bestaande screening. De meeste landen geven aan deze 'Wilson & Junger'-criteria toe te passen. Er lijkt hierdoor een internationale consensus te zijn over het toepassen van

de 'Wilson & Junger'-criteria. De formulering van de criteria zijn echter multi-interpretabel: Wanneer is een test een goede test? Wat is een aanvaarde behandeling? Ondanks dat dezelfde set van criteria worden gebruikt, zijn er dan ook veel verschillen tussen landen in de aandoeningen waarop gescreend wordt, hoe de organisatie is van screeningen en welke informatie mensen krijgen die gescreend worden. Er zijn ook landen, die aanvullende criteria hebben geformuleerd. In het Verenigd Koninkrijk is bijvoorbeeld het criterium toegevoegd dat alles moet zijn gedaan op het gebied van primaire preventie voordat een screening (secundaire preventie) wordt ingevoerd. Deze integrale kijk op de preventie wordt in andere landen waaronder Nederland niet expliciet toegepast. Het kan voor verscheidene gezondheidsproblemen een waardevolle aanvulling zijn als voor invoering van secundaire preventie, gekeken wordt of al het mogelijke op het gebied van primaire preventie is ondernomen.

Het beleid rondom screening wordt ook beïnvloed door een samenspel van de publieke opinie (nationaal en internationaal), politieke en commerciële belangen, het volksgezondheidsprobleem in een land en de wijze waarop het gezondheidszorgsysteem is georganiseerd. Deze aspecten bepalen het uiteindelijke besluit van wel of niet invoeren van een landelijke screening en de wijze waarop screening wordt ingevoerd.

Andere landen gaan eerder over tot screening, nieuwe technieken of uitbreiding van bestaande screening dan Nederland

Nederland lijkt in vergelijking met veel andere landen een zorgvuldige afweging te maken van de voor- en nadelen van een screening voordat deze wordt ingevoerd of aanpassingen worden doorgevoerd. Veel andere landen gaan eerder over tot screening, breiden een bestaande screening eerder uit of passen eerder nieuw technieken toe in de screening. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat Nederland de screening op dikkedarmkanker niet heeft ingevoerd, omdat resultaten van onderzoeken nog worden afgewacht. Andere landen voeren de screening in zonder alle informatie over de voor- en nadelen voorhanden te hebben. De zorgvuldige afweging van Nederland heeft soms tot gevolg dat we achter lopen met bepaalde ontwikkelingen. Nederland heeft lang gewacht met het uitbreiden van de hielprik maar is nu koploper in het aantal ziekten waarop gescreend wordt. Door technologische ontwikkelingen zal in de toekomst bij bijvoorbeeld de screening op baarmoederhalskanker het nodig zijn het programma veelvuldig aan te passen. Zonder de zorgvuldige afweging uit het oog te verliezen lijkt dit voor Nederland een uitdaging te worden.

Nederland en België behoren tot de weinige landen die de burgers via wettelijke maatregelen beschermen. Andere landen nemen voor het waarborgen van de kwaliteit van de aangeboden screening wel maatregelen, maar deze maatregelen zijn vaak niet wettelijk verankerd en dus niet verplichtend van aard. Dit kan leiden tot het ongewenst aanbieden van bepaalde screeningen. Voorbeeld hiervan is de invoering van de screening op Duchenne in Wales terwijl het 'National Screening Committee' het aanbieden van deze screening niet ondersteunt.

In Duitsland wordt een veel breder pakket aan screeningen aangeboden waarin ook screeningen zijn opgenomen die in Nederland niet mogen worden aangeboden. Via internet wordt reclame gemaakt voor deze screeningen in Duitsland. Het is ook

mogelijk om via internet zelftests te bestellen. De kwaliteit en veiligheid van deze tests is echter niet gegarandeerd en er is geen begeleiding bij het doen van de test. De Nederlandse wetgeving biedt momenteel geen handvatten om deze screeningen die via internet worden aangeboden en/of grensoverschrijdend zijn, te verbieden of te reguleren.

Belangrijkste conclusies per screening

In dit hoofdstuk is een internationale vergelijking van beleidsrelevante ontwikkelingen uitgevoerd van de screening van borstkanker, baarmoederhalskanker, de hielprik, het syndroom van Down en de screeningen op dikkedarmkanker en chlamydia. Het volgende kan over deze vergelijkingen geconcludeerd worden:

- Bij de borstkankerscreening komt naar voren dat de wijze waarop de screening is georganiseerd niet van invloed hoeft te zijn op de uitkomst van de screening voor individuele vrouwen die aan de screening meedoen. Het is vooral belangrijk of alle stappen in het screeningsproces zorgvuldig volgens richtlijnen zijn georganiseerd.
- Op het gebied van de screening op baarmoederhalskanker zijn veel landen op zoek naar een manier waarop verschillende nieuwe technieken (zoals de HPV-(thuis)test en het HPV-vaccin) in hun beleid kunnen worden opgenomen. Door de komst van nieuwe technieken lijkt het herhaaldelijk herzien van het huidige screeningsprogramma ook noodzakelijk voor Nederland.
- Met de uitbreiding van de hielprik loopt Nederland niet meer achter, maar voorop binnen Europa. Er zijn grote verschillen tussen westerse landen in het aantal aandoeningen waarop gescreend wordt en de voorlichting/ vrijheid van deelname aan de neonatale screening.
- Landen waar prenatale screening al langer onderdeel van de standaard prenatale zorg is, laten zien dat er een proces van routinisatie van prenatale screening is opgetreden. Het behoort tot de sociale norm om deze screening uit te voeren. Hierdoor wordt het laten doen van prenatale screening niet meer voorafgegaan door een bewuste, weloverwogen keuze, maar is het veel meer iets wat er gewoon bij hoort. Nederland zou deze routinisatie moeten zien te voorkomen.
- Weinig landen hebben op dit moment een georganiseerd screeningsprogramma gericht op het vroegtijdig opsporen van chlamydia, hoewel initiatieven daartoe in een aantal landen in ontwikkeling zijn. Als gevolg van verschillen in prevalentie (zowel binnen als tussen landen) en verschillen in het vóórkomen van risicofactoren kan de keuze van inrichting van het programma sterk verschillen. De meeste landen lijken voorstander te zijn van opportunistische screening. Nederland kiest waarschijnlijk voor een selectieve screening onder seksueel actieve doelgroepen op basis van risicoprofielen.
- In vergelijking met andere landen is Nederland vooralsnog terughoudend in het aanbieden van dikkedarmkankerscreening. In een aantal landen vindt inmiddels wel screening op dikkedarmkanker plaats. Dit gebeurt zowel in de vorm van een landelijk bevolkingsonderzoek als regionaal georganiseerde activiteiten. De Nederlandse consensusgroep is overeengekomen dat screening met de standaard FOBT aan alle criteria van 'Wilson & Junger' voldoet, of kan voldoen in de komende twee tot drie jaar.

Samengevat kunnen uit de in dit hoofdstuk beschreven internationale vergelijkingen van screeningen de volgende algemene conclusies getrokken worden:

De internationale 'Wilson & Junger'-criteria worden door de meeste landen toegepast maar zijn multi-interpretabel

De meeste landen geven aan de 'Wilson & Junger'-criteria toe te passen bij het bepalen of een screening wel of niet moet worden ingevoerd. Toch zijn er internationale verschillen in de aandoeningen waarop gescreend wordt, de organisatie en de informatie over screening. Deze verschillen zijn deels terug te voeren op verschillende interpretaties van deze criteria. Het beleid rondom screening wordt ook beïnvloed door een samenspel van de publieke opinie (nationaal en internationaal), politieke en commerciële belangen, het volksgezondheidsprobleem in een land en de wijze waarop het gezondheidszorgsysteem is georganiseerd.

Nederland maakt zorgvuldige afwegingen van de voor- en nadelen van een screening

Nederland maakt in vergelijking met veel andere landen een zorgvuldige afweging van de voor- en nadelen van een screening voordat deze wordt ingevoerd. Veel andere landen gaan eerder over tot screening, nieuwe technieken of uitbreiding van bestaande screening. Nederland staat voor de uitdaging om het zorgvuldig afwegen van voor- en nadelen van een screening te behouden, maar ook voldoende gebruik te maken van de voordelen die nieuwe technologie te bieden heeft.

LITERATUUR

- ACS, American Cancer Society. http://www.cancer.org/docroot/PED/content/PED_2_3X_ACS_Cancer_Detection_Guidelines_36.asp (laatst bezocht op 9 oktober 2006), 2006.
- Advisory Committee on Cancer Prevention. Recommendations on cancer screening in the European Union. December 1999.
- AIHW, Australian Institute of Health and Welfare. Breast Screen Australia; monitoring report 2002-2003. Canberra: 2006.
- Anhang R, Goodman A, Goldie SJ. HPV communication review of existing research and recommendation for patient education. *Cancer J Clin*, 2004;54:248-259.
- Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *British Journal of Cancer*. 2004; 91:935-941.
- Arbyn M, Temmerman M. Belgian Parliament calls for organised cervical cancer screening and HPC research throughout Europe. *The Lancet Oncology*; 2002.
- BBC News. EU approves cervical cancer jab. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/5370504.stm>. (laatst bezocht op 22 november 2006), 2006.
- Berg M van den, Timmermans DR, Kleinveld JH, Garcia E, Vugt JM van, Wal G van der. Accepting or declining the offer of prenatal screening for congenital defects: test uptake and women's reasons. *Prenat Diagn*, 2005 Jan;25(1):84-90.
- Berg M van den, Timmermans DR, ten Kate LP, van Vugt JM, van der Wal G. Informed decision making in the context of prenatal screening. *Patient Educ Couns*, 2006 Oct;63(1-2):110-117.
- Bergen J van, Götz HM, Richardus JH, Hoebe CJPA, Broer J, Coenen AJT. Prevalence of urogenital Chlamydia trachomatis increases significantly with level of urbanisation and suggests targeted screening approaches; results from the first national population based study in the Netherlands. *Amsterdam: Sex Transm Infect*, 2005;81:17-23.
- Bernloehr A, Smith P, Vydelingum V. Antenatal care in the European Union: a survey on guidelines in all 25 member states of the Community. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005 Sep 1;122(1):22-32.
- Boer IM de, Laar MJW van de. Voorlopige soa-cijfers 2005: Toename van chlamydia en hiv. *Infectieziekten Bulletin*, 2006;17:129-131.
- Bolhuis PA, Page-Christiaens GC. The advisory report 'Neonatal screening' from the Health Council of The Netherlands. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2005; 149(51):2857-2860.
- Bouchard L, Blancquaert I, Eisinger F, Goulkes WD, Sobol H, Julian-Reynier C. Prevention and genetic testing of breast cancer: variations in medical decisions. *Social Science and Medicine*, 2004:1085-1096.
- Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM, Stürmer T, Hoffmeister M. Does a negative screening colonoscopy ever need to be repeated? *Gut*, 2006;55:1145-1150.
- Broeders MJM, Scharpantgen A, Asuncion A, Gairard B, Olsen AH, Mantellini P, et al. Comparison of early performance indicators for screening projects within the European Breast Cancer Network. *Eur J Cancer Prev*, 2005;14:107-116.
- BS, Bundesministerium für Gesundheit. <http://www.die-praevention.de/frueherkennung/index.html?param=> (laatst bezocht op 16 januari 2007), 2007.
- Classen M. Colorectal Cancer Screening is Gaining Ground in Europe. Long-Term Healthcare. <http://www.touchbriefings.com/pdf/1956/classen.pdf#search=%22preventive%20colonoscopy%20germany%22> (laatst bezocht op 9 oktober 2006), 2006.
- Cokkinides VE, Chao A, Smith RA, Vernon SW, Thun MJ. Correlates of underutilization of colorectal cancer screening among US adults, age 50 years and older. *Preventive Medicine*, 2003;36(1):85-91.
- Crotta, S, Castiglione G, Grazzini G, Valle F, Mosconi S, Rosset R. Feasibility study of colorectal cancer screening by immunochemical fecal occult blood testing: results in a northern Italian community. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004;16(1):33-37.
- Crown copyright. Statutory Instrument 2000 No. 1059; The Ionising Radiation (Medical Exposure) Regulations 2000. <http://www.opsi.gov.uk/si/si2000/20001059.htm>. 2000.
- Cuzick J, Mayrand MH, Ronco G, Snijders P, Wardle J. Chapter 10: New dimensions in cervical cancer screening. 2006.

- Davies P, Arbyn M, Dillner J, Kitchen HC, Meijer C, Ronco G, et al. A report on the current status of European research on the use of human papillomavirus testing for primary cervical cancer screening. *Int J Cancer*, 2006;118:791-796.
- Dekker JH. Gezondheidsraadadvies 'Screenen op chlamydia' te terughoudend. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2005;149(16):850-852.
- Detmar SB. Verslag van expert meeting: Informed consent bij neonatale screening. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
- Deutsche Krebshilfe. <http://www.krebshilfe.de/54.0.html> (laatst bezocht op 17 januari 2007), 2007.
- DH, Department of Health. National Chlamydia Screening Programme (NCSP) in England. Programme Overview Core Requirements Data Collection. London: DH, 2004 (2nd edition).
- DH, Department of Health. 2006 Chlamydia screening evaluation - interim report. Wave One Report prepared by TNS Healthcare for: The Department of Health, 2006.
- Donovan JL, Frankel SJ, Neal DE, Hamdy FC (eds.). Screening for prostate cancer in the UK; seems to be creeping in by the back door. *BMJ* 2001;323:763-764.
- Essink-Bot ML, Fracheboud J, Laudy JAM, Wildschut HJ, de Koning HJ. Landelijke evaluatie van een programma voor prenatale screening op Down syndroom - voorstel voor kernindicatoren, meetprocedures en monitoring. Rotterdam: ErasmusMC, 2005.
- EUROCAT. Prenatal screening policies. Ulster: University of Ulster, 2005.
- Fabri V, Remacle A, De Gauquier K, Mertens R. Programma borstkankerscreening; periodes 2001-2002 en 2003-2004. Rapport nr. 4 van het Intermutualistisch Agentschap. Brussel: Intermutualistisch Agentschap, 2006.
- Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterol* 2004;126:1674-1680.
- Fant KE, Clark SJ, Kemper AR. Completeness and complexity of information available to parents from newborn-screening programs. *Pediatrics* 2005;115(5):1268-1272.
- Federici A, Giorgi RP, Borgia P, Bartolozzi F, Farchi S, Gausticchi G. The immunochemical fecal occult blood test leads to higher compliance than the guaiac for the colorectal cancer screening programmes: a cluster randomized controlled trial. *J Med Screen* 2005;12(2):83-88.
- Fracheboud J, Koning HJ de. Wie doet wat? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaal-kompas.nl>> Preventie\ Van ziekten en aandoeningen\ Kanker\ Borstkanker, 5 december 2005.
- Freljh T. Chlamydia screening project starts in Nova Gorica, Slovenia. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050609.asp> (laatst bezocht op 12 oktober 2006). *Eurosurveillance* 2005;10(6).
- Garne E, Loane M, Dolk H, De Vigan C, Scaramano G, Tucker D, et al. Prenatal diagnosis of severe structural congenital malformations in Europe. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005 Jan;25(1):6-11.
- GB, Gemeinsamer Bundesausschuss. http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=109&start=3. (Laatst bezocht op 17 januari 2007), 2007.
- GR, Gezondheidsraad: Commissie Screening erfelijke en aangeboren aandoeningen. Genetische screening. GR-publicatienr. 1994/22. Den Haag: GR, 1994.
- GR, Gezondheidsraad. Screening op type 2 diabetes. Den Haag: GR, 2004a.
- GR, Gezondheidsraad. Prenatale screening (2); Downsyndroom, neuralebuisdefecten. GR-publicatienr. 2004/06. Den Haag: GR, 2004b.
- GR, Gezondheidsraad. Screenen op chlamydia. GR-publicatienr. 2004/07. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004c.
- GR, Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: dunnelaagcytologie en geautomatiseerde screening op baarmoederhalskanker. Den Haag: GR, 2005a.
- GR, Gezondheidsraad. Neonatale screening. GR-publicatienr. 2005/11. Den Haag: GR, 2005b.
- GR, Gezondheidsraad. Jaarbericht bevolkingsonderzoek 2006. Den Haag: GR, 2006a.
- GR, Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: thuistest voor niet-deekneemsters aan de screening op baarmoederhalskanker. Den Haag: GR, 2006b.
- GR, Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: screenen op darmkanker via individuele risicoprofielen. Den Haag: GR, 2006c.

- GR, Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: screening op darmkanker met sigmoidoscopie of FOBT. Den Haag: GR, 2006d.
- Green JM, Hewison J, Bekker HL, Bryant LD, Cuckle HS. Psychosocial aspects of genetic screening of pregnant women and newborns: a systematic review. *Health Technol Assess* 2004 Aug;8(33): iii, ix-x, 1-109.
- Holland WW, Stewart S, Masseria C. Policy Brief; screening in Europe. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels, 2006.
- Holland, W. Screening for disease, considerations for policy. Euro Observer, the Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies 2006;8(3).
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (eindred.). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. RIVM-rapportnr. 270061003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- ISNS. General Guidelines for Neonatal Screening. 2002.
- Jørgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 2002;50:29-32.
- Kampman E, Nagengast FM, Poos MJJC. Hoe vaak komt dikkedarmkanker voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Kanker\ Dikkedarmkanker, 13 maart 2006.
- Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project; Initial Indicators Report. Paris: OECD, 2006.
- Kitchener HC, Castle PR, Cox JT. Chapter 7: Achievements and limitations of cervical cytology screening. *Vaccine* 2006;24S3:63-70.
- Kronborg O, Fenger C, Olson J, et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal occult-blood test. *Lancet* 1996;348:1467-1471.
- Lanting CI, Verkerk PH. Evaluatie van de screening AGS/CHT/PKU bij kinderen geboren in 2003. Leiden: TNO Kwaliteit van leven, 2005.
- Loeber JG, namens de ISNS Europese regio. 2006.
- Low N, McCarthy A, Macleod J, Salisbury C, Horner PJ, Roberts TE, et al. and for the Chlamydia Screening Studies Group The chlamydia screening studies: rationale and design. *Sex Transm Inf* 2004;80:342-348.
- Low N. Current status of chlamydia screening in Europe. *Eurosurveillance weekly* 2004;8(41).
- Lynge E, Olsen AH, Fracheboud J, Patnick J. Reporting of performance indicators of mammography screening in Europe. *Eur J Cancer Prev* 2003;12.
- Malila N, Anttila A, Hakama M. Colorectal cancer screening in Finland: details of the national screening program implemented in Autumn 2004. *Journal of medical Screening* 2004; 12(1):28-32.
- Mandel JS, Church TR, Ederer F, et al. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:434-437.
- Mandl KD, Feit S, Larson C, Kohane IS. Newborn screening program practices in the United States: notification, research, and consent. *Pediatrics* 2002;109(2):269-273.
- McNally E. 25 Aanbevelingen inzake de ethisch, juridische en maatschappelijke implicaties van genetische tests. Brussel: Europese Commissie, 2004.
- McNulty CAM, Freeman E, Bowen J, et al. Barriers to opportunistic chlamydia testing in primary care. *Br J Gen Pract* 2004;54:508-514.
- Melker HE de (red.). *Het Rijksvaccinatieprogramma nu en in de toekomst*. RIVM-rapportnr. 210021004/2006. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Muller MA, Bleker OP, Bonsel GJ, Bilardo CM. Women's opinions on the offer and use of nuchal translucency screening for Down syndrome. *Prenat Diagn* 2006 Feb;26(2):105-111.
- Muñoz N, Castellsagué X, Berrington de González A, Gissmann L. Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine* 24S3 (laatst bezocht op 1 oktober 2006), 2006.
- NBCSP, National Bowel Cancer Screening Program. Australian Government, Department of Health and Ageing. <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/bowel-1lp> (laatst bezocht op 12 oktober 2006), 2006.
- NCB. Genetic Screening: a Supplement to the 1993 Report by the Nuffield Council on Bioethics. [http://www.nuffieldbioethics.org/fileLibrary/pdf/Genetic_Screening_-_a_Supplement_to_the_1993_Report_\(2006\).pdf](http://www.nuffieldbioethics.org/fileLibrary/pdf/Genetic_Screening_-_a_Supplement_to_the_1993_Report_(2006).pdf). 2006.

- Neuhaus N. Screening for Colorectal Cancer in Germany: Guidelines and Reality. *Endoscopy* New York 1999;31(6):468-470.
- NHS-BCSP, Bowel Cancer Screening Program. <http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/> (laatst bezocht op 4 oktober 2006), 2006.
- O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, et al., Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ* 1999Sep18;319(7212):731-734.
- OECD. Cervical cancer screening. OECD HEALTH DATA 2006. OECD. October 2006a.
- OECD. Mammography screening - Breast cancer screening. <http://www.irdes.fr/eco-sante/ocde/370010.html> (laatst bezocht op 3 augustus 2006), 2006b.
- Oliver S, Dezateux C, Kavanagh J, Lempert T, Stewart R. Disclosing to parents newborn carrier status identified by routine blood spot screening. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4):CD003859.
- Østergaard L, Andersen B, Møller JK, Olesen F. Home sampling versus conventional swab sampling for screening of chlamydia trachomatis in woman: A cluster-randomised 1-year follow-up study. *Clinical Infectious diseases* 2000;31:951-957.
- Østergaard L, Andersen B, Møller JK, Olesen F. Screening for klamydia med hjemmetest - en medicinsk teknologivurdering. *Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter* 2002;2(4).
- Otto SJ, Fracheboud J, Looman CWN, Broeders MJM, Boer R, Hendriks JHCL, et al. Initiation of population-based mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality: a systematic review. *Lancet* 2003;361:1411-1417.
- Pavlin NL, Gunn JN, Parker R, Fairley CK, Hocking J. Implementing chlamydia screening: what do women think? A systematic review of the literature. *BMC Public Health* 2006;6:221.
- Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Luxembourg: EC, 2006.
- PHAC, Public Health Agency of Canada. Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada; Report on Program Performance in 2001 and 2002. Ottawa: PHAC, 2005.
- Pimenta JM, Catchpole M, Rogers PA, Hopwood J, Randall S, Mallinson H. Opportunistic screening for genital chlamydia infection. II: prevalence among health-care attenders, outcome, and evaluation of positive cases. *Sex Transm Infect* 2003;79(1):22-7.
- Press N, Browner CH. Why women say yes to prenatal diagnosis. *Soc Sci Med* 1997 Oct;45(7):979-89.
- Pronk E. Bevolkingsonderzoek darmkanker discutabel. *Medisch Contact* 2005;60(36):1424-1426.
- Puddu M, Tafforeau J. Opportuniteit van borstkankerscreening bij vrouwen tussen 40-49 jaar; stand van zaken in België. Elementen voor een gezondheidsbeleid. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2005.
- Raadgevend comité voor de kankerpreventie. Aanbevelingen voor kankerscreening in de Europese Unie. Wenen, 1999.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Advies t.a.v. zelftest. Zoetermeer: RVZ, 1999.
- Schledermann D, Eijersbo D, Hoelund B. Improvement of diagnostic accuracy and screening conditions with liquid base cytology. *Diagnostic cytopathology* 2006;34(11).
- Schrijvers CTM, Ballegooien M van. Dikkedarmkanker samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaal-kompas.nl>> Preventie Van ziekten en aandoeningen\ Kanker\ Dikkedarmkanker, 7 september 2006.
- Screening policy team. Commissioning and managing screening programmes in the NHS in England. DH, August 2005.
- Segnan N, Senore C, Andreoni B, Aste H, Bonelli L, Crosta C, et al. Baseline findings of the Italian multicenter randomized controlled trial of 'once-only sigmoidoscopy'-SCORE. *J Natl Cancer Inst* 2002, 94(23):1763-1772
- Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Vroege opsporing van dikkedarmkanker; Minder sterfte door bevolkingsonderzoek. KWF Kankerbestrijding, 2004.
- Soa Aids Nederland. Programmavoorstel Proefimplementatie Chlamydia Screening. www.soa aids.nl (laatst bezocht op 12 oktober 2006), 2006.

- Tarini BA, Christakis DA, Welch HG. State newborn screening in the tandem mass spectrometry era: more tests, more false-positive results. *Pediatrics* 2006;118(2):448-56.
- Tsianakas V, Liamputtong P. Prenatal testing: the perceptions and experiences of Muslim women in Australia. *J Reprod Infant Psychol* 2002 Feb;20(1):7-24.
- UK Flexible Sigmoidoscopy Screening Trial Investigators. Single flexible sigmoidoscopy screening to prevent colorectal cancer: baseline findings of a UK multicenter randomized trial. *Lancet* 2002;359(9314):1291-1300.
- USPSTF, US Preventive Services Task Force. Screening for Chlamydial Infections. Recommendations and Rationale. *Am J Prev Med* 2001;20(suppl 3):90-93.
- Vassy C. How prenatal diagnosis became acceptable in France. *Trends Biotechnol* 2005 May;23(5):246-249.
- Verhoeven V, Avonts D, Meheus A, Goossens H, Ieven M, Chapelle S, et al. Chlamydial infection: an accurate model for opportunistic screening in general practice. *Sex Transm Inf* 2003;79:313-317.
- Verhoeven V, Avonts D, Royen P van, Denekens J. Implementation of a pilot programme for screening for chlamydial infection in general practice. *Eur J Gen Pract* 2004 Dec;10(4):157-161.
- VGR, Vlaamse Gezondheidsraad. Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad Preventie van baarmoederhalskanker, 2006.
- Vijgen SMC, Busch MCM, Wit GA de, Zoest F van, Schuit AJ. Economische evaluatie van preventie; Kansen voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid. RIVM-rapportnr. 270091001/2005. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Visser M de, Ballegooijen M van, Bloemers SM, Deventer SJH van, Jansen JBMJ, Jespersen J, et al. Report on the Dutch consensus development meeting for implementation and further development of population screening for colorectal cancer on FOBT. *Cellular Oncology* 2005;27:17-29.
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/bevolkingsonderzoek.aspx> (laatst bezocht op 19 december 2006), 2006.
- Voogd AC, Rutgers E J Th, Leeuwen FE van, Poos MJJC. Neemt het aantal mensen met borstkanker toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Kanker\ Borstkanker, 13 december 2005.
- Vutuc C, Waldhoer T, Haidinger G. Breast cancer trends; opportunistic screening in Austria versus controlled screening in Finland and Sweden. *Eur J Cancer Prev* 2006;15:343-346.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief Staatssecretaris over organisatie van prenatale screening. 2005.
- Wert GM de. Neonatal screening: dynamics and ethics. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149(51):2841-2843.
- WHO, World Health Organization. Proposed international guidelines on ethical issues in medical genetics and genetic services. Geneva: WHO, Human Genetics Programme, 1998.
- WHO, World Health Organization. Screening for Type 2 Diabetes; report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting. Geneva: WHO, 2003.
- WHO, World Health Organization. What evidence is there for the prevention and screening of osteoporosis? Copenhagen: WHO-Europe and Health Evidence Network, 2006a.
- WHO, World Health Organization. Preparing for the introduction of HPV: vaccines: Policy and programme guidance for countries. Geneva: WHO, 2006b.
- WHO, World Health Organization. Cancer. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> (laatst bezocht op 5 maart 2006), 2006c.
- Wilk EA van der. Zijn er verschillen tussen Nederland en andere landen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Kanker\ Borstkanker, 16 juni 2006.
- Williams C, Alderson P, Farsides B. What constitutes 'balanced' information in the practitioners' portrayals of Down's syndrome? *Midwifery* 2002;18(3):230-237.
- Wilson JMG, Junger G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: WHO, 1968.
- Wright TC, Bosch XF, Franco EL, Cuzick J, Schiller JT, Garnett GP, et al. Chapter 30: HPV vaccines and screening in the prevention of cervical cancer; conclusions from a 2006 workshop of international experts. *Vaccine*;24S3 (2006); S3/251-S3/261.
- ZonMw. <http://test.zonmw.org/nl/programmas/preventie/themas/informatie-over-kanker/screening-op-dikgedarmkanker-is-mogelijk.html?type=98> (laatst bezocht op 11 december 2006), 2005.

BIJLAGE 1 LIJST VAN AUTEURS, REFERENTEN EN OVERIGE MEDEWERKERS AAN HET RAPPORT

Redactieteam

Dr. P.W. Achterberg
Drs. J.M. den Broeder
Ir. M.M. Harbers
Dr. S.A. Meijer
Ir. J.M. Melse
Dr. ir. C.T.M. Schrijvers
Dr. H.G.M. Verkleij
Drs. E.A. van der Wilk
Ir. K.E. Witte

Auteurs

Dr. P.W. Achterberg
Dr. M. van den Berg
Drs. I. Bovendeur
Drs. J.M. den Broeder
Ir. M.M. Harbers
Dr. S.A. Meijer
Ir. J.M. Melse
Dr. ir. C.T.M. Schrijvers
Dr. ir. A.J. Schuit
Drs. N. Tamsma
Drs. E.A. van der Wilk
Ir. K.E. Witte

Vanuit VTV is verder bijgedragen door

Drs. ing. H. Giesbers
Dr. F. van der Lucht
Prof. dr. ing. J.A.M. van Oers
Prof. dr. J.J. Polder
Dr. H.F. Treurniet

Referenten en contactpersonen VWS

Drs. F.H. Clabbers
Dr. P.J.M. de Coninck
Drs. C.N. Crans

S.B. van Ginniken
Drs. P.C. Groeneveld
T.H. Halbertsma
Drs. J.C.M. Hullemans (coördinatie VWS)
Ir. L.A.M. Kuijpers
R. Kuiten
Ir. R.J. Metaal
Drs. S.M. Pomp
S.M.C. Potting
Mr. A. Rendering
E. Wennink

Externe referenten

Dr. M. van Ballegooijen (Erasmus MC)
Dr. ir. W.J.E. Bemelmans (RIVM/PZO)
J. van Bergen (Soa Aids Nederland)
Ir. E. op de Coul (RIVM/Cib/EPI)
Dr. M. Essink-Bot (Erasmus MC)
Dr. J. Fracheboud (Erasmus MC)
Prof. dr. H.F.L. Garretsen (Universiteit van
Tilburg)
Drs. B.M. van Gelder (RIVM/PZO)
Prof. dr. C.M.H. Hosman (Radboud Universiteit
Nijmegen)
Ir. J. Jansen (NIGZ)
Drs. A.J.J. Lock (RIVM/CVB)
Dr. J.G. Loeber (RIVM/LIS)
R.R. Reij (RIVM/CVB)
Dr. P.C.J.I. Schielen (RIVM/LIS)
Prof. dr. K. Stronks (AMC/UVA)
Dr. N. van der Veen (RIVM/CVB)
Drs. H. van Veldhuizen-Eshuis (RIVM/CVB)
Drs. C. Vink (Nji)

Vormgeving en lay-out

CO2 Premedia

BIJLAGE 2 LIJST VAN AFKORTINGEN

AGS	Adrenogenitaal Syndroom
aids	acquired immune deficiency syndrome
ALAC	Alcohol Advisory Council
AMC	Academisch Medisch Centrum
APIS	Alcohol Policy Information System
ASH	Action on Smoking and Health
ASPECT	Analysis of the Science and Policy for European Control of Tobacco
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
azM	academische ziekenhuis Maastricht
BAG	Bloed Alcohol Gehalte
BaGZ	Basisgezondheidszorg
BIOT	Biotinidase Deficiëntie
BMI	Body Mass Index
bnp	bruto nationaal product
BRCA1	Breast Cancer 1 Gen
BRCA2	Breast Cancer 2 Gen
BSE	Boviene Spongiforme Encefalopathie, gekkekoeienziekte
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CAH	Congenital Adrenal Hyperplasia
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CDC	Centres for Disease Control and Prevention
CDD	Chronic Disease Directors
CE	Conformité Européenne
CF	Cystische Fibrose
CGL	Centrum Gezond Leven
CHT	Congenitale Hypothyreoïdie
Cib	Centrum Infectieziektebestrijding
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
CPB	Centraal Planbureau
CVB	Centrum voor Bevolkingsonderzoek
DfES	Department for Education and Skills
DH	Department of Health
DHHS	Department of Health and Human Services
DHW	Drank- en Horecawet
DLC	dunnelaagcytologie
DMD	Duchenne Muscular Dystrophy
DNA	Desoxyribo nucleic acid
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, vierde editie
EBCN	European Breast Cancer Network
EC	Europese Commissie
ECAS	European Comparative Alcohol Study
ECHI	European Community Health Indicators
ECTHA	European Collaboration for Health Technology Assessment
EEG	Europese Economische Gemeenschap
EG	Europese Gemeenschap
EKD	Elektronisch Kinddossier
ENHPS	European Network of Health Promoting Schools
ENSP	European Network for Smoking Prevention
ENYPAT	European Network for Young People and Tobacco
EPI	Epidemiologie en Surveillance
EPODE	Ensemble prévenons l'obésité des enfants
Erasmus MC	Erasmus Medisch Centrum
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

EU	Europese Unie
EUPHIX	European Public Health Information, Knowledge and Data Management System
EUROCAT	European Surveillance of Congenital Anomalies
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FHA	Finnish Heart Association
FLASH	Fietsen, Lopen, Actiemomenten, Sporten, Huishoudelijke klussen
FOBT	Fecal Occult Blood Test
FOBT(HCII)	FOBT Hemoccult II
G6PD	glucose 6-phosphate dehydrogenase deficiency
GAL	Galactosemie
GBI	Gezondheidsbevorderend Instituut
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GLOBE	Gezondheid en leefomstandigheden bevolking Eindhoven en omstreken
GVO	gezondheidsvoorlichting
HBSC	Health Behaviour in School Aged Children
HCU	Homocystinurie
HEN	Health Evidence Network
hiv	human immunodeficiency virus
horeca	hotels, restaurants, cafés
HPLC	high performance liquid chromatography
HPV	Humaan Papilloma Virus
ICAP	International Centre for Alcohol Policies
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ILO	International Labour Organization, Internationale Arbeidsorganisatie
INLOOP-teams	Integraal Laagdrempelig Opvoedingsondersteuningspunt
ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
ISNS	International Society for Neonatal Screening
ISO	International Standardization Organization
IVRK	Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KWF Kankerbestrijding	Koningin Wilhelmina Fonds voor de Nederlandse Kankerbestrijding
LEA	Local Education Authority
LIS	Laboratorium voor Infectieziektendiagnostiek en Screening
LVA	Licensed Vintners Association
MCAD	middenketenacyl-CoA-dehydrogenase
MIS	Minimale Interventie Strategie
MRI	Magnetic resonance imaging
ms/ms	tandemmassaspectrometrie
MST	Medisch Schooltoezicht
MSUD	Maple Syrup Urine Disease
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NCS	National Screening Committee
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Trimbos-instituut)
NESS	National Evaluation of Sure Start
NGO	Niet-Gouvernementele Organisatie
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
NHS	National Health Service
NHSP	National Healthy Schools Programme
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
Nji	Nederlands Jeugdinstituut
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité - Nederlandse Sportfederatie
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
Ofsted	Office for Standards in Education
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
PCT	Primary Care Trust
PG	Publieke Gezondheid

PKU	Phenylketonurie
PMS	Psycho-Medisch-Sociale Centra
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PSA	Prostaat Specifiek Antigen
PSHE	Personal, Social and Health Education
PVA	Partnership Vroegsignalering Alcohol
PZO	Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek
QALY	Quality-Adjusted Life-Year
RAND-Corporation	Research and Development Corporation
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
Riagg	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SAH	Ministry of Social Affairs and Health
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SCZ	Sikkelcelziekte
SEGV	Sociaal-economische gezondheidsverschillen
SEO	Structureel Echoscopisch Onderzoek
SES	Sociaal-economische status
SHI	Social Health Insurance
SHPSU	Scottish Health Promoting Schools Unit
soa	seksueel overdraagbare aandoening
STAP	Stichting Alcohol Preventie
STIVA	Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
STIVORO	Stichting Volksgezondheid en Roken
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TFAH	Trust for America's Health
TNO	Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TNS NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek, maakt sinds augustus 1999 deel uit van de internationale marktonderzoekorganisatie Taylor Nelson Sofres (TNS).
Unicef	United Nations Children's Fund
UVA	Universiteit van Amsterdam
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VU	Vrije Universiteit
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBO	Wet op het bevolkingsonderzoek
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organization, Wereldgezondheidsorganisatie
WIC	Women, Infants, Children
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WTO	World Trade Organization, Wereldhandelsorganisatie
WUR	Wageningen Universiteit en Researchcentrum
WVC	voormalig ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
ZonMW	De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

BIJLAGE 3 PUBLIEKE GEZONDHEID EN BELEID: ‘WHAT’S IN A NAME?’

Peter Achterberg, Eveline van der Wilk, Lea den Broeder

Inleiding

De term ‘public health’ wordt overal ter wereld gebruikt, in sommige niet-Engelstalige landen zelfs ook in het Engels. De letterlijke Nederlandse vertaling publieke gezondheid is sinds een aantal jaren in Nederland in zwang en wordt ook vaak door het ministerie van VWS gehanteerd. Niet overal wordt aan deze begrippen echter dezelfde betekenis toegekend en dus is het begrip moeilijk eenduidig te definiëren.

In deze bijlage gaan we kort in op de afbakening van de begrippen publieke gezondheid en beleid publieke gezondheid of publiekegezondheidsbeleid (ook: PG-beleid), zoals die in Nederland en internationaal gehanteerd worden. We zullen het begrip publieke gezondheid eerst in zijn context plaatsen. We bespreken hoe Nederlandse definities van publieke gezondheid en rivaliserende begrippen zoals ‘public health’, ‘collectieve preventie’ zich tot elkaar verhouden. Daarna gaan we in op de strekking van de term ‘beleid’, wanneer dit aan publieke gezondheid gekoppeld wordt en bespreken we enkele aspecten van beleid publieke gezondheid die bij internationale vergelijkingen naar voren komen.

Public health: definitie en begripsbepaling

Een veelgebruikte definitie van public health is de uit 1920 stammende definitie, die afkomstig is van de Amerikaan Winslow:

‘Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life and promoting physical and mental health and efficiency through organised community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health’.

Deze definitie wordt - al dan niet ingekort of licht veranderd - vaak in de internationale literatuur aangetroffen. Naast de min of meer expliciete vermelding van infectieziektebestrijding, gezondheidsvoorlichting, milieuzorg en ziektepreventie - in de breedste zin - is de sociaal-economische invalshoek van publieke gezondheid expliciet in deze definitie aanwezig. Ook wordt het belang van de relatie met de toegankelijkheid van

Tekstblok B3.1: Essential public health functions: een ordening van taken en functies.

Naast de ‘organisatiegerichte’ en ‘inhoudsgerichte’ definities van publieke gezondheid zijn er ook beschrijvingen en definities van de functies (essential public health functions) en taken, die binnen de uitvoering van de publieke gezondheidszorg onderscheiden kunnen worden.

1. Monitoring, evaluatie en analyse van de gezondheidssituatie van de bevolking.
2. Public health surveillance, onderzoek en controle van risico's en bedreigingen van publieke gezondheid.
3. Gezondheidsbevordering.
4. Sociale participatie en volksgezondheid.
5. Ontwikkelen van beleid en institutionele capaciteit voor het plannen en aansturen van publieke gezondheid.

6. Versterken van de institutionele capaciteit voor de regulering en handhaving van publieke gezondheid.
7. Evaluatie en bevordering van gelijke toegankelijkheid van noodzakelijke zorg.
8. Scholing en ontwikkeling van menskracht ten behoeve van publieke gezondheid.
9. Kwaliteitsbewaking van de individuele en publieke gezondheidszorg.
10. Onderzoek ten behoeve van publieke gezondheid.
11. Verminderen van de effecten van noodsituaties en rampen op de volksgezondheid.

Deze benadering kan voor ieder van de elf onderdelen uitgewerkt worden in institutionele taken en subdoelen. Daarmee kan een nationaal publieke-gezondheidssysteem geëvalueerd worden.

zorg en met het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in deze definitie van public health benadrukt. Deze domeinen komen ook goed overeen met de gebieden waar de overheid in Nederland nog steeds invulling lijkt te willen geven aan een vanuit de overheid gestuurde invulling van de bijbehorende collectieve verantwoordelijkheid.

Een internationaal gebruikelijke manier van ordening van publiekegezondheidstaken vinden we in het internationaal als ordeningskader voor publieke gezondheid gehanteerde begrip: ‘essential public health functions’ (zie *tekstblok B3.1*). Deze ‘essential public health functions’ benadering vormt een referentiekader voor de organisatie en evaluatie van een landelijk publiekegezondheidssysteem.

Publieke gezondheid en synonieme begrippen in Nederland

Het begrip publieke gezondheid, dat een letterlijke vertaling van ‘public health’ is, wordt in Nederland vaak door elkaar gebruikt met begrippen als ‘volksgezondheid’, ‘basisgezondheidszorg’, ‘openbare gezondheidszorg’ of ‘collectieve preventie’. Publieke gezondheid is een relatief recent gekozen benaming. In zijn proefschrift uit 1989 (‘Bouwen aan de basisgezondheidszorg’) gaf Van de Water al aan dat er verschillende definities en begrippen van basisgezondheidszorg (BaGZ) en collectieve preventie in Nederland gehanteerd worden (zie *tabel B3.1*). Naast basisgezondheidszorg onderscheidt Van de Water diverse verwante begrippen, die op dat moment niet als centraal begrip gehanteerd worden, maar duidelijk verwant en/of overlappend zijn, zoals: openbare gezondheidszorg, volksgezondheidszorg, collectieve preventie, collectief preventieve gezondheidszorg, maatschappelijke gezondheidszorg, sociale gezondheidszorg, preventieve gezondheidszorg.

Tabel B3.1: Verschillende definities van public health in Nederland.

Jaar	Definitie	Bron
1980	Basisgezondheidszorg (BaGZ) is 'dat geheel van het complex van activiteiten en maatregelen op het gebied van de volksgezondheid (gezondheidszorg en gezondheidsbescherming) dat zich richt op bepaalde groepen uit de samenleving en om redenen van bestuur, methodiek, efficiency en effectiviteit tot één takenpakket bijeengebracht wordt'	ministerie van 'V&M' (Volksgezondheid en Milieu)
1986	Basisgezondheidszorg is 'gezondheidsbevordering en het voorkómen of beperken van schade aan de volksgezondheid door middel van activiteiten waarvan het karakter wordt bepaald door gezondheidsrisico's die gemeenschappelijk gelden voor de bevolking of nader gespecificeerde groepen daarvan alsmede de in dit kader passende ondersteuning en advisering'	ministerie van WVC (Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur)
1989	Basisgezondheidszorg is 'dat deel van de volksgezondheidszorg, dat zich bezighoudt met de ontwikkeling van collectieve preventie en de uitvoering van collectief preventieve gezondheidszorg'	Van de Water
?	'In de publieke gezondheidszorg werken verschillende partijen samen: gemeenten, huisartsen, ziekenhuizen, Riagg's, thuiszorginstellingen, de rijksoverheid en de zorgverzekeraars. Publieke gezondheidszorg heeft als doel het beschermen en bevorderen van onze gezondheid.'	Postbus 51
2000	De openbare gezondheidszorg (OGZ) omvat die onderdelen van de gezondheidszorg en het openbaar bestuur die zich doelbewust richten op de ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking. Zo draagt de OGZ er zorg voor dat alle beleidsterreinen van de samenleving worden betrokken bij het bereiken van de doelen van het gehele gezondheidsbeleid en draagt zij bij aan het bevorderen van de beschikbaarheid, de toegankelijkheid, de doelmatigheid en de kwaliteit van de (zorg)voorzieningen. De OGZ komt tot stand onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur; dit geldt zowel voor beleid, als voor regie en uitvoering.	Platform Openbare Gezondheidszorg
2005	De IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) gebruikt OGZ definitie (zie hierboven).	IGZ
2006	De RVZ (Raad voor de Volksgezondheid & Zorg) definieert PG door drie domeinen te benoemen: • Gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering. • Ziektepreventie in OGZ én in de gezondheidszorg. • Gezondheidsbeleid, sectoraal en intersectoraal, lokaal, regionaal, nationaal en internationaal.	RVZ

Tekstblok B3.2: Concrete activiteiten in kader van de OGZ.

Het veld van de OGZ is zeer breed en kan grofweg worden ingedeeld naar:

- Gezondheidsbevordering: op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking preventie-programma's uitvoeren; bijvoorbeeld gericht op gedragsverandering.
- Infectieziektebestrijding: omvat onder andere surveillance (ISIS), bron- en contactopsporing, preventie (onder andere reizigersvaccinatie) outbreakmanagement en onderzoek.
- Medische milieukunde: onderzoek, advisering en signalering op het terrein van milieu en gezondheid, bijvoorbeeld onderzoek naar de kwaliteit van zwembadwater.
- Jeugdgezondheidszorg (JGZ), dat wil zeggen zorg voor 0-19-jarigen: onder andere monitoring en signalering, gezondheidsvoorlichting (GVO), vaccinatie en screening, onderkenning van gezondheidsbedreigende factoren in sociale en fysieke omgeving en advisering hierover.
- Openbare geestelijke gezondheidszorg: directe hulpverlening (waaronder crisisinterventie, maatschappelijke opvang), preventie en zorg voor mensen met een verhoogd risico (onder andere signalering, screening en beleidsadvisering), verslavingszorg (inclusief vangnetfunctie), algemeen maatschappelijk werk (gedeeltelijk).
- Technische hygiënezorg: hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen; verordeningen voor technische hygiëne bij tatoeëren en piercingstudio's, grote evenementen, seks- en relaxhuizen en instellingen ressorterend onder de Wet op de jeugdhulpverlening.
- Crisis hulpverlening, openbare veiligheid, forensische geneeskunde.
- Indicatiestelling en advisering; onder andere sociaal-medische advisering, centrale indicatiestelling voor thuis-, verpleeghuis-, verzorgingshuis- en gehandicaptenzorg.

Bron: Jansen, 2002

Opvallend aan de in Nederland gangbare omschrijvingen is dat op dit moment publieke gezondheid en openbare gezondheidszorg als inwisselbare termen lijken te worden gebruikt. In *tekstblok B3.2* zijn de verschillende taken van het werkgebied van de OGZ opgesomd.

De werkwijze binnen de OGZ is veelal populatiegericht, permanent, programmatisch en professioneel en komt meestal tot stand zonder dat daar een hulpvraag aan ten grondslag ligt, althans geen vrijwillige of door de verzorgde zelf geformuleerde hulpvraag.

Voor het completeren van het beeld van publieke gezondheid in Nederland willen we er nog op wijzen dat er een aantal taken is die ook tot publieke gezondheid gerekend kunnen worden, maar die we niet onmiddellijk of expliciet herkennen in de omschrijving van de OGZ. We wijzen op taken als het 'monitoren' van de Nederlandse volksgezondheid, zoals via de Monitor Gezondheidsachterstanden. Ook rapporteren over de toestand van de volksgezondheid hoort hierbij, zoals bijvoorbeeld via de VTV-rapporten van het RIVM, maar ook via rapporten van andere onderzoeksorganisaties over aspecten van de Nederlandse zorg, preventie en gezondheid. Ten slotte zijn het adviseren over gezondheid en zorg (Gezondheidsraad, Raad voor Gezondheidsonderzoek) en het plannen en evalueren van publiekegezondheidsactiviteiten en het benodigde achterliggende onderzoek belangrijke taken binnen het publiekegezondheidsdomein.

De organisatorische omschrijving van publieke gezondheid, zoals hierboven uitgewerkt voor de OGZ, overlapt op een complexe manier met een meer inhoudelijke onderverdeling van preventie namelijk gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Samenvattend kunnen we stellen, dat publieke gezondheid een vooralsnog Nederlands en niet compleet gedefinieerd gebied omvat, dat wel sterk is gerelateerd aan het begrip 'public health' en sterke overlap vertoont met de eerder gebruikte begrippen, zoals OGZ en basisgezondheidszorg, die zich qua omschrijving echter meer 'organisatorisch' profileren. Preventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering zijn bij vrijwel alle gebruikte invalshoeken en definities onderliggende kernbegrippen.

Publieke gezondheid in relatie tot gezondheidszorg

Vergeleken met de internationale omschrijving van public health en de 'essential public health functions' is de Nederlandse definitie van publieke gezondheid over het algemeen 'smaller'. De verklaring voor dit verschil kan gevonden worden door te kijken naar de verschillen tussen de nationale zorgsystemen. We onderscheiden verschillende soorten gezondheidssystemen, waarvan de 'Beveridge'- en 'Bismarck'-systemen de belangrijkste twee zijn. Die tweedeling is niet absoluut, maar wordt gebruikt om een belangrijk verschil aan te geven. Enerzijds de 'nationale' systemen, waarin zorg en preventie door de overheid uit belastingen worden betaald en ook min of meer een organisatorische eenheid vormen (Beveridge-systemen). Anderzijds systemen, waarbij de financiering van de zorg gekoppeld is aan een verzekeringssysteem en PG-activiteiten vooral uit publieke middelen gefinancierd worden (Bismarck-systemen). In dergelijke, zogenaamde SHI-landen (Social Health Insurance), zoals Nederland en Duitsland, is sprake van een relatief sterke scheiding tussen public health en gezondheidszorg. De link tussen publieke gezondheid enerzijds en toegang tot en kwaliteit van zorg anderzijds is bijvoorbeeld in Nederland niet of zeer moeilijk te leggen.

Beleid publieke gezondheid

Het rapport waar deze bijlage onderdeel van is, bespreekt beleid ten aanzien van publieke gezondheid. Daarom is het goed even stil te staan bij de betekenis en definitie van de term 'beleid' in relatie tot publieke gezondheid.

We halen hier de definitie van PG-beleid ('public health policy') aan van een internationale groep onderzoekers (ECHTA-project) die onderzoek heeft verricht naar de effectiviteit van diverse 'health technologies', waaronder ook PG-interventies (Banta et al., 2002).

Het ECHTA-rapport (Banta et al, 2002) definieert PG-beleid als volgt: 'Public health policy usually refers to specific actions taken by governments, at national, regional, or local levels, to improve the health of populations groups. Public health policy may be defined in laws and regulations, but also includes other actions, such as decisions on

what health care has to pay for or encouraging media information concerning health and disease.’

In deze definitie refereert PG-beleid aan specifieke activiteiten van het openbaar bestuur, hetzij op landelijk, op regionaal of op lokaal niveau, die zijn gericht op het verbeteren van de gezondheid van bepaalde groepen in de bevolking. PG-beleid kan worden geoperationaliseerd via wet- en regelgeving, maar omvat ook andere activiteiten, zoals besluiten over de financiering van bepaalde zorg of preventie en het aanmoedigen van mediacommunicatie over gezondheid en ziekte (Banta et al., 2002). Deze beleidsdefinitie is breder dan beleid publieke gezondheid, maar geeft de gezamenlijke kern goed aan.

Soms wordt de definitie van publiekegezondheidsbeleid beperkt tot datgene wat expliciet als beleid is vastgelegd, bijvoorbeeld de inhoud van nationale programma's of welomschreven prioriteiten en activiteiten in gezondheids- of preventienota's. Deze laatste definitie is echter nogal beperkt en kan er bij internationale vergelijking toe leiden dat in gang gezette en succesvolle activiteiten uit beeld raken. Ook al vormen die een kernkwaliteit van het beleid in een land, en worden ze niet meer als prioriteit geafficheerd. Daarnaast bestaat bij het vergelijken van beleidsrapporten het gevaar dat slechts 'voornemens' ('lip service') vergeleken worden in plaats van werkelijk in gang gezet en evalueerbaar beleid.

Binnen de beleidsvoering kunnen op PG-gebied een vijftal soorten maatregelen onderscheiden worden:

- Juridische en fiscale (financiële) maatregelen (accijnzen, wet- en regelgeving, subsidies).
- Maatregelen op individueel niveau (zoals voorlichting of training in vaardigheden).
- Maatregelen voor specifieke settings of groepen (hoogrisicogroepen, scholen).
- Omgevingsgerichte maatregelen.
- Maatregelen gericht op sociale ondersteuning.

Omgevingsgerichte maatregelen en maatregelen gericht op sociale ondersteuning komen nu nog minder vaak in nationaal volksgezondheidsbeleid voor, maar worden bijvoorbeeld op het gebied van lichamelijke activiteit en overgewicht, of op het gebied van sociale uitsluiting (geestelijke volksgezondheid) in de toekomst mogelijk steeds belangrijker.

PG-beleid internationaal vergelijken?

Omdat dit rapport PG-beleid internationaal vergelijkt, is het nuttig om ook kort in te gaan op het waarom van deze vergelijkingen. Welke vragen kunnen we daarmee beantwoorden?

Internationale vergelijkingen kunnen een overzicht geven van grootschalige activiteiten op het gebied van publieke gezondheid die in andere landen zijn geïmplementeerd. Welke activiteiten zouden in Nederland ook overwogen kunnen worden? We kunnen denken aan specifieke vormen van screening (dikkedarmkanker, chlamydia) of speciale vaccinaties (baarmoederhalskanker) en andere centrale activiteiten, zoals het al dan niet hebben van een landelijk systeem van perinatale audits. Goede voorbeelden uit andere landen kunnen dan inspirerend en/of leerzaam zijn.

Vanuit een internationaal perspectief kunnen we nationaal PG-beleid toetsen aan de internationale consensus over kenmerken van succesvol beleid. Wat rekent men internationaal tot goed beleid op een bepaald gebied? Zijn daar verschillende benaderingen in te onderkennen? Wat zijn volgens de internationale consensus de belangrijkste kenmerken van succesvol beleid? Het herkennen van 'best practices' in andere landen en zien waar nog beleidsopties open liggen zijn belangrijke opbrengsten van internationale vergelijkingen. Dit rapport onderkent het opdoen van inspiratie als een belangrijk doel van internationale beleidsvergelijkingen op het gebied van publieke gezondheid.

Vier niveaus van internationale beleidsvergelijking

We kunnen bij internationale vergelijkingen van publiekegezondheidsbeleid op vier verschillende niveaus naar het beleid kijken. Het microniveau richt zich op ingevoerde interventies op specifieke onderdelen van het beleid en speelt veelal op (sub)regionaal niveau. Het mesoniveau richt zich op de programmering en de landelijke organisatie en aanpak. Het macroniveau kijkt naar de relaties tussen public health en de zorgsystemen in de breedste zin. Het supernationaal niveau, ten slotte, kijkt naar de invloeden van internationale en supranationale organisaties op het beleid ten aanzien van publieke gezondheid. Ook de RVZ gaf deze vier verschillende regionale niveaus aan als belangrijk voor het beschrijven van publieke gezondheid (RVZ, 2006).

Hieronder gaan we kort in op de soort vragen, die op de diverse niveaus aan de orde kunnen komen. Daarbij grijpen we eerst terug op enkele hoofdconclusies van VTV-2006 voor zover deze ook met internationale vergelijkingen van public health beleid te maken hebben (De Hollander et al., 2006).

De internationale vergelijkingen van public health beleid in VTV-2006 wijzen op een aantal belangrijke elementen van goed PG-beleid:

- Een goede en duurzaam gefinancierde monitoring van gezondheidstoestand en de daarmee samenhangende factoren.

- Voldoende en beleidsgericht wetenschappelijk onderzoek.
- Een heldere, geïnspireerde aansturing van public health.
- Een effectieve organisatie en intensieve samenwerking tussen alle betrokken partijen.
- Een effectieve vormgeving van het integraal gezondheidsbeleid, ofwel de samenwerking met andere sectoren.
- De evaluatie van ingezet beleid en programma's, inclusief internationale beleidsvergelijkingen.

Microniveau: verschillen in implementatie van interventies

Voor specifieke onderdelen van nationaal beleid, zoals de implementatie van interventies, kunnen we kijken of er in andere landen succesvol nieuw beleid via specifieke interventies te signaleren valt. Welke kosteneffectieve interventies zijn er, die in Nederland nog niet (en elders wel) geïmplementeerd zijn? Wat kunnen we voor die specifieke onderdelen leren van andere landen? Dergelijke vragen komen in dit rapport in enkele van de hoofdstukken aan de orde. Op het microniveau (de lokale uitvoering van beleid) is er vaak onvoldoende informatie voorhanden voor brede of complete internationale vergelijkingen. Verder speelt hier de implementatie van beleid een belangrijke rol, bijvoorbeeld de werkelijke handhaving van regelgeving en ook daarover is meestal geen goede informatie voorhanden.

Mesoniveau: verschillen in programmering, organisatie en aanpak

VTV-2006 concludeerde dat het Nederlandse PG-beleid op het mesoniveau (programmering, organisatie, aanpak) op een aantal gebieden nog kan leren van andere landen (De Hollander et al., 2006). Daarbij zien we in diverse landen een tendens naar een meer rationeel en 'evidence-based' PG-beleid. Dit houdt in: een goede informatiebasis (monitoring), een duidelijke prioritering en planning, intensieve samenwerking met het veld en een effectieve en zichtbare leiding en regie ('stewardship'). Dit betekent ook dat beleid, programma's en interventies worden geëvalueerd en vooraf getoetst aan criteria voor (kosten)effectiviteit.

Macroniveau: verschillende inbedding van PG in zorgsysteem

Het macroniveau (nationaal niveau) is niet altijd het belangrijkste beleidsniveau, omdat het regionaal niveau waarop PG-beleid gemaakt en geïmplementeerd wordt verschilt tussen landen. In sommige grote landen (Canada, Verenigd Koninkrijk, Duitsland) zijn deelgebieden (zoals Quebec, Schotland, Nordrhein-Westfalen) bijvoorbeeld relatief autonoom in hun PG-beleid. Daarmee wordt het voor Nederland soms interessant om vergelijkingen met dergelijke regio's te maken. Het Nederlandse systeem van publieke

gezondheid en van gezondheidszorg zijn relatief sterk gescheiden in vergelijking met andere zorgsystemen en dat bemoeilijkt de implementatie van preventiebeleid binnen het zorgsysteem.

Supernationaal niveau: invloeden van internationale organisaties en de EU

Door de steeds verder geopende grenzen en de toenemende uitwisseling van goederen, mensen en ideeën zullen (volks)gezondheidsproblemen zich over de wereld blijven verspreiden. Het PG-beleid op het gebied van infectieziekten is in veel landen recent aangescherpt vanwege nieuwe dreigingen, zoals BSE, SARS, vogelgriep en de dreiging van bioterroristische aanslagen, maar ook ongezond gedrag kan zich als een epidemie verspreiden.

Sommige van deze PG-problemen vragen om een gezamenlijke internationale aanpak. Verder kunnen we proberen te putten uit de internationale inspiratie vanuit internationale organisaties, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Maar steeds vaker zal een gezamenlijke aanpak in het kader van de Europese Unie (EU) gebeuren. Er is sprake van een toenemende invloed van de EU op ons PG-beleid en in de toekomst, direct of indirect, mogelijk ook op ons zorgstelsel.

Tegelijk biedt de EU onze onderzoekers, zorgverleners en beleidsmakers kansen en middelen om 'best practices' uit te wisselen en internationale kennisnetwerken te vormen of gezamenlijk nieuw beleid voor te bereiden. Dan blijft de vraag hoe we als klein land het beleid van de EU het best kunnen beïnvloeden en wat de EU voor de toekomst van ons public health beleid betekent.

Er zijn ook tegenstrijdige invloeden mogelijk vanuit de Europese Unie. De subsidiëring van de tabaksteelt door de EU remt een effectief antirookbeleid. Iets soortgelijks geldt voor subsidies aan wijnbouw of ongelijkheid van alcoholaccijnsheffing binnen de EU. Deze, mogelijk tegenstrijdige, invloeden vanuit de EU op nationaal gezondheidsbeleid komen ook in sommige hoofdstukken van dit rapport aan de orde.

LITERATUUR

Banta HD, Hatziandreu E, Dauben HP, Forde OH, Laebli Loud M, Isacson SO, et al. Health Promotion and disease prevention as a complement to community health indicators. *Int J Technol Assessment Health Care* 2002;18(2):238-272.

Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (eindred.). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapportnr. 270061003*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.

Jansen J. Wat is openbare gezondheidszorg?
In: Volksgezondheid Toekomst Verken-
ning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.
Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaal-kompas.nl>> Zorg\ Openbare gezondheids-
zorg, 20 maart 2002.

RVZ, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.
Publieke Gezondheid. Den Haag: RVZ,
2006.

Water HPA van de. Bouwen aan basisgezond-
heidszorg: over wetenschappelijke en or-
ganisatorische grondslagen van collectieve
preventie. Proefschrift Rotterdam. Leiden:
Nederlands Instituut voor Preventieve
Gezondheidszorg TNO, 1989.

BIJLAGE 4 ROKEN

Tabel B4.1: EU-landen geordend naar score op de Tobacco Control Scale in 2006 (Bron: Joossens & Raw, 2006^a).

	Prijs (30)	Verbod openbare ruimten (22)	Uitgaven publieks- campagnes (15)	Adverten- tie- verbod	Gezond- heids- waarschu- wing (10)	Behande- ling (10)	Totaal (100)	Rangorde 2006
Ierland	23	21	3	12	6	9	74	1
VK	30	1	15	11	6	10	73	2
Noorwegen	26	17	5	13	6	4	71	3
IJsland	25	11	13	13	6	2	70	4
Malta	19	17	3	9	7	7	62	5
Zweden	19	15	2	13	6	5	60	6
Finland	18	12	1	13	7	7	58	7
Italië	16	17	2	10	6	6	57	8
Frankrijk	23	6	4	11	6	6	56	9
Nederland	16	9	4	12	6	5	52	10
Cyprus	21	6	1	12	6	5	51	11
Polen	16	10	0	12	6	6	50	12
België	16	8	2	12	7	5	50	13
Slowakije	18	8	0	11	6	6	49	14
Hongarije	17	6	1	10	6	7	47	15
Bulgarije	19	6	0	9	6	6	46	16
Estland	14	9	2	11	1	8	45	17
Denemarken	17	3	2	10	6	7	45	18
Portugal	17	5	–	10	6	1	39	19
Griekenland	17	7	0	4	6	4	38	20
Tsjechië	12	6	0	9	6	5	38	21
Duitsland	20	2	0	4	6	4	36	22
Slovenië	13	6	0	7	6	4	36	23
Zwitserland	15	5	4	4	3	4	35	24
Litouwen	11	6	1	9	6	1	34	25
Spanje	12	3	3	3	6	4	31	26
Oostenrijk	14	4	0	4	6	3	31	27
Letland	9	6	1	6	6	1	29	28
Roemenië	13	6	0	0	3	5	27	29
Luxemburg	7	4	0	5	7	3	26	30

^a Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. Tob Control 2006;15:247-253. doi: 10.1136/tc.2005.015347.

Tabel B4.2: Historisch overzicht sinds 1990 van maatregelen om roken te ontmoedigen (Bron: Vijgen et al., in voorbereiding^a).

Jaar	Voorlichting en ondersteuning bij stoppen	Wetgeving
1990-1991	Massamediale campagne 'Samen stoppen met roken'	Tabakswet: rookvrij de sociale norm – niet roken in ruimtes bestemd voor gemeenschappelijk gebruik binnen overheidsorganisaties of door de overheid gefinancierde instellingen – convenant t.a.v. beperking van reclame
1994	'Roken, nee dank je': migranten (Turken, Marokkanen, Surinamers) informeren over nadelen roken en stimuleren te stoppen met roken	
1997	Start campagne 'Roken? Niet waar de kleine bij is', o.a. via consultatiebureaus, GGD, kraamzorg en huisartsen Start project 'De rookvrije school'	Nota tabaksontmoedigingsbeleid: aankondiging wijziging tabakswet
1998	Jeugdcampagne 'Maar ik rook niet...' (tot 2001)	
1999	Start project 'Actie Tegengif' via scholen	
1999-2000	Massamediale campagne 'Dat kan ik ook!' – start van telefonische hulpdienst – aanbod van ondersteuningspakket^b	
2000	Millenniumcampagne 'Dat Kan Ik Ook!'	Gezondheidsinstelling moet patiënt rookvrije woonomgeving bieden
2000-2002	Nieuwe campagne 'Roken en de werkplek' Opstellen en implementeren van Minimale Interventie Strategieën, uitgevoerd via zorgverleners: huisartsen (H-MIS; v.a. 1994), cardiologen (C-MIS; v.a. 2000), verloskundigen (V-MIS; v.a. 2001) en longartsen (L-MIS; v.a. 2002)	EU-richtlijn tabak: verbod op kwalificatie light, mild etc. Per 1-5-2002: gezondheidswaarschuwingen op pakje 30% (achterkant) en 40% (voorkant) van het oppervlak
2001	Campagne 'Een overwinning bereik je niet alleen'	
2002	Start campagne 'Kinderen kopiëren', o.a. via de GGD en regionale media ^c (Voorbeeldfunctie ouders) Kraamverzorgenden wijzen ouders voortaan op gevolgen van meeroken voor kinderen Wereld niet roken dag (31 mei): Rookvrij sporten - Rookvrije voetbalclub Warga wint award Speciale leermethode voor gehandicapten: Cursus helpt mensen met verstandelijke handicap bij stoppen met roken Gezamenlijke aanpak voor stoppen met roken: Minister Borst geeft startsein voor 'Partnership Stop met Roken'	Gewijzigde tabakswet aangenomen: verbod op reclame en sponsoring
2003-2004	Massamediale campagne 'Nederland start met stoppen': – aanbod stoppakket – After Care via post/e-mail – groepstraining pakje kans (v.a. 1967) Campagne 'Roken en de werkplek' ^d	Per 1-1-2003: – verkoopverbod tabak in overheidsinstellingen en aan kinderen onder de 16 jaar – verkoopverbod kleine verpakkingen

Jaar	Voorlichting en ondersteuning bij stoppen	Wetgeving
2004	Campagne 'Rookafspraken. Da's wel zo sportief' roken en sportaccommodaties Jaarlijkse 'Actie Tegengif': klassikale niet-roken wedstrijd Nieuwe jongerencampagne: 'Nou weten we het wel' met als boodschap niet rokende jongeren zijn stoer, populair en cool!	Doel: in 2006 afspraken over rookbeleid in sportsector vastgelegd Per 1-1-2004: – verplichting werkgevers dat werknemers geen hinder ondervinden van roken – rookverbod in personenvervoer – verbod op reclame en promotie van tabakswaar – verbod sponsering van evenementen door tabaksindustrie Per 1-2-2004: Accijnsverhoging 55 eurocent Convenant tussen VWS en Koninklijke Horeca Nederland: Stappenplan van 4 jaar (tot 2008) waarin per jaar is vastgelegd welke stappen moeten worden ondernomen om de horeca rookvrij te krijgen
2005	Campagne 'Heb ik COPD?' van het Astmafonds 'Mien en Koos Dobbelsteen'-campagne: voor een professioneel stopadvies kunnen mensen bij hun huisarts terecht Wereld niet roken dag (31 mei): zorgverleners en stoppen met roken Rookvrij WK voetbal voor jeugd: treffen van 'rookvrije maatregelen' Campagne 'Stoppen met roken? Good4u!': tips en informatie over hoe je de sigaret de baas wordt 'Actie Tegengif': klassen die een half jaar rookvrij blijven, kunnen een prijs winnen Advies op maat voor zwangere vrouwen Campagne 'Hou het leuk, hou het rookvrij': toename draagvlak voor maatregelen tegen meeroken (zoals rookvrije werkplek)	Tabaksontmoedigingsbeleid geïntensiveerd (intentieverklaring). Samenwerking tussen VWS, Hartstichting, KWF Kankerbestrijding en Astmafonds
2006	Europese campagne 'Help - voor een rookvrij leven' Campagne 'Roken? Niet waar de kleine bij is'	Richtlijn 'Tabakspreventie in het Lokaal gezondheidsbeleid': basispakket tabakspreventie voor gemeenten De tabaksindustrie wil minimumleeftijd voor kopen tabak verhogen van 16 naar 18 jaar Maart 2006: Nationaal Programma Tabaksontmoediging aangeboden aan de kamer: doel is 20% rokers in 2010 Europese commissie pleit voor totaal rookverbod in publieke ruimtes (cafés, restaurants, werkplek, voetbalstadions etc.)

^a Vijgen SMC, Gelder BM van, Baal PHM van, Zutphen M van, Hoogenveen RT, Feenstra TL. Kosten en effecten van een pakket maatregelen voor tabaksontmoediging. (In voorbereiding).

^b met o.a. vragenlijst voor 'Advies op Maat'

^c wordt in 2004 op regionaal niveau voortgezet

^d ruim 150.000 bedrijven met meer dan vijf werknemers kregen in voorjaar 2003 een stappenplan toegestuurd om tot een rookvrije werkplek te komen.

BIJLAGE 5 OVERGEWICHT

Tabel B5.1: Prevalentie van overgewicht in percentages in EU-landen (volwassenen) (Bron: WHO Nutrition Policy Database, 2006^a).

	Leeftijd	Overgewicht	Obesitas	Overgewicht	Obesitas	Periode	z/m ^b
		v		m			
België	18+	37,8	13,4	50,6	11,9	2004	z
Bulgarije	15+	42,3	13,5	50,1	11,3	2001	z
Cyprus	15+	38,7	11,8	53,9	12,9	2003	z
Denemarken	16+	34,0	9,1	49,6	9,8	2000	z
Duitsland	18+	41,2	12,3	57,7	13,6	2003	z
Estland	16-64	40,6	14,9	45,7	13,7	2004	z
Finland	15-64	40,2	13,5	59,7	14,9	2005	z
Frankrijk	15+	36,3	13,0	47,4	11,8	2006	z
Griekenland	20-70	48,1	18,2	67,1	26,0	2003	z
Hongarije	18+	49,5	18,2	58,9	17,1	2003-2004	z
Ierland	18-64	48,4	15,9	66,4	20,1	1997-1999	m
Italië	18+	34,5	8,7	51,4	9,3	2003	z
Letland	15-64	43,4	19,5	42,0	11,9	2004	z
Litouwen	20-64	46,2	16,9	52,5	14,2	2004	z
Malta	20-64	49,4	20,4	68,2	26,6	2002	z
Nederland	20+	39,6	11,4	50,4	9,9	2005	z
Oostenrijk	20+	30,4	9,1	63,4	9,1	1999	z
Polen	19+	48,6	19,9	56,7	15,7	2000	m
Portugal	18-64	45,2		52,9		2003-2004	m
Roemenië	15+	38,1	9,5	45,8	7,7	2000	z
Slovenië	25-64		13,8		16,5	2001	z
Slowakije	15-64	37,4	15,0	57,8	13,5	2002	z
Spanje	16+		13,6		11,9	2001	z
Tsjechië	16+	47,4	16,3	56,7	13,7	2002	z
VK ^c	16+	59,7	26,0	65,4	22,4	2003-2004	m
Zweden	16-84	37,0	11,0	53,0	12,0	2005	z

^a WHO Nutrition Policy Database. <http://data.euro.who.int/nutrition>, 2006.

^b z: zelfgerapporteerde gegevens; m: gemeten gegevens.

^c VK (Verenigd Koninkrijk); geen nationale gegevens.

Tabel B5.2: Prevalentie van overgewicht in percentages in EU-landen (kinderen) (Bron: WHO Nutrition Policy Database, 2006^a).

	Leeftijd	Overgewicht	Obesitas	Periode	z/m ^b
België	2-9	19,0	7,8	2004	z
Bulgarije	5-9	13,5	4,5	2004	m
Cyprus	2-6	14,1	5,5	2004	m
Duitsland ^c	5-6	12,6		2001-2002	m
Frankrijk	7-9	18,1	3,8	2000	m
Ierland	4-9	25,8	6,6	2001-2002	m
Italië ^c	6-11	27,2	6,5	2000-2002	m
Nederland	2-9	14,5	3,4	2005	z
Polen	1-9	22,0	6,7	2000	m
Portugal	7-9	31,5	11,3	2002-2003	m
Slowakije	7-9	15,2	4,6	2001	m
Spanje	2-9	31,3	10,4	1998-2000	m
VK ^c	5	22,4	5,8	2001-2002	m
Zweden	4 en 8	19,1	3,0	2003	z

^a WHO Nutrition Policy Database. <http://data.euro.who.int/nutrition>, 2006.

^b z: zelfgerapporteerde gegevens; m: gemeten gegevens.

^c Duitsland, Italië en Verenigd Koninkrijk (VK): geen nationale gegevens.

BIJLAGE 6 DEPRESSIE

Aanbevelingen van de WHO en de EU aan Europese lidstaten ten aanzien van preventie van psychische stoornissen en bevordering van psychische gezondheid

Bron: EC, 2004a; EC, 2004b; Jané-Llopis & Anderson, 2005; Jané-Llopis & Anderson, 2006; WHO, 2004.

Beleid

- Integreer preventie van depressie in strategieën ter bevordering van psychische gezondheid, als onderdeel van het algemene publiekegezondheidsbeleid.
- Integreer programma's van de EU en WHO in het beleid.
- Voer integraal beleid voor preventie van depressie en bevordering van psychische gezondheid. Doe dit zowel binnen het publiekegezondheidsbeleid als bij andere publieke beleidsterreinen, zoals bij sociale ongelijkheid, veiligheid, werkgelegenheid en huisvesting.
- Werk met een integrale aanpak en betrek meerdere sectoren bij preventie van depressie en bevorderen van psychische gezondheid.
- Voer beleid op de aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen: bescherm kwetsbare groepen voor discriminatie, stigmatisering en sociale uitsluiting.
- Zet bewustwordingscampagnes in over depressie en het belang van psychische gezondheid, en koppel dit aan voortdurende lokale acties.
- Zet lokale sleutelfiguren ('champions') in om te helpen bij de implementatie van beleid.
- Coördineer strategieën over verschillende sectoren en over levensloop. Zet waar mogelijk een combinatie van interventies in.
- Evalueer het gevoerde beleid.

Infrastructuur van de gezondheidszorg

- Betrek de nulde- en eerstelijns bij preventie: investeer in herkenning van depressie en risicofactoren daarvan door professionals in de nulde- en eerstelijns, zoals werknemers, leerkrachten, maatschappelijk werkers, huisartsen en andere betrokken professionals. Maak interventies ook beschikbaar voor deze professionals.
- Besteed voldoende aandacht aan brede implementatie van een interventie door richtlijnen en toolkits voor implementatie te gebruiken.

Doelgroepen en settings

- Bevorder psychische gezondheid bij kinderen en hun ouders en bij ouderen. Belangrijke settings zijn scholen en de werkplek.
- Depressie, suïcide en schadelijk middelengebruik hebben prioriteit als het gaat om preventie van psychische stoornissen, evenals het identificeren van risicogroepen voor psychische stoornissen.

- Stimuleer vroege interventies voor depressie onder de jeugd (zeker in relatie met gedragsstoornis kan dit sociale en economische kosten besparen); opvoedingscursussen voor ouders en vroegtijdige herkenning van psychische problematiek door hulpverleners binnen schoolsetting.
- Stimuleer interventies voor ouderen. Zorg voor: interventies gericht op risicofactoren, een gemakkelijke toegang tot hulpverlening, bevorderen van psychische gezondheid door het verbeteren van de fysieke gezondheid en ondersteunende programma's voor mensen in crisissituaties (bijvoorbeeld overlijden).
- Ontwikkel zelfhulpinterventies voor individu en gezin, bijvoorbeeld door steun vanuit de familie te faciliteren.

Effectiviteit, monitoring en registratie

- Vergroot de wetenschappelijke onderbouwing voor preventie van psychische stoornissen en bevorderen van psychische gezondheid. Maak deze kennis zoveel mogelijk toegankelijk voor beleidsmakers, hulpverleners en andere professionals, en voor de burger zelf. Voer ook systematische reviews en meta-analyses om de effectiviteit van preventieve interventies te onderbouwen.
- Monitor de psychische gezondheid van de bevolking; implementeer daartoe EU-richtlijnen en EU-instrumenten voor dataverzameling; voer minimaal elke zeven jaar bevolkingsonderzoek uit.
- Investeer in samenwerking en uitwisseling van informatie tussen Europese landen op het gebied van beleid, monitoring en registratie en onderzoek (effectieve acties en 'best practice' interventies).

LITERATUUR

EC, Europese Commissie. Actions against depression. Improving mental and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression. EC, 2004a.

EC, Europese Commissie. The state of mental health in the European Union. EC, 2004b.

Jané-Llopis E, Anderson P. Mental health promotion and mental disorder prevention. A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen, 2005.

Jané-Llopis E, Anderson P (eds.). Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: a collection of country stories. Luxembourg: EC, 2006.

WHO, World Health Organization. Prevention of mental disorders; effective interventions and policy options. Geneva: WHO, 2004.

BIJLAGE 7 SCREENING

Tabel B7.1: Overzicht organisatie borstkankerscreening in verschillende landen.

Land	Organisatie	Leeftijd	Interval	Opkomst	Opmerking	Bron
Australië België	Nationaal programma	50-69 jaar	2 jaar	56,1% (2002/2003)		AHW, 2006
	opportunistische screening & regionaal landelijk- dekkend screeningsprogramma	50-69 jaar	2 jaar	56,0% (2003/2004)		Fabri et al., 2006
Canada	In 12 van de 13 provincies (2000-2001)	50-69 jaar	2 jaar	70,6% (2003)	Survey	Kelley & Hurst, 2006; PHAC, 2005
Tsjechië	Screening is voor deze groep geadviseerd	45-69 jaar	2 jaar			Kelley & Hurst, 2006; Holland et al., 2006
Denemarken	Regionaal programma in 2 van 14 provincies	50-69 jaar				Kelley & Hurst, 2006; Holland et al., 2006
Finland	Nationaal programma	50-69 jaar	2 jaar	87,7% (2003)		Kelley & Hurst, 2006; Lynge et al., 2003
Frankrijk	Nationaal programma	50-69 jaar	2 jaar	38,6% (2002/2003) over 1 jaar, 72,8% over 2 jaar	Survey	Kelley & Hurst, 2006; Puddu & Taiforeau, 2005
Duitsland	Vanaf 2004 wordt screening gefaseerd ingevoerd	50-69 jaar				Kelley & Hurst, 2006
IJsland	Nationaal programma	40-69 jaar	2 jaar	61,0% (2004)		Kelley & Hurst, 2006
Ierland	Regionaal programma, landelijk uitrol wordt ingevoerd	50-64 jaar	2 jaar	79,5% (2003)		Kelley & Hurst, 2006
Italië	Regionaal programma in 3 regio's	55-69 jaar	2 jaar	28,0% (2000)	Survey	Kelley & Hurst, 2006; Lynge et al., 2003
Japan	Nationaal programma	50-69 jaar	2 jaar	2,6% (2003) voor 1 jaar interval		Kelley & Hurst, 2006
Luxemburg	Nationaal programma	50-69 jaar	2 jaar	61,0% (2004)		Lynge et al., 2003
Nederland	Nationaal programma	50-75 jaar	2 jaar	79,0% (2002)		Fracheboud & De Koning, 2005
Nieuw-Zeeland		50-64 jaar	3 jaar	63,0% (2002)		Kelley & Hurst, 2006

vervolg tabel B7.1

Land	Organisatie	Leeftijd	Interval	Opkomst	Opmerking	Bron
Noorwegen Portugal	Regionaal programma	50-69 jaar	2 jaar	98,0% (2003)		Kelley & Hurst, 2006
	Regionaal programma in 1 regio	50-69 jaar	2 jaar	60,1% (2003)	Niet generaliseerbaar voor heel Portugal	Kelley & Hurst, 2006
Slowakije	Heeft geen landelijk programma					Kelley & Hurst, 2006
Zweden	Nationaal programma	50-69 jaar		84,0% (2004)	Geen nationale data beschikbaar	Kelley & Hurst, 2006; Vutuc et al., 2006
Zwitserland Verenigd Koninkrijk	Regionaal programma	50-69 jaar	2 jaar	27,0% (2002)	survey	Kelley & Hurst, 2006
	Nationaal programma	53-64 jaar	3 jaar	74,9% (2003/2004)	Geen nationale data beschikbaar	Kelley & Hurst, 2006; Lynge et al., 2003
Verenigde Staten		>40 jaar	2 jaar	69,5% (2003)	Survey	Kelley & Hurst, 2006

Tabel B7.2: Overzicht organisatie baarmoederhalskanker in verschillende landen (Bron: OECD, 2006).

Land	Organisatie	Leeftijd	Interval	Opkomst	Opmerking
Australië	Nationaal programma	20-69 jaar	2 jaar	60,5% (2003)	
België	Nationaal programma	25-64 jaar	3 jaar	63,1% (2004)	
Canada	Opportunistische screening	18-69 jaar	3 jaar	74,9% (2003)	Survey
Tsjechië	Opportunistische screening	15+ jaar	1 jaar	-	Survey
Denemarken	Nationaal programma	23-59 jaar	3 jaar	45,2% (2004)	
Finland	Nationaal programma	30-60 jaar	5 jaar	71,5% (2003)	
Frankrijk	Opportunistische screening	20-69 jaar	2 jaar	74,9% (2003)	Zelfrapportage, Survey
Duitsland	Opportunistische screening	20-49 jaar	5 jaar	55,9% (2002)	Vanaf 20 jaar wordt jaarlijks uitstrijkje vergoed (GB, 2007)
Hongarije	Nationaal programma vanaf 2003	25-65 jaar	3 jaar	28,1% (2004)	
IJsland	Nationaal programma	20-69 jaar	2 jaar	73,0% (2004)	
Ierland	Nationaal programma	25-60 jaar	5 jaar	70,1% (2003)	
Italië	Opportunistische screening	25-69 jaar	3 jaar	45,1% (2000)	Survey
Japan	Opportunistische screening	20-69 jaar	1 jaar	23,7% (2003)	
Mexico	Nationaal programma	25-64 jaar	3 jaar		Gecombineerd met screening op hoge bloeddruk, diabetes en borstkanker
Nederland	Nationaal programma	30-60 jaar	5 jaar	67,9% (2003)	
Nieuw-Zeeland	Nationaal programma	20-69 jaar	3 jaar	72,0% (2003)	
Noorwegen	Nationaal programma	25-67 jaar	3 jaar	72,5% (2004)	
Zweden	Nationaal programma	23-60 jaar	23-49 jaar: 3 jaar 50-60 jaar: 5 jaar	72,0% (2002)	
Verenigd Koninkrijk	Nationaal programma	25-69 jaar	3 jaar	69,7% (2005)	Survey
Verenigde Staten	Opportunistische screening	18-69 jaar	3 jaar	82,6% (2003)	Survey

Tabel B7.3: Internationale activiteiten gericht op chlamydia screening.

Land	Activiteiten	Type screening	Doelgroep	Bron
Nederland	Pilot	Selectief	Seksueel actieve jongeren 16-29 jaar in enkele grote steden.	Soa Aids Nederland, 2006
Verenigd Koninkrijk	Screening	Opportunistisch	Seksueel actieve mannen en vrouwen onder de 25 jaar.	DH, 2004
België	Aanbeveling	Selectief en opportunistisch	Vrouwen jonger dan 35 met meer dan een partner tijdens het afgelopen jaar of met een nieuwe partner in de laatste zes maanden of vrouwen die een abortus plannen.	Verhoeven et al., 2003, 2004
Denemarken	Ontwikkeling	Systematisch	Alle jongeren tussen 16 en 25 jaar.	Østergaard et al., 2002; Holland et al., 2006
Zweden	Screening	Opportunistisch	Seksueel actieve vrouwen tussen 15 en 29 jaar die zich melden voor anticonceptie of abortus.	Low, 2004
Frankrijk	Pilots	Opportunistisch	Mannen en vrouwen onder de 30 die seksueel actief zijn, in de afgelopen 12 maanden van seksuele partner zijn gewisseld, of wie een partner heeft die een soa zou kunnen hebben.	Holland et al., 2006
Slovenië	Pilot en verdere ontwikkeling	Opportunistisch	Vrouwen tussen 18 en 30 jaar die een gynaecologische kliniek bezoeken.	Freljh, 2005; Holland et al., 2006
Verenigde Staten	Aanbeveling	Opportunistisch	Alle seksueel actieve vrouwen tot en met 25 en andere asymptomatische vrouwen met een verhoogd risico op infectie.	USPSTF, 2001

Tabel B7.4: Overzicht van proefbevolkingsonderzoeken in Nederland in 2006 (Bron: GR, 2006a,b; Schrijvers & Ballegooijen, 2006).

Proefbevolkingsonderzoek	Techniek	Doelgroep	Regio
Academisch Ziekenhuis Maastricht	Colonoscopie, sigmoidoscopie en FOBT	Werknemers 50 jaar en ouder	Vier grote Limburgse instellingen
UMC St Radboud Nijmegen & AMC Amsterdam	Standaard FOBT en variant FOBT/ uitnodiging via huisarts of onderzoeker	Personen 50-75 jaar	Nijmegen en Amsterdam
Erasmus MC Rotterdam	Sigmoidoscopie, standaard FOBT en variant FOBT/ opkomst en uitvoerbaarheid	Personen 50-75 jaar	Groot-Rijnmond
NIPED (National Institute for Prevention and Early Diagnostics) Amsterdam	Selectieve screening op darmkanker via individuele risicoprofilering i.c.m. immunochemische FOBT en colonoscopie	Personen 50-75 jaar	Maastricht, Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam

Tabel B7.5: Overzicht organisatie van screening op dikkedarmkanker in verschillende landen (Holland et al., 2006).

Land	Type activiteit	Invoer	Methode	Leeftijd	Interval	Coördinatie	Uitvoering
Verenigd Koninkrijk	Screenings programma	Nationaal, geleidelijk	FOBT	60-69	2 jaar	Ministerie van Volksgezondheid	Landelijke en lokale screeningscentra
Finland	Screenings programma	Nationaal, geleidelijk	FOBT	60-69 (gerandomiseerd)	2 jaar	Gemeenten	Centrum voor dikke darm kankerscreening
Australië	Screenings programma	Nationaal, geleidelijk	FOBT	55 of 65 (tussen 2006 en 2008)	-	Overheid	National Bowel Cancer Screening Program Register
Duitsland	Aanbeveling t.b.v aanbod	Regionaal	Colonoscopie	55 en 65	10 jaar	German Society of Gastroenterology and Metabolism	Gastro-enterologen
Frankrijk	Screenings programma	Nationaal, geleidelijk	FOBT	50-74	2 jaar	Provincies	Huisartsen
Italië	Pilot	Regionaal/ ad hoc	Sigmoidoscopie	55-64	eenmalig	Lokale centra	Gastro-enterologen

vervolg tabel B7.5

Land	Type activiteit	Invoer	Methode	Leeftijd	Interval	Coördinatie	Uitvoering
Schotland	Screenings programma	Nationaal, geleidelijk	FOBT	50-74	2 jaar	Ministerie van Volksgezondheid	Nationaal screenings-centrum
Verenigde Staten	Richlijnen t.b.v aanbod	Regionaal	- FOBT, - Sigmoidoscopie, - FOBT en sigmoidoscopie, - Colonoscopie, - Dubbel contrast bariumonderzoek	Vanaf 50	- 1 jaar - 5 jaar - 1 en 5 jaar - 10 jaar - 5 jaar	-	U.S Preventive Services Task Force, U.S Cancer Society en Centers for Disease Control and Prevention
Nederland	4 pilots m.b.t. haalbaarheid en effectiviteit in Nederland	Regionaal	Standaard FOBT, immunochemische FOBT, colonoscopie, sigmoidoscopie en individuele risico-profilering	Variërend tussen 50-75	-	Ministerie van VWS, Gezondheidsraad	Lokale onderzoeks-instellingen
België	Geen specifiek beleid						
Denemarken	Trial	Regionaal	Standaard FOBT en colonoscopie	50-74	-	Provincie Copenhagen en Danish Cancer Society	-
Ierland	Geen specifiek beleid, plannen voor introductie screenings-programma zoals in Engeland	-	-	-	-	-	-
Spanje	Pilot	Regionaal	Rectaal onderzoek	50-69	-	-	-
Portugal	Geen specifiek beleid	Oppor-tunistisch	-	-	-	-	-
Tsjechië	Screening	Nationaal	Standaard FOBT	Vanaf 50	2 jaar	Ministerie van Volksgezondheid	Huisarts
Hongarije	Pilot	Regionaal	Standaard FOBT	45-54	-	Overheid	-

Tabel B7.6: Begrippenlijst

Bevolkingsonderzoek	Een geneeskundig onderzoek dat aan personen wordt aangeboden die geen medische klachten hebben (gehele bevolking of doelgroep) om personen op te sporen met een bepaalde ziekte of bepaalde risico's.
Colonoscopie	De hele dikke darm wordt bekeken met een kleine camera bevestigd op een flexibel buisvormig toestel (zogenoemde 'kijkslang') (GR, 2006b; Schrijvers & Ballegooijen, 2006).
Dubbel contrast bariumonderzoek ('colon inloop foto')	Een witte contrastvloeistof (bariumpap) wordt via de endeldarm ingebracht, waarna de contouren van de darm op een röntgenfoto zichtbaar zijn (Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding, 2004).
FOBT (Fecaal Occult Bloed Test)	Met deze test kan bepaald worden of zich bloedspoorjes in de ontlasting bevinden (Schrijvers & Ballegooijen, 2006). Er zijn meerdere soorten FOBT's: • Standaard FOBT Hemoccult II (HCII): test die peroxidase aantoont op een met guajakhars geïmpregneerd kaartje. • Immunochemische FOBT's: varianten op de standaard FOBT, deze tests tonen hemoglobine (zuurstoftransporterende kleurstof in rode bloedcellen) aan.
Opportunistische screening	Aanbieden van screening aan mensen die een gezondheidszorginstelling/ zorgaanbieder bezoeken voor een ongerelateerde klacht en die tot de doelgroep van de screening behoren.
Selectieve screening	Screening van doelgroepen gebaseerd op risicoprofielen.
Sensitiviteit	Het vermogen van de test bij aanwezigheid van een bepaalde ziekte deze ook daadwerkelijk te kunnen aantonen. Dit is het percentage zieke patiënten met een positieve (en dus juiste) testuitslag (Schrijvers & Ballegooijen, 2006).
Sigmoidoscopie	Alleen het laatste deel (laatste 60 cm) van de dikke darm en de endeldarm wordt bekeken op dezelfde manier als colonoscopie (GR, 2006b; Schrijvers & Ballegooijen, 2006).
Systematische screening	Iedereen behorend tot een bepaalde leeftijdsgroep ontvangt een schriftelijke uitnodiging.

LITERATUUR

- AIHW, Australian Institute of Health and Welfare. Breast Screen Australia; monitoring report 2002-2003. Canberra: 2006.
- DH, Department of Health. National Chlamydia Screening Programme (NCSP) in England. Programme Overview Core Requirements Data Collection. London: DH, 2004 (2nd edition).
- Fabri V, Remacle A, Gauquier K de, Mertens R. Programma borstkankerscreening; periodes 2001-2002 en 2003-2004. Rapport nr. 4 van het Intermutualistisch Agentschap. Brussel: Intermutualistisch Agentschap, 2006.
- Fracheboud J, Koning HJ de. Wie doet wat? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Van ziekten en aandoeningen\ Kanker\ Borstkanker, 5 december 2005.
- Frelih T. Chlamydia screening project starts in Nova Gorica, Slovenia. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050609.asp> (laatst bezocht op 12 oktober 2006). Eurosurveillance 2005;10(6).
- GB, Gemeinsamer Bundesausschuss. http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=109&start=3 (laatst bezocht op 17 januari 2007), 2007
- GR, Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: screenen op darmkanker via individuele risicoprofielen. Den Haag: GR, 2006a.
- GR, Gezondheidsraad. Wet bevolkingsonderzoek: screening op darmkanker met sigmoidoscopie of FOBT. Den Haag: GR, 2006b.
- Holland WW, Stewart S, Masseria C. Policy Brief; screening in Europe. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels, 2006.
- Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project; Initial Indicators Report. Paris: OECD, 2006.
- Low N, McCarthy A, Macleod J, Salisbury C, Horner PJ, Roberts TE, et al. and for the Chlamydia Screening Studies Group The chlamydia screening studies: rationale and design. Sex Transm Inf 2004;80:342-348.
- Lynge E, Olsen AH, Fracheboud J, Patnick J. Reporting of performance indicators of mammography screening in Europe. Eur J Cancer Prev 2003;12.
- OECD. Cervical cancer screening. OECD HEALTH DATA 2006. OECD. October 2006.
- Østergaard L, Andersen B, Møller JK, Olesen F. Screening for klamydia med hjemmetest - en medicinsk teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2002;2(4).
- PHAC, Public Health Agency of Canada. Organized Breast Cancer Screening Programs in Canada; Report on Program Performance in 2001 and 2002. Ottawa: PHAC, 2005.
- Puddu M, Tafforeau J. Opportuniteit van borstkankerscreening bij vrouwen tussen 40-49 jaar; stand van zaken in België. Elementen voor een gezondheidsbeleid. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2005.
- Schrijvers CTM, Ballegooien M van. Dikkedarmkanker samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Van ziekten en aandoeningen\ Kanker\ Dikkedarmkanker, 7 september 2006.
- Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Vroege opsporing van dikkedarmkanker; Minder sterfte door bevolkingsonderzoek. KWF Kankerbestrijding, 2004.
- Soa Aids Nederland. Programmavoorstel Proefimplementatie Chlamydia Screening. www.soaids.nl (laatst bezocht op 12 oktober 2006), 2006.
- Verhoeven V, Avonts D, Meheus A, Goossens H, Ieven M, Chapelle S, et al. Chlamydial infection: an accurate model for opportunistic screening in general practice. Sex Transm Inf 2003;79:313-317.
- Verhoeven V, Avonts D, Royen P van, Denekens J. Implementation of a pilot programme for screening for chlamydial infection in general practice. Eur J Gen Pract 2004 Dec;10(4):157-161.
- Vutuc C, Waldhoer T, Haidinger G. Breast cancer trends; opportunistic screening in Austria versus controlled screening in Finland and Sweden. Eur J Cancer Prev 2006;15:343-346.