

Brancherapport Preventie

'98-'01

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

S.I. Rutz
R.I. Overberg
K.E. Witte
J. Jansen
J.A.M. van Oers

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Voorwoord

Een goede informatievoorziening in de gezondheidszorg is essentieel. Gegevens over aanbod, vraag en kwaliteit van zorg maken duidelijk welke ontwikkelingen gaande zijn, hoe beleid uitwerkt en waar zich knelpunten voordoen. Gestructureerde informatie geeft bovendien inzicht in het functioneren van de diverse partijen en hun prestaties in het zorgveld.

Dit brancherapport biedt feiten en cijfers over het terrein van Preventie. Het geeft, uitgebreid en objectief, informatie over de preventieve gezondheidszorg. Het rapport presenteert de gegevens volgens een vast stramien. Hierdoor worden trends zichtbaar over de jaren 1998 tot en met 2001. Ook is zo een vergelijking mogelijk met ontwikkelingen in andere sectoren. Deze VWS-terreinen komen aan bod in een viertal andere brancherapporten, die tegelijk met het voorliggende verschijnen. Dit zijn het brancherapport Cure, het brancherapport Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg, het brancherapport Care en het brancherapport Welzijn en Sport.

Waar Zorgnota en Begroting op de toekomst gericht zijn, vindt u in dit rapport achtergrondinformatie over de afgelopen vier jaar. In combinatie bieden ze meer inzicht in het functioneren van het stelsel van zorg en welzijn.

Hoofdstuk 1 van het brancherapport bevat een terreinbeschrijving, afbakening en verantwoording. Hoofdstuk 2 beschrijft de organisatorische context van de preventieve gezondheidszorg, en gaat onder meer in op de rol en positie van de diverse belanghebbenden: patiënten/consumenten, verzekeraars, beroepsbeoefenaren en aanbieders van preventieve activiteiten. In hoofdstuk 3, de kern van het rapport, vindt u feiten en cijfers over ontwikkelingen in de sector. Deze data worden gepresenteerd volgens een vaste structuur: zorgvraag, zorgaanbod en -capaciteit, zorggebruik en -productie, financiering en kwaliteit. Iedere categorie heeft een eigen kleur. In de toekomst worden de gegevens in hoofdstuk 3 verder gestroomlijnd. Bijlage 1 behandelt de informatievoorziening en beschrijft een aantal knelpunten zoals die zijn geconstateerd tijdens het verzamelen van de informatie voor het brancherapport.

Dit brancherapport is op verzoek van het ministerie van VWS opgesteld door het RIVM. De totstandkoming van dit rapport is ondersteund door een begeleidingscommissie samengesteld uit sectorpartijen. Daarnaast heeft een adviescommissie van datadeskundigen naar de kwaliteit van de gebruikte bronnen gekeken.

de Directeur-Generaal Volksgezondheid,



ir. J.I.M. de Goeij

Dit rapport is opgesteld onder begeleiding van een begeleidingscommissie en een technische commissie.

Begeleidingscommissie:

Dhr. J.J.M. van Dijk (VWS; voorzitter)
Dhr. H.J.C. Baaijens (VNG)
Mw. J.H. Blekman (Landelijk Steunpunt Preventie)
Mw. H.M. Emanuel-Vink (IGZ)
Dhr. E. Faber (GGZ Nederland)
Dhr. J.A.J. Krosse (NIGZ)
Dhr. R. Meerhof (NPCF)
Dhr. D.H. Meijer (KvW)
Mw. J. Nooren (ZN)
Dhr. G.A. de Valk (CVZ)
Mw. H. van Veldhuizen (GGD Nederland)
Mw. E.H.B.M. Dekkers (VWS)
Mw. A. Durrani (VWS)
Dhr. P.H. van Laarhoven (VWS)
Mw. M. Laqueur (VWS)

Technische commissie:

Mw. S.E. Buitendijk (TNO-PG)
Mw. M.A.E. Conyn-van Spaendonck (RIVM)
Hr. F.W.J. Otten (CBS)
Hr. D. de Bakker (Nivel)
Mw. N. Blok (KvW)
Hr. D.H. Meijer (KvW)
Mw. W.M.M. Verschuren (RIVM)
Hr. G. van der Zanden (NIGZ)

De auteurs bedanken de volgende mensen voor hun bijdrage:

Mw. H.M.J.A. van Leent (RIVM)
Hr. F. van der Lucht (RIVM)
Hr. A.H.P. Luijben (RIVM)
Hr. M.J.J.C. Poos (RIVM)
Hr. H. Verkleij (RIVM)

Leeswijzer

Dit brancherapport heeft het doel u aan de hand van feiten en cijfers een beeld te geven over de ontwikkelingen in de preventiesector in het afgelopen jaar en de drie jaren ervoor (1998–2001). In de eerste twee hoofdstukken vindt u algemene informatie over het preventieveld. Hoofdstuk 1 gaat in op wat we onder preventie verstaan en schetst de reikwijdte van het preventieveld. Hoofdstuk 2 biedt informatie over de organisatorische context. In hoofdstuk 3 wordt aan de hand van thema's een indruk gegeven van de stand van zaken in de preventiesector. Niet alle preventieonderwerpen zijn uitgewerkt in een thema. Als het onderwerp van uw interesse niet als thema is uitgewerkt, kunt u in het navolgende schema zien of informatie erover is opgenomen in het rapport en bij welke thema's u die kunt vinden.

Het ministerie van VWS heeft vastgesteld dat gegevens moeten worden gepresenteerd over vraag, aanbod, gebruik, financiering en kwaliteit en effectiviteit van preventie. Per thema vindt u informatie over deze categorieën:

- 'vraag': hier vindt u informatie over de grootte van de doelgroep, de omvang van de achterliggende gezondheidsproblemen en de te behalen gezondheidswinst;
- 'aanbod en capaciteit' biedt informatie over de preventieactiviteiten die plaatsvinden en de organisaties die daarbij een rol spelen;
- 'gebruik en productie': een presentatie over in welke mate de preventieactiviteiten de doelgroep bereiken;
- 'financiering' biedt informatie over het budget voor de preventie;
- de categorie 'kwaliteit en effectiviteit' geeft inzicht in de maatregelen die worden genomen om de kwaliteit te waarborgen en inzicht in de effectiviteit van de preventieactiviteit.

Over elk thema zijn de belangrijkste zaken eerst uitgewerkt in een tekst. Daarna wordt informatie over de categorieën gepresenteerd in tabellen. Wanneer over een informatiecategorie geen gegevens beschikbaar zijn, wordt dit aan het einde van de tekst vermeld. Tot slot vindt u een samenvatting van de belangrijkste resultaten aan het eind van hoofdstuk 1.

Aan het eind van het rapport is een lijst met afkortingen opgenomen en een verklarende woordenlijst.

De thema's die worden besproken in het rapport en de raakvlakken met andere onderwerpen:

	ziektepreventie						gezonde leefstijl				fysieke omgeving			doelgroepen		setting												
u wilt meer weten over:	RVP	TBC	antibioticaresistentie	HVZ - bloeddruk	HVZ - cholesterol	borstkanker	aangeboren aandoeningen	depressie	tabak	bewegen	alcohol	voeding	borstvoeding	condoomgebruik	privé-ongevallen	uitgaansdrugs	geluid	binnenhuismilieu	mycotoxinen	micro-organismen	brandveiligheid	kinderveilige verpakkingen	JGZ	JGZ - psychosociaal	JGZ - hielprik	kraamzorg	werkplek	wijk
een ziekte of aandoening																												
- infectieziekten	X	X	X										X						X									
- hart- en vaatziekten				X	X			X	X	X							X											
- nieuwvormingen						X		X	X	X	X							X										
- psychische aandoeningen							X																X					
- ziekten van de ademhalingswegen									X									X										
een risicofactor uit de omgeving																												
- milieu								X									X	X										X
- voedselveiligheid																			X	X								
- productveiligheid																		X			X	X						
een doelgroep																												
- werknemers			X	X				X	X	X	X																	X
- pasgeborenen/zwangeren	X					X		X				X						X			X		X	X				
- kinderen	X	X								X	X		X				X				X		X	X				
- jongeren							X	X	X	X	X		X	X									X	X				
- senioren			X	X	X	X	X		X	X			X															
- allochtonen																												X
- asielzoekers		X																										
- lage SES-groepen											X							X										X
- patiënten	X	X	X	X				X	X										X									
- reizigers	X																		X									
een setting																												
- school							X	X	X	X	X		X										X					
- consultatiebureau	X							X				X	X										X	X				
- ziekenhuis		X	X					X				X																
- huisartspraktijk			X	X		X	X	X	X															X			X	X
een organisatie																												
- GGD	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X				X
- thuiszorg	X							X	X	X	X												X	X	X			
- GGZ-instelling							X	X	X					X														
- toezichthoudende inspecties								X	X				X				X	X	X	X	X	X						

Inhoudsopgave

1	VERANTWOORDING	8			
1.1	<i>Wat is preventie?</i>	8			
1.2	<i>Plaatsbepaling preventie</i>	9			
1.3	<i>Afbakening</i>	9			
1.4	<i>Resultaten in het kort</i>	10			
2	ORGANISATORISCHE CONTEXT	12			
2.1	<i>Beleid rondom preventie</i>	12			
2.1.1	<i>Beleidsactoren</i>	12			
2.1.2	<i>Relevante beleidsnota's</i>	12			
2.1.3	<i>Wettelijk kader</i>	12			
2.2	<i>Uitvoering van preventie</i>	13			
2.3	<i>Financiering</i>	14			
2.4	<i>Bewaking van de kwaliteit</i>	15			
2.5	<i>Ontwikkelingen</i>	16			
3	FEITEN EN CIJFERS	17			
3.1	<i>Werkwijze</i>	17			
3.2	<i>Preventie van ziekten</i>	18			
3.2.1	<i>Infectieziekten</i>	19			
3.2.1.1	<i>Rijksvaccinatieprogramma</i>	19			
3.2.1.2	<i>Tuberculose</i>	24			
3.2.1.3	<i>Antibioticumresistentie bij ziekenhuisinfecties</i>	28			
3.2.2	<i>Hart- en vaatziekten</i>	34			
3.2.2.1	<i>Screening op verhoogde bloeddruk</i>	34			
3.2.2.2	<i>Cholesterolverlagende medicijnen</i>	39			
3.2.3	<i>Nieuwvormingen</i>	42			
3.2.3.1	<i>Bevolkingsonderzoek borstkanker</i>	42			
3.2.4	<i>Erfelijke en aangeboren aandoeningen</i>	47			
3.3	<i>Bevorderen van een gezonde leefstijl</i>	50			
3.3.1	<i>Roken</i>	52			
3.3.2	<i>Bewegen</i>	57			
3.3.3	<i>Gezonde voeding</i>	64			
3.3.3.1	<i>Richtlijnen Goede Voeding</i>	64			
3.3.3.2	<i>Borstvoeding</i>	69			
3.3.4	<i>Alcohol</i>	74			
3.3.5	<i>Condoomgebruik</i>	80			
3.3.6	<i>Ongevallen</i>	86			
3.3.6.1	<i>Preventie van ongevallen in de woonomgeving</i>	86			
3.3.7	<i>Drugs</i>	94			
3.3.7.1	<i>Uitgaansdrugs</i>	95			
3.4	<i>Preventie gericht op de fysieke omgeving</i>	99			
3.4.1	<i>Milieugerelateerde gezondheidsrisico's</i>	99			
3.4.1.1	<i>Geluid</i>	100			
3.4.1.2	<i>Binnenhuismilieu</i>	104			
3.4.2	<i>Voedselveiligheid</i>	108			
3.4.2.1	<i>Mycotoxinen: aflatoxinen</i>	109			
3.4.2.2	<i>Micro-organismen in vlees</i>	112			
3.4.3	<i>Productveiligheid</i>	117			
3.4.3.1	<i>Brandveiligheid (kleding)</i>	117			
3.4.3.2	<i>Kinderveilige verpakkingen</i>	121			
3.5	<i>Doelgroepgerichte benadering</i>	123			
3.5.1	<i>Jeugd</i>	123			
3.5.1.1	<i>Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar</i>	125			
3.5.1.2	<i>Jeugdgezondheidszorg: hiepprik</i>	128			
3.5.1.3	<i>Jeugdgezondheidszorg: preventie van psychosociale problemen</i>	130			
3.5.2	<i>Kraamzorg</i>	134			
3.6	<i>settinggerichte benadering</i>	137			
3.6.1	<i>Werkplek</i>	137			
3.6.2	<i>Wijk</i>	142			
3.6.2.1	<i>Integrale aanpak van (gezondheids) problemen in de wijk</i>	142			
	BIJLAGEN				
1	<i>Knelpunten en ontwikkelingen in de informatievoorziening</i>	150			
2	<i>Werkwijze</i>	154			
3	<i>Lijst met gebruikte afkortingen</i>	156			
4	<i>Verklarende woordenlijst</i>	158			

Kleurlegenda onderwerpen

Vraag
Aanbod en capaciteit
Gebruik en productie
Financiering
Kwaliteit
Overzicht

1 Verantwoording

1.1 WAT IS PREVENTIE?

Voorkomen is beter dan genezen. Veel mensen zullen dit gezegde onderschrijven. Bij preventie gaat het er om ziekten te voorkómen. Maar het is meer dan dat. Preventie richt zich op het handhaven en verbeteren van de gezondheid van de hele bevolking. Daarbij gaat het er niet alleen om te voorkómen dat mensen ziek worden, maar ook om te bevorderen dat mensen optimaal functioneren, zowel lichamelijk, geestelijk als sociaal. Aan de hand van vragen beschrijven we hieronder een aantal aspecten van preventie:

- de aangrijpingspunten: op welke aspecten van gezondheid is preventie gericht?
- doelgroepen: voor wie is preventie bedoeld?
- de plaats van uitvoering: waar wordt preventie aangeboden?

Op welke aspecten van gezondheid is preventie gericht?

Preventieactiviteiten hebben betrekking op vele aspecten van gezondheid. Preventie is erop gericht deze aspecten van gezondheid te beïnvloeden. Een deel van de preventieactiviteiten richt zich direct op ziekten en aandoeningen, bijvoorbeeld door vaccinatie of vroege opsporing van een ziekte. Een ander deel van de preventieactiviteiten heeft betrekking op factoren die de gezondheid bevorderen of juist belemmeren. Deze factoren worden determinanten genoemd en zijn in vier groepen in te delen: lichamelijke eigenschappen, leefstijl/gedrag, sociale omgeving en fysieke omgeving. Voorbeelden van lichamelijke eigenschappen zijn genetische factoren, lichaamsgewicht en bloeddruk. Bij leefstijl/gedrag kan worden gedacht aan voedselkeuze, gebruik van genotmiddelen en lichaamsbeweging. De sociale omgeving omvat het patroon van sociale netwerken en de (sociale aspecten van) werk- en woonomgeving. Onder de fysieke omgeving vallen factoren als straling, geluid, schadelijke voedingsstoffen, milieuverontreiniging, en bacteriën en virussen. Veel van de determinanten van gezondheid hebben een onderlinge relatie. Zo bepalen onder meer erfelijke factoren of iemand overgewicht krijgt, maar ook de balans die bestaat tussen de energie-inname via de voeding en het energieverbruik door lichamelijke activiteit. Of iemand voldoende beweegt is – behalve van de persoonlijke kennis, attitude en vaardigheden – ook afhankelijk van allerlei gedragsbeïnvloedende omgevingsfactoren. Voorbeelden van dergelijke omgevingsfactoren zijn het wel of niet zittend werk doen, de steun uit de sociale omgeving en de financiële armslag die binnen het huishouden bestaat om deel te kunnen nemen aan bijvoorbeeld sportactiviteiten.

Genoemd voorbeeld maakt duidelijk dat de beïnvloeding van determinanten, met name van leefstijl en/of gedrag, vaak meerdere stappen vergt. Verandering van gedrag is daarmee een relatief langdurig proces (Jansen et al., 2002). Zowel bij het individu als in de omgeving zijn veranderingen noodzakelijk om gezond gedrag te bevorderen. Daarom richten activiteiten ter bevordering van gezond gedrag zich niet alleen op de gedragsdeterminanten kennis, attitude en vaardigheden (zoals het kunnen omgaan met groepsdruk), maar ook op gedragsbeïnvloedende omgevingsfactoren, zoals de beschikbaarheid van vetarme vleeswaren in winkels.

Om de determinanten en ziekten en aandoeningen te beïnvloeden, zijn er tal van preventieactiviteiten waarbij verschillende methoden worden ingezet (tabel 1). De keuze voor een methode is onder meer afhankelijk van het beoogde doel, de doelgroep, de effectiviteit van de methode en de randvoorwaarden zoals budget, beschikbare tijd en menskracht. De activiteiten kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld. In tabel 1 is gekozen voor een indeling naar preventie-instrument. Andere indelingen zijn groepering naar fase in het ziekteproces, ziektecategorie of doelgroep (Gunning-Schepers & Jansen, 1997). Binnen de GGZ-preventie wordt onderscheid gemaakt naar universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie (Bohlmeijer & Cuijpers, 2001).

Voor wie is preventie bedoeld?

Preventie is over het algemeen gericht op de totale bevolking, maar de afzonderlijke preventieactiviteiten richten zich meestal op een meer afgebakende groep. In hoeverre de doelgroep wordt afgebakend hangt af van het doel van de preventie en van de gekozen preventiemethode(n). Jongeren zijn een belangrijke doelgroep onder het motto 'jong geleerd is oud gedaan'. Ook richt preventie zich op groepen mensen die extra bescherming nodig hebben (zoals pasgeborenen of zwangeren) of op groepen mensen die bijvoorbeeld door hun leefstijl meer risico lopen ziek te worden (zoals rokers).

Waar wordt preventie aangeboden?

Op verschillende plaatsen worden preventieactiviteiten aangeboden of uitgevoerd; een dergelijke plaats wordt ook wel de 'setting' genoemd. Sommige preventieactiviteiten worden aangeboden op plaatsen waar de doelgroep om andere redenen al regelmatig aanwezig is. Het gaat bijvoorbeeld om gezondheidsbevorderende activiteiten met het doel gezond gedrag op die plaats zo gemakkelijk mogelijk te maken. Scholen en wijken zijn voorbeelden van 'settings'. De werkplek is eveneens een belangrijke plaats voor gezondheidsbevordering omdat de werkende populatie meer dan de helft van hun werktijd op de werkplek doorbrengt en relatief stabiel en eenvoudig te bereiken is. Op de werkplek kunnen

interventies min of meer gelijktijdig worden aangeboden op het niveau van het individu, de omgeving en de organisatie. Voor andere activiteiten – vaak gaat het dan om ziektepreventie – moet de doelgroep bewust kiezen en zelf een speciale locatie bezoeken. Het consultatiebureau, dat door ouders met hun jonge kinderen wordt bezocht in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma, is hier een voorbeeld van.

1.2 PLAATSBEPALING PREVENTIE

Preventie valt deels onder de volksgezondheidssector, deels onder andere sectoren. Dit geldt vooral bij preventie die gericht is op determinanten. Voor een groot deel van deze factoren die de gezondheid bepalen, geldt dat de gezondheidssector geen zeggenschap heeft over het beleid dat zich op deze factoren richt. De gezondheidssector kan deze factoren dan ook niet zelf beïnvloeden, maar andere sectoren kunnen dit juist wel. De gezondheidswinst die door verandering van deze factoren kan worden gerealiseerd, is sterk afhankelijk van de medewerking van andere sectoren. Een voorbeeld hiervan is het beleid rond verkeersveiligheid. Dit beleid is van groot belang bij de preventie van verkeersongevallen, maar valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Verkeer en Waterstaat.

Als beleidssectoren, die primair een andere verantwoordelijkheid hebben dan gezondheid(sbeleid), vanuit het gezondheidsaspect (het facet gezondheid) naar hun eigen beleid kijken, dan noemen we dit 'gezondheidsfacetbeleid'. Om te benadrukken dat het gaat om al het beleid, vanuit andere sectoren dan volksgezondheid, waar gezondheid een integraal

onderdeel van uitmaakt wordt in plaats van facetbeleid steeds vaker de term integraal gezondheidsbeleid gehanteerd (zie ook paragraaf 2.1.1).

1.3 AFBAKENING

Uit de voorgaande beschrijving komt naar voren dat het preventieveld een breed terrein is dat zich uitstrekt over verschillende sectoren. Een beschrijving van het totale preventieveld zou een te omvangrijk, en daardoor onoverzichtelijk rapport opleveren. Daarom is gekozen voor een thematische aanpak en schetsen we geen compleet beeld van de preventiesector. Door uit vrijwel alle terreinen van het preventieveld een thema te kiezen, geeft het rapport wel een indruk van een groot deel van het preventieveld. Bij de selectie van thema's hebben ook andere criteria meegewogen (voor een uitgebreide beschrijving van de werkwijze: zie bijlage 2). De thema's zijn onder meer geselecteerd op grond van:

- een grote gezondheidswinst die nog te behalen is of wordt behaald;
- een grote, weinig specifieke doelgroep;
- een duidelijk aan te wijzen preventieactiviteit.

De thema's liggen vooral op het terrein van de volksgezondheid. Ook zijn enkele thema's opgenomen uit de terreinen arbeid en milieu (gezondheidsfacetbeleid), omdat deze voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een hoge prioriteit hebben. In samenwerking met een groot aantal experts zijn alle oorspronkelijk geselecteerde thema's uitgewerkt, behalve de preventie van psychische aandoeningen. Uitwerking van dat thema bleek niet mogelijk.

TABEL 1

Preventiemethoden en -strategieën

<i>instrument</i>	<i>preventiemethode of -strategie</i>
ziektepreventie	<ul style="list-style-type: none"> - vaccinatie - screening (vroeg opsporing van ziekten) - gerichte medicatie of suppletie (ziekten voorkomen door wegnemen van de oorzaken met medicamenten of supplementen)
gezondheidsbevordering	<ul style="list-style-type: none"> - massamediale voorlichting (focus op onder de aandacht brengen van het onderwerp bij een breed publiek en kennisoverdracht) - persoonsgerichte voorlichting (counseling, focus op aanleren van vaardigheden en gedragsverandering) - participatie (van de doelgroep in de preventieactiviteit) - doelgroepgerichte benadering - settinggerichte benadering - samenwerking (met organisaties uit andere sectoren, bijvoorbeeld ook met private organisaties) - facetbeleid, integraal gezondheidsbeleid
gezondheidsbescherming	<ul style="list-style-type: none"> - wet- en regelgeving - convenants (afspraken met organisaties, onder andere de industrie, om de gezondheid te bevorderen of te beschermen)

Voor een bredere beschrijving van het preventieveld verwijzen we naar het Nationaal Kompas Volksgezondheid (zie internet: www.rivm.nl/nationaalkompas). Hierin wordt via een vergelijkbaar stramen informatie over preventie gepresenteerd en steeds nader gedetailleerd. Het Nationaal Kompas Volksgezondheid wordt voortdurend uitgebreid met nieuwe preventieonderwerpen.

Het brancherapport Preventie maakt deel uit van een serie brancherapporten. De andere brancherapporten beschrijven de stand van zaken in de sectoren geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke zorg (GGZ-MZ), cure, care en welzijn en sport. De brancherapporten dienen feiten en cijfers te geven over de afgelopen vier jaar (1998–2001).

Behalve in de sector preventie vinden ook in de vier genoemde andere sectoren preventieactiviteiten plaats (figuur 1). Een deel van de preventieactiviteiten die worden uitgevoerd in de vier andere sectoren wordt in dit rapport besproken. Een ander deel wordt in brancherapporten van de andere sectoren beschreven. Waar mogelijk en relevant verwijzen we naar aanvullende informatie in het betreffende brancherapport.

1.4 RESULTATEN IN HET KORT

Dit rapport heeft het doel feiten en cijfers weer te geven over de stand van zaken in de preventiesector. Het gaat daarbij om 'neutrale' basisinformatie, de zogenaamde basisset van gegevens, met daarin de belangrijkste informatie over de sector uit de jaren 1998–2001.

Het preventieveld is zeer divers en omvat een veelheid aan activiteiten. Deze activiteiten worden

uitgevoerd door een scala van organisaties op verschillende schaal. De breedte en diversiteit van het veld maakt het moeilijk een totaalbeeld te schetsen van de sector. In dit rapport is uit vrijwel alle terreinen van preventie een thema uitgewerkt (zie hoofdstuk 3). Bij elk thema worden gegevens gepresenteerd over de vijf informatiecategorieën: vraag, aanbod en capaciteit, gebruik en productie, financiering, en kwaliteit en effectiviteit. Per thema is gezocht naar indicatoren die weergeven wat de stand van zaken is op het gebied van de informatiecategorieën. Hieronder worden kort de resultaten per informatiecategorie besproken.

Vraag

De vraag blijft voor preventie een moeilijk te operationaliseren begrip; één van de kenmerken van preventie is immers vaak dat een concrete hulpvraag ontbreekt. Voor de hier besproken thema's geldt dat de gezondheidsproblemen waar preventie zich op richt, problemen zijn waarop grote gezondheidswinst te behalen valt of wordt behaald. Weliswaar is het aspect van de te behalen gezondheidswinst één van de criteria geweest voor de selectie van thema's, maar uit de gegevens blijkt eens te meer hoe belangrijk de bijdrage van met name leefstijlfactoren is aan ziekte en sterfte. Zo was in 2000 bijna 15% van de sterfte toe te schrijven aan roken, en zou ook het bevorderen van lichamelijke activiteit, gezonde voeding en matig alcoholgebruik nog veel gezondheidsproblemen kunnen voorkomen.

Aanbod en capaciteit

De aanzienlijke hoeveelheid informatie over het aanbod van preventieactiviteiten voor de verschillende thema's maakt duidelijk dat in Nederland veel

FIGUUR 1

De rol van preventie in de sectoren waarover de andere brancherapporten een beeld geven

Preventie			
preventie in de GGZ <ul style="list-style-type: none"> - preventie van verslaving en gebruik van genotmiddelen - preventie van psychische aandoeningen en bevorderen van geestelijke gezondheid - voorbeelden: vroege onderkenning van depressie, opzetten van een genotmiddelenbeleid op scholen 	preventie in welzijn en sport <ul style="list-style-type: none"> - bevorderen van lichamelijke activiteit, stimuleren van breedtesport - bevorderen van welzijn - voorbeelden: preventie van kindermishandeling, bieden van opvoedingsondersteuning, preventie van eenzaamheid 	preventie in de cure <ul style="list-style-type: none"> - preventie maakt deel uit van het takenpakket van de huisarts - ook andere artsen, zoals specialisten, voeren preventie uit - voorbeelden: screening, advisering over gezonde leefstijl aan hoog-risicogroepen 	preventie in de care <ul style="list-style-type: none"> - gezondheidsbevordering en ziektepreventie bij mensen in intramurale instellingen - voorbeelden: bevorderen van zelfredzaamheid, valpreventie, preventie van decubitus

preventie wordt uitgevoerd. Vaak zijn binnen een thema meerdere organisaties en beroepsgroepen betrokken bij de uitvoering van preventietaken. Dit kan zowel als een positief (grote reikwijdte van activiteiten) als een negatief aspect (versnippering) worden geïnterpreteerd.

De zogenaamde programmatische preventieprogramma's – zoals het bevolkingsonderzoek borstkanker en het Rijksvaccinatieprogramma – zijn goed omschreven activiteiten die landelijk worden uitgevoerd. Bij deze programma's is een organisatie aangewezen die de coördinatie in handen heeft en zijn de taken van de uitvoerende organisaties en beroepsgroepen goed vastgelegd. Bij andere activiteiten is er echter lang niet altijd een coördinerende organisatie aangewezen, is de taakverdeling minder duidelijk, is er minder overzicht over afzonderlijke activiteiten en zijn activiteiten minder goed omschreven.

In toenemende mate worden voor het bereiken van doelen binnen de preventie verschillende methoden gecombineerd. Zo wordt wet- en regelgeving in het kader van voedsel- en productveiligheid ondersteund door publieksvoorlichting. En ook worden gezondheidsbevorderende activiteiten op het gebied van overmatig alcoholgebruik bij jongeren ondersteund door wet- en regelgeving die de beschikbaarheid van alcohol voor de doelgroep moet verminderen.

Gebruik en productie

Van een aantal preventieactiviteiten is bekend dat ze een groot bereik hebben. Voorbeelden hiervan zijn de activiteiten van de jeugdgezondheidszorg, leefstijl-campagnes, het bevolkingsonderzoek borstkanker en wet- en regelgeving op het gebied van kinderveilige verpakkingen. Van andere activiteiten is het bereik onbekend of moeilijk te interpreteren omdat het aantal bereikte personen niet kan worden vergeleken met de grootte van de totale doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn de activiteiten die plaatsvinden in wijken, activiteiten gericht op milieugerelateerde gezondheidsfactoren, en de individuele, ziektespecifieke preventie die deel uitmaakt van een behandeling in een klinische setting, zoals voorlichting over voeding als onderdeel van cholesterolverlagende therapie.

Financiering

Er is weinig themaspecifieke informatie in dit rapport opgenomen. In veel gevallen is het niet mogelijk of zeer arbeidsintensief om financiële gegevens op te splitsen naar concrete preventieactiviteiten. Enerzijds zijn budgetten voor preventieactiviteiten vaak samengesteld uit verschillende kleinere budgetten die van verschillende financiers afkomstig kunnen zijn, zoals in het geval van preventie van geluid in de woonomgeving. Anderzijds is een budget van een financier vaak bedoeld voor verschillende activiteiten. Een voorbeeld is het budget van de Keuringsdienst

van Waren waarmee wordt gecontroleerd op tal van aspecten van voedselveiligheid en productveiligheid. Het is wel mogelijk om op hoofd niveau een beeld te geven van de financiering van gezondheidsbeschermende en -bevorderende activiteiten door het ministerie van VWS. De financiering van preventie in andere sectoren is moeilijk te achterhalen omdat de activiteiten vaak een integraal onderdeel vormen van andere activiteiten.

Kwaliteit en effectiviteit

De kwaliteit van preventieactiviteiten wordt in toenemende mate ondersteund door het opstellen van protocollen, richtlijnen of planningsmodellen. Voor de preventieactiviteiten binnen de zorg bestaan deze richtlijnen al langere tijd (zoals de CBO Consensus Cholesterol), evenals voor verschillende onderwerpen binnen gezondheidsbescherming (zoals de HACCP in het kader van voedselveiligheid). Binnen de gezondheidsbevordering is met de komst van het Preffi een belangrijke stap gezet in de richting van een meer gestructureerde opzet van preventieprogramma's. Een duidelijk beeld over hoe vaak in de praktijk wordt gewerkt volgens dergelijke kwaliteitsrichtlijnen ontbreekt.

Voor de hier besproken onderwerpen is een indicatie te geven van een positief effect van de preventie, maar 'harde' gegevens over de effecten op gezondheid ontbreken vaak. Het naar behoren evalueren van activiteiten is een moeilijke en kostbare aangelegenheid die de personele en financiële capaciteit van organisaties vaak te boven gaat. Op basis van de geëvalueerde projecten en (internationale) literatuur zijn wel succesfactoren aan te geven, die de doeltreffendheid van preventieactiviteiten gunstig beïnvloeden. Nadere informatie over deze succesfactoren vindt u onder meer op de website van het Nationaal Kompas Volksgezondheid (zie internet: www.rivm.nl/nationaalkompas).

Literatuur

Bohlmeijer E, Cuijpers P. *Tweede gids preventie psychische stoornissen en verslavingen*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Gunning-Schepers LJ, Jansen J (red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. IV Effecten van preventie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Themaport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002*. RIVM-rapport nr. 270555004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

2 Organisatorische context

2.1 BELEID RONDOM PREVENTIE

Het preventieveld bestrijkt een breed terrein waarin diverse organisaties actief zijn. Activiteiten zijn gericht op een groot aantal aspecten van gezondheid en op diverse doelgroepen. Het beleid rondom preventie is eveneens divers. Hieronder wordt het beleid in grote lijnen beschreven aan de hand van belangrijke beleidsactoren, nota's, wetten en regels.

2.1.1 BELEIDSACTOREN

Verschillende organisaties voeren beleid over preventie. De landelijke overheid en lokale overheden spelen een belangrijke rol bij de beleidsvorming. Daarnaast formuleren organisaties die preventieprojecten uitvoeren en beroepsorganisaties beleid dat betrekking heeft op preventie.

De landelijke overheid heeft de taak inhoudelijke voorwaarden en wettelijke kaders te stellen, te zorgen voor voldoende middelen, innovaties te stimuleren en samenwerking tussen organisaties te bevorderen. De rol van het ministerie van VWS is richtinggevend, stimulerend en voorwaardescheppend. Als financier is het departement bijvoorbeeld verantwoordelijk voor het faciliteren en optimaliseren van de ontwikkeling en het aanbod van activiteiten die gezond gedrag stimuleren en die ervoor zorgen dat de gezonde keuze een makkelijke keuze is. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de leefstijl ligt vanzelfsprekend bij de mensen zelf.

Het ministerie van VWS laat zich bij de beleidsvorming adviseren door de Gezondheidsraad, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Deze instellingen geven adviezen op het terrein van preventie en zorg en signaleren ontwikkelingen die voor het overheidsbeleid van belang zijn. Ook andere

departementen kunnen een rol spelen bij preventie, met name bij de preventie van gezondheidsschade. Een voorbeeld van dergelijk gezondheidsfacetbeleid is het streefcijfer van de ministeries van Justitie en van Verkeer en Waterstaat dat in 2003 in de weekendnachten niet meer dan 4% van de automobilisten de wettelijke alcohollimiet overschrijdt (Tweede Kamer, 2002).

Lokale overheden spelen met name een belangrijke rol in de openbare gezondheidszorg (OGZ). Gemeenten dragen zorg voor de totstandkoming, de continuïteit en de samenhang van collectieve preventie en voor de afstemming hiervan op de curatieve zorg (Vreugdenhill, 1991). In de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) is geregeld welke taken en bevoegdheden de gemeenten (en ook de rijksoverheid) hebben bij de ontwikkeling en uitvoering van het collectieve preventiebeleid. Zo hebben gemeenten de taak eens in de vier jaar een 'Nota Gezondheidsbeleid' op te stellen. De GGD voert de preventietaken uit voor gemeenten.

2.1.2 RELEVANTE BELEIDSNOTA'S

Uitwerking van het landelijke gezondheidsbeleid gebeurt elk jaar in de Beleidsagenda, de Zorgnota en het Jaarbeeld Zorg. Het algemene volksgezondheidsbeleid is in 1995 beschreven in de nota Gezond en wel (VWS, 1995). Eind 2002 komt een nieuwe nota die het gehele terrein beslaat. Diverse nota's gaan in op beleid dat betrekking heeft op een meer specifiek onderwerp (tabel 2).

2.1.3 WETTELIJK KADER

Diverse wetten zijn erop gericht de gezondheid van de bevolking te beschermen of te bevorderen. Enkele belangrijke wetten zijn de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO), de Infectieziektewet, de Warenwet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet op de collectieve preventie

TABEL 2

Enkele beleidsnota's die betrekking hebben op preventie (1998–2001)

nota	ministerie	jaartal
'Nederland goed gevoed?'	VWS	1998
'kracht en kwaliteit'	LNV	1999
'alcoholnota'	VWS	2000
'de toepassing van genetica in de gezondheidszorg'	VWS	2000
'voedsel en groen'	LNV	2000
'sport, bewegen en gezondheid'	VWS	2001
'veilig voedsel in een veranderende omgeving'	LNV/VWS	2001
'notitie gezondheid en milieu: opmaat voor een beleidsversterking'	VWS/VROM	2001
'sociale nota 2002'	SZW	2001

bron: RIVM

volksgezondheid (WCPV). De afgelopen periode zijn verschillende wetten ingesteld of herzien. In de herziene WCPV zijn de basistaken collectieve preventie vastgelegd en zijn gemeenten verplicht gesteld om elke vier jaar een Nota Gezondheidsbeleid op te stellen. De herziening heeft plaatsgevonden naar aanleiding van het actieprogramma 'versterking openbare gezondheidszorg' dat tot doel had gemeenten te stimuleren een actief gezondheidsbeleid te voeren en de kwaliteit van het functioneren van GGD'en te verbeteren. Het actieprogramma heeft ook geleid tot het 'Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg' dat in februari 2001 is ondertekend door het ministerie van VWS, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), GGD Nederland en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. In dit contract hebben deze vier partijen met elkaar afspraken gemaakt die moeten zorgen voor een goede inhoud, infrastructuur en randvoorwaarden van de openbare gezondheidszorg. Dit houdt ook in dat zowel gemeenten als Rijk een gericht gezondheidsbeleid voeren en dat er betere afstemming plaatsvindt tussen landelijk en lokaal beleid (internet: www.vogz.nl).

Ook rondom een aantal leefstijlthema's is de wetgeving herzien. Zo is de Drank- en Horecawet eind 2000 aangescherpt. Voor verstrekking van alcohol geldt nu een leeftijdsgrens (16 jaar voor zwak-alcoholhoudende drank en 18 jaar voor sterkedrank). Verkoop van alcohol in tankstations en niet-levensmiddelenwinkels is verboden. In sport- en andere kantines moeten huisregels zijn over de verstrekking van alcohol en het barpersoneel moet een voorlichtingscursus hebben gevolgd. Medio 2002 is de Tabakswet eveneens verscherpt om roken te ontmoedigen; reclame voor tabaksartikelen is in de nieuwe wetgeving bijna helemaal verboden.

Organisaties die toezien op de naleving van wetten en regels zijn onder meer de Keuringsdienst van Waren (KvW) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die samen het Staatstoezicht op de Volksgezondheid vormen. De KvW heeft de taak toezicht houden op de naleving van wettelijke regels voor eet- en drinkwaren en consumentenproducten, die bijvoorbeeld zijn vermeld in de Warenwet, de Drank- en Horecawet en de Tabakswet. Bovendien dient de KvW mogelijke gezondheidsbedreigende situaties te signaleren. In juli 2002 is de dienst een onderdeel geworden van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA). De IGZ houdt toezicht op de volksgezondheid en de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarnaast ziet de IGZ erop toe dat beroepsbeoefenaars, instellingen en bedrijven de wet- en regelgeving naleven. Eén van de vijf toezichtsvelden van de IGZ is 'preventie, public health en rampengeneeskunde' (PPR). In dat kader inspecteert de IGZ jaarlijks de uitvoering van de taken epidemiologie en

jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij een steekproef van GGD'en. Ook voert de IGZ thematische onderzoeken uit; in 2000 kwam de uitvoering van gezondheidsvoorlichting door GGD'en aan bod (IGZ, 2000).

2.2 UITVOERING VAN PREVENTIE

In diverse beroepen hoort preventie tot (één van) de taken. De belangrijkste beroepsgroepen met een preventieve taak zijn:

- preventie- en GVO-functionarissen: zij voeren projecten uit die tot doel hebben gezondheid te bevorderen en werken vaak bij GGD'en, thuiszorginstellingen, GGZ-instellingen (waaronder instellingen voor de verslavingszorg, IVZ) en andere organisaties met een gezondheidsbevorderende taak. Voorbeelden van projecten zijn voorlichtingsprogramma's en wijkgerichte programma's.
- inspecteurs van toezichthoudende organisaties: zij controleren of wetten en regels worden nageleefd en signaleren situaties waarin maatregelen nodig zijn om gezondheidsproblemen te voorkomen (zie paragraaf 2.1).
- sociaal-geneeskundigen (arbeids- en bedrijfs-geneeskundigen, jeugdartsen en algemeen sociaal-geneeskundigen), sociaal-verpleegkundigen (waaronder verpleegkundigen op een consultatiebureau), tandartsen, huisartsen en andere medici: zij voeren diverse preventieactiviteiten uit waaronder screenings, voorlichting en vaccinaties.
- paramedici zoals diëtisten, mondhygiënist en arbeidshygiënist: zij hebben preventieve taken, die per beroep verschillen. Sommigen geven voorlichting, anderen screenen (bijvoorbeeld op cariës) of passen de omgeving aan (bijvoorbeeld de werkplek) om gezond gedrag te bevorderen en ziekte te voorkomen.

De mensen en beroepsgroepen die uitvoering geven aan preventieactiviteiten behoren tot een groot aantal organisaties. De werkvelden van de organisaties lopen uiteen van een heel breed werkveld, zoals collectieve preventie, tot een meer specifiek werkveld, zoals het terugdringen van één risicofactor of (een groep van) ziekte(n). Ook werken niet alle organisaties op dezelfde schaal; er zijn lokale, regionale, provinciale en landelijke organisaties die preventie uitvoeren. Overigens hebben niet alle aanbieders van preventieactiviteiten preventie als hoofddoelstelling. Behalve de organisaties die preventie aanbieden zijn er in de sector ook organisaties met ondersteunende en coördinerende taken. De activiteiten van deze organisaties variëren van de ontwikkeling van preventiemethodieken, kwaliteitsbewaking, opstellen van richtlijnen, financiering, bepaling van tarieven en subsidiëring tot wetenschappelijk onderzoek en belangenbehartiging. Het gaat om talloze organisaties. In hoofdstuk 3 is per preventieonderwerp een

overzicht opgenomen van de relevante uitvoerende en ondersteunende organisaties (onder het kopje 'aanbod en capaciteit').

2.3 FINANCIERING

In 2001 werd er volgens het Jaarbeeld Zorg in totaal € 34,6 mld uitgegeven aan volksgezondheid. Hiervan ging € 830 mln (2,4%) naar gezondheidsbevordering en -bescherming (zie tabel 3 en 4; VWS, 2002).

Volgens een ruimere definitie van volksgezondheid is het bedrag dat wordt uitgegeven aan volksgezondheid hoger (€ 36 mld in 1999). Het totale bedrag dat aan preventie wordt uitgegeven is eveneens hoger. Dit komt omdat hierin niet zijn meegerekend de uitgaven aan preventieactiviteiten die niet vallen onder gezondheidsbevordering en -bescherming of de sector volksgezondheid. Zo kan een deel van de kosten voor bedrijfsgezondheidszorg, verhoogde bloeddruk, tandheelkundige zorg en huisartsenzorg ook als budget voor preventie worden aangemerkt. Naar schatting wordt ten minste 4% van de totale kosten (€ 1,4 mld) van de Nederlandse gezondheidszorg besteed aan preventie (Polder et al., 2002).

Gezondheidsbevorderende en -beschermende activiteiten worden grotendeels gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de begroting van het ministerie van VWS en gemeentefondsen (tabel 3, 4 en 5). Preventieactiviteiten die plaatsvinden in de zorgsector, zoals kraamzorg, verloskundige en tandheelkundige zorg en erfelijkheidsadviesing worden grotendeels gefinancierd uit de ziekenfondswet (ZFW) en particuliere ziektekostenverzekeringen.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) coördineert en financiert de uitvoering van de AWBZ en ZFW. Dit houdt in dat het College input levert voor de beleidsvorming rondom verzekeringen en de zorgverzekeraars en zorgkantoren ondersteunt bij de uitvoering van het beleid. CVZ heeft verder een rol in de bewaking van de kwaliteit en de evaluatie en monitoring van landelijke programma's. De uitvoering van de AWBZ is sinds 1998 in handen van zorgkantoren en zorgverzekeraars. Zorgkantoren werken zelfstandig, maar zijn nauw gelieerd aan de zorgverzekeraar ter plekke. Ze trachten zorgvraag en zorgaanbod in een specifieke

TABEL 3

Uitgaven gezondheidsbevordering en -bescherming

<i>in € mln¹</i>	1998	1999	2000	2001
preventieve zorg (premie)	127,0	137,5	146,6	159,6
preventieve zorg (begroting)	109,0	85,4	110,2	97,8
inspectie waren en veterinaire zaken	48,3	59,8	56,7	67,9
(inter)gemeentelijke gezondheidsdiensten	307,7	323,6	334,9	334,9
ouder- en kindzorg/dieetadviesing	139,2	146,2	155,6	169,1
totaal	731,1	752,3	804,0	829,3

¹ Vanwege de overgang naar de euro in 2002 treden lichte afrondingsverschillen op.

bron: VWS, 2002

TABEL 4

Financiering gezondheidsbevordering en -bescherming

<i>in € mln¹</i>	1998	1999	2000	2001
AWBZ	263,0	286,5	298,7	329,9
overheid	464,0	466,5	497,7	485,5
overige ontvangsten ²	1,0	2,2	4,1	15,1
totaal	728,0	755,2	800,5	830,5

¹ Vanwege de overgang naar de euro in 2002, treden lichte afrondingsverschillen op.

² Dit betreffen eigen bijdragen en de boetes en dergelijke.

bron: VWS, 2002

regio zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. ZonMw – een samenwerkingsverband van Zorg-Onderzoek Nederland en Medische wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek – heeft een belangrijke taak in de subsidiëring van preventieactiviteiten. Als zodanig heeft ZonMw een sturende rol in kennisontwikkeling, de ontwikkeling van nieuwe methoden en strategieën voor preventie en de uitvoering van preventieactiviteiten. Binnen het programma Preventie selecteert en financiert ZonMw onderzoeks- en uitvoeringsprojecten. Daarbij gaat het om innovatief preventieonderzoek, effectiviteits- en doelmatigheidsonderzoek en (onderzoek naar) implementatie en de uitvoering van onder meer landelijke preventiecampagnes.

2.4 BEWAKING VAN DE KWALITEIT

Een kwalitatief goede uitvoering van preventieactiviteiten wordt onder meer bevorderd door:

- wetten en regels waarin is vastgelegd aan welke eisen bepaalde preventieactiviteiten moeten voldoen. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is vastgelegd dat de zorg die wordt verleend in het kader van de AWBZ en de Ziekenfondswet doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De kwaliteit van de zorg moet op systematische wijze worden bewaakt, beheerst en verbeterd. Ook de jeugdgezondheidszorg en infectieziekte-

bestrijding, die worden uitgevoerd door GGD'en, vallen onder de wet. De IGZ heeft de taak de wet te handhaven. Een ander voorbeeld is de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) waarin is opgenomen aan welke criteria bepaalde bevolkingsonderzoeken moeten voldoen: bevolkingsonderzoek naar kanker, naar ernstige ziekten waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is of waarbij ioniserende straling wordt gebruikt. Deze criteria zijn onder meer de beschikbaarheid van een geschikte en voor de doelgroep aanvaardbare test en adequate (be)handelingsopties;

- richtlijnen om te bevorderen dat preventieactiviteiten op een systematische en uniforme wijze worden uitgevoerd. Meestal gaat het hier om activiteiten die plaatsvinden in de zorg. Voorbeeld is de CBO Consensus Cholesterol waarin is opgenomen welke patiënten preventief moeten worden behandeld om het risico op het krijgen van hart- en vaatziekten te beperken (CBO, 1998; zie ook 3.2.2). Voor huisartsen geven de NHG-standaarden richtlijnen voor behandeling en preventie (NHG, 2002);
- standaarden voor preventieactiviteiten die worden uitgevoerd in de GGZ. Deze zijn weergegeven in de HKZ-normering (zie ook: brancherapport GGZ-MZ);
- instrumenten om gezondheidsbevorderende activiteiten op een systematische manier te plannen, uit te voeren en te evalueren. Een voorbeeld

TABEL 5

Preventieactiviteiten, gefinancierd uit de AWBZ, begroting en gemeentefondsen¹

<i>financieringsbron</i>	<i>preventieactiviteiten</i>
AWBZ	<ul style="list-style-type: none"> - preventieve zorg tijdens zwangerschap of gedurende de eerste levensjaren van het kind: begeleiding en voorlichting (uitgezonderd kraamzorg) door de ouder- en kindzorg, screening op PKU/CHT/AGS, Rijksvaccinatieprogramma - dieetadvisering over voeding en eetgewoonten met een medisch doel - preventie en dienstverlening van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
AWBZ subsidieregelingen	<ul style="list-style-type: none"> - nationaal programma grieppreventie - bevolkingsonderzoek naar borst- en baarmoederhalskanker - pre- en perinataal onderzoek op hepatitis B, bloedgroep, resusfactor en syfilis
begroting VWS	<ul style="list-style-type: none"> - financiering Keuringsdienst van Waren - instellingsubsidies aan onder andere ZonMw, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), Defacto, Voedingscentrum, Trimbos-instituut en Stichting SOA-bestrijding - projecten waarbij onderzoeksinstituten per opdracht worden gefinancierd en eenmalig subsidie krijgen; bijvoorbeeld de ruim € 20 mln in 2001 in het kader van het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg (Fonds OGZ)
gemeentefonds	<ul style="list-style-type: none"> - activiteiten van GGD'en (Openbare gezondheidszorg) en andere taken van gemeenten in het kader van de WCPV, verslavingszorg

¹ Preventie in de zorg is hierin niet opgenomen, preventie maakt vaak een integraal onderdeel uit van de behandeling.

hiervan is het Preventie Effectiviteitsinstrument (Preffi) dat is ontwikkeld door het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ; Hommels et al., 2002);

- controles van toezichthoudende organisaties op de uitvoering van preventietaken die zijn vastgelegd in wetten en regels. Zo controleert de IGZ of gemeenten de collectieve preventieve taken, die zijn vastgelegd in de WCPV, op een goede manier uitvoeren (zie ook 2.1.3);
- deskundigheidsbevordering om beroepsbeoefenaren die preventieactiviteiten uitvoeren op de hoogte te houden van de laatste ontwikkelingen. Verschillende beroepsverenigingen zijn hierin actief.

Wetenschappelijk onderzoek kan ondersteuning bieden bij de kwaliteitsbewaking en bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van preventieactiviteiten.

2.5 ONTWIKKELINGEN

Behalve de hiervoor beschreven ontwikkelingen noemen we ook een aantal andere ontwikkelingen die de afgelopen jaren hebben gespeeld in het preventieveld. Ten eerste wordt een aantal organisatorische veranderingen doorgevoerd in het preventieveld. Voorbeeld hiervan zijn de veranderingen in openbare gezondheidszorg, waarin gemeenten een steeds grotere rol krijgen (zie ook paragraaf 2.1.3). Vanaf 2003 wordt de jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen en 4-19-jarigen geïntegreerd en krijgen gemeenten daarover de regie. Tot nu toe werd de zorg voor 0-4-jarigen uitgevoerd door thuiszorginstellingen en de zorg voor kinderen van 4 tot 19 jaar door GGD'en. Ten tweede treden veranderingen op in de methoden die worden ingezet voor preventie. Er zijn diverse preventiemethoden bruikbaar bij het behalen van gestelde gezondheidsdoelen: voorlichting, wet- en regelgeving, omgevingsgerichte interventies et cetera. In toenemende mate wordt ervoor gekozen om meerdere methoden tegelijkertijd in te zetten. Zo blijkt voor elk aspect van gezondheid, elke doelgroep en setting een specifieke 'interventiemix' nodig te zijn voor een goed resultaat. Zo wordt voor de bevordering van gezond gedrag steeds meer gebruikgemaakt van wet- en regelgeving als ondersteuning van voorlichtingscampagnes (zie ook paragraaf 2.1.3). Omgekeerd wordt bij gezondheidsbescherming steeds vaker niet alleen wet- en regelgeving, maar ook voorlichting ingezet om burgers te informeren over de risico's die zij lopen en te benadrukken wat ze zelf kunnen doen om gezondheidsrisico's te beperken. Ten derde is een verandering merkbaar in de verhouding tussen burgers en de overheid. De burger wenst een effectieve en efficiënte overheid, maar tegelijkertijd ook een overheid die hem/haar persoonlijk zo min mogelijk in de weg staat (SCP, 2001).

Individualisering en welvaart in de afgelopen tien jaar hebben ruimte gecreëerd voor een grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers in de gezondheidszorg (VWS, 2001b). Men roept om een overheid die door regelgeving een vrijwel waterdichte controle op mogelijke gezondheidsrisico's tot stand kan brengen: een samenleving die het risico heeft uitgebannen (Beck, 1986). Opvallend aspect bij deze behoefte aan het bepalen van risico's en het beheersen ervan, is het gebrek aan overeenstemming tussen deskundigen en het publiek (Slovic, 1999). Het publiek lijkt zich vaak weinig te storen aan de berekeningen van risicodeskundigen en er lijkt in toenemende mate een scheiding te komen tussen de wetenschappelijke en de maatschappelijke benadering van risico's. Tot slot zijn er medisch-technische ontwikkelingen waardoor er steeds meer mogelijkheden zijn voor preventie van bijvoorbeeld erfelijke aandoeningen. De Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) geeft aan dat kennis over genetica rondom chronische aandoeningen van groot belang is en dat er behoefte bestaat aan onderzoek naar de mogelijkheden tot uitvoering van genetische screening (RGO, 2002). De medisch-technologische ontwikkelingen maken het ook in toenemende mate mogelijk om de consequenties van minder gezonde leefgewoonten, zoals een verhoogd cholesterolgehalte of verhoogde bloeddruk door roken of overgewicht, (deels) te compenseren met geneesmiddelen (Timmerman & Van den Bergh Jeths, 2001). Voorbeelden zijn bloeddruk- en cholesterolverlagende middelen en middelen die een lage botmassa tegengaan dan wel herstellen. Daarnaast zijn er middelen die ondersteuning bieden bij stoppen met roken en middelen die worden gebruikt bij de behandeling van alcohol- en drugsverslaving.

Literatuur

- Beck U. Risikogesellschaft. *Auf den Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp, 1986.
- CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. *Tweede herziening consensus cholesterol*. Utrecht: CBO, 1998.
- Hommels LM, Molleman GRM, Kok H. *Handboek Preffi*. Woerden: NIGZ, 2002.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bij GGD'en. Rapport van een inspectieonderzoek*. Den Haag: IGZ, 2000.
- LNV, ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij. *Nota Kracht en Kwaliteit: het LNV Beleidsprogramma*. Den Haag: ministerie van LNV, 1999.
- LNV, ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij. *Nota Voedsel en Groen: het Nederlandse agro-foodcomplex in perspectief*. Den Haag: ministerie van LNV, 2000.

LNV/VWS, ministeries van LNV en VWS. *Nota Veilig voedsel in een veranderende omgeving*. Den Haag: ministeries van LNV/VWS, 2001.

NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap. *NHG standaarden*. Internet: www.nhg.artsennet.nl, 23 augustus 2002.

Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ. *Kosten van Ziekten in Nederland. De zorgeuro ontrafeld. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270751005 ism Erasmus MC, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg*. Bilthoven: RIVM, 2002.

RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. *Advies: Nieuwe toepassingen van de genetische kennis in de gezondheidszorg: Welke kennis is nodig?*. Den Haag, 2002.

Schaapveld K. *Preventie in de praktijk*. In: Maas PJ van der, Mackenbach JP (red.). *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*. Tweede druk. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999: 162–197.

SCP, Sociaal en Cultureel Planbureau. *Bedreven en gedreven. Een heroriëntatie op de rol van de Rijksoverheid in de samenleving*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001.

Slovic P. *Trust, emotion, sex, politics, and science: surveying the risk-assessment battlefield*. *Risk-Anal*, 1999; 19: 689–701.

SZW, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. *Sociale nota 2002*. Den Haag: ministerie van SZW, 2001.

Timmerman H, Bergh Jeths A van den (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Geneesmiddelen nu en in de toekomst*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 2001.

Tweede Kamer. *Alcoholbeleid*. Kamerstukken II 2001/2002, 27 565, nr. 24. 2002.

Vreugdenhill C. *Ontwikkelingen in de GVO-functie van GGD'en*. In: Leeuw E de (red.) *Gezonde steden*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1991.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Gezond en wel*. Den Haag: ministerie van VWS, 1995.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Nota 'Nederland: goed gevoed?'*, nota gezondheid en voeding: relatie voeding en gezondheid. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1998.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Zorgnota 2001*. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 2000a.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Alcoholnota. Nota over de intensivering van het beleid tegen alcoholmisbruik (2001–2003)*. Den Haag: ministerie van VWS, 2000b.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *De toepassing van genetica in de gezondheidszorg*. Den Haag: ministerie van VWS, 2000c.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Sport, bewegen en gezondheid. Naar een actief kabinetsbeleid ter vergroting van de gezondheid door en bij sport en beweging*. Den Haag: ministerie van VWS, 2001a.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Zorg met toekomst. Een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg*. Den Haag: ministerie van VWS, 2001b.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Jaarbeeld Zorg 2001*. Den Haag: ministerie van VWS, 2002.

VWS/VROM, ministeries van VWS en VROM. *Notitie gezondheid en milieu: opmaat voor een beleidsversterking*. Den Haag: ministeries van VWS en VROM, 2001.

3 Feiten en cijfers

3.1 WERKWIJZE

In de eerste proeve van het brancherapport Preventie – verschenen in 2001 – zijn alle onderwerpen en gegevensbronnen over de volle breedte van de sector geïnventariseerd (Rutz et al., 2001). Uit de inventarisatie kwam naar voren dat een beschrijving van het gehele preventieveld een te omvangrijk rapport zou opleveren met zowel de hoofd- als nevenactiviteiten. Hierdoor zou het onmogelijk worden snel een overzicht van de sector te krijgen. Voor de tweede versie van het deelrapport is daarom gestreefd naar een basisset van gegevens met daarin de belangrijkste informatie over de preventiebranche. Om tot een basisset te komen hebben we gekozen voor een thematische aanpak. In overleg met beleidsmakers van VWS is gezocht naar herkenbare thema's die interessant zijn voor alle partijen en die kunnen ondersteunen bij het beleidsproces. Doordat uit vrijwel alle terreinen van het preventieveld een thema is gekozen, geeft het rapport een indruk van een groot deel van het preventieveld. De thema's hebben als het ware een 'barometer'-functie. Bij de keuze van thema's hebben verschillende criteria meegewogen. Ze zijn onder meer geselecteerd op grond van de gezondheidswinst die nog te behalen is of wordt behaald, de grootte en specificiteit van de doelgroep

en een duidelijk aan te wijzen preventieactiviteit (zie verder bijlage 2).

De thema's zijn geordend naar invalshoek. De invalshoeken risicofactor, ziekte en aandoening, doelgroep en de plaats waar preventie wordt aangeboden (setting) komen aan bod. Elk thema is uitgewerkt aan de hand van één of meer subthema's. Onder elk thema worden eerst gegevens gepresenteerd die betrekking hebben op het gehele thema. Daarna presenteren we gegevens die betrekking hebben op de subthema's, volgens vijf vaste informatiecategorieën: vraag, aanbod en capaciteit, gebruik en productie, financiering, en kwaliteit en effectiviteit. Er is gezocht naar gegevens die betrekking hebben op de jaren 1998–2001. Als gegevens over die periode niet voorhanden zijn, worden oudere cijfers gepresenteerd.

Literatuur

Rutz SI, Busch MCM, Jansen J, Stokx LJ, Ruwaard D. *Brancherapport Volksgezondheid. Deelrapport Preventie. Een eerste proeve*. Ongecorrigeerde versie. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 2001.

3.2 PREVENTIE VAN ZIEKTEN

Bij de preventie van ziekten gaat het enerzijds om het voorkomen van nieuwe gevallen van ziekte (primaire preventie). Vaccinatie is hiervan een voorbeeld. Maar ook de bevordering van een gezonde leefstijl (paragraaf 3.3) en de bescherming van de populatie tegen risicofactoren uit de fysieke omgeving (paragraaf 3.4) dragen bij aan de vermindering van nieuwe ziektegevallen. Anderzijds gaat het om het in een vroeg stadium opsporen van de ziekte. Dit gebeurt zodat eerder kan worden gestart met behandelen

en genezing in een vroeger stadium kan worden bewerkstelligd of verergering van de ziekte kan worden voorkómen.

Preventie van ziekten vindt voor een groot deel plaats binnen de zorg. In de zorgsector kunnen twee vormen van preventie worden onderscheiden; casuïstische en programmatische preventie. Casuïstische preventie vindt plaats op grond van risico-inschatting in een individuele hulpverleningssituatie, zoals een bloeddrukmeting bij een patiënt met een hoog risico op hart- en vaatziekten (paragraaf 3.2.2). De preventie vormt dan een geïntegreerd onderdeel van het geneeskundig handelen. Programmatische preventie is gericht op een omschreven doelgroep en wordt uitgevoerd volgens een vooraf omschreven programma, een vastgelegde taakverdeling en werkwijze. Bovendien wordt het bereik van de doelgroep bij programmatische preventie gevolgd (tabel 6). De programmatische preventieprogramma's worden gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ; tabel 7).

Literatuur

Bakker D de, Jabaaij L, Abrahamse H, Hoogen H van den, Braspenning J, Althuis T van, Rutten R. *Jaarrapport LINH 2000*. Utrecht: Nivel, 2001.

Grosheide PM, Ouden AL den, Verrips GH. *Procesevaluatie van het prenatale screeningsonderzoek en interventies ter voorkoming van hepatitis B, syfilis and rhesus-antagonisme bij pasgeborenen in Nederland*. Leiden: TNO Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg, 1993. NIPG-publicatie 93.042.

TABEL 6

Doelgroep en bereik van programmatische preventieactiviteiten

	doelgroep	bereik (in %)	bron
rijksvaccinatieprogramma	pasgeborenen, kleuters en kinderen (0–9 jaar)	96 (2001)	zie 3.2.1
bevolkingsonderzoek borstkanker	vrouwen van 50–75 jaar	79 (2000)	zie 3.2.3
bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	vrouwen van 30–59 jaar	65 (2000)	De Bakker et al., 2001
nationaal programma grieppreventie	65-plussers en andere personen met een risico-indicatie ¹	76 (2000)	De Bakker et al., 2001
prenatale screening ²	zwangere vrouwen	87 (1993)	Grosheide et al., 1993
postnatale screening	pasgeborenen	100 (2000)	zie 3.5.1

¹ Een persoon heeft een risico-indicatie indien hij/zij lijdt aan één of meer aandoeningen waaronder longziekten, hart- of nieraandoeningen en diabetes mellitus.

² Prenatale screening die wordt vergoed uit de AWBZ betreft screening op hepatitis B, bloedgroep, resusfactor en syfilis.

3.2.1 INFECTIEZIEKTEN

Infectieziekten worden in het algemeen als besmettelijk of overdraagbaar beschouwd. Tuberculose, aids en HIV-infecties, SOA en infecties aan het maagdarmlkanaal zijn infectieziekten die, gezien de ernst ervan, nog relatief veel voorkomen¹. Door vaccinatie en schoon drinkwater en een goede riolering is een groot aantal infectieziekten teruggedrongen. Polio en difterie zijn voorbeelden van infectieziekten die nauwelijks voorkomen doordat er wordt gevaccineerd. Infectieziektebestrijding kan in een vroeg stadium in het leven beginnen, door het geven van borstvoeding (paragraaf 3.3.3.2). De moeder draagt op deze manier antistoffen over op het kind waardoor bij de zuigeling passieve immuniteit ontstaat. De preventie van de verspreiding van infectieziekten kan bestaan uit het zoveel mogelijk opsporen van nieuwe gevallen en het direct behandelen, opdat de besmettingsketen wordt doorbroken (Van der Maas & Mackenbach, 1995). In de Infectieziektewet (voormalige Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken) is opgenomen welke ziekten moeten worden gemeld aan de GGD. De GGD kan na melding snel actie ondernemen. Bovendien maakt de wet het mogelijk dwang op te leggen, wanneer een besmette persoon niet vrijwillig meewerkt aan maatregelen.

TABEL 7

Budget voor programmatische preventieactiviteiten gefinancierd uit de AWBZ in 2001

<i>in € mln</i>	<i>budget</i>
rijksvaccinatieprogramma	42,1
bevolkingsonderzoek borstkanker	36,8
bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker	23,1
nationaal programma grieppreventie	33,9
prenatale preventie	14,7
postnatale screening	.. ¹

¹ Het budget voor postnatale screening maakt deel uit, en is niet los te zien van, het budget voor jeugdgezondheidszorg, zie 3.5.1.

bron: VWS

TABEL 8

Grootte van de doelgroep, het aantal pasgeborenen per jaar

<i>x 1.000</i>	1998	1999	2000	2001
aantal levend geboren	199	200	207	201 ¹

¹ Dit cijfer is nog voorlopig.

bron: CBS, 2002

Literatuur

Maas PJ van der, Mackenbach JP (red.). *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*. Utrecht: Bunge, 1995.

3.2.1.1 RIJKSVACCINATIEPROGRAMMA

Met medewerking van: H. De Melker, C. Wesselo, M. Conyn-van Spaendonck (RIVM).

Elk jaar worden rond de 200.000 kinderen geboren (tabel 8). Vaccinaties van het rijksvaccinatieprogramma (RVP) beschermen hen tegen bepaalde infectieziekten (en de ernstige gevolgen daarvan) en dragen er hierdoor aan bij dat zij gezond kunnen opgroeien. De Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (SVM) levert vaccins aan de ent-administraties (tabel 10). Ruim twee vijfde van het budget voor het RVP gaat naar productie en aankoop van vaccins. De entadministraties distribueren naar de uitvoerenden. Ongeveer een vijfde van het budget gaat naar entadministraties, die kosten maken voor administratieve afhandeling van het RVP, vaccinopslag en -distributie. De consultatiebureaus (die deel uitmaken van thuiszorgorganisaties) en GGD'en voeren de vaccinaties uit. Twee vijfde van het budget gaat naar deze uitvoering en betreffen vergoedingen die uitvoerende instanties krijgen voor personele inzet. Het RVP wordt gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ; tabel 12).

De vaccinaties vinden plaats via een gestructureerd schema (tabel 9). Per jaar worden in het kader van het RVP rond de 2,2 miljoen vaccinaties gegeven in Nederland. Deelname gebeurt op vrijwillige basis. De vaccinatiegraad hangt daarom grotendeels af van de bereidheid van ouders om hun kinderen te laten vaccineren. Die bereidheid is groot. Bijna alle voor vaccinatie uitgenodigde kinderen (rond 96%) worden ook daadwerkelijk ingeënt (tabel 11). In bepaalde gebieden van Nederland worden echter niet alle kinderen geënt (figuur 2). Dit zijn streken waar relatief veel streng gereformeerden wonen met bezwaren tegen vaccinatie (zogenaamde bevindelijk gereformeerden). Ook zijn er bezwaren tegen vaccinatie uit antroposofische kringen en kringen die homeopathie aanhangen. Een concentratie van niet-gevaccineerde kinderen in een regio kan aanleiding zijn voor epidemieën zoals voor polio in 1992–1993 en mazelen in 1999–2000 (Van den Hof, 2001a; figuur 2).

¹ De preventie van tuberculose wordt in deze paragraaf uitgewerkt. Meer informatie over de preventie van aids, HIV en SOA door de bevordering van veilig vrijen kunt u vinden in paragraaf 3.3.5. De preventie van maagdarminfecties komt in paragraaf 3.4.2 aan de orde.

TABEL 9

De vaccins die worden aangeboden in het kader van het RVP en het aantal inenting(en) dat per vaccin en per kind wordt aangeboden

<i>vaccin</i>	<i>preventie van de ziekte</i>	<i>aantal injecties per kind</i>	<i>leeftijd waarop vaccin wordt aangeboden</i>
DKTP	difterie, kinkhoest, tetanus, polio	4	2, 3, 4 en 11 maanden
DTP	difterie, tetanus, polio	2	4 en 9 jaar
Hib	hib-ziekten	4	2, 3, 4 en 11 maanden
BMR	bof, mazelen, rode hond	2	14 maanden, 9 jaar
aK	acellulair kinkhoest	1	4 jaar

bron: RIVM

TABEL 10

Organisaties die preventie aanbieden in het kader van het RVP en hun taken

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (SVM)	productie vaccins
entadministraties	distributie vaccins, registratie vaccinaties, versturen van herhalingsoproepen; 10 entadministraties
GGD	inenting van schoolkinderen van 4 en 9 jaar (43 GGD'en per 1 januari 2001)
consultatiebureau	inenting van kinderen tot 4 jaar op consultatiebureau; (1.465 consultatiebureaus in 2000)
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	toezicht op de uitvoering van het RVP
Landelijke Vereniging van Entadministraties (LVE)	ondersteuning bij vaccinatieprogramma

bron: RIVM

TABEL 11

Gevaccineerde pasgeborenen (1998) met basisimmuniteit in 2001

<i>vaccin</i>	<i>vaccinaties nodig voor basisimmuniteit</i>	<i>geborenen in 1998 met basisimmuniteit op 1 januari 2001 (in %)</i>
DKTP	eerste 4 vaccinaties	95,3
BMR	eerste vaccinatie	95,6
Hib	eerste 4 vaccinaties	95,6

bron: LVE; IGZ, 2002

De meeste infectieziekten waartegen wordt ingeënt, zijn vrijwel verdwenen door invoering van het RVP vanaf 1957 (tabel 13). Vaccins van het RVP bieden niet voor elke ziekte complete bescherming, zoals in het geval van kinkhoest (Van den Hof, 2002). Doorgaans zijn kinderen echter goed beschermd tegen het krijgen van de ziekte als ze zijn gevaccineerd. De immuniteit voor ziekten uit het RVP in de bevolking is (zeer) goed voor personen die in aanmerking zijn gekomen voor het RVP (De Melker et al., 2001; Van den Hof et al., 2001b; figuur 3 en 4). Nu infectieziekten waartegen wordt ingeënt en hun complicaties minder in beeld zijn, treden bijwerkingen van vaccinaties

meer op de voorgrond. Er worden relatief weinig bijwerkingen na vaccinaties geregistreerd (tabel 14). Bij de geregistreerde bijwerkingen gaat het om tijdelijke letsels van voorbijgaande aard. Het RVP kunnen we daarom bestempelen als een veilig programma (Vermeer-de Bondt et al., 2001). Het RVP is in september 2002 uitgebreid met de inenting tegen meningokokken C. Per januari 2003 wordt ook vaccinatie tegen hepatitis B toegevoegd voor kinderen van ouders uit gebieden waar de ziekte veel voorkomt. Omdat dit rapport rapporteert over de periode 1998–2001 zijn gegevens over deze vaccinaties niet opgenomen.

TABEL 12

Budget voor het RVP, vrijgemaakt uit AWBZ-gelden

in € mln	1998	1999	2000	2001
budget¹				
RVP	34,2	38,0	38,9	42,1

¹ Het budget bestaat grotendeels uit de productie en aankoop van vaccins en de bureaustkosten van de entadministraties (personeelskosten en administratiekosten). De bureaustkosten van entadministraties zijn echter niet alleen voor de uitvoering van het RVP, maar ook voor de uitvoering van de hielprik (paragraaf 3.5.1).

bron: ministerie van VWS

FIGUUR 2

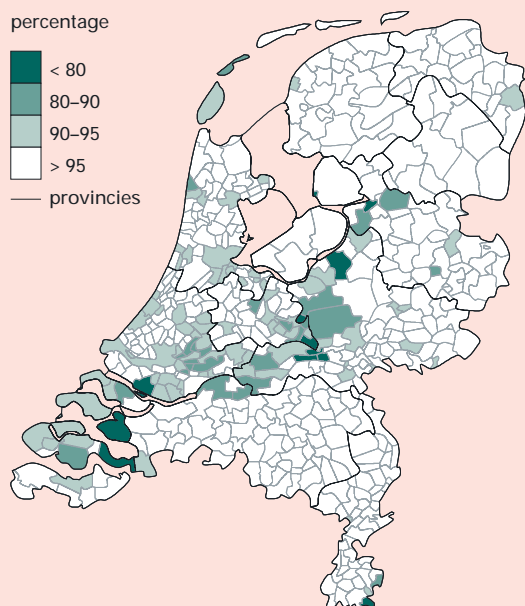
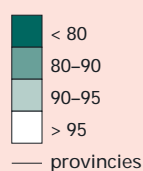
De vaccinatiegraad voor BMR (1 januari 1999) en de geografische spreiding van mazelengevallen tijdens epidemie (1999–2000)

naar regio

BMR vaccinatiegraad

1 januari 2000

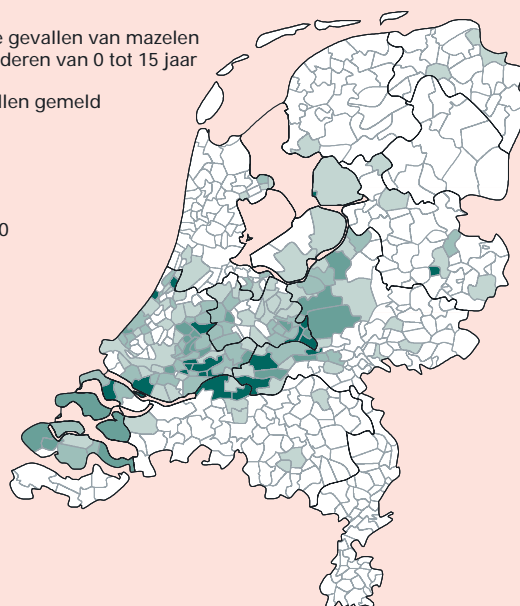
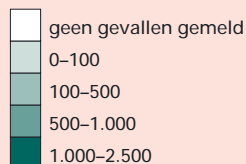
percentage



Mazelenepidemie

1999–2000

aantal gemelde gevallen van mazelen per 100.000 kinderen van 0 tot 15 jaar



bron: LVE

Literatuur

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. *StatLine*. Internet: www.statline.cbs.nl > Mens & Maatschappij\Bevolking\Geboorten\Levend geboren, 8 augustus 2002. Voorburg/Heerlen: CBS, 2002.

Hof S van den. Wat zijn de effecten? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Preventie\Van ziekten en aandoeningen\Infectieziekten en parasitaire ziekten\Ziekten van het RVP, 8 februari 2002.

Hof S van den, Kerkhof JHTC van den, Ham PBG ten, Binnendijk RS van, Conyn-van Spaendonck MAE, Steenbergen JE van. *Mazelenepidemie in Nederland, 1999-2000 [Measles epidemic in the Netherlands, 1999-2000]*. Ned Tijdschr Geneesk 2001a; 145: 2529-33.

Hof S van den, Melker HE de, Berbers GAM, Haas R de, Beaumont MTA, Conyn-van Spaendonck MAE. *Evaluatie van het Rijksvaccinatieprogramma: immuniteit van de Nederlandse bevolking tegen bof, mazelen en rode hond*. Ned Tijdschr Geneesk 2001b; 145: 273-277.

IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Vaccinatioestand Nederland per 1 januari 2001*. Den Haag: IGZ, 2002.

Melker HE de, Hof S van den, Berbers GAM, Conyn-van Spaendonck MAE. *Evaluatie van het Rijksvaccinatieprogramma: immuniteit van de Nederlandse bevolking tegen difterie, tetanus en poliomyelitis*. Ned Tijdschr Geneesk, 2001; 145: 268-272.

Vermeer- de Bondt PE, Wesselo C, Dzaferagic A, Phaff TAJ. *Adverse Events Following Immunisation under the National Vaccination Programme of the Netherlands. Number V: Reports in 1998*. RIVM-report nr. 000001 004. Bilthoven: RIVM, 2001.

TABEL 13

Meldingen van doelziekten van het RVP

In het kader van de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken (tot april 1999) en de Infectieziektewet (na april 1999).

ziekte	aangifteplichtig?	1998	1999	2000	2001
difterie	ja	0	1	0	0
kinkhoest	ja	2.252	6.279	4.836	6.986
tetanus	tot 1 april 1999	0	--	--	--
polio	ja	0	0	0	0
bof	nee	--	--	--	--
mazelen	ja	9	2.368	1.019	17
rode hond	ja	18	3	12	4
hib-ziekte	nee	--	--	--	--

bron: Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem

TABEL 14

Meldingen van vermoede bijwerkingen van vaccinaties in het RVP, geregistreerd in 1998

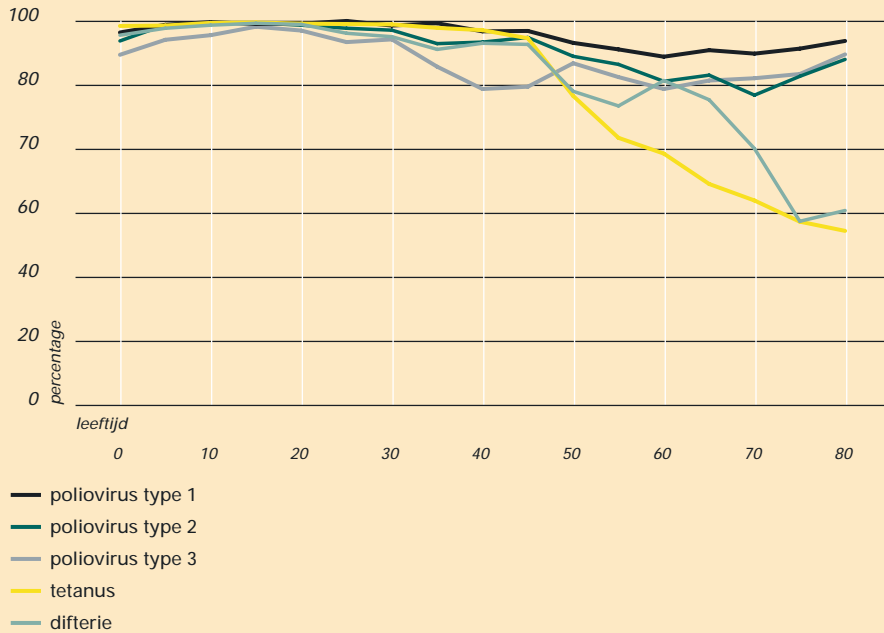
	aantal	vaccinaties (in %)	gemelde bijwerkingen (in %)
totaal aantal vaccinaties per jaar	circa 2,2 miljoen	100	--
totaal aantal meldingen	1.100	0,05	100
verband tussen klacht en vaccinatie			
zeker, waarschijnlijk of mogelijk ¹	887	0,04	80,6
geen verband tussen klacht en vaccinatie	197	0,01	17,9
niet te beoordelen	16	--	1,5

¹ Deze meldingen zijn te bestempelen als bijwerkingen van het RVP. Aangezien de schaal van zeker tot een mogelijk verband tussen de melding en de vaccinatie geleidelijk verloopt, zijn de categorieën samengevoegd.

bron: Vermeer-de Bondt et al., 2001

FIGUUR 3

De immuniteit voor polio, tetanus en difterie (1995-1996)

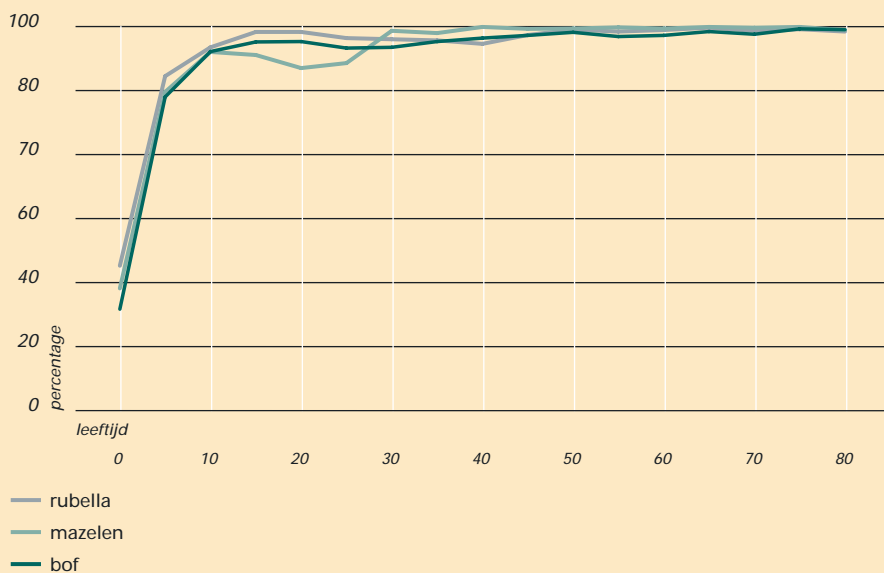
Bij mensen van 0-80 jaar.¹

¹ Vanaf 1952 worden in het kader van het RVP vaccinaties aangeboden. Mensen die tussen 1945 en 1952, zijn geboren, kwamen in aanmerking voor vaccinatie via een inhaalcampagne.

bron: PIENTER-project

FIGUUR 4

De immuniteit voor bof, mazelen en rodehond (1995-1996)

Bij mensen van 0-80 jaar.¹

¹ In 1974 is rubellavaccinatie voor 11-jarige meisjes aan het RVP toegevoegd, in 1976 de mazelenvaccinatie en in 1987 is het gecombineerde BMR-vaccin voor jongens en meisjes ingevoerd. De immuniteit van mensen die voor die tijd zijn geboren is hoog voor de drie ziektes omdat zij bijna allemaal de kinderziekten hebben gehad.

bron: PIENTER-project

3.2.1.2 TUBERCULOSE

*Samengesteld door: V. Kuyvenhoven
(KNCV-Tuberculose).*

Tuberculose is een goed te behandelen infectieziekte. Toch overlijden in Nederland rond de 20 à 30 mensen per jaar aan deze ziekte. Van alle personen die een tuberculose-infectie hebben ontwikkelt ongeveer 10% daadwerkelijk de ziekte. In 2000 is bij 1.404 personen tuberculose vastgesteld en bij 1.531 personen is de tuberculose-infectie gevonden (tabel 15). In 2000 was 63% van de tuberculosepatiënten afkomstig uit landen waar veel tuberculose voorkomt. Bij deze patiënten wordt meer resistentie tegen medicijnen gevonden (Kuyvenhoven, 2002). Inspanningen ter behandeling en screening van tuberculose moeten in de toekomst worden voortgezet. Dit komt omdat contacten met personen uit landen met veel tuberculose door immigratie en reizen zullen blijven plaatsvinden.

Preventie is erop gericht te voorkomen dat mensen geïnfecteerd raken met tuberculose en te voorkomen dat geïnfecteerden de ziekte ontwikkelen. Van groot belang bij preventie is de opsporing van mensen met de ziekte en de infectie. De opsporing kan op twee manieren plaatsvinden. Via passieve opsporing worden mensen onderzocht die zich melden met klachten. De meeste personen met tuberculose worden gevonden via deze methode. In 2000 zijn via passieve opsporing 1.095 personen met tuberculose gevonden. De tweede methode is het actief opsporen van personen zonder klachten via screening van risicogroepen. In 2000 zijn 157.000 personen gescreend en 309 personen met tuberculose geïdentificeerd (tabel 20). Risicogroepen voor tuberculose zijn immigranten, asielzoekers, druggebruikers, dak- en thuislozen, gedetineerden en zeevarenden (tabel 16). Een andere belangrijke risicogroep zijn personen die contact hebben gehad met een tuberculosepatiënt. Door contactonderzoek zijn in 2000 93 personen met de ziekte (tabel 16) en rond de 1.500 personen met de infectie gevonden (tabel 17). Contactonderzoek wordt uitgevoerd rondom personen met besmettelijke tuberculose en bij personen die veel werken met risicogroepen. In Nederland worden sinds 1970

kinderen van immigranten gevaccineerd. Inmiddels vinden jaarlijks 16.000 vaccinaties plaats (tabel 18). Personen die geïnfecteerd zijn met tuberculose krijgen direct medicamenten om te voorkomen dat de ziekte zich daadwerkelijk ontwikkelt. Bij personen die tuberculose hebben zijn snelle diagnostiek en behandeling, isolatie van personen met besmettelijke tuberculose en acties om de therapietrouw van patiënten te vergroten van groot belang.

Voor tuberculose bestaat een meldingsplicht volgens de Infectieziektewet. Aangiften worden bij de GGD'en gedaan en deze informatie wordt sinds 1993 door de KNCV verzameld (tabel 19). Het merendeel van de diagnoses en behandelingen van tuberculose vindt in het ziekenhuis plaats. GGD'en behandelen echter ook een groep patiënten en de personen met een tuberculose-infectie (tabel 19; tabel 22). Screening van asielzoekers wordt door de GGD'en in samenwerking met de diverse organisaties voor de opvang van asielzoekers (MOA, COA en BOTA) uitgevoerd (tabel 19).

Het bereik van de screening van risicogroepen is hoog. Bij de eerste screening is het bereik bij enkele doelgroepen zelfs 100%. Bij herhaalde screeningen daalt het bereik (tabel 21). Na identificatie van de ziekte blijkt dat 90% van de mensen de behandeling afmaakt. Bij preventieve behandeling van mensen met een tuberculose-infectie maakt een kleinere groep de behandeling af (65–70%; tabel 25). Het grootste deel van het budget voor tuberculosepreventie gaat naar de screening en behandeling van tuberculose, zoals die met name door de GGD'en wordt uitgevoerd. Financiering van de screeningen van een aantal risicogroepen loopt via speciale projecten (tabel 23). De kwaliteitscontrole van preventieactiviteiten vindt plaats via algemene kwaliteitsmaatregelen voor de zorg en een aantal specifiek op tuberculose gerichte maatregelen (tabel 24).

TABEL 15

Aantal personen met en sterfte aan TBC, aantal TBC-infecties bij het huidige preventieprogramma

	1997	1998	1999	2000
aantal personen met tuberculose	1.486	1.341	1.535	1.404
sterfte aan tuberculose	32	19	25	.. ¹
recente tuberculose-infecties	1.115	1.716	1.939	1.531

¹ Gegevens nog niet beschikbaar.

TABEL 16

Grootte doelgroep van de screening en aantal personen met tuberculose bij deze doelgroepen

<i>doelgroep</i>	<i>omvang groep¹ personen met tuberculose</i>	<i>aantal</i>	<i>bron</i>
immigranten die langer dan 3 maanden in Nederland blijven (1 ^e screening)	30.000	circa 30 ²	KNCV, NTR
immigranten: halfjaarlijkse periodieke screening (eerste 2 jaar na binnenkomst)	50.000	nog niet beschikbaar ³	
asielzoekers 1 ^e screening binnen een week na aankomst	30.976	102	GGD Hart voor Brabant en GGD Flevoland, 2001; KNCV, NTR
asielzoekers: halfjaarlijkse periodieke screening (eerste 2 jaar na binnenkomst)	50.000	4	KNCV, NTR
druggebruikers ⁴	8.000	10	KNCV, NTR
dak- en thuislozen	7.000	10	KNCV, NTR
gedetineerden	onbekend (25.338 personen zijn gescreend)	2	GGD Hart voor Brabant en GGD Flevoland, 2000
zeevarenden	5.000	2	KNCV, NTR
bronopsporing onder contacten	onbekend (12.000 personen zijn gescreend)	93	KNCV, NTR

¹ De gepresenteerde aantallen zijn weloverwogen schattingen gebaseerd op jaarverslagen GGD'en en CBS-registraties, tenzij anders is aangegeven.

² Betreft een weloverwogen schatting of extrapolatie, omdat het betreffende gegeven niet in de bron KNCV, NTR als zodanig aanwezig is.

³ KNCV doet hiernaar onderzoek, gefinancierd door ZonMw.

⁴ Druggebruikers (en ook dak- en thuislozen) worden niet overal in Nederland tot een risicogroep gerekend. Dit is wel het geval in Amsterdam en Rotterdam. In andere plaatsen worden zij niet gescreend.

bron: KNCV

TABEL 17

Tuberculose-infecties die via contactonderzoek gevonden worden

<i>screening op tuberculose-infectie</i>	<i>omvang groep</i>	<i>aantal personen met tuberculose-infectie</i>
contacten van personen met besmettelijke tuberculose	onbekend (36.000 personen zijn gescreend)	1.169
contactgroepen (personen met mogelijke blootstelling aan transmissie)	onbekend (12.000 personen zijn gescreend)	362

bron: KNCV

TABEL 18

Preventieactiviteiten op het gebied van tuberculose

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>
screening en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - actieve (en passieve) screening op tuberculose door middel van röntgenfoto's door GGD'en; jaarlijks 210.000 röntgenfoto's thorax - screening op tuberculose-infectie door middel van tuberculinereactie door GGD'en; jaarlijks 48.000 mantouxonderzoeken¹ - vaccinatie met BCG van risicogroepen; jaarlijks 16.000 BCG vaccinaties - passieve opsporing en behandeling: tuberculosescreening bij mensen die komen met klachten
wetten en regels	<ul style="list-style-type: none"> - infectieziektewet, WCPV, WBO
voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> - voorlichting aan risicogroepen ter informatie en motivatie voor deelname aan actieve opsporing - voorlichting aan personen die in contact zijn geweest met personen met tuberculose - voorlichting over tuberculose aan reizigers en geïnteresseerden - internetsites GGD'en - internetsite www.kncvtbc.nl

¹ Methode voor tuberculoseonderzoek door krasjes in de huid.

bron: KNCV

TABEL 19

Organisaties die preventieactiviteiten aanbieden op het gebied van tuberculose

<i>aanbieders</i>	<i>taken</i>
GGD	<ul style="list-style-type: none"> - uitvoering van screening van risicogroepen op tuberculose en tuberculose-infecties - passieve opsporing, onder meer voor 'probleemgroepen' (laagdrempeligheid voor druggebruikers, illegalen et cetera) - behandeling van gevonden personen met tuberculose en tuberculose-infecties - intensieve begeleiding door verpleegkundige van alle patiënten (ook van de ziekenhuizen) ter bevordering van therapietrouw - vaccineren met BCG - 43 GGD'en per 1 januari 2001
centrum GGD'en (Flevoland en Hart voor Brabant) in samenwerking met lokale GGD'en	<ul style="list-style-type: none"> - screeningsproject 1^o screening van asielzoekers - screeningsproject: gedetineerden bij binnenkomst in gevangenis
Medische Opvang Asielzoekers (MOA)	<ul style="list-style-type: none"> - administratieve aanlevering van NAW-gegevens ten behoeve van screeningsonderzoek van asielzoekers - registratie van resultaten in het medisch dossier - 7 MOA's
KNCV tuberculose bestrijding	<ul style="list-style-type: none"> - beleidsadviesing en -coördinatie op nationaal niveau - surveillance (Nederlands Tuberculose Register) - richtlijnontwikkeling en consensusvorming - ondersteuning implementatie bestrijdingsbeleid - deskundigheidsbevordering - ondersteuning voorlichtingstaken
Centraal Opvang voor Asielzoekers (COA)	<ul style="list-style-type: none"> - inkoop 1^o tuberculosescreening en bijdragen aan afstemming tuberculosezorg bij asielzoekers
Bestuurlijk Overleg Tuberculose Asielzoekers en illegalen (BOTA)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 x per jaar afstemming op bestuurlijk niveau tussen betrokkenen bij tuberculosezorg voor asielzoekers
RIVM	<ul style="list-style-type: none"> - surveillance van resistentie van tuberculosestammen en surveillance van DNA fingerprintpatronen

bron: KNCV

TABEL 20

TBC-gevallen die via actieve en passieve opsporing worden gediagnosticeerd (2000)

	<i>aantal screeningen</i>	<i>aantal personen met tuberculose</i>
actieve opsporing (door middel van röntgenonderzoek thorax)	157.000 personen worden gescreend (ongeveer 317.000 screeningen) ¹	309
passieve opsporing (personen met klachten)	--	1.095

¹ Bij het bepalen van de omvang van de te screenen groep is ervan uitgegaan dat immigranten en asielzoekers twee jaar lang halfjaarlijks worden onderzocht.

bron: KNCV, NTR

TABEL 21

Bereik van preventieactiviteiten op het gebied van preventie van tuberculose

<i>doelgroepen screening op de ziekte tuberculose plus behandeling/begeleiding</i>	<i>bereik</i>	<i>bron</i>
immigranten die langer dan 3 maanden in Nederland blijven (1 ^e screening)	bijna 100%	
immigranten: halfjaarlijkse periodieke screening (eerste 2 jaar na binnenkomst)	6 maanden: 67% 12 maanden: 55% 18 maanden: 44% 24 maanden: 35%	Anoniem, 2002
asielzoekers 1 ^e screening binnen een week na aankomst	30.948 (bijna 100%)	GGD Hart voor Brabant en GGD Flevoland, 2001 ²
asielzoekers: halfjaarlijkse periodieke screening (eerste 2 jaar na binnenkomst)	6 maanden: 65% 12 maanden: 40% 18 maanden: 17%	Borgdorff et al., 1998
druggebruikers ¹	4.000 (50%)	KNCV, NTR
dak- en thuislozen	3.000 (43%)	KNCV, NTR
gedetineerden	25.338	GGD Hart voor Brabant en GGD Flevoland, 2001 ¹
zeevarenden	100% ²	KNCV, NTR
bronopsporing onder contacten	12.000	KNCV, NTR
totaal aantal actief gescreenden op tuberculose door middel van röntgenonderzoek thorax	203.000	KNCV, NTR
screening op tuberculose-infectie		KNCV, NTR
- contacten van personen met besmettelijke tuberculose	36.000	KNCV, NTR
- contactgroepen (personen met mogelijke blootstelling aan transmissie)	12.000	KNCV, NTR

¹ Voor druggebruikers (en ook voor dak- en thuislozen) geldt dat deze niet overal in Nederland tot een risicogroep gerekend worden. Dit is wel het geval in Amsterdam en Rotterdam. In andere plaatsen worden zij niet gescreend.

² Met de berekening van het bereik (100%) wordt bedoeld dat alle personen die in Nederland een verklaring nodig hebben, daadwerkelijk onderzocht worden.

bron: KNCV

Literatuur

Anoniem. *Monitoring Screening Immigranten.*

Tegen de Tuberculose, 2002: nr. 2 pag. 57

Borgdorff MW, et al. *Dekkingsgraad van vervolgscreening bij asielzoekers in Nederland?* In: Tegen de Tuberculose, 1998: nr. 1; pag. 12-14.

GGD Hart voor Brabant, GGD Flevoland. *Jaarverslag 2000. Tuberculose screening in Penitentiaire Inrichtingen.* 2001a.

GGD Hart voor Brabant, GGD Flevoland. *Jaarverslag Tuberculose screening asielzoekers in Opvangcentra 2000.* 2001b.

Kuyvenhoven JV, Lambregts CSB, Gerven PJHJ van. *Epidemiologie en bestrijding van tuberculose in Nederland.* NedTijdschrMicrobiol 2002; 10; 2:41-45

Van Naem en Partners. *Quickscan kosten basistaken WCPV.*

Woerden: Van Naem en Partners, 2002.

3.2.1.3 ANTIBIOTICUMRESISTENTIE BIJ ZIEKENHUISINFECTIES

Met medewerking van: E. Tiemersma (RIVM).

Bijna alle bacteriële infecties genezen na ongeveer drie dagen zonder dat iemand daarvoor moet worden behandeld. Bij een ernstige bacteriële infectie is behandeling met antibiotica noodzakelijk. Een probleem is dat bacteriën ongevoelig (resistent) kunnen worden voor antibiotica. (Multi)resistente bacteriën zijn moeilijker te bestrijden en de behandeling kan dus minder effectief zijn. Drie factoren beïnvloeden de ontwikkeling van resistentie:

- aard van de bacterie: bacteriën (het erfelijk materiaal) veranderen continu om te overleven in een vijandig milieu, zoals de aanwezigheid van antibiotica;

TABEL 22

Plaats en aantal personen met TBC of TBC-infectie, behandeld bij GGD'en en ziekenhuizen

verwijzing naar	soort patiënt	aantal
GGD	patiënten met tuberculose	370
	personen met recente tuberculose-infecties	1.531
ziekenhuis	patiënten met tuberculose	1.034

bron: KNCV, NTR

TABEL 23

Financiering van activiteiten op het gebied van preventie van tuberculose

preventiemethoden	budget (in € mln)	financier
taken GGD'en, exclusief 1 ^e screening asielzoekers en screening gedetineerden	18 ¹	gemeenten
1 ^e screening asielzoekers	1,9	COA/ministerie van Justitie
screening gedetineerden in gevangenissen	1,2	ministerie van Justitie
passieve opsporing en behandeling in ziekenhuizen	onbekend	ziektekostenverzekeraars
aanlevering NAW-gegevens, toeleiding naar screening en registratie in medisch dossier	1,1	MOA/ministerie van Justitie
coördinatie en andere taken KNCV	1,6	VWS: € 300.000 KNCV: € 1.300.000

¹ Van Naem en Partners, 2002

bron: KNCV

TABEL 24

Kwaliteitsmaatregelen van screening en behandeling van tuberculose

<i>kwaliteitsbewaking screening en behandeling</i>	<i>beschrijving/gebruikers</i>
Kwaliteitswet zorginstellingen	- systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg
Commissie Praktische Tuberculosebestrijding (CPT)	- richtlijnontwikkeling - consensusvorming - afstemming uitvoering bestrijding - ontwikkeling en onderhoud van het kwaliteitssysteem tuberculosebestrijding (ondersteund door KNCV)
Kwaliteitssysteem Tuberculosebestrijding	- beschrijving interventies - bundeling Regelgeving Praktische Tuberculosebestrijding (RPT) - kwaliteitsprofiel tuberculosebestrijding - jaarlijkse evaluatie bestrijding (Index tuberculosis) - evaluatie uitvoering door middel van programma voor visitaties van afdelingen tuberculosebestrijding van GGD'en
kwaliteitssystemen van GGD'en (ISO-certificering)	- bijvoorbeeld GGD Flevoland en GGD Hart voor Brabant
normering Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ)	- certificering van infectieziekten bij de GGD'en (inclusief tuberculose)

bron: KNCV

TABEL 25

Effecten van preventieactiviteiten op het gebied van tuberculose

<i>preventiemethode</i>	<i>uitkomstmaat</i>	<i>effectiviteit</i>
röntgenscreening op tuberculose	afwijkingen op longfoto	- de kans is gering dat tuberculose bestaat, terwijl er geen afwijkingen worden gevonden - afwijkingen kunnen ook op iets anders dan tuberculose berusten, sterk afhankelijk van de doelgroep
screening op tuberculose-infectie met behulp van tuberculine huidtest	afwijkende ('positieve') huidtest	- grote kans dat bij onderzoek van contacten en contactgroepen een positieve huidtest op een recente tuberculose-infectie wijst bij personen geboren na 1945 en niet gevaccineerd met BCG
behandeling tuberculose met medicijnen	afgesloten behandeling na 6 maanden met frequente supervisie door verpleegkundige GGD	- van de personen die een behandeling beginnen (en niet door andere oorzaken uitvallen/overlijden), maakt meer dan 90% deze ook af - een goed verlopen en afgesloten behandeling geeft 1-2% kans op een recidief
preventieve behandeling van de tuberculose-infectie met medicijnen	afgesloten preventieve behandeling na 6 maanden	- van de personen die een preventieve behandeling beginnen, maakt meer dan 65-70% deze ook af - een goed verlopen en afgesloten preventieve behandeling geeft 60-90% bescherming tegen het ontstaan van de ziekte tuberculose
BCG-vaccinatie		- de BCG-vaccinatie beschermt tegen de gevaarlijke complicaties van (primaire) tuberculose: hersenvliesontsteking als gevolg van tuberculose, algemene verspreiding door het lichaam (miliaire tuberculose) - de BCG-vaccinatie geeft een beperkte en onvoorspelbare bescherming tegen de ziekte tuberculose

bron: KNVC

- het gebruik van antibiotica: antibiotica die meerdere soorten bacteriën bestrijden (breedspectrum-antibiotica) kunnen ook andere bacteriën resistent maken, dan de bacteriën waarop de behandeling is gericht. Antibiotica die specifieke bacteriën bestrijden (selectieve antibiotica) hebben dan ook waar mogelijk de voorkeur;
- hygiëne: door een slechte hygiëne kunnen (resistente) bacteriën makkelijk verspreiden.

Antibioticumresistentie leidt tot onduidelijkheid bij patiënten. Patiënten die resistente bacteriën bij zich dragen worden vaak geconfronteerd met allerlei maatregelen, zoals maskers en handschoenen bij het ziekenhuispersoneel. De patiënten merken zelf niet dat ze drager zijn en kunnen de extra maatregelen als vervelend en confronterend ervaren. Bovendien kunnen patiënten het idee krijgen dat de aandacht voor hun oorspronkelijke klacht afneemt. Hulpverleners staan vaak voor dilemma's als het gaat om antibioticumresistentie. Patiënten die drager zijn van resistente bacteriën dienen geïsoleerd behandeld te worden. Isolatie van psychogeriatrische patiënten kan zeer nadelige gevolgen hebben voor de betreffende patiënt (Lampe, 2002).

Risicogroepen bij antibioticumresistentie zijn met name ziekenhuispatiënten die op de intensive care, interne geneeskunde of chirurgie worden opgenomen of verpleegd, en ouderen in verpleeghuizen. Zij hebben onvoldoende afweer om zelf infecties te boven te komen. Bovendien worden zowel in ziekenhuizen als in verpleeghuizen veel antibiotica gebruikt, waardoor de kans op een infectie met resistente bacteriën toeneemt. Verder is het risico van verspreiding van bacteriën groot bij grote open wonden, katheters, infusen en een schilferende huid. Ziekenhuis- en verpleeghuismedewerkers kunnen dragers zijn en bacteriën verspreiden.

Hoe groot de ziekte en sterfte als gevolg van antibioticumresistentie is, is onduidelijk. Uit sommige studies blijkt dat meer antibioticumkuren nodig zijn bij antibioticumresistentie en dat de opnameduur langer is, waardoor het risico van verspreiding van resistente bacteriën verder toeneemt. Andere studies vinden geen verschil tussen infecties met resistente en infecties met niet-resistente bacteriën. In elk geval is de bestrijding van resistente bacteriën zeer kostbaar. Als bijvoorbeeld meticilline-resistente staphylococcus aureus (MRSA) op een ziekenhuisafdeling wordt geconstateerd, moet de hele afdeling worden ontruimd en gesloten (tabel 26). MRSA is de belangrijkste veroorzaker van wondinfecties en ongevoelig geworden voor de meest gangbare antibiotica. Sinds 1997 is het aantal MRSA's toegenomen in Nederland (figuur 5).

Preventieve maatregelen beogen het aantal uitbraken van resistentie van bacteriën zo laag mogelijk te

houden en worden getroffen op verschillende vlakken en via verschillende methoden (tabel 26). Zo worden goed antibioticumgebruik en ziekenhuishygiëne gestimuleerd door middel van richtlijnen. Daarnaast wordt er voorlichting gegeven aan geïnteresseerden en specialisten. Verder vinden surveillance van antibioticumresistentie en monitoring van antibioticumgebruik plaats. Deze laatste twee zijn strikt genomen geen preventiemethoden, maar zorgen voor vroegtijdige signalering en onderbouwing interventie maatregelen (tabel 26). Verschillende organisaties zetten zich hiervoor in (tabel 27).

Ziekenhuizen dienen een verantwoorde zorg te leveren (tabel 26 en 27). Maatregelen tegen antibioticumresistentie en adequaat reageren op uitbraken van resistente bacteriën worden betaald uit het instellingsbudget van ziekenhuizen. De Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB) en de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) bieden ziekenhuizen hierbij ondersteuning. Vrijwel alle ziekenhuizen besteden aandacht aan infectiepreventie en beschikken over isolatie- en MRSA-protocollen (tabel 28). Wie voor de uitvoering van deze protocollen in de praktijk binnen het betreffende ziekenhuis verantwoordelijk is, is echter onduidelijk. Het merendeel van de ziekenhuizen geeft incidenteel bij- en nascholing en voert een actief antibioticabeleid (tabel 28).

In Nederland wordt veel aandacht besteed aan antibioticumresistentie. In vergelijking met andere landen heeft Nederland een lage prevalentie van antibioticumresistentie (EARRS, 2002). Echter, sinds 1997 is het aantal gevallen van MRSA gestegen in Nederland (figuur 5). Het percentage gevallen dat uit een buitenlands ziekenhuis afkomstig is daalt (figuur 6). Dit wijst erop dat MRSA binnen Nederland circuleert. De resistentie van MRSA tegen vrijwel alle andere gebruikelijke antibiotica is gedaald in de periode 1989-1996 (tabel 29). De resistentie van coagulase-negatieve stafylokokken is in de periode 1989-1998 over het algemeen licht gestegen (tabel 29). Deze bacteriën veroorzaken over het algemeen minder gevaarlijke infecties en zijn dan ook een minder groot probleem dan MRSA. Een zorgwekkende ontwikkeling is dat behalve de stijging van het totaalgebruik van antibiotica in Nederlandse ziekenhuizen, verschuivingen te zien zijn van eenvoudiger antibiotica naar antibiotica met een breder werkingsspectrum (Janknegt, 2001). Meer informatie over ziekenhuiszorg in het algemeen kunt u vinden in het brancherapport Cure.

Financiering

Een compleet beeld over de financiering van preventieactiviteiten op het gebied van antibioticumresistentie ontbreekt.

Literatuur

Bilkert-Mooiman MAJ, Koning J de, Meinders LW. *Isolatiebeleid, infectiepreventiebeleid en antibioticabeleid in Nederlandse ziekenhuizen*. Rijswijk: IGZ, 1996.

EARRS, European Antimicrobial Resistance Surveillance System. *Annual Report 2001*. Bilthoven: RIVM, 2002.

Janknegt R. *Antibiogramsurveillance*. Pharmaceutisch Weekblad, 2001; 136(22).

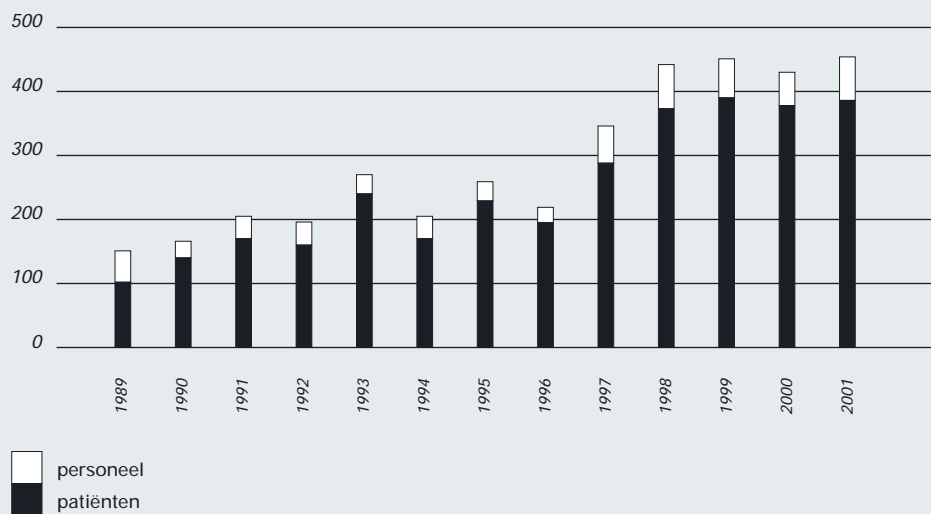
Lampe AS. *Beeld van binnen*. Infectieziekten Bulletin, 2002; 13(6): 236-237.

Neeling AJ de, Veen A van, Santen M van, Leeuwen WJ van, Janknegt R, Hendrix MGR. *Antibioticaresistentie bij stafylokokken in Nederlandse streeklaboratoria (1996-1998)*. Infectieziekten Bulletin, 1999; 10(4).

RGO, Raad voor Gezondheidsonderzoek. *Antibioticaresistentie*. Den Haag: RGO, 2000.

FIGUUR 5

Aantal gevallen van MRSA bij personeel en patiënten (1989-2001)

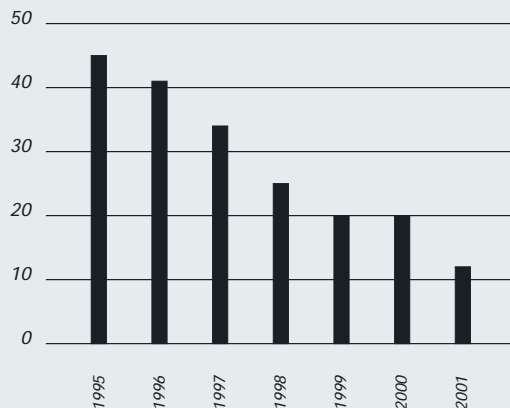


bron: RIVM

FIGUUR 6

MRSA-isolaten waarbij een verband is met een buitenlands ziekenhuis (1995-2001)

in %



bron: Wannet et al., 2002

Wannet WJB, Heck MEOC, Pluister GN, Diemen P van, Kesteren JH van, Neeling AJ de, Spalburg E, Geubbels ELPE, Tiemersma E. *MRSA in Nederlandse ziekenhuizen: surveillanceresultaten 2001 en toekomstige ontwikkelingen*. Infectieziekten Bulletin, 2002; 13(3): 110–113.

TABEL 26

Preventieactiviteiten op het gebied van antibioticumresistentie bij ziekenhuisinfecties

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>	<i>doelgroep</i>
stimuleren van goed antibioticumgebruik	<ul style="list-style-type: none"> - richtlijnen voor intramuraal antibioticumgebruik, zoals alleen indien noodzakelijk een antibioticum voorschrijven en (nog) niet alle soorten antibiotica gebruiken - deskundigheidsbevordering specialisten, zoals jaarlijks symposium, nascholing en naslagwerken (farmacotherapeutisch kompas, informatorium medicamentarium) 	<p>specialisten</p> <p>specialisten, apothekers</p>
stimuleren van ziekenhuishygiëne	<ul style="list-style-type: none"> - richtlijnen voor ziekenhuishygiëne, zoals regels voor hygiëne om ziekenhuisinfecties te voorkomen, isolatiemaatregelen na uitbraak, afstand tussen bedden groot genoeg houden en beperkt aantal verzorgenden per patiënt - 'search and destroy'-strategie: risicopatiënten checken, patiënten uit het buitenland isoleren totdat is gebleken dat ze geen MRSA hebben; na constatering van MRSA iedereen die met betreffende patiënt in aanraking is geweest screenen en daarna actief zorgen dat de MRSA wordt 'uitgeroeid' (afdelingen dicht, hygiënische maatregelen, patiënten met MRSA isoleren, personeel met MRSA naar huis sturen tot ze negatief zijn) - Kwaliteitswet zorginstellingen: instelling dient onder andere zorg te dragen voor een verantwoordelijkheids-toedeling waarmee verantwoorde zorg kan worden geboden 	<p>personeel in ziekenhuizen</p> <p>personeel in ziekenhuizen</p> <p>zorgaanbieder</p>
voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> - internetsites met informatie omtrent antibiotica en de opgestelde richtlijnen: www.swab.nl en www.wip.nl¹ - internetsites met informatie over surveillance van antibioticumresistentie: www.isis.rivm.nl en www.earss.rivm.nl¹ - infectieziekten bulletin met informatie over de opsporing, bestrijding en bewaking van infectieziekten en elke maand de stand van zaken omtrent MRSA¹ 	<p>geïnteresseerden</p> <p>onderzoekers, specialisten</p> <p>onderzoekers, specialisten</p>
surveillance antibioticumresistentie ²	<ul style="list-style-type: none"> - continu en systematisch verzamelen, analyseren en rapporteren van resistentiegegevens van antibiotica 	<p>overheid</p>
monitoring antibioticumgebruik ²	<ul style="list-style-type: none"> - verzamelen van gegevens over het gebruik van antibiotica in Nederlandse ziekenhuizen 	<p>overheid</p>

¹ SWAB=Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid; WIP=Werkgroep Infectie Preventie; ISIS=Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem; EARSS=European Antimicrobial Resistance Surveillance System (gecoördineerd door het RIVM); MRSA=meticilline-resistente staphylococcus aureus.

² Strikt genomen geen preventie. Echter, door surveillance kan vroegtijdig op ontwikkelingen ingespeeld worden en kunnen interventie maatregelen (zoals het ontwikkelen van richtlijnen) onderbouwd worden. Monitoring is van belang, omdat er een duidelijke associatie bestaat tussen antibioticagebruik en resistentie-ontwikkeling. Daarnaast vereist een doeltreffende strategie tegen antibioticumresistentie nauwe samenwerking en overleg op internationaal niveau.

TABEL 27

Organisaties die preventieactiviteiten uitvoeren op het gebied van antibioticumresistentie bij ziekenhuisinfecties en hun taak in dit kader

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
Stichting Werkgroep Antibiotica Beleid (SWAB; opgericht in 1996) ¹	ontwikkelen van richtlijnen voor intramuraal antibioticabeleid; deskundigheidsbevordering specialisten
Stichting Werkgroep Infectie Preventie (WIP; opgericht in 1981) ²	geven van adviezen en opstellen van richtlijnen betreffende infectiepreventie in de intramurale gezondheidszorg
College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	jaarlijks samenstellen van het farmacotherapeutisch kompas
Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAP)	jaarlijks samenstellen van het informatorium medicamentarium
RIVM	surveillance van antibioticumresistentie
Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen	antibioticaresistentie-onderzoek naar een achttal pathogenen
Referentie Laboratorium Bacteriële Meningitis, Amsterdam	surveillance van veroorzakers van bacteriële meningitis
Apotheker Janknegt, Maasland Ziekenhuis te Sittard	verzamelen van intramurale antibiotica gebruikgegevens
Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK)	verzamelen van intramurale antibiotica gebruikgegevens (met ingang van januari 2000)
International Medical Services Nederland ziekenhuizen (ziekenhuishygiënisten)	verzamelen van onder andere intramurale antibiotica gebruikgegevens handhaving van de richtlijnen op het gebied van antibioticumgebruik en ziekenhuishygiëne (136 ziekenhuizen in 1999)

¹ *Opgericht op initiatief van de Vereniging voor Infectieziekten, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers. Vanaf 2002 start de SWAB met surveilleren van resistentie en monitoren van antibioticumgebruik.*

² *In de werkgroep werken samen: De Vereniging voor Infectieziekten, de Vereniging voor Medische Microbiologie, de Nederlandse Vereniging voor Microbiologie en de Vereniging voor Hygiëne en Infectiepreventie in de Gezondheidszorg.*

bron: RGO, 2000

TABEL 28

Bereik van preventieactiviteiten op het gebied van antibioticumresistentie bij ziekenhuisinfecties

<i>activiteit</i>	<i>bereik</i>	<i>bron</i>
aantal ziekenhuizen waar bij- en nascholing wordt gegeven op het gebied van infectiepreventie	16, waarvan bij 1 structureel	Bilkert-Mooiman et al., 1996. (onderzoek uitgevoerd bij een steekproef van 25 ziekenhuizen)
aantal ziekenhuizen dat een actief antibioticabeleid voert	18	idem
aantal ziekenhuizen dat aandacht besteedt aan infectiepreventie	25	idem
aantal ziekenhuizen dat beschikt over een isolatieprotocol en een MRSA-protocol	25	idem
oplage van het (gedrukte) Infectieziekten Bulletin (IB)	1.200 ¹	RIVM

¹ *Het bereik is groter dan de oplage van de gedrukte versie. Ten eerste kan het IB ook gelezen worden via internet; ten tweede wordt het IB verspreid over tal van organisaties (zoals GGD'en en ziekenhuizen) waar het vaak door meer dan één persoon gelezen wordt. Verder wordt het IB verzonden aan vrijwel alle professionals op het gebied van infectieziekten: van medisch microbiologen tot het Aids Fonds.*

3.2.2 HART- EN VAATZIEKTEN

Hart- en vaatziekten (HVZ), waaronder coronaire hartziekten (CHZ), hartfalen en beroerte zijn veel voorkomende aandoeningen. Een deel van de sterfte aan CHZ en beroerte kan worden toegeschreven aan roken, lichamelijke inactiviteit en een voedingspatroon met veel verzadigd vet (zie paragraaf 3.3). Om nieuwe gevallen van HVZ te voorkomen is het dan ook belangrijk een gezonde leefstijl te bevorderen; dat wil zeggen niet roken (paragraaf 3.3.1), voldoende lichamelijke activiteit (paragraaf 3.3.2) en een voedingspatroon met weinig verzadigd vet (paragraaf 3.3.3.1).

Personen met hoge bloeddruk, diabetes mellitus of een verhoogd cholesterolgehalte hebben een verhoogd risico op het krijgen van HVZ. Dit geldt ook voor mensen die al HVZ hebben gehad of als CHZ bij ouders, broers of zusters is opgetreden vóór het 60^e levensjaar. Personen die daarbij een ongezonde leefstijl of overgewicht hebben lopen nog meer risico. Om nieuwe gevallen van HVZ te voorkomen is het belangrijk deze personen te identificeren en tijdig te behandelen met leefstijladviezen en eventueel met bloeddruk- of cholesterolverlagende medicijnen. De screening en behandeling vindt plaats in de zorgsector door huisartsen, specialisten, verpleegkundigen en paramedici zoals diëtisten (zie ook brancherapport Cure).

3.2.2.1 SCREENING OP VERHOOGDE BLOEDDRUK

Met medewerking van: L. Van Leest (RIVM), W.M.M. Verschuren (RIVM), T. Drenthen (NHG).

Met een toenemende verhoging van de bloeddruk neemt de kans op hart- en vaatziekten (HVZ) en sterfte toe. Van de sterfte in Nederland kan 6,1% worden toegeschreven aan de gevolgen van een verhoogde bloeddruk (Polder et al., 2002). Van de bevolking heeft 13% van de mannen en 12% van de vrouwen (20–59 jaar) een verhoogde bloeddruk (Van Leest et al., 2002; tabel 30). Bij mannen stijgt het aantal personen met een verhoogde bloeddruk licht, bij vrouwen is het aantal constant. Bij bloeddrukmetingen door huisartsen is er sprake van een verhoogde bloeddruk bij een systolische bloeddruk hoger dan 160 mmHg of een diastolische bloeddruk hoger dan 95 mmHg.

Screening van de gehele bevolking op bloeddruk is niet kosteneffectief door de enorme organisatie die dat met zich meebrengt (Bots, 2001). Wel is aanzienlijke gezondheidswinst te behalen door opsporing en behandeling van een te hoge bloeddruk bij hoogrisicopatiënten (tabel 35). Voor screening op verhoogde bloeddruk in de huisartspraktijk zijn richtlijnen ontwikkeld die omschreven worden in de NHG-standaard. Opsporing van een verhoogde bloeddruk via de huisarts lijkt een zeer geschikte manier omdat vrijwel elke Nederlander bij een huisarts is ingeschreven.

TABEL 29

Resistentiepercentages van MRSA (1989–1996) en coagulase-negatieve stafylokokken (1989–1998) tegen verschillende antibiotica

<i>antibioticum</i>	<i>MRSA</i>		<i>coagulase-negatieve stafylokokken</i>
	<i>resistent in 1996 (in %)</i>	<i>trend (1989–1996)</i>	<i>trend (1989–1998)</i>
meticilline	100	gelijk gebleven	stijging (van 17% in 1989 tot 38% in 1998)
amikacine	25	lichte daling	n.g.
gentamicine	44	daling	stijging
neomycine	38	lichte daling	n.g.
tetracycline	36	daling	n.g.
doxycycline	28	--	begin jaren 90 daling, eind jaren 90 weer terug op oude niveau
ciprofloxacine	59	lichte daling	stijging
sparfloxacine	49	--	n.g.
erytromycine	64	lichte daling	stijging (van 23% in 1989 tot 40% in 1998)
clindamycine	41	lichte daling	n.g.
chlooramfenicol	8	lichte daling	n.g.
cotrimoxazol	12	lichte stijging	begin jaren 90 daling, eind jaren 90 stijging
rifampicine	24	lichte daling	n.g.
vancomycine	0	gelijk gebleven	n.g.
fusidinezuur	3	lichte daling	n.g.
mupirocine	1	lichte daling	n.g.

-- onbekend, omdat resistentie niet in elk jaar bepaald is, is trend onduidelijk.
n.g. niet gerapporteerd in het betreffende artikel van De Neeling.

bron: De Neeling et al., 1999

In de richtlijnen wordt onder andere aangegeven welke risicogroepen één keer per jaar op bloeddruk gescreend dienen te worden (tabel 31). Er is geen actieve oproep voor screening, tijdens een spreekuurbezoek wordt de bloeddruk gemeten. Voor de diagnose en behandeling zijn in de NHG-standaard ook richtlijnen omschreven. In eerste instantie hebben leefstijladviezen de voorkeur. Wanneer het risico op HVZ te hoog is worden medicijnen voorgeschreven (tabel 31).

De afgelopen jaren zijn twee projecten uitgevoerd om de screening op verhoogde bloeddruk in de huisartspraktijk te verbeteren (tabel 31). Ondanks goede resultaten zijn de projecten niet voortgezet, onder andere omdat de belasting van de huisartsen te groot was (tabel 34). Niet alleen huisartsen maar ook specialisten screenen personen met een hoog risico op een verhoogde bloeddruk. Voor screening door specialisten zijn ook richtlijnen opgesteld (tabel 32). Algemene gezondheidsvoorlichting over de gevolgen van een verhoogde bloeddruk wordt door GGD'en de Nederlandse Hartstichting gegeven. De NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) geeft onder andere een patiëntenbrief uit voor voorlichting voor patiënten met een verhoogde bloeddruk (tabel 32).

Naar schatting maakten in het jaar 2000 ruim 888.000 mensen in Nederland gebruik van bloeddrukverlagende medicatie. Wanneer de NHG-standaard strikt wordt nageleefd, komen ongeveer 289.000 personen in aanmerking voor medicatie (Van Buuren et al., 2001). Met de screening door huisartsen wordt minder dan de helft van de personen met verhoogde bloeddruk opgespoord (tabel 33). De kosten van de geregistreerde bloeddrukverlagende geneesmiddelen zijn

ongeveer € 22 per maand of lager (CBO, 2000). Per inwoner van 20 jaar en ouder bedragen de kosten van preventie (opsporing en behandeling inclusief voortgezette behandeling van de huidige groep behandelenden) ongeveer € 28 per jaar. De medische consumptie als gevolg van hoge bloeddruk is 8,4% van de totale medische consumptie (CBS, POLS).

Uit onderzoek komt naar voren dat 70% van de personen nu onterecht behandeld wordt, omdat patiënten niet geheel volgens de NHG-standaard medicijnen voorgeschreven krijgen (Van Buuren et al., 2001). Door bij behandeling met medicijnen meer rekening te houden met andere risicofactoren van HVZ zou de doelmatigheid van screening en behandeling kunnen worden vergroot. De kosteneffectiviteit van het gebruik van medicijnen bij verhoogde bloeddruk is groter dan die van cholesterolverlagende medicijnen doordat bloeddrukverlagende medicijnen goedkoper zijn en het risico op zowel coronaire hartziekten als hartfalen en beroerte wordt verlaagd (tabel 35). Over het algemeen hebben leefstijladviezen een bescheiden invloed op de bloeddrukverlaging met uitzondering van stoppen met roken (tabel 35).

Financiering

Onvoldoende gegevens gevonden om een compleet beeld te geven.

TABEL 30

Doelgroepen van preventie gericht op een verhoogde bloeddruk

<i>risicogroepen</i>	<i>grootte van groep</i>
patiënten met een verhoogd risico op HVZ (risicofactoren)	per normpraktijk zijn er gemiddeld 60 patiënten van 60 jaar zonder een hoog risico en 30 met een verhoogd risico
- personen jonger dan 60 jaar met een verhoogde bloeddruk	12% van de mannen 13% van de vrouwen
- personen ouder dan 60 jaar zonder diabetes mellitus, familiale hypercholesterolemie of HVZ	- 2.896.473 (Poos, 2001) - per normpraktijk zijn er gemiddeld 300 60-jarigen (Van Leest et al., 2001)
- personen ouder dan 60 jaar met diabetes mellitus, familiale hypercholesterolemie of HVZ	--
- patiënten met een verhoogd risico op HVZ (risicofactoren)	per normpraktijk zijn er gemiddeld 60 patiënten van 60 jaar zonder een hoog risico en 30 met een verhoogd risico

Literatuur

Bots ML. *Wie doet wat?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Preventie\Gericht op determinanten\Preventie op lichamelijke eigenschappen\Bloeddruk, 18 juni 2001.

Buuren S van, Boshuizen HC, Witteman JC, Reijneveld SA. *Doelmatigheid van opsporing en behandeling van hypertensie*. Leiden: TNO-preventie en gezondheid, 2001. TNO-rapport PG/VGZ/2001.001.

CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. *Herziening richtlijn hoge bloeddruk*. Utrecht: CBO, 2000.

Gezondheidsraad. *Keukenzout en bloeddruk*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000. publicatienr. 2000/13.

Leest LATM van, et al. *De effecten van invoering van preventie van hart- en vaatziekten: evaluatie van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk, hart- en vaatziekten 1998-2000.'* Centre for Quality of Care Research (WOK). Nijmegen, mei 2001.

Leest LATM van, Koek HL, Bots ML, Verschuren WMM. *Hart- en vaatziekten in Nederland 2002, cijfers over ziekte en sterfte*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2002.

NHG, Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG standaarden. Internet: <http://nhg.artsennet.nl/standaarden/m17/start.htm>, 24 juni 2002.

Nivel. Internet: www.nivel.nl/feiten en cijfers > gezondheidszorg\beroepsbeoefenaren\huisarts\kort en bondig, augustus 2002.

Polder JJ, Takken J, Meeding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ. *Kosten van ziekten in Nederland. De zorgeuro ontrafeld*. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270751005 ism Erasmus MC, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM, 2002.

Poos MJJC. *Hoe is de huidige situatie?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Demografische en sociaal-economische kenmerken\Demografische kenmerken\Totale bevolking, 24 september 2001.

TABEL 31

Activiteiten gericht op preventie van hoge bloeddruk in de huisartspraktijk

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>	<i>beschrijving</i>
NHG-richtlijnen	handelen van huisartsen	richtlijn voor behandeling van gediagnosticeerde verhoogde bloeddruk <ul style="list-style-type: none"> - screening: één keer per jaar bloeddrukmeting bij spreekuurbezoekers (geen actieve oproep): personen boven de 60 jaar, met hypertensie in het verleden of incidenteel verhoogde bloeddruk, diabetes mellitus, HVZ, medicamenteuze cholesterolbehandeling of hart vaatziekte bij familieleden. Bij verhoogde bloeddruk 3 à 5 vervolfbezoeken - diagnostiek: richtlijnen voor werkwijze voor meting, diagnose, achterhalen voorgeschiedenis van patiënt, lichamenlijk onderzoek en aanvullend onderzoek (onder andere. bloed- en urinetest) - behandeling: richtlijnen voor streefwaarden, voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen, medicamenteuze therapie, controles en consultatie/verwijzing
voorlichting patiënt	NHG-patiëntenfolders en -brieven	informatie gebaseerd op de standaarden, zonder moeilijke termen
	mondelinge voorlichting	leefstijladvies over stoppen met roken, minder alcoholgebruik, verlaging van zoutinname, veel bewegen en afvallen bij een te hoog gewicht
projecten	interventieprogramma CARPE	Cardiovascular Risk reduction in Primary Care (1996-1999): ondersteuning van huisarts door consulente met doel zorg aan patiënten met cardiovasculaire aandoeningen of risicofactoren te optimaliseren (n=62 praktijken, per praktijk 15 bezoeken van consulente)
	preventie: maatwerk, HVZ (1998-2000)	programmatische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk door middel van optimalisatie van opsporen, registreren, actualiseren en bijhouden van risicofactoren bij patiënten met een hoog risico op HVZ. Ook optimalisatie van opsporen van hypertensie bij 60-jarigen zonder bekend hoog risico (project n=1000 huisartsen, evaluatie n=420 huisartsen)

WOK, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Nijmegen, Instituut Huisartsengeneeskunde, Rotterdam. *Optimaliseren van de zorg voor patiënten met cardiovasculaire aandoeningen of risicofactoren in de huisartspraktijk: Evaluatie van het CARPE-project 'Cardiovascular Risk reduction in Primary care'*. Nijmegen/Rotterdam: WOK/Instituut Huisartsengeneeskunde, 2001.

TABEL 32

Aanbieders van preventiemaatregelen tegen hoge bloeddruk

<i>aanbieders</i>	<i>taken bij preventie van hoge bloeddruk</i>
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	- ontwikkeling van cardiovasculaire standaarden en richtlijnen, patiëntenfolders en -brieven
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	- belangenbehartigingsorganisatie voor huisartsen - bevorderen van goed functioneren van huisartsen - bevorderen van de deskundigheid van huisartsen - ondersteunen van huisartsen
Districts Huisartsen Verenigingen	- ondersteuning met behulp van preventiemedewerkers van huisartsen bij de uitvoering van preventieactiviteiten
huisartsen	- voeren de opsporing en behandeling van een hoge bloeddruk uit (n=7.763 huisartsen in 2001) (Nivel, 2002)
Nederlandse Hartstichting	- in samenwerking met CBO de herziene richtlijnen voor hoge bloeddruk uitgebracht - preventieactiviteiten: landelijke campagnes, samenwerking met uitvoerende organisatie, ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal, geven van patiënteninformatie en ondersteunen van diverse gezondheidsbevorderende initiatieven
CBO	- kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg. Heeft in samenwerking met de Nederlandse hartstichting de herziene richtlijnen voor hoge bloeddruk uitgebracht
Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)	- betrokken bij nascholing van assistenten en betrokken bij het project 'Preventie: Maatwerk'

bron: RIVM

TABEL 33

Bereik van screening en behandeling door huisartsen volgens de NHG-standaard

<i>maat</i>	<i>bereik</i>
personen met verhoogde bloeddruk	met behulp van de NHG-standaard worden 40% van de personen met verhoogde bloeddruk opgespoord
terechte behandeling	van de opgespoorde gevallen wordt 94% terecht behandeld
NNT (numbers needed to treat)	12 personen moeten worden behandeld om 1 geval van HVZ te voorkomen
NNS (numbers needed to screen)	503 personen moeten gescreend worden om een geval van HVZ te voorkomen

bron: Van Buuren et al., 2001

TABEL 34

Effecten van de (afgeronde) projecten ter preventie van verhoogde bloeddruk

<i>activiteit</i>	<i>uitkomstmaat</i>	<i>doeltreffendheid</i>
CARPE	zorgverlening	de zorgverlening van patiënten met een hoog risico op HVZ kan verbeterd worden met een intensieve interventie
	verbetering medisch handelen (voorlichting, advies, controle ogen en voeten bij diabetes-patiënten en controle op progressieve hartfalen)	5% verbetering in vergelijking 0% in controlegroep
	registratie van verschillende risicofactoren van hoogrisicopatiënten	11–29% verbetering in vergelijking met 3–21% in controlegroep
Project 'Preventie: maatwerk, HVZ'	randvoorwaarden activiteit	de belangrijkste randvoorwaarden voor programmatische preventie zijn gerealiseerd
	registratie van verschillende risicofactoren van hoogrisicopatiënten	meer registratie van risicofactoren bij doelgroep van het project (60-jarigen) twee keer zo vaak wordt de bloeddruk van 60-jarigen zonder bekend hoog cardiovasculair risico geregistreerd

bron: WOK/Instituut Huisartsgeneeskunde, 2001; Van Leest et al., 2001

TABEL 35

Effectiviteit van preventie gericht op verlaging van hoge bloeddruk

<i>activiteit</i>	<i>uitkomstmaat</i>	<i>effectiviteit</i>	<i>bron</i>
NHG-standaard	QALY's (quality adjusted life year)	gezondheidswinst bij strikte naleving van de NHG-standaard is 158.000 QALY's (voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaar)	Van Buuren et al., 2001
screening	eenmalige bloeddrukmeting	20% foute diagnoses bij eenmalige meting. Betrouwbaarheid neemt toe bij meerdere metingen op verschillende tijdstippen	NHG, 2002
behandeling zonder medicijnen	roken	geeft van de behandeling zonder medicatie veruit de belangrijkste risicodaling van HVZ. De hoogte van de bloeddruk wordt echter niet beïnvloed	NHG, 2002; Van Buuren et al., 2001
	reductie lichaamsgewicht	reductie lichaamsgewicht leidt meestal tot een daling van bloeddruk	NHG, 2002
	vermindering van natriumname	effect natriumbeperving is gering of soms afwezig	NHG, 2002; Gezondheidsraad, 2000
	lichamelijke activiteit	het is onduidelijk of lichamelijke activiteit de bloeddruk verlaagt; advies om te bewegen blijft (verlaagt risico op HVZ)	NHG, 2002
	totaal aan behandeling zonder medicijnen	op individueel niveau leidt dit tot een bescheiden bloeddrukverlaging, op populatieniveau is gezondheidswinst veel groter. Deze maatregelen zijn niet kosteneffectiever en sterfte en ziekte nemen niet af (uitzondering is roken)	NHG, 2002
behandeling met medicijnen	verhoogde bloeddruk	55% van de personen die behandeld worden voor hoge bloeddruk heeft daadwerkelijk een bloeddruk boven de 160/95 grens	Van Buuren et al., 2001
		herscreening van gehele groep behandelde personen zou resulteren in het stoppen van medicatie in 70% van de gevallen	Van Buuren et al., 2001

3.2.2.2 CHOLESTEROLVERLAGENDE MEDICIJNEN

Met medewerking van: W.M.M. Verschuren, A. van de Berg Jeths, L. van Leest (RIVM).

Een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed is een belangrijke risicofactor voor het optreden van coronaire hartziekten (CHZ), waaronder myocard infarct (hartaanval) en angina pectoris (pijn op de borst). Van de bevolking van 20–69 jaar heeft 13% een matig verhoogd en ongeveer 1,5% een ernstig verhoogd cholesterolgehalte (figuur 7).

Cholesterol wordt in het bloed vervoerd gebonden aan eiwitten, als zogenoemde lipoproteïnen. Er zijn drie soorten lipoproteïnen te onderscheiden: LDL, HDL en VLDL. LDL verhoogt het risico op CHZ. De HDL-deeltjes voeren het cholesterol af uit de weefsels en beschermen zo tegen CHZ. Een verlaagde concentratie HDL-cholesterol is ongunstig; dit is het geval bij ongeveer 19% van de mannen en 4% van de vrouwen van 20–69 jaar (figuur 7).

Ongeveer 1 op de 400 Nederlanders heeft familiale hypercholesterolemie (FH), een erfelijke aandoening die meestal leidt tot een veel te hoog cholesterolgehalte. Daardoor lopen mensen met FH een verhoogd risico op vroegtijdige sterfte aan CHZ. Veel mensen met FH weten niet dat zij deze aandoening hebben. De Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie (StOEH) spoort patiënten met FH op door middel van familie- en DNA-onderzoek (tabel 39).

Het cholesterolgehalte in het bloed wordt voor een belangrijk deel bepaald door voedings- en andere leefgewoonten, waarbij met name de

verzadigd-vetinname van belang is. Daarom dienen preventiemaatregelen zich allereerst te richten op het adviseren en ondersteunen van een gezonde leefstijl. Cholesterolverlagende medicijnen worden gebruikt wanneer deze risicoverminderende maatregelen niet (voldoende) effectief zijn en mensen een verhoogd risico op CHZ houden (tabel 38). In de eerste plaats komen personen die al hart- en vaatziekten hebben in aanmerking voor behandeling met medicijnen, bijvoorbeeld om een volgende hartaanval te voorkomen (secundaire preventie). In de tweede plaats is behandeling met medicijnen geïndiceerd bij personen zonder hart- en vaatziekten, maar met een verhoogd risico. De behandeling is dan gericht op het voorkomen van hart- en vaatziekten (primaire preventie). In theorie is een dergelijke hoogrisicostrategie (behandelen van mensen die een te hoog risico lopen op CHZ) minder effectief in het verminderen van het aantal nieuwe gevallen van CHZ dan een strategie die erop is gericht dat de gehele bevolking een gezondere leefstijl krijgt (tabel 37). In de praktijk worden deze strategieën naast elkaar gebruikt. Criteria voor wie in aanmerking komen voor medicamenteuze behandeling zijn beschreven in de 'Tweede herziening consensus cholesterol' (CBO, 1998; tabel 36). Behandeling met medicijnen is geïndiceerd bij personen met een absoluut risico op CHZ (gebaseerd op leeftijd, geslacht, roken, bloeddruk, ratio totaal/HDL-cholesterol, diabetes), waarbij de kosten per gewonnen levensjaar maximaal € 18.000 bedragen. De Gezondheidsraad heeft eveneens advies uitgebracht over cholesterol (Gezondheidsraad, 2000). In grote lijnen komen de aanbevelingen

TABEL 35 (vervolg)

Effectiviteit van preventie gericht op verlaging van hoge bloeddruk

activiteit	uitkomstmaat	effectiviteit	bron
behandeling met medicijnen	medicijnen	alle beschikbare bloeddrukverlagende geneesmiddelen hebben gemiddeld eenzelfde bloeddrukverlagend effect	CBO, 2000
	kosteneffectiviteit	behandeling van verhoogde bloeddruk is bij eenzelfde HVZ uitgangsrisko kosteneffectiever dan behandeling van verhoogd cholesterol; bloeddrukverlagende geneesmiddelen zijn goedkoper en verlaging van de bloeddruk vermindert kans op coronaire hartziekte en ook hartfalen en beroerte	
		het bij de opsporing betrekken van andere risicofactoren voor HVZ dan hoge bloeddruk, kan de doelmatigheid van de screening en behandeling vergroten; voor huisartsen is het van belang dat dit bij dezelfde screenings- en behandelingsvolume (inspanningen, tijd, kosten) kan blijven plaatsvinden	Van Buuren et al., 2001
	ziekte en sterfte	behandeling van 'jonge' ouderen (60–80 jaar) geeft een belangrijke reductie in sterfte en ziekte	CBO, 2000
		bij hoger uitgangsrisko is de te behalen gezondheidswinst groter	CBO, 2000

in dit advies overeen met die van het CBO. Wel is de schatting van het aantal personen dat voor behandeling met medicijnen in aanmerking komt in het advies van de Gezondheidsraad iets hoger dan in de CBO-consensus.

In 1998 werd geschat dat 300.000–530.000 mensen in aanmerking komen voor behandeling met cholesterolverlagende middelen (tabel 36). In 2000 waren er naar schatting 609.000 gebruikers van statines² (bron: Geneesmiddelen Informatie Project, CVZ). Ongeveer 60% van de gebruikers kreeg in 1999 al 2 jaar of langer statines voorgeschreven. De overige gebruikers zijn mensen met kortdurend gebruik (die net gestart zijn of gestopt) (CVZ, 2002). Het is niet bekend of alle behandelde personen aan de CBO-criteria voldoen. Over de omvang van over- of onderbehandeling in Nederland zijn echter geen gegevens beschikbaar. De afgelopen jaren is het gebruik van statines enorm gegroeid. De groei van het aantal nieuwe gebruikers is in 1998 voor het eerst iets minder sterk, maar toch nog aanzienlijk (Mantel-Teeuwisse et al., 2002). Cholesterolverlagende middelen worden over het algemeen voorgeschreven door huisartsen, cardiologen en internisten (tabel 39). De in Nederland voorgeschreven geneesmiddelen voor de behandeling van een verhoogd cholesterol bestaan nagenoeg geheel uit statines. In 2001 ging het om 2,7 miljoen voorschriften (figuur 8). De totale kosten daarvan bedroegen in dat jaar € 255 mln (tabel 40). Cholesterolverlagers worden geheel vergoed via de ziektekostenverzekeringen. Er is thans discussie gaande of rokers nog in aanmerking komen voor een vergoeding van statines.

Vijf grote interventiestudies geven tezamen een beeld van de effectiviteit van behandeling met statines, zowel bij mannen en vrouwen, op middelbare en oudere leeftijd en bij verschillende aanvangsniveaus van het cholesterolgehalte. De resultaten van deze trials zijn zeer eensluidend en laten zien dat door middel van de medicijnen het totaal cholesterol met 20% kan worden verlaagd en het HDL-cholesterol met 5% verhoogd. De sterfte aan CHZ is 30% lager bij de proefpersonen die zijn behandeld met cholesterolverlagers, ten opzichte van de niet behandelde proefpersonen (LaRosa, 1999; tabel 41).

² Statines remmen het enzym in de lever dat de snelheid van cholesterol-synthese regelt. Hierdoor worden de LDL-receptoren gestimuleerd en neemt het wegvangen van LDL uit de bloedbaan toe. Tot de statines behoren simvastatine, pravastatine, fluvastatine en atorvastatine en cerivastatine.

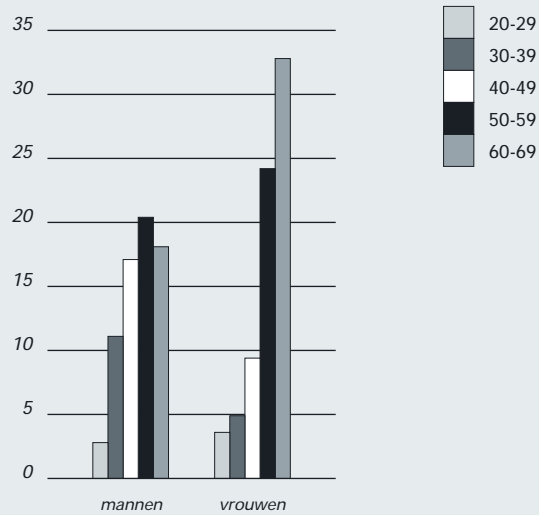
FIGUUR 7

Aantal mensen met een verhoogd cholesterolgehalte of een verlaagd HDL-cholesterolgehalte¹

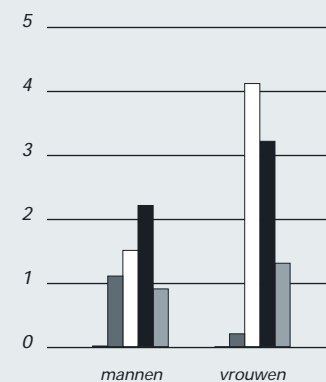
1998–2000 (n= circa 8.000).

in %

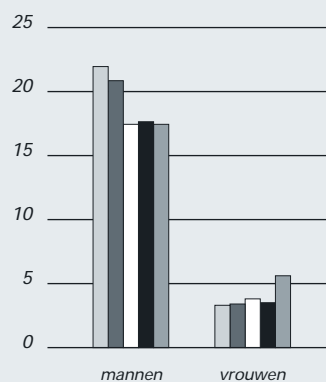
matig verhoogd cholesterol²



ernstig verhoogd cholesterol³



verlaagd HDL⁴



¹ Om voor behandeling met cholesterolverlagende medicijnen in aanmerking te komen is niet alleen het cholesterolgehalte van belang, maar wordt gekeken naar het totale risico dat iemand loopt op het krijgen van CHZ.

² Totaal cholesterolgehalte tussen de 6,5 en 8 mmol/l.

³ Totaal cholesterolgehalte \geq 8 mmol/l.

⁴ Het beschermende HDL-cholesterolgehalte is lager dan 0,9 mmol/l.

TABEL 36

Mensen die volgens de CBO-Consensus Cholesterol in aanmerking komen voor behandeling*Met cholesterolverlagende middelen vanwege een hoog (absoluut) risico¹ op CHZ.*

<i>doelgroep</i>	<i>grootte</i>
personen met CHZ ^{2,3}	150.000–230.000
personen zonder CHZ, maar met verhoogd risico ³	50.000–200.000
personen met erfelijke hyperlipidemie	100.000
totaal	300.000–530.000

¹ Een risico van minstens 25% per 10 jaar op 40-jarige leeftijd tot minstens 40% per 10 jaar op 70-jarige leeftijd.² Vaatlijden: hartinfarct, angina pectoris, hartfalen, beroerte, perifere vaatlijden.³ Afhankelijk van de gekozen bron (huisartsenregistratie of epidemiologisch onderzoek).

bron: CBO, 1998

TABEL 37

Strategieën om potentiële nieuwe CHZ-patiënten wegens te hoog cholesterolgehalte terug te dringen

<i>strategie</i>		<i>geschatte afname van nieuwe gevallen van CHZ in de komende 10 jaar (in %)</i>	
		<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>
gericht op de gehele bevolking	I terugbrengen van de verzadigd vetinname uit voeding tot 10 energie%	7	11
	II terugbrengen van de vetinname uit transvetzuren tot 0,5 energie%	8	10
	III terugbrengen van het aantal rokers met 25%	4	4
	- combinatie van strategie I, II en III	16	15
gericht op de groep met een hoog risico op CHZ	behandelen met cholesterolverlagende middelen conform CBO-Consensus Cholesterol	2	1

bron: RIVM

TABEL 38

Groepen die op basis van CBO-Consensus Cholesterol in aanmerking komen voor preventieve behandeling

<i>behandeling</i>	<i>doelgroepen</i>
behandeling met leefstijladviezen ¹ en cholesterolverlagende medicijnen ²	<ul style="list-style-type: none"> - personen die op grond van hun geslacht, bloeddruk, totaal/HDL cholesterol ratio, diabetes ja/nee, roken ja/nee, een risico op CHZ hebben zoals vermeld in de CBO-Consensus² - personen met CHZ met een totale cholesterolconcentratie van meer dan 5,0 mmol/l tot de leeftijd van 70 (mannen) en 75 jaar (vrouwen) - mensen met erfelijke hypercholesterolemie

¹ Voorlichting over risicofactoren, advies over stoppen met roken, gezonde voeding, regelmatig lichaamsbeweging en gezond gewicht.² Simvastatine, pravastatine, of eventueel fluvastatine en atorvastatine. Indien de cholesterolconcentratie na 3 maanden lager is dan (5 mmol/l: dosis continueren anders dosis verdubbelen (eenmalig).³ Een risico van minstens 25% per 10 jaar op 40-jarige leeftijd tot minstens 40% per 10 jaar op 70-jarige leeftijd.

bron: CBO, 1998

Literatuur

CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing). *Consensus cholesterol. Tweede herziening april 1998*. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications, 1998.

CVZ, College voor Zorgverzekeringen. *Herziening voorwaarden aanspraak cholesterolverlagende middelen*. Publicatienummer 114. Amstelveen: CVZ, 2002.

Gezondheidsraad. *Cholesterolverlagende therapie*. Advies nr. 2000/17. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.

LaRosa JC, He J, Vupputuri S. *Effect of statins on risk of coronary disease. A meta-analysis of randomized controlled trials*. JAMA 1999; 282: 2340-2346.

Leest LATM van, Koek HL, Bots ML, Verschuren WMM. *Hart- en vaatziekten in Nederland 2002, cijfers over ziekte en sterfte*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2002.

Mantel-Teeuwisse AK, Klungel OH, Verschuren WMM, Porsius A, Boer A de. *Time trends in lipid lowering drug use in The Netherlands. Has the backlog of candidates for treatment been eliminated?* Br J Clinical Pharmacology, 2002 (accepted).

3.2.3 NIEUWVORMINGEN

Nieuwvormingen kunnen goedaardig, maar ook kwaadaardig zijn. Een ander woord voor kwaadaardige nieuwvormingen is kanker. Het ontstaan

van sommige kankers is te voorkomen door een gezonde leefstijl. Zo is een groot deel van de nieuwe gevallen van longkanker te voorkomen door het aantal rokers te verminderen (paragraaf 3.3.1). Voor een aantal nieuwvormingen zijn er methoden om de kanker in een vroeg stadium op te sporen. Op grote schaal gebeurt dat in de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker en baarmoederhalskanker. Voor dikke darm- en prostaatkanker wordt in grote proefprojecten onderzocht of het zinvol is screening op grote schaal toe te passen.

3.2.3.1 BEVOLKINGSONDERZOEK BORSTKANKER

Met medewerking van: J. Fracheboud (Erasmus MC-IMGZ).

Door borstkankerscreening is borstkanker in een vroegtijdig stadium op te sporen, nog voordat vrouwen klachten hebben. De ziekte zelf wordt door screening dus niet voorkomen, maar door vroege opsporing is de kans op uitzaaiingen kleiner, de therapie mogelijk minder ingrijpend en de overlevingskans groter. De screening bestaat uit een landelijk bevolkingsonderzoek, waarbij vrouwen van 50-75 jaar elke twee jaar worden uitgenodigd om zich te laten screenen (figuur 9; Fracheboud & De Koning, 2002). In 1988 is het landelijk bevolkingsonderzoek naar borstkanker gestart met het screenen van vrouwen van 50 tot 70 jaar. Het heeft bijna tien jaar geduurd voordat sprake was van een volledig landelijke dekking van het programma. Sinds 1998 heeft de minister van VWS besloten ook vrouwen tussen

TABEL 39

Actoren die betrokken zijn bij de verlaging van cholesterol met behulp van medicijnen

aanbieder	taak
huisartsen	- meten van het cholesterolgehalte bij spreekuurbezoekers met risicofactoren voor hart- en vaatziekten - nagaan van andere risicofactoren en op basis van totale risicoprofiel bij personen met een hoog (absoluut) risico behandeling met cholesterolverlagende medicatie en 'stop met roken'-advies
cardiologen	- bepalen van risicoprofiel bij patiënten en zo nodig voorschrijven medicatie
internisten	- bepalen van risicoprofiel bij patiënten en zo nodig voorschrijven medicatie
lipidepoliklinieken	- behandelen van personen met een hoog risico op CHZ; er zijn 75 lipidepoliklinieken in Nederland
Stichting Bloedlink	- geven van voorlichting over erfelijke hypercholesterolemie aan publiek en belanghebbenden
StOEH	- opsporen van mensen met erfelijke hypercholesterolemie
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO)	- ontwikkeling van richtlijnen onder meer voor behandeling en preventie van CHZ door verlaging van de cholesterolconcentratie
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)	- richtlijnen voor huisartsen toepasbaar maken - implementatie en toepassing van de richtlijnen

70 en 75 jaar te laten screenen. De uitbreiding is in 1998, 1999 en 2000 doorgevoerd. Om iets meer inzicht te geven in de uitbreiding van het bevolkingsonderzoek worden niet alleen gegevens gepresenteerd over de periode 1998–2001, maar ook over het jaar 1997.

Er zijn ongeveer 2 miljoen vrouwen van 50–75 jaar (tabel 42) van wie jaarlijks de helft – dus ongeveer 1 miljoen vrouwen – in aanmerking komt voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De coördinatie, medisch-technische kwaliteitsbewaking en

evaluatie van het Nederlandse bevolkingsonderzoek naar borstkanker is landelijk georganiseerd onder regie van het College voor zorgverzekeringen (CVZ; tabel 43). De screening wordt uitgevoerd door regionale stichtingen (screeningsorganisaties). Dit zijn samenwerkingsverbanden van GGD'en met de Integrale Kankercentra. De screeningsorganisaties moeten in het bezit zijn van een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Jaarlijks neemt ongeveer vier vijfde van de vrouwen die een uitnodiging krijgen, deel aan de screening (figuur 10). De opkomst is het laagst bij de groep vrouwen die pas later aan het bevolkingsonderzoek is toegevoegd, de groep van 70–75 jaar (LETB, 2001). Bij 4 à 5 van elke 1.000 vrouwen die aan de screening deelnemen wordt borstkanker vastgesteld (figuur 11). Het budget voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker komt uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het budget wordt achteraf toegewezen aan de screeningsorganisaties, op basis van het aantal verrichte onderzoeken. Door de geleidelijke uitbreiding van het bevolkingsonderzoek nam het budget continu toe en bedroeg in 2001 bijna € 36,4 mln (tabel 44). De kosten per onderzoek zijn al jaren stabiel met € 42 à 43.

TABEL 40

Totale kosten van statines (simvastatine, pravastatine, fluvastatine en atorvastatine)

in € mln	2000	2001
materiaalkosten	188	225
afleverkosten ¹	13	15
BTW (6%)	12	14
totaal	213	255

¹ Aantal voorschriften vermenigvuldigd met de afleververgoeding per recept. In 2000 2.363.530 voorschriften x € 5,38; in 2001 2.694.114 voorschriften x € 5,65.

bron: SFK, gegevens bewerkt door RIVM

TABEL 41

Effecten van interventiestudies met statines (1994–1998) op het cholesterolgehalte en de sterfte

onderzoekspopulatie	mannen en vrouwen, zowel met als zonder voorgeschiedenis van coronaire hartziekte
aantal proefpersonen	30.817
gemiddelde follow-up	5,4 jaar
gemiddelde leeftijd	59 jaar
uitgangswaarde cholesterol	gemiddeld: 6,1 mmol/l range: 4,0–8,0 mmol/l

verandering ten opzichte van uitgangswaarde (in %)

totaal cholesterol	–20
LDL-cholesterol	–28
HDL-cholesterol	5

reductie t.o.v. placebo (in %)

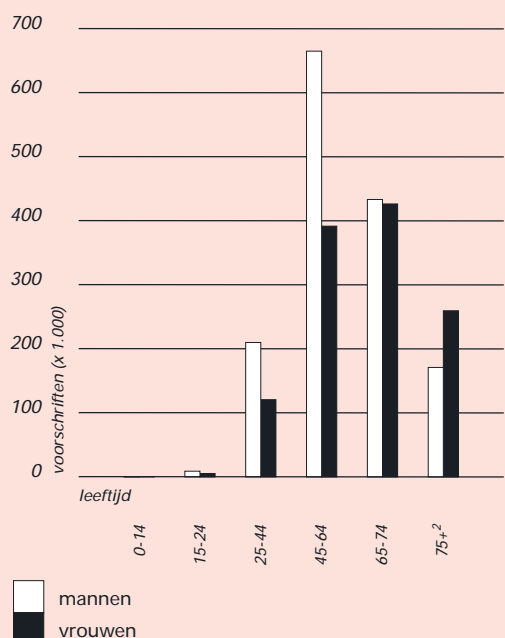
CHZ (fataal en niet-fataal)	31
CHZ sterfte	29
sterfte aan beroerte	27
totale sterfte	21

bron: LaRosa, 1999

FIGUUR 8

Aantal voorschriften voor statines¹ in 2001

Naar leeftijd en geslacht.



¹ Simvastatine, pravastatine, fluvastatine en atorvastatine.

² In de CBO-consensus wordt het starten van een behandeling bij mannen boven 70 jaar en bij vrouwen boven 75 jaar niet aangeraden in verband met de resterende levensverwachting van 5 jaar (kosten per gewonnen levensjaar zijn dan hoger dan € 18.000). De CBO-consensus laat in het midden van een behandeling die is gestart op jongere leeftijden gecontinueerd moet worden bij het bereiken van deze leeftijdsgrenzen.

bron: SFK; gegevens bewerkt door RIVM

Op basis van proefprojecten in binnen- en buitenland (Nyström et al., 1993) wordt geschat dat screening van 50–70-jarigen in Nederland zou leiden tot een daling in de sterfte aan borstkanker met circa 17%, als het deelnamepercentage 70% is (De Koning et al., 1995). Recent is de validiteit van die proefprojecten

echter door Deense onderzoekers in twijfel getrokken. De Gezondheidsraad concludeerde hieruit dat het gunstige effect van screening mogelijk kleiner is dan oorspronkelijk geschat, maar dat dit geen reden is het programma te staken. Wel vindt de Gezondheidsraad een goede evaluatie nodig (Gezondheidsraad, 2002).

TABEL 42

Aantal vrouwen dat in aanmerking komt voor het bevolkingsonderzoek borstkanker

<i>leeftijd</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
50–69	1.566.934	1.615.284	1.654.824	1.691.043	1.723.842
70–75	--	369.175	339.161	366.943	367.874
totaal	1.566.934	1.984.459	2.023.986	2.057.986	2.091.716

bron: CBS Bevolkingsstatistiek

TABEL 43

Organisaties betrokken bij het bevolkingsonderzoek borstkanker en hun taken

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	coördinatie van het bevolkingsonderzoek: coördinatie van de monitoring, evaluatie en kwaliteitsbeleid en de landelijke informatievoorziening
Landelijk Referentiecentrum voor bevolkingsonderzoek op Borstkanker (LRCB)	medisch-technische kwaliteitsbewaking
Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker (LETB)	evaluatie, onder meer van de effecten van het bevolkingsonderzoek
screeningsorganisaties	stichtingen waarin GGD'en (43 GGD'en) en Integrale Kankercentra (9 IKC) met elkaar samenwerken: feitelijke organisatie en uitvoering, regionale coördinatie

bron: RIVM

TABEL 44

Kosten voor bevolkingsonderzoek borstkanker

Vrijgemaakt uit AWBZ-gelden en werkelijk gemaakt.¹

<i>in € mln</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
totale kosten	25,4	28,3	33,0	35,9	37,2
primair proces	23,9	26,7	-- ²	-- ²	4,8
ondersteunend proces	1,6	1,6	-- ²	-- ²	2,4

¹ Voor 1997 en 1998 zijn de werkelijk afgerekende kosten weergegeven, voor de jaren 1999–2001 zijn de meest recente ramingen weergegeven.

² Gegevens niet beschikbaar.

bron: CVZ

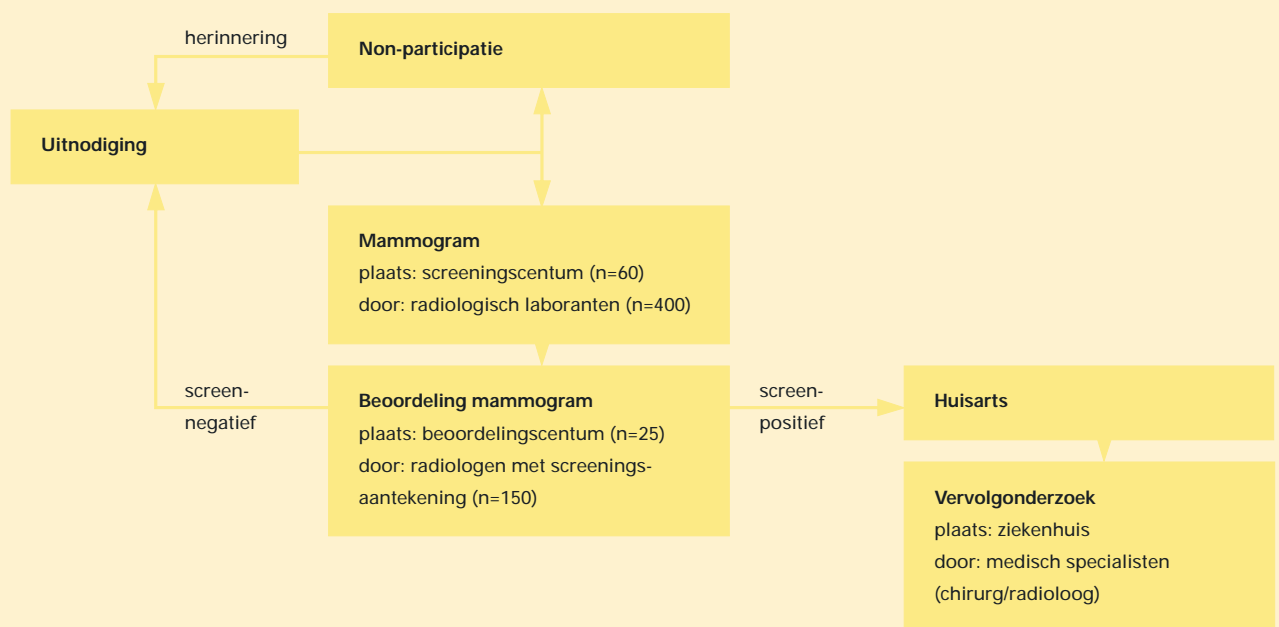
De minister van VWS onderschrijft de conclusies van de Gezondheidsraad en het bevolkingsonderzoek wordt gecontinueerd.

Vanaf het begin van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker (in 1988) is de borstkankersterfte licht gedaald onder vrouwen in de leeftijd van 50–70 jaar. In de jaren 1997, 1998 en 1999 is de sterfte aan borstkanker ten opzichte van de jaren voor introductie van

het bevolkingsonderzoek dusdanig gedaald dat deze niet meer is toe te schrijven aan het toeval (in de leeftijdscategorie 55–74 jaar; tabel 45). Dit is een eerste aanwijzing dat de invoering van het landelijke screeningsprogramma mogelijk zorgt voor een reductie van de borstkankersterfte.

FIGUUR 9

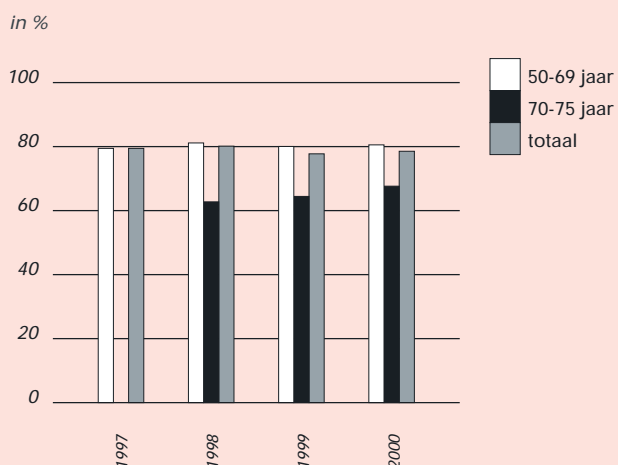
Screening in het kader van het bevolkingsonderzoek borstkanker aan vrouwen van 50–75 jaar



bron: Fracheboud & De Koning, 2002

FIGUUR 10

Opkomst van vrouwen voor het bevolkingsonderzoek borstkanker



bron: LETB, 2001

Literatuur

Fracheboud J, Koning HJ de. *Wat is het doel en welke methoden worden gebruikt?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Preventie\Van ziekten en aandoeningen\Nieuwvormingen\ Borstkanker, 27 maart 2002.

Gezondheidsraad. *Het nut van bevolkingsonderzoek naar borstkanker*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.

Koning HJ de, Boer R, Warmerdam PG, Beemsterboer PMM, Maas PJ van der. *Quantitative interpretation of age-specific mortality reductions from the Swedish Breast Cancer-Screening Trials*. J Natl Cancer Inst, 1995; 87: 1217-23.

LETB, Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar Borstkanker. Fracheboud J, Otto SJ, Groenewoud JH van, Ineveld BM, Broeders MJM. *Landelijke evaluatie van bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Nederland*. Vol IX. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 2001.

Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, et al. *Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials*. Lancet, 1993; 341: 973-978.

TABEL 45

Borstkankersterfte bij vrouwen van 55-74 jaar: 1989-1999 vergeleken met 1986-1988¹

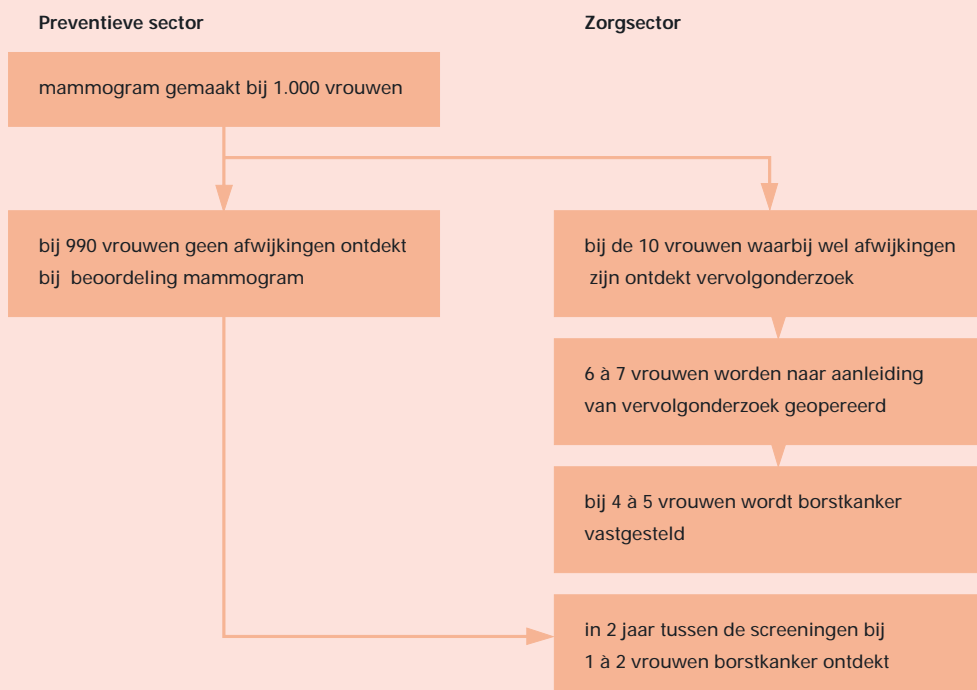
	sterfte per 100.000 vrouwen	verandering in sterfte ten opzichte van 1986-1988
1986-88	105,2	
1989	102,9	-2,3
1990	107,5	2,4
1991	105,0	-0,2
1992	102,1	-3,2
1993	101,1	-4,1
1994	103,9	-1,3
1995	100,2	-5,0
1996	100,0	-5,2
1997	98,2	-7,0
1998	92,1	-13,1
1999	97,8	-7,4

¹ Gestandaardiseerd naar de ESP (Europese Standaardpopulatie).

bron: LETB, 2001

FIGUUR 11

Aantal vrouwen (per 1.000) dat vanuit de preventieve sector in de zorgsector belandt vanwege afwijkingen in het mammogram (gemiddelden over de periode 1990-1999)



bron: Fracheboud & De Koning, 2002

3.2.4 ERFELIJKE EN AANGEBOREN AANDOENINGEN

Samengesteld door: H. Kateman, S. Anthony, K.M. van der Pal-de Bruin (TNO-PG).

Aangeboren aandoeningen zijn vaak het gevolg van een combinatie van erfelijke factoren en externe factoren meestal vroeg in de zwangerschap, zoals:

- ziekte van de moeder (congenitaal rubella syndroom);
- medicijngebruik (verhoogde kans op schisis, lip-kaak-verhemeltespleet bij gebruik van anti-epileptica);
- samenstelling van voeding (verhoogde kans op neuralebuisdefecten bij een tekort aan foliumzuur);
- veranderingen in het milieu (verhoogde kans op congenitale maligniteiten na uitbarsting van een kerncentrale).

Aangeboren aandoeningen kunnen een belangrijke invloed hebben op de algemene gezondheid, de psychomotorische ontwikkeling en de kans op overleven van een pasgeborene. Ongeveer 3,5% van het totaal aantal pasgeborenen heeft één of meerdere aangeboren aandoeningen, variërend van relatief onschuldig tot zeer ernstig (tabel 46). Aandoeningen aan het ademhalingsstelsel komen het minst voor (figuur 12), aandoeningen aan de urinewegen en het skelet-

spierstelsel het meest. Deze twee laatste groepen omvatten echter relatief veel aandoeningen van onschuldige aard (Anthony et al., 2001). In deze rapportage beperken we ons tot de preventie van twee ernstige aangeboren aandoeningen die beide bij ongeveer 0,1% van de pasgeborenen voorkomen; neuralebuisdefecten (NBD) en het syndroom van Down (tabel 47).

Door primaire preventie kan het ontstaan van een aangeboren aandoeningen worden voorkomen (tabel 48). Zo verkleint het gebruik van foliumzuur rond de conceptie de kans op NBD (tabel 51). Advies over het gebruik van foliumzuur behoort een standaardonderdeel van preconceptieadviesing te zijn. Preconceptieadviesing wordt gegeven door de huisarts en gebeurt vooralsnog met name op ad hoc basis. Foliumzuur is verkrijgbaar bij de drogist of apotheek en wordt in principe niet vergoed door zorgverzekeraars. In 1995 is een landelijke en regionale voorlichtingscampagne gehouden ter bevordering van het foliumzuurgebruik. Het effect van de campagne is geëvalueerd in de Randstad, Noord-Nederland, de Achterhoek en Midden-Brabant (Van der Pal-de Bruin et al., 2000). Het aantal vrouwen met een zwangerschapswens dat in de juiste periode rond de conceptie foliumzuur gebruikt, is sinds de campagne gestegen (tabel 49).

TABEL 46

Aantal pasgeborenen per jaar met één of meerdere aangeboren aandoeningen

	1996	1997	1998
totaal pasgeborenen	191.620	194.663	201.620
pasgeborenen met afwijking ¹	6.978	7.089	7.024
percentage van totaal pasgeborenen	3,6	3,6	3,5

¹ Zowel zeer ernstige aandoeningen (bijvoorbeeld gecompliceerde hartaandoeningen en neuralebuisdefecten) als relatief onschuldige aandoeningen (bijvoorbeeld milde hypospadië) worden geregistreerd.

bron: Anthony et al., 2001

TABEL 47

Pasgeborenen met neuralebuisdefecten en syndroom van Down

aangeboren afwijking	1996		1997		1998	
	n	per 10.000	n	per 10.000	n	per 10.000
neuralebuisdefecten ¹	213	11,1	239	12,3	218	10,8
waarvan:						
- anencefalie	68	3,5	85	4,4	75	3,7
- spina bifida + meningo(myelo)cele	146	7,6	157	8,1	140	6,9
- encefalocele	17	0,9	13	0,7	19	0,9
syndroom van Down	243	12,7	284	14,6	272	13,5

¹ Aangezien één kind meerdere vormen van neuralebuisdefecten kan hebben, kunnen de aantallen van de verschillende vormen niet zomaar worden opgeteld.

bron: Anthony et al., 2001

Continuering van de campagne is dan ook van belang. Door secundaire preventie kunnen ernstige aangeboren aandoeningen tijdens de zwangerschap worden opgespoord, waarna deze eventueel kan worden afgebroken (tabel 48). Prenatale screening gebeurt op indicatie en wordt vergoed door de zorgverzekeraars. Als vrouwen op eigen verzoek worden gescreend, wordt dit in principe niet vergoed.

In 1998 maakte 45% van de zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder gebruik van het aanbod van screening door een vlokcentest en vruchtwaterpunctie (tabel 50). In 1990 was dit nog 56%. Deze daling lijkt mede veroorzaakt doordat een deel van de zwangere eerst een maternale serumtest ondergaat en op grond van de testuitslag afziet van vlokcentest of vruchtwaterpunctie (Gezondheidsraad, 2001). Bij de maternale serumtest wordt aan de hand van een bloedtest bij de zwangere vrouw de kans berekend dat haar ongeboren kind het syndroom van Down, een andere chromosomale afwijking of een NBD heeft.

In de landelijke perinatale registraties, Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) en Landelijke Neonatale Registratie (LNR), worden alle zwangerschappen vanaf 16 weken zwangerschapsduur geregistreerd.

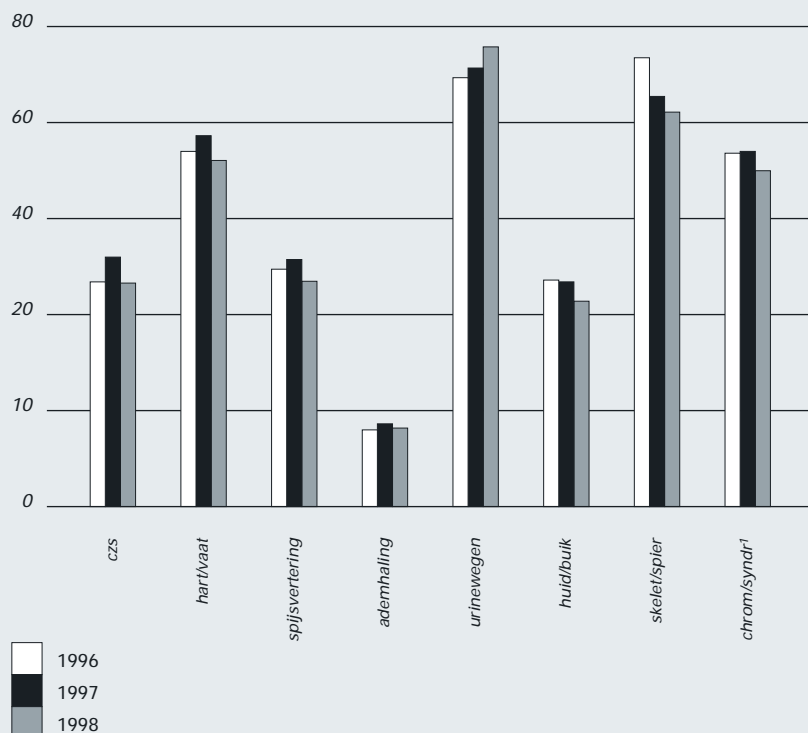
Met deze registraties kan het vóórkomen van aangeboren aandoeningen en het effect van preventie-maatregelen worden gemonitord (Anthony et al., 2001). De meeste prenatale screeningen vinden plaats in de 16^e en 17^e week van de zwangerschap en een eventuele zwangerschapsafbrekingen kort daarna. Het geregistreerde aantal gevallen van NBD en het syndroom van Down is duidelijk verhoogd rond de 19^e-20^e week (merendeel zwangerschapsafbrekingen) en rond de 38^e-40^e week (bij geboorte) (figuur 13; figuur 14).

De Gezondheidsraad heeft geadviseerd maternale serumscreening (eventueel gevolgd door prenatale diagnostiek) in te voeren voor alle zwangere vrouwen (Gezondheidsraad, 2001). Op den duur zou deze screening ertoe kunnen leiden dat een verschuiving optreedt in de periode waarin NBD en het syndroom van Down worden geregistreerd. Door meer zwangerschapsafbrekingen zal het aantal geregistreerde gevallen rond de 18^e-20^e week toenemen en het aantal bij geboorte geregistreerde gevallen afnemen (Anthony et al., 2001). Bevordering van juist foliumzuurgebruik zal een afname veroorzaken in het totale aantal neuralebuisdefecten, dus zowel rond de 18^e-20^e week als rond de geboorte.

FIGUUR 12

Aantal aangeboren aandoeningen per orgaanstelsel (1996-1998)

aantal per 10.000 geboorten



¹ Chromosomale en syndromale aandoeningen.

TABEL 48

Preventiemaatregelen neuralebuisdefecten (NBD) en syndroom van Down in Nederland

<i>preventiemaatregel</i>	<i>wat?</i>	<i>wanneer?</i>	<i>wie?</i>
primaire preventie			
preconceptie- advisering (PCA) (gebeurt op ad hoc basis)	advies over leefstijl, familieanamnese en evtueel doorverwijzing naar klinisch genetisch centrum om onder andere aangeboren aandoeningen te voorkomen	voor conceptie	voor alle vrouwen die zwanger willen worden
periconceptioneel foliumzuurgebruik	vermindert kans op NBD	4 weken voor tot 8 weken na conceptie	voor alle vrouwen die zwanger willen worden
secundaire preventie			
maternale serum-screening (tripeltest) ¹	risicoschatting op syndroom van down en NBD	vanaf 15 ^e week (14 ^e week als alleen down wordt getest)	voor vrouwen vanaf 36 jaar en paren met een verhoogde kans op een kind met een aangeboren afwijking
vlokkentest	screening chromosomale aandoeningen	vanaf 10 ^e week	idem
vruchtwaterpunctie	screening chromosomale aandoeningen en NBD	vanaf 15 ^e week	idem
echoscreening	screening op ernstige structurele aangeboren aandoeningen (bijvoorbeeld NBD, hartaandoeningen)	18 ^e –21 ^e week	voor paren met een verhoogde kans op bepaalde structurele aandoeningen

¹ In het voorjaar 2001 heeft de Gezondheidsraad de minister geadviseerd elke zwangere ongeacht haar leeftijd prenatale screening op het syndroom van Down en neuralebuisdefecten middels de tripeltest aan te bieden. Het standpunt van de minister wordt op korte termijn verwacht.

bron: TNO-PG

TABEL 49

Percentage vrouwen dat foliumzuur heeft gebruikt

Voor en na de foliumzuurcampagne.

	1995 ¹	1996 ²	1998 ³	2000 ³
grootte onderzoeksgroep	1.636	1.612	453	461
enig gebruik rond conceptie	25,1	53,5	62,5	61,0
juist gebruik ⁴	4,8	21,0	35,5	35,6

¹ Gemeten vlak voor de foliumzuurcampagne.

² Gemeten 1 jaar na de foliumzuurcampagne.

³ Alleen gemeten in de regio Noord-Nederland.

⁴ Juist gebruik: minimaal 4 weken voor tot 8 weken na conceptie.

bron: Van der Pal-de Bruin et al., 2000; De Walle, 2001

TABEL 50

Deelname aan prenatale screening op syndroom van Down (1998)

	<i>aantal</i>	<i>in %</i>
zwangeren ≥ 36 jaar gescreend op syndroom van Down	9.118	44,8
waarvan: - diagnose syndroom van Down	94	1,0
- waarvan: - zwangerschapsafbrekingen	89	94,7

bron: Gezondheidsraad, 2001

Financiering

Een compleet beeld van de financiële gegevens ontbreekt.

Literatuur

Al-Gazali LI, Padmanabhan R, Melnyk S, Yi P, Pogribny IP, Pogribna M et al. *Abnormal folate metabolism and genetic polymorphism of the folate pathway in a child with Down syndrome and neural tube defect*. Am J Med Genet 2001; 103(2): 128–132.

Anthony S, Dorrepaal CA, Zijlstra AG, et al. *Aangeboren afwijkingen in Nederland: gebaseerd op de landelijke verloskunde en neonatologie registraties*. Leiden: TNO-PG, 2001. publicatie nr. 2001.063.

Gezondheidsraad. *Prenatale screening: Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routine-echoscopie*. Den Haag, 2001. publicatie nr. 2001/11.

Hobbs CA, Sherman SL, Yi P, Hopkins SE, Torfs CP, Hine RJ et al. *Polymorphisms in genes involved in folate metabolism as maternal risk factors for Down syndrome*. Am J Hum Genet 2000; 67(3): 623–630.

MRC Vitamin Study Research Group. *Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study*. Lancet 1991; 338(8760): 131–137.

Pal-de Bruin KM van der, Walle HEK de, Jeeninga W, et al. *The Dutch 'folic acid campaign'. Have the goals been achieved?* Pead Perinatal Epidemiol 2000;14: 111–117.

Walle HEK de. *Awareness and use of folic acid in the Netherlands: from science to practice*. Thesis. Groningen, 2001.

3.3 BEVORDEREN VAN EEN GEZONDE LEEFSTIJL

Het bevorderen van een gezonde leefstijl kan een belangrijke bijdrage leveren aan de volksgezondheid. In 2000 overleden in Nederland ruim 140.000 personen. Bijna 15% hiervan, ofwel 21.000 personen, overleden aan een rookgerelateerde aandoening. Longkanker is hiervan de belangrijkste doodsoorzaak, maar ook coronaire hartziekten, COPD en beroerte dragen fors bij (zie figuur 15).

Ook andere leefstijlfactoren dragen in belangrijke mate bij aan voortijdige sterfte. Met name het bevorderen van lichamelijke activiteit en gezonde voeding kan nog veel sterftegevallen voorkomen. Zo levert een voedingspatroon volgens de richtlijnen Goede Voeding (weinig verzadigd vet en veel groente en fruit) naar schatting een vermindering van 3.000 sterftegevallen aan kanker, en ruim 5.000 sterftegevallen aan coronaire hartziekten op. De DALY (Disability Adjust Life Years) combineert sterfte en verlies aan kwaliteit van leven. Op die manier kijkend naar de bijdrage van determinanten aan de ziektelast, blijkt dat roken weliswaar gepaard gaat met het meeste gezondheidsverlies, maar dat alcohol ook een aanzienlijke bijdrage levert. Alcoholgebruik draagt naar schatting bij aan een tiende van de ziektelast (Murray & Lopez, 1996).

In Nederland worden verschillende preventie-activiteiten uitgevoerd om een gezonde leefstijl te bevorderen. Gezondheidsvoorlichting, waarin informatieoverdracht en educatie centraal staan, is een van de methoden binnen de bevordering van gezond gedrag. Andere methoden zijn pleitbezorging (lobby voor gezond gedrag en een gezonde omgeving) en structurele maatregelen in de omgeving (bijvoorbeeld voldoende fietspaden en zichtbare trappenhuizen om lichamelijke activiteit te bevorderen). Steeds meer wordt gezocht naar vernieuwende

TABEL 51

Effect van aangeboden preventiemaatregelen in Nederland

preventiemaatregel	effect	bron
periconceptioneel foliumzuurgebruik	kans op een 1 ^o kind met NBD daalt met 60–70%, kans op herhaling NBD daalt met 72%	De Walle, 2001; MRC Vitamin Study Research Group, 1991
	mogelijk ook daling van hartaandoeningen, urineweg-aandoeningen, lip- en gehemeltspelen, aandoeningen aan armen en/of benen, syndroom van Down	De Walle, 2001; Hobbs et al., 2000; Al-Gazali et al., 2001
prenatale screening op syndroom van Down	in 1998 werd bij 1% (n=94) van de gescreeende vrouwen ≥ 36 jaar het syndroom van Down vastgesteld; 95% (n=89) van deze zwangerschappen werd afgebroken	Gezondheidsraad, 2001
prenatale screening op NBD	64% van gescreeende vrouwen met diagnose spina bifida en 84% met diagnose anencefalie vraagt om zwangerschapsafbreking	Gezondheidsraad, 2001

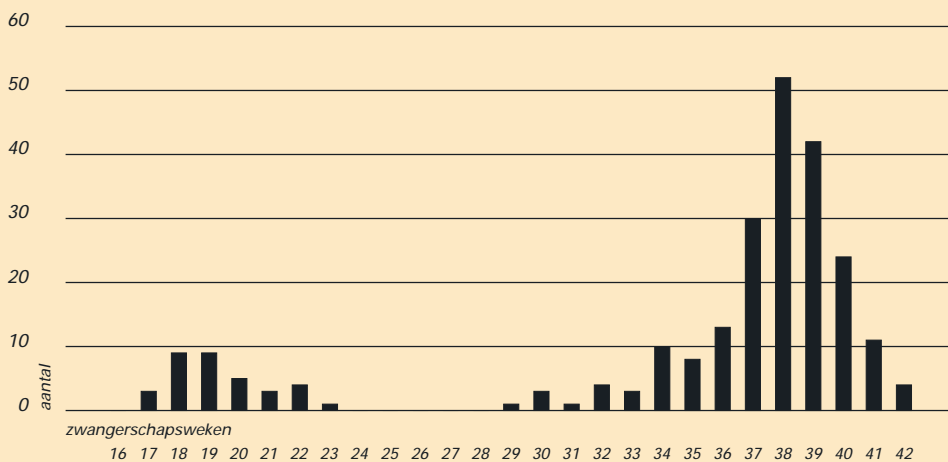
methoden en strategieën voor het bevorderen van gezond gedrag. In het kader van het programma Gezond Leven selecteert en financiert ZonMw praktijkexperimenten en onderzoeksprojecten die het doel hebben vernieuwende methoden en strategieën te ontwikkelen en toe te passen die op een aantoonbare wijze gezond leven stimuleren (looptijd: 2001–2005; ZonMw, 2002).

Het ministerie van VWS heeft in 2000 streefcijfers aangegeven voor roken, voldoende bewegen, consumptie van verzadigd vet, probleemdrinkers, veilig rijden en ongevallen. Voor roken geldt bijvoorbeeld dat er wordt gestreefd naar een afname van het percentage rokers van 34% naar 28% in vier jaar

(tabel 52). De leefstijlfactoren waarvoor streefcijfers zijn opgesteld worden hieronder besproken. Op verzoek van het ministerie van VWS is het onderwerp drugs aan het rijtje toegevoegd.

FIGUUR 13

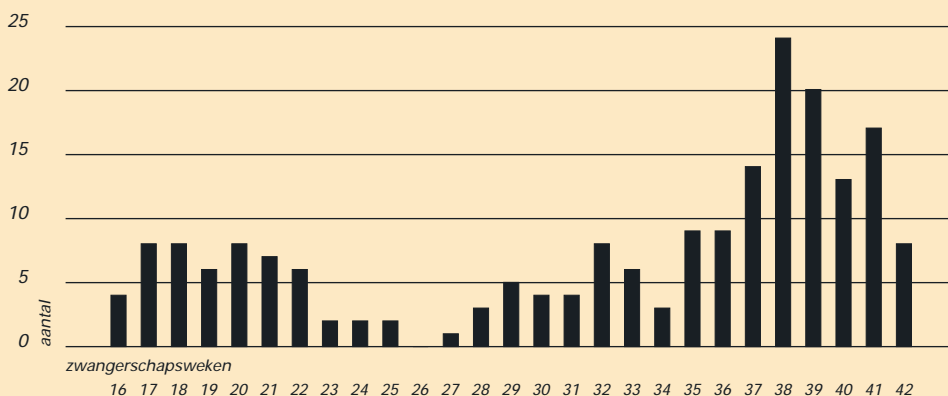
Syndroom van Down naar zwangerschapsduur in 1998



bron: LVR/LNR; Anthony et al., 2001

FIGUUR 14

Neuralebuisdefecten naar zwangerschapsduur in 1998



bron: LVR/LNR; Anthony et al., 2001

Literatuur

Murray CJL, Lopez AD (eds.). *The global burden of disease: a comparative assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health, on behalf of the and the World Bank, 1996.

VWS. Beleidsagenda 2001. *Speerpunten van VWS*. Den Haag: ministerie van VWS, 2000.

ZonMw, ZorgOnderzoek Nederland en Medische wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek. *Programma: Gezond Leven*. Internet: www.zon.nl/programmas/preventie/GezondLeven.htm, 23 augustus 2002.

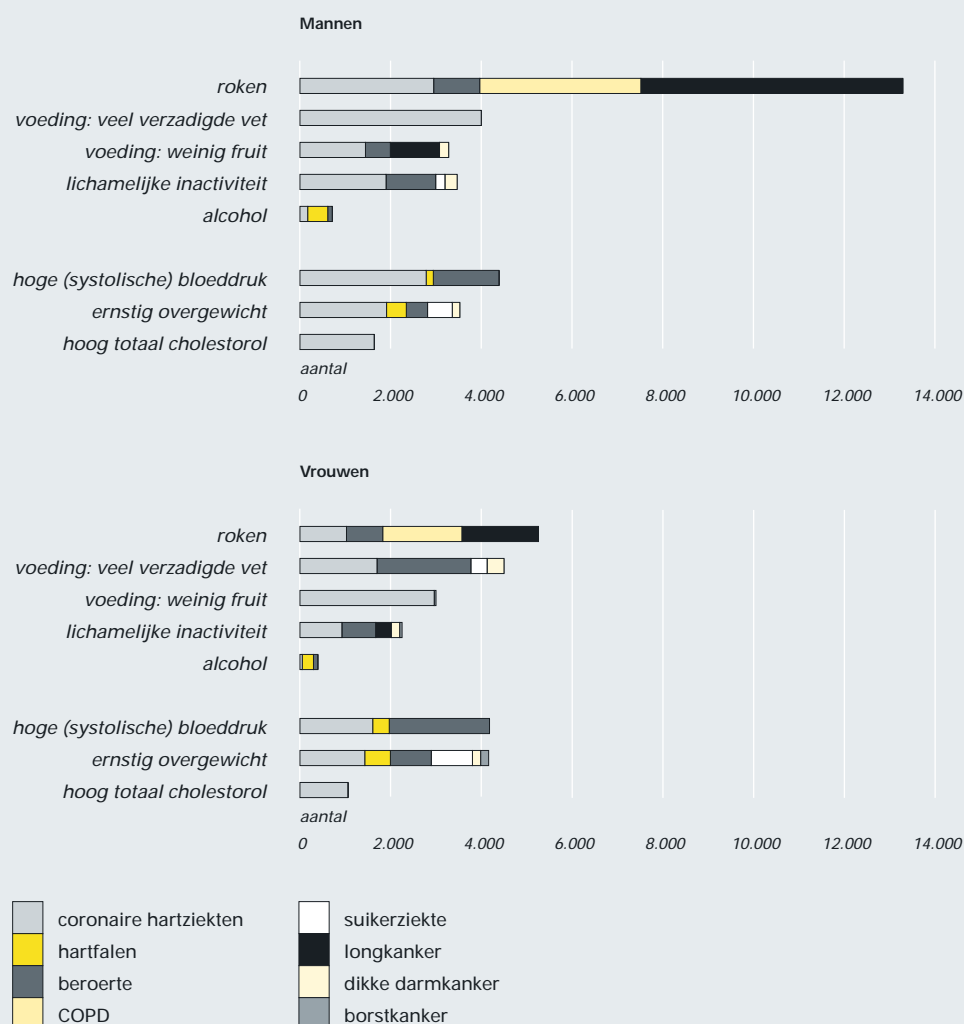
3.3.1 ROKEN

Met medewerking van: G. Zeeman (Defacto).
Ongeveer een derde van de Nederlanders rookt. Er zijn meer rokers onder mannen (37%) in vergelijking met vrouwen (29%). Daarnaast verschilt het percentage rokers per leeftijdscategorie (figuur 16 en 17). Twee vijfde van de mannen en een vijfde van de vrouwen rookt passief tijdens werk en/of thuis. Zowel de trend in het percentage rokers als de trend in het percentage meerokers is ongunstig, doordat daling van het percentage in beide groepen stagneert. Roken is de belangrijkste oorzaak van vroegtijdige sterfte: van de totale sterfte kan 15% worden toegeschreven aan roken. Roken gaat ook gepaard met een verlies van kwaliteit van leven, bijvoorbeeld door COPD en coronaire hartziekten (zie paragraaf 3.3).

FIGUUR 15

Bijdragen van enkele belangrijke leefstijlfactoren en persoonskenmerken aan de sterfte

Door acht doodsoorzaken, in absolute aantallen naar geslacht in 2000¹.



¹ Deze schattingen zijn gemaakt door de berekening van het Populatie Attributieve Risico's (PAR). Het PAR beschrijft welk deel van de ziekte of sterfte in de populatie toe te schrijven is aan de blootstelling aan een bepaalde determinant.

Een deel van de rokers zou willen stoppen, waarbij ongeveer een derde van de rokers hulpmiddelen, stopmethoden of deskundige ondersteuning zou willen gebruiken. Bijna de helft van de rokers denkt dat dit de kans op succes vergroot (Defacto, 2002). Zowel landelijke als regionale organisaties voeren preventieactiviteiten uit op het gebied van roken. Deze activiteiten kunnen drie invalshoeken hebben (tabel 54 en 55):

- stoppen met roken, gericht op rokers om te stimuleren dat ze gaan stoppen;
- niet beginnen met roken, gericht op (jonge) mensen om te voorkómen dat ze gaan roken;
- meerroken voorkomen, gericht op rokers om te stimuleren dat ze rekening houden met niet-rokers.

Een groot deel van de preventieactiviteiten op het gebied van roken bestaat uit voorlichting: van campagnes met een massamediale component tot zeer persoonlijke voorlichting, zoals advies-op-maat (tabel 52). Het bereik van de campagnes met een massamediale component is redelijk groot (tabel 56), maar varieert per jaar en is afhankelijk van het budget (tabel 57). Aan de massamediale stoppoging rond de jaarwisseling 1999–2000 hebben ruim 800.000 rokers deelgenomen, van wie 12% na een jaar nog steeds gestopt was (tabel 58). Ook door de H-MIS, een activiteit gericht op stoppen met roken die door bijna een derde van de huisartsen wordt toegepast (tabel 56), rookt na 12 maanden 13% nog steeds niet (tabel 58). Behalve voorlichtingsactiviteiten op het gebied van roken is wet- en regelgeving vastgelegd in de Tabakswet (tabel 53). De Tabakswet is in 2002 aangescherpt en bevat in hoofdlijnen de volgende besluiten: een nagenoeg algeheel verbod op tabaksreclame en -sponsoring, een verkoopverbod van tabakswaaren aan jongeren onder de 16 jaar, een uitbreiding van de bescherming van niet-rokers door een wettelijk recht op een rookvrije werkplek en rookvrij personenvervoer en het opleggen van bestuurlijke boetes bij overtreding. De Tabakswet zal gefaseerd in werking treden in de periode november 2002–januari 2004. De Keuringsdienst van Waren ziet toe op de naleving van de Tabakswet (tabel 54).

Literatuur

Bakker M. *Pregnancy, a window of opportunity to quit smoking. the development, implementation and evaluation of a minimal intervention strategy for pregnant women and their partners.* 2001.

Bolman C. *Smoking cessation among patients hospitalized with cardiac disease: evaluation of a minimal-contact intervention.* 2001.

Cuijpers P, Jonkers R, Weerdt I de, Jong A de. *The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project.* *Addiction*, 2002.

Defacto. *Jaarverslag 2001.* Den Haag, 2002.

Drossaert CHC, Pieterse ME, Seydel ER, Drenthen A. *PROMISE: PROgrammatische toepassing van de Minimale Interventie Strategie (MIS) stoppen-met-roken in een Experimentele setting. Evaluatie onder huisartsen en onder patiënten,* 1999.

DTC RVD, DTC Rijksvoorlichtingsdienst. *Campagne 'Roken? Niet waar de kleine bij is', Tracking eindrapportage.* Den Haag: DTC Rijksvoorlichtingsdienst, 2000.

Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002.* RIVM-rapport nr. 270555004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Pieterse M. *Stoppen met roken met hulp van de huisarts-praktijk. Ontwikkeling, toetsing en implementatie van een minimale interventie strategie.* Enschede: Twente University Press, 1999.

Steen J van der. *Rookvrije scholen 2001. Onderzoek uitgevoerd door het NIPO.* Den Haag: Defacto, 2001.

Stivoro. *Jaarverslag 2000.* Den Haag, 2001.

Westerik H, Rijt GAJ van der. *De milleniumcampagne 'Stoppen met roken 2000'. Evaluatie van een campagne onder Nederlandse rokers,* 2001.

TABEL 52

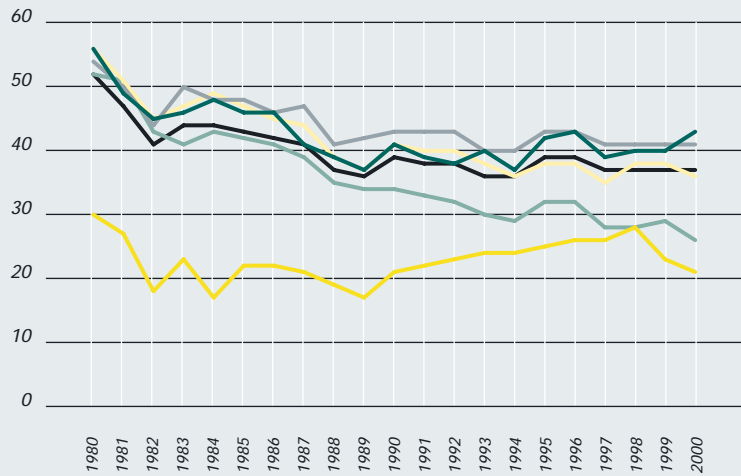
Streefcijfers op het terrein van bevorderen van een gezonde leefstijl

in %	stand van zaken 2000	streefcijfer	streefjaar
leefstijlthema			
roken	34	28	2004
voldoende bewegen	30	40	2004
consumptie van verzadigd vet (energie%)	14	12	2002
probleemdrinkers	9	8	2004
veilig vrijen	73	77	2002
ongevallen (aantal x 1 mln)	1,1	1,1	2002

bron: VWS 2000

FIGUUR 16

Percentage mannen in Nederland dat rookt (1980-2000)

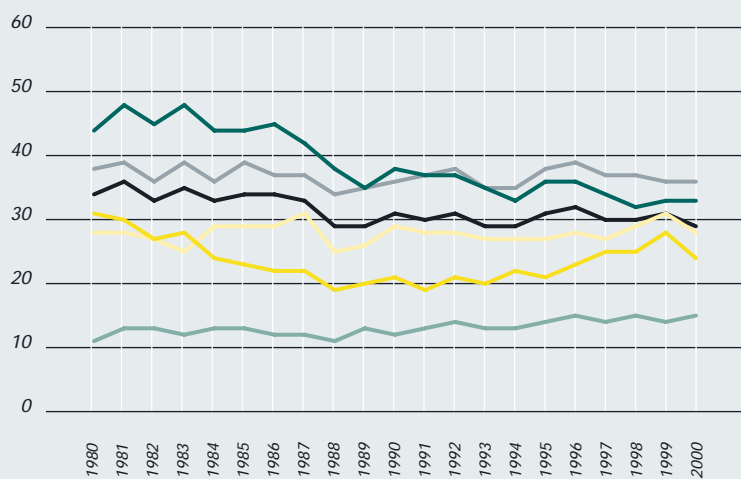


- leeftijdsgroep
- 15-19 jaar
 - 20-34 jaar
 - 35-49 jaar
 - 50-64 jaar
 - 65+ jaar
 - totaal

bron: NIPO

FIGUUR 17

Percentage vrouwen in Nederland dat rookt (1980-2000)



- leeftijdsgroep
- 15-19 jaar
 - 20-34 jaar
 - 35-49 jaar
 - 50-64 jaar
 - 65+ jaar
 - totaal

bron: NIPO

TABEL 53

Preventieactiviteiten op gebied van roken

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>	<i>doelgroep</i>	
voorlichting			
campagnes met een massamediale component	jaarlijkse stoppen-met-rokencampagnes:	- rokers met intentie te stoppen; vanaf 2000 (ook) accent op lage SES-groepen	
	- centraal aspect verslaving (1998)		
	- 'Als je echt wilt' (1999)		
persoonlijke voorlichting	- 'Dat kan ik ook' (2000)	- ouders met kinderen van 0-48 maanden en omgeving van deze ouders - jongeren van 12-16 jaar	
	- 'Een overwinning bereik je niet alleen' (2001-2002)		
	- 'Roken? Niet waar de kleine bij is.' (1997-nu)		
	- '...maar ik rook niet' (1998-2001)		
doelgroep specifieke projecten	- advies op maat (1998-nu; onderdeel stoppen-met-rokencampagne)	- rokers (met of zonder stopintentie) met behoefte aan informatie over eigen rookgedrag en/of persoonlijke informatie over stoppen met roken	
	- cursus 'stoppen met roken' (1967-nu; onderdeel stoppen-met-rokencampagne)	- rokers met behoefte aan intensieve ondersteuning bij stoppen	
	- telefonische counseling (1999-nu)	- rokers met intentie op korte termijn te stoppen	
	- 'Roken, nee dank je' (1994-nu)	- migranten (Turken, Marokkanen, Surinamers)	
setting specifieke projecten	- H-MIS ¹ (1991-nu)	- rokende patiënten in de huisartsenpraktijk met nadruk op patiënten met aan roken gerelateerde aandoeningen	
	- C-MIS (2000-nu)	- hart- en vaatpatiënten op de cardiologie-afdeling	
	- V-MIS (2001-nu)	- zwangere vrouwen die roken en de verloskundepraktijk bezoeken	
	- L-MIS (2002-nu)	- longpatiënten die roken en de longpoli bezoeken	
	- 'De gezonde school en genotmiddelen'	- leerlingen op basisscholen en scholen voor en voortgezet onderwijs	
	- lespakketten Defacto	- leerlingen op basisscholen en scholen voor en voortgezet onderwijs	
	- 'Operatie Tegengif'/'Actie Tegengif' (1999-nu)	klas 1 en 2 voortgezet onderwijs	
	- 'Rookvrije school' (1997-nu)	- scholen voor basisonderwijs, voor voortgezet onderwijs en volwasseneneducatie	
	- niet-rokenprogramma van Defacto op de werkplek	- werkgevers/werknemers	
	- stappenplan 'roken voorkomen en bestrijden op het werk'	- werknemers	
	wetten en regels	- Tabakswet 1988; 1997; 2002	- tabaksindustrie, tabakverkopers, werkgevers, beheerders van openbare gebouwen, personenvervoerders

¹ MIS=minimale interventiestrategie stoppen-met-roken.

TABEL 54

Landelijke organisaties die preventieactiviteiten uitvoeren op het gebied van roken

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>	<i>stoppen</i>	<i>niet beginnen</i>	<i>meerroken</i>
Defacto (voorheen Stivoro) ¹	geven van voorlichting; uitvoeren van preventieactiviteiten; advies geven over voorschriften, rookbeleid en regelgeving; steun verlenen bij stoppen met roken	X	X	X
Trimbos-instituut	geven van voorlichting en informatie over psychische problemen en verslavingsproblemen waaronder roken; uitvoeren project 'De gezonde school en genotmiddelen'		X	
Centrum GBW	ondersteuning van bedrijven bij toepassen van preventieprogramma's in bedrijven waaronder rookpreventie			X
Cicon (onderdeel van Trindeborch Consult en geïntegreerd met NIGZ)	advisering over en implementatie van rookbeleid op de werkplek en aanbieden van stoppen met roken activiteiten (programma is ontwikkeld in samenwerking met Defacto)	X		X
niet-rokers vereniging CAN (Clean Air Now)	rokers overtuigen dat zij rekening moeten houden met niet-rokers; informatie verstrekken aan niet-rokers om deze te sterken in hun keuze rookvrij te blijven			X
Stichting Medische Alliantie tegen het Roken (SMATR)	creëren van randvoorwaarden voor de uitvoering van stoppen-met-roken activiteiten in de zorg	X		
Keuringsdienst van Waren	handhaving van de Tabakswet	X	X	X

¹ *Initiatiefnemers zijn het Nederlands Astmafonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Kankerbestrijding Koningin Wilhelmina Fonds.*

bron: RIVM

TABEL 55

Regionale organisaties/beroepsgroepen die preventieactiviteiten uitvoeren op gebied van roken

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>	<i>stoppen</i>	<i>niet beginnen</i>	<i>meerroken</i>
GGD	voorlichting waaronder 'De gezonde school en genotmiddelen' (43 GGD'en per 1 januari 2001)	X	X	
thuiszorg	geven van stoppen-met-rokencursussen en voorlichting via OKZ (101 thuiszorginstellingen)	X		X
huisarts	stoppen met roken adviseren aan patiënten met een hoog risico; doorverwijzen naar professionele hulp bij het stoppen	X		
cardiologen en hart- en vaatverpleegkundigen	stoppen met roken adviseren aan patiënten met hart- en vaatziekten	X		
verloskundigen	stoppen met roken adviseren aan zwangeren; informeren over niet roken waar de baby bij is	X		X
longartsen en long-verpleegkundigen	stoppen met roken adviseren aan longpatienten; informeren over meerroken	X		X
regionale instellingen van verslavingszorg	voorlichting waaronder 'De gezonde school en genotmiddelen'	X	X	

bron: RIVM

3.3.2 BEWEGEN

Met medewerking van: M. Stiggelbout (TNO-PG).
Geconsulteerde deskundigen: H. Leutscher (NebasNsg),
M. De Greef (RUG), H. Mulder (NOC*NSF), T. van de Wert (NISB).

Lichamelijke inactiviteit is een van de belangrijkste risicofactoren voor ongezondheid. Van de sterfte in Nederland kan 5,7% worden toegeschreven aan lichamelijke inactiviteit (Polder et al., 2002). De potentiële

gezondheidswinst van lichamelijke activiteit is het grootst bij inactieven; mensen die geen enkele dag dertig minuten matig intensief lichamenlijk actief zijn (Ooijendijk et al., 2002). Lichamelijke activiteit heeft een positief effect op het lichaamsgewicht, het vetpercentage, het cholesterolgehalte (zie ook paragraaf 3.2.2.2), de glucosetolerantie, de insulinegevoeligheid en de botdichtheid (tabel 64). Lichaamsgewicht is in dit kader belangrijk, aangezien overgewicht in Nederland op jonge leeftijd toeneemt

TABEL 56

Indicatie van het bereik van preventieactiviteiten op het gebied van roken

<i>activiteit</i>	<i>bereik</i>	<i>bron</i>
aantal rokers dat de jaarlijkse stoppen-met-rokencampagnes kent	2000: 85% = 3,6 miljoen rokers 2001: 55% = 2,3 miljoen rokers	Westerik & Van der Rijt, 2001
aantal volwassenen dat de campagne 'Roken? Niet waar de kleine bij is' kent	2000: 73% van de volwassenen (18 jaar en ouder)	DTC RVD, 2000
aantal jongeren dat de campagne '...maar ik rook niet!' met vrienden heeft besproken	75%	Defacto, 2002
aantal rokers dat advies-op-maat krijgt	2001: 26.000	Defacto, 2002
aantal counselingsgesprekken (counseling bestaat meestal uit 5 à 6 gesprekken per persoon)	2001: circa 6.000	Defacto, 2002
aantal huisartsen dat de H-MIS toepast	30%	Drossaert et al., 1999
aantal leerlingen dat deelneemt aan 'Operatie/Actie tegengif'	55.000 per jaar uit klas 1 en 2 voortgezet onderwijs	Defacto, 2002
aantal scholen dat het project 'Rookvrije school' kent	basisonderwijs: 81% voortgezet onderwijs: 76%	Van der Steen, 2001
aantal scholen dat een predikaat heeft voor het project 'Rookvrije school'	basisonderwijs: 443 voortgezet onderwijs: 42	Van der Steen, 2001
aantal scholen van het voortgezet onderwijs dat het project 'De gezonde school en genotmiddelen' uitvoert	64-73%	Cuijpers et al., 2002
aantal 'Rookvrij aan het werk'-folders dat aan werknemers is uitgereikt	2.600	Defacto
aantal bezoekers van de website van Defacto (voorheen Stivoro) www.defacto-rookvrij.nl	2001: 364.445	Defacto
aantal gesprekken via de roken infolijn en de jongeren infolijn	2001: 16.581	Defacto
aantal vragen per e-mail dat bij Defacto (voorheen Stivoro) is binnengekomen	2001: 547	Defacto
aantal bezoekers van de website www.stopeffectief.nl (internetsite van de stoppen-met-roken campagne 2001-2002)	november 2001-januari 2002: 30.000	Defacto
aantal materialen (magazines/brochures/stickervellen/folders) dat verzonden wordt	900.000 stuks	Defacto

(zie ook paragraaf 3.5.1). Lichamelijke activiteit kan direct of indirect – via een positief effect op genoemde lichamelijke eigenschappen – verschillende chronische ziekten voorkomen of een positieve invloed hebben op hun beloop (tabel 65).

De universiteiten van Amsterdam (VU), Maastricht (UM), Groningen (RUG), Utrecht (UU), het RIVM, TNO en NOC*NSF hebben in 1998 in onderlinge samenwerking normen voor gezond bewegen vastgesteld, bekend als de 'Nederlandse Norm Gezond Bewegen' (NNGB) (tabel 59). De inhoud van de normen is vooral gebaseerd op recente internationale richtlijnen (Pate et al., 1995; US DHHS, 1996; ACSM, 1998). De norm is vooral gericht op fysieke fitheid (uithoudingsvermogen, kracht en coördinatievermogen) en het onderhouden van gezondheid. Ongeveer 45% van de Nederlanders voldoet over het hele jaar genomen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Het percentage personen dat aan de NNGB voldoet, verschilt onder meer tussen mannen en vrouwen, tussen leeftijdscategorieën en tussen opleidingsniveaus (tabel 60).

TABEL 57

Budget dat beschikbaar is voor preventie van roken in 2001

<i>in € x 1.000</i>	<i>budget</i>
voorlichting	3.716
waarvan: - via VWS	2.355
- via ZonMw	1.361
handhaving Tabakswet	.. ¹
overig	250
verzekeraars	onbekend

¹ Maakt deel uit van het budget van de Keuringsdienst van Waren. Uitsplitsen van dit budget is moeilijk.

bron: VWS

TABEL 58

Effectiviteit van diverse typen preventieactiviteiten met betrekking tot roken

<i>activiteit</i>	<i>effectiviteit</i>	<i>bron</i>
'Maar ik rook niet...'	beeld van niet-rokers in positieve zin veranderd (na de campagne vonden niet-rokers stoerder, cooler en leuker dan ervoor)	Defacto, 2002
'Dat kan ik ook'	stopgging rond jaarwisseling 1999–2000 (n=809.000): <ul style="list-style-type: none"> - 37% rookte in februari/maart 2000 nog steeds niet - 12% rookte in januari/februari 2001 nog steeds niet effectiviteit ondersteuning (% van gebruikers dat na een jaar gestopt is): <ul style="list-style-type: none"> - informatiepakket 12% - schriftelijk advies op maat 16% - bestellers van boek van televisie cursus 19% - telefonische counseling 23% - groepscursus 23–44% (gegevens van 1991) 	Stivoro, 2001 Jansen et al., 2002
'Operatie Tegengif'	percentage rokers op controlescholen steeg significant sterker dan op interventiescholen (een jaar na interventie was verschil niet meer significant)	Stivoro, 2001
'De gezonde school en genotmiddelen'	resultaten over periode 1995-1998, in experimentele groep (ten opzichte van controlegroep): <ul style="list-style-type: none"> - steeg percentage rokers minder (van 5,5 naar 31,1% ten opzichte van 5,9 naar 33,6% in controlegroep) - is meer kennis over roken - is de mate waarin men denkt goed met druk van vrienden om te kunnen gaan toegenomen 	Jansen et al., 2002
C-MIS	een jaar na de C-MIS is 44% gestopt versus 39% in de controlegroep; 32% heeft het gehele jaar niet gerookt versus 25% in de controlegroep	Bolman, 2001
V-MIS	gestopt 6 weken na de bevalling: 21% versus 12% in de controlegroep	Bakker, 2001
H-MIS	na 12 maanden: 13% gestopt versus 7% in de controlegroep	Pieterse, 1999

TABEL 59

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen

<i>leeftijdscategorie</i>	<i>norm</i>
jeugd (< 18 jaar)	dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij de activiteiten minimaal tweemaal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie)
volwassenen (18–55 jaar)	een halfuur matig intensieve lichamelijke activiteit op ten minste vijf, bij voorkeur alle dagen van de week; voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij volwassenen zijn wandelen met 5–6 km/u (dus flink doorwandelen) en fietsen met 15 km/u
ouderen (55-plussers)	een halfuur matig intensieve lichamelijke activiteit op ten minste vijf, bij voorkeur alle dagen van de week; voor niet-actieven, zonder of met beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging meegenomen; voorbeelden van matig intensieve lichamelijke activiteit bij ouderen zijn wandelen met 3–4 km/u en fietsen met 10 km/u

bron: Kemper et al., 2000

TABEL 60

Percentage Nederlanders dat aan de beweegnorm voldoet

n=10.241

<i>achtergrond kenmerken</i>	<i>beweegt voldoende</i>
geslacht¹	
man	44
vrouw	46
leeftijd (in jaren)¹	
13–17	51
18–34	42
35–49	47
50–65	46
65+	41
opleiding¹	
laag	45
midden	46
hoog	42
werksituatie¹	
werkend	46
scholier/student	47
huishoudster/man	46
niet werkend	40
herkomst	
Nederland	45
elders	42
totaal	45

¹ Verschil aangetoond (significant).

bron: Ooijendijk et al., 2002

Zowel landelijke als regionale organisaties (tabel 62 en 63) voeren activiteiten uit ter bevordering van lichamelijke activiteit (tabel 61). In Nederland is door NOC*NSF, de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF het actieprogramma 'Nederland in Beweging!' (NiB) opgesteld. NiB kan gezien worden als een overkoepelend project, waar veel bewegingsactiviteiten onder vallen. Veel van de bewegingsactiviteiten bestaan uit een combinatie van voorlichting en beweegprogramma's. Het televisieprogramma 'Nederland in Beweging' bijvoorbeeld geeft zowel informatie over onder meer bewegen en voeding als een interactieve beweegles. In 2000 is de Breedtesportimpuls van kracht gegaan. Dit is een subsidie- en stimuleringsregeling voor gemeenten, landelijke sportorganisaties en provincies met het doel uitvoer van activiteiten op het gebied van bewegen te stimuleren en daarbij ook specifieke doelgroepen te benaderen (NISB, 2002). Uit onderzoeken naar effecten van bewegingsactiviteiten in Nederland komt naar voren dat mensen de activiteiten waarderen, het hen een opstap biedt naar de reguliere sport en zij met plezier bewegen (tabel 66).

Gebruik en productie

Onvoldoende gegevens beschikbaar over gebruik en productie.

Financiering

Een compleet beeld over de financiering ontbreekt.

TABEL 61

Activiteiten op gebied van bewegen, geordend naar doelgroepen van 'Nederland in Beweging!'

<i>doelgroep</i>	<i>activiteiten</i>	<i>doelgroep gespecificeerd</i>
jeugd	<ul style="list-style-type: none"> - Club Extra - WhoZnext - Heart Dance Award - Junior Hartdag - Motorische Remedial Teaching (MRT) - De Klas Beweegt - Kies voor Hart en Sport - Fit & Fun - Topscore - handboek 'Jeugd gezond in beweging' 	<ul style="list-style-type: none"> - kinderen van 4–12 jaar met motorische achterstand - jongeren van 14–18 jaar - basisonderwijs (groep 7 en 8) - basisonderwijs (groep 7 en 8) - kinderen met een motorische achterstand - basisonderwijs (groep 1–8) - basisonderwijs (10–12 jaar) - jongeren van 13–15 jaar die inactief zijn - jongeren van 13–18 jaar - professionals
volwassenen	<ul style="list-style-type: none"> - Nationale Gezondheidstest (NGT) - Sportief wandelen - In beweging via het werk (cGBW) - Beweegwijzer - handboek 'Volwassenen in beweging' - kwaliteitscriteria beweegprogramma's - PPGM buitengewoon in beweging 	<ul style="list-style-type: none"> - volwassenen, werknemers - mensen die inactief of onvoldoende actief zijn - werknemers - werknemers - professionals - werkgevers en intermediaire organisaties - werkgevers en werknemers
ouderen	<ul style="list-style-type: none"> - NiB-tv - Meer Bewegen voor Ouderen - Gezond en Vitaal - Gezond en Vitaal voor Turken - Groninger Actief Leven Model (GALM) - bewegingsvoorlichtingsproject Gezond Bewegen - In Balans (onder andere valpreventie) - Fietsen naar het werk (cGBW) - Thuis in Beweging - Bewegingsactiveringsprogramma (BAP) - Beweegplein - lokale activiteiten, landelijk ondersteund - handboek '55+ in beweging' 	<ul style="list-style-type: none"> - 55-plussers - 55-plussers - 65-plussers - Turken van 65 jaar en ouder - niet of onvoldoende sportief actieve senioren van 55–65 jaar - 65-plussers - zelfstandig wonende 65-plussers met verhoogde kans op valongevallen - werknemers - thuissituatie - dementerende ouderen in verzorgingshuizen - 50-plussers - 55-plussers - 55-plussers
chronisch zieken	<ul style="list-style-type: none"> - Zorg Methode - SCALA - Hart in Beweging (HiB) - Omgaan met Artrose - Revalidatie en Sport - Actief na revalidatie 	<ul style="list-style-type: none"> - chronisch zieken - mensen met een chronische aandoening - (ex-)hartpatiënten - mensen met artrose van de knie of heup - mensen met een lichamelijke beperking/handicap in de leeftijd van 0–80 jaar - revalidanten van 18+ met lichamelijke beperking en/of chronische aandoening

¹ De opsomming betreft een eerste inventarisatie van activiteiten en is als zodanig niet volledig.

TABEL 62

Landelijke organisaties die activiteiten uitvoeren op het gebied van bewegen

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
Nederlands Olympisch Comité* Nederlandse Sport Federatie (NOC*NSF)	bevorderen dat inwoners van Nederland op verantwoorde wijze sport kunnen beoefenen of daarbij betrokken kunnen zijn
Interprovinciale Organisatie Sport (IOS)	koepelorganisatie van twaalf provinciale sportraden; onder andere als taak het initiëren, realiseren en coördineren van diverse projecten omtrent bewegen
Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)	ontwikkeling, advisering, voorlichting en deskundigheidsbevordering
NebasNsg	bevorderen van sport en bewegen voor mensen met een beperking in de sportwereld, het onderwijs, de zorg en revalidatie
Nederlandse Hartstichting	voorlichting geven over een gezonde leefstijl (onder andere bewegen) om hart-en vaatziekten te voorkomen
Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds (KWF)	stimuleren van betere leefgewoonten (onder andere bewegen) om risico op kanker te beperken
NIGZ/Centrum GBW	ondersteunen van bedrijven bij toepassen van preventieprogramma's, onder andere stimuleren van bewegen door werknemers
Ministerie van VWS	bevorderen van sport en bewegen middels wet- en regelgeving en subsidiëring van activiteiten
TNO Preventie en Gezondheid/TNO Arbeid	ontwikkelen, evalueren en implementeren van bewegingsprogramma's
Instituut voor bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen	ontwikkelen, evalueren en implementeren van bewegingsprogramma's

bron: RIVM

TABEL 63

Regionale en lokale organisaties/beroepsgroepen: activiteiten op gebied van bewegen

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
provinciale sportraden	bevorderen van sportdeelname in betreffende provincie; initiëren, realiseren en coördineren van diverse beweegprojecten; 12 provinciale sportraden
GGD	stimuleren van bewegen door uiteenlopende activiteiten, zoals sportkennismakingscursussen, onderwijspakketten en fitheidtesten; 43 GGD'en per 1 januari 2001
thuiszorg	stimuleren van bewegen, voornamelijk via cursussen; 101 thuiszorgorganisaties
sport- en gezondheidscentra	bevorderen van gezondheid middels uitvoeren van bewegingslessen, waarin tal van beweegvormen worden aangeboden, variërend van fitness, aerobics, spierversterkende training tot diverse vechtsporten; 1.400-1.500 sport- en gezondheidscentra
sportverenigingen	aanbieden van sportactiviteiten op terrein van specifieke sport(en); circa 30.000 sportverenigingen
gehandicapten sportVerenigingen	aanbieden van sportactiviteiten voor mensen met een beperking

bron: RIVM

Literatuur

ACSM, American College of Sports Medicine Position Stand. *The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults*. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1998; 30(6): 975-991.

Borghouts JAJ, Hopman-Rock M. *Evaluatie 'Nederland in Beweging! - televisie'. Een effectevaluatie*. Leiden: TNO-PG, 2001.

Hopman-Rock M, Greef M de (red.). *Effectevaluatie van nieuwe groepen Meer Bewegen voor Ouderen-Gymnastiek*. Leiden: TNO-PG, 2002.

Hopman-Rock M, Westhoff MH. *Development and evaluation of 'Aging Well and Healthily'. A health education and exercise program for community-living older adults*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2002; 10: 363-380.

Kemper HGC, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M. *Consensus over de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen*. TSG 2000; 78: 180-3.

Mosterd WL, Bol E, Vries WR de, et al. *Bewegen gewogen. Inventarisatie van wetenschappelijke gegevens en formulering van aanbevelingen ter ondersteuning van actiegericht beleid inzake sport en (volks)gezondheid*. Utrecht: vakgroep Medische Fysiologie en Sportgeneeskunde, 1996.

NISB, Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen. *De breedtesportimpuls in beeld*. Monitor breedtesportimpuls 2001. Den Haag, 2002.

Ooijendijk WTM, Hildebrandt VH, Stiggelbout M (red.). *Tendrapport Bewegen en Gezondheid 2000-2001*. Hoofddorp: TNO-PG/Arbeid, 2002.

Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. *Physical activity and public health*. *Journal of the American Medical Association*, 1995; 273: 402-7.

Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ. *Kosten van Ziekten in Nederland. De zorgeuro ontrafeld*. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270751005 ism Erasmus MC, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg. Bilthoven: RIVM, 2002.

US DHHS, US Department of Health and Human Services. *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, USA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

Westhoff MH, Hopman-Rock M. *Dissemination and implementation of 'Aging Well and Healthily'. A health education and exercise program for older adults*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2002, 10: 381-394.

TABEL 64

Effecten van bewegen op diverse determinanten van gezondheid

parameter	effect
lichaamsgewicht	+++
vetpercentage	+++
LDL-cholesterol gehalte	+++
HDL-cholesterol gehalte	+++
glucosetolerantie	+++
insulinegevoeligheid	+++
botdichtheid	++
bloeddruk	+
coördinatie	+
reactievermogen	+
reactiesnelheid	+
geheugen	+
psychosociaal welbevinden	+
gemoedstoestand	+
zelfredzaamheid	+
zelfvertrouwen	+
zelfwaarde	+

+++ Bewijskracht voor positief effect is overtuigend.
 ++ Sterke aanwijzingen voor positief effect.
 + Aanwijzingen voor positief effect.

bron: Mosterd et al., 1996

TABEL 65

Effecten van lichamelijke activiteit op het voorkomen van en beloop van chronische ziekten

chronische ziekte	voorkómen van ontstaan	effect op beloop
artrose	-	+
CARA	-	++
colon kanker	++	-
coronaire hartziekten	+++	+++
beroerte	++	++
taaislijmziekte	-	++
depressie	++	++
diabetes mellitus type 2	+++	+++
epilepsie	-	++
lage rugpijn	+	+
osteoporose	+++	++
reumatische artritis	-	++

+++ Bewijskracht voor positief effect is overtuigend.
 ++ Sterke aanwijzing voor positief effect.
 + Aanwijzingen voor positief effect.
 - Geen aanwijzingen voor positief effect.

bron: Mosterd et al., 1996

TABEL 66

Effectiviteit van enkele activiteiten ter bevordering van lichamelijke activiteit¹

<i>activiteit</i>	<i>effectiviteit</i>	<i>bron</i>
Fit & Fun	leerlingen en docenten geven Fit & Fun een 7,5; waardering van materialen, ondersteuning en flexibiliteit waarmee het programma op school uitgevoerd kan worden	www.fitenfun.nl
Club Extra	> 75% van de kinderen maakt binnen 2 jaar een succesvolle overstap naar de reguliere sport; < 8% haakt vroegtijdig af; circa 10% zal de overstap naar reguliere sport nooit maken	www.nebasnsg.nl
GALM	circa 15.000 senioren van de 175.000 die benaderd zijn via lokale GALM projecten zijn sportief actief geworden; 60–80% hiervan was voorheen onvoldoende sportief	www.sport.nl/nib
Meer Bewegen voor Ouderen	MBvO 1 x per week: na 10 weken geen effecten op subjectieve gezondheid en kwaliteit van leven, slechts enkele effecten op fysieke fitheid en zelfredzaamheid; MBvO 2 x per week: klein positief effect op drie fitheidsmaten en kwaliteit van leven bij de van tevoren minst actieve ouderen; relatief meer individuele vooruitgang in fitheid bij relatief oudere ouderen (75+) en personen met chronische aandoeningen.	Hopman-Rock & De Greef, 2002
Gezond en Vitaal	deelnemers enthousiast; minst actieve deelnemers bewegen na het volgen van Gezond en Vitaal 4,5 x zoveel als daarvoor; (te) hoge bloeddruk van minder actieven is afgenomen en bloedsuikergehalte en overgewicht van vrouwen is verminderd.	Hopman-Rock & Westhoff, 2002; Westhoff & Hopman-Rock, 2002
NIB-tv	kijkers van NIB-tv rapporteerden meer te zijn gaan bewegen dan niet-kijkers; zowel bij kijkers als bij niet-kijkers toename in vitaliteit, mentale gezondheid, gedrag en kennis omtrent bewegen, verschil in toename tussen kijkers en niet-kijkers te klein om effect aan NIB-tv toe te schrijven.	Borghouts & Hopman-Rock, 2001
Revalidatie en sport	in de periode 1997–juli 2002 zijn bijna 13.000 revalidanten doorverwezen naar de georganiseerde sport; na 1 jaar blijkt nog ruim 60% actief deel te nemen	NebasNsg, 2001
Sportief Wandelen	98% van de deelnemers is positief	www.sportiefwandelen.nl
Kies voor Hart en Sport	11% van de leerlingen die nog niet lid zijn van een sportvereniging worden lid; voor gemeenten een aantrekkelijk product om te implementeren in het kader van Breedtesport	www.sport.nl/nib
Topscore	goede manier om jongeren te betrekken bij sport- en bewegingsactiviteiten; product spreekt de allochtone doelgroep erg aan	www.topscoreamsterdam.nl

¹ De opsomming betreft een eerste inventarisatie van onderzoek naar effecten en is als zodanig niet volledig.

3.3.3 GEZONDE VOEDING

Preventieactiviteiten op het terrein van voeding hebben tot doel gezonde voeding en veilig voedsel te bevorderen. Het onderwerp veilig voedsel behandelen we in paragraaf 3.4.2. De bevordering van gezonde voeding is vooral gericht op:

- bevorderen van een voedingspatroon dat voldoet aan de richtlijnen Goede Voeding ter preventie van chronische (welvaarts)ziekten (in paragraaf 3.3.3.1);
- voorzien in de behoefte van essentiële voedingsstoffen in het algemeen en specifieke voedingsstoffen in het bijzonder, zoals jodium, foliumzuur, vitamine B6, ijzer, calcium en vitamine D. Een voldoende inname kan bepaalde ziekten en aandoeningen voorkomen. Zo voorkomt jodium het optreden van struma (kropgezwel);
- bevorderen van borstvoeding bij moeders (in paragraaf 3.3.3.2);
- voorkómen van nadelige gevolgen van voedselovergevoeligheid, bijvoorbeeld ten aanzien van gluten, lactose, koemelk, noten of schaaldieren;
- bevorderen van de kwaliteit en duur van leven bij patiënten met een ziekte die aan voeding is gerelateerd.

Om gezonde voeding te stimuleren wordt voorlichting gegeven, onder meer over gewenste inname-niveaus (bijvoorbeeld twee ons groente per dag), over diëten die geschikt zijn voor bepaalde patiënten en over geschikte merkartikelen bij voedselovergevoeligheid. Daarnaast zijn er omgevingsgerichte interventies waarbij veranderingen in het productaanbod worden gestimuleerd. Het stimuleren van producten met betere voedingswaarde, glutenvrije en koemelkvrije producten valt hier onder. Ook worden beeldmerken ontwikkeld waardoor de consument voedingsmiddelen met veel groenten en fruit of met weinig energie, zout of vet kan onderscheiden. Hierbij wordt veel samengewerkt met de industrie en handel. Tot slot is er wetgeving, onder andere over de verrijking van voedingsmiddelen of de voedingsdeclaratie (Peters, 2002).

Literatuur

Peters L (NIGZ). *Wat is het doel en welke methoden worden toegepast?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Preventie\Gericht op determinanten\Preventie gericht op leefstijl\Voeding, 28 mei 2002.

3.3.3.1 RICHTLIJNEN GOEDE VOEDING

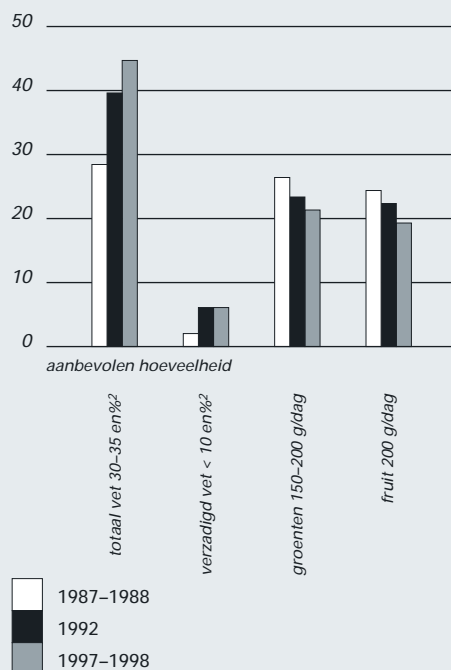
Met medewerking van: M. Hekman (Voedingscentrum).

Lang niet alle Nederlanders voldoen aan de richtlijnen Goede Voeding. Over het algemeen eten Nederlanders te veel vet en te weinig groenten en fruit (figuur 18). Een ongezond voedingspatroon kan overgewicht veroorzaken. Dit is een risicofactor voor hart- en vaatziekten, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, diabetes mellitus type 2 en psychosociale problemen. Overgewicht neemt in Nederland op jonge leeftijd toe (Cole & Roede, 1999; Fredriks et al., 2000; zie ook paragraaf 3.5.1). Door de gemiddelde groente- en fruitconsumptie van de huidige 250 gram naar 400 gram per dag te verhogen, kan veel gezondheidswinst behaald worden. Volgens de meest voorzichtige schatting zou dit jaarlijks 3.000 minder sterfgevallen aan hart- en vaatziekten kunnen opleveren en 4.500 minder nieuwe gevallen van kanker. De Signaleringscommissie van de Nederlandse Kankerbestrijding vindt het echter nog te vroeg voor precieze schattingen, vanwege de beperkte bewijslast voor het beschermende

FIGUUR 18

Percentage Nederlanders ≥ 12 jaar dat voldoet aan de aanbevolen hoeveelheden voor een goede voeding

Voor totaal en verzadigd vet, groenten en fruit, in 1987/1988, 1992 en 1997/1998.¹



¹ De percentages zijn slechts indicaties vanwege meetmethode (2-daagse-opschrijfmethode).

² Energieprocent (en%). Van de energie die men per dag tot zich neemt dient 30-35% geleverd te worden door vet; niet meer dan 10% van de energie mag komen uit verzadigd vet.

effect van groente en fruit voor bepaalde soorten kanker (Ocké et al., 2002).

Op het gebied van voeding worden diverse preventie-activiteiten uitgevoerd (tabel 68), die als uiteindelijke doel hebben dat meer mensen, wat hun voedselconsumptie betreft, gaan voldoen aan de richtlijnen Goede Voeding. Een groot deel van deze activiteiten maakt gebruik van voorlichting als preventiemethode. Twee op de vijf Nederlanders kan spontaan één of twee slogans van voedingsactiviteiten noemen. Campagnes gericht op de bevordering van groente- en fruitconsumptie worden het meest genoemd (tabel 72). Daarnaast wordt via omgevingsgerichte interventies en wetgeving aandacht aan goede voeding besteed (tabel 68). Aandachtsgroepen bij gezonde voeding zijn onder meer kinderen en jongeren, dertigers, ouderen, niet-westerse allochtonen en personen met lage SES (tabel 67 en 68). Aan de laatste twee doelgroepen wordt relatief weinig aandacht besteed (Wolters, 2001; Overberg 2002).

Tal van organisaties voeren preventieactiviteiten uit op het gebied van voeding. We kunnen drie groepen onderscheiden:

- landelijke, onafhankelijke organisaties met preventie als hoofdactiviteit (tabel 69);
- landelijke organisaties, waarbij de nadruk ligt op productpromotie en afzetbevordering, een klein deel van hun taak bestaat uit preventie (tabel 70);
- regionale organisaties en beroepsgroepen die preventieactiviteiten uitvoeren (tabel 71).

Het Voedingscentrum is op het gebied van voeding één van de belangrijkste organisaties in Nederland (tabel 69). Jaarlijks krijgt het Voedingscentrum veel

vragen over voeding. De meest recente, landelijke campagne die het Voedingscentrum heeft uitgevoerd, is de campagne 'Goede voeding, wat let je?' (tabel 68). Deze campagne is gefinancierd door verschillende organisaties. Daarnaast krijgt het Voedingscentrum subsidie van het ministerie van VWS en het ministerie van LNV.

Over de effecten van voedingsactiviteiten is weinig bekend. In de (internationale) literatuur zijn enige effecten van voedingsactiviteiten gevonden op het lichaam of de voedselinname (tabel 73). Veranderen van voedingsgedrag is een langdurig proces. Zo moet er bijvoorbeeld gewerkt worden aan een goede inschatting van de eigen consumptie, een positieve houding en het denken in staat te zijn gezonder te gaan eten. De campagne 'Goede voeding, wat let je?' is geëvalueerd, waarbij deze en andere intermediaire uitkomstmaten zijn gemeten (tabel 74). De kennis van vetgehalte van producten is in de loop van de campagne licht gedaald, die van vezelgehalte van producten is licht gestegen. Verder is het percentage respondenten dat soms of meestal het etiket van een product leest (een maat voor aandacht) licht gedaald (Hazebroek, 2002).

Financiering

Een compleet beeld van de financiering van activiteiten ter bevordering van een gezonde voeding ontbreekt.

Literatuur

Cole TJ, Roede MJ. *Centiles of body mass index for Dutch Children aged 0–20 years in 1980. A baseline to assess recent trends in obesity.* Ann Hum Biol 1999; 26: 303–308.

TABEL 67

Aandachtsgroepen bij goede voeding en de reden hiervoor

<i>aandachtsgroep</i>	<i>reden</i>
kinderen en jongeren < 22 jaar	veranderingen in leefstijl en activiteitenpatroon, welvaart
dertigers	ingrijpende levensgebeurtenissen (baan, gezin, huis) kunnen eetpatroon beïnvloeden; weinig tijd voor goede voeding door kinderen en werk; meer aandacht voor voeding bij zwangerschap en geboorte kind
ouderen (65+)	lagere voedselinname door inactiviteit, vermindering van smaak en geurvermogen, geneesmiddelengebruik, economische status en weinig sociale contacten (eenzaamheid); risico om in een negatieve spiraal terecht te komen
niet-westerse allochtonen	voedingspatroon komt over het algemeen meer overeen met richtlijnen goede voeding; echter, bij allochtonen komt meer (tand)cariës, suikerziekte en overgewicht voor
personen met een lage SES ¹	slechtere levensomstandigheden, minder kennis over voedsel; keuzes beperkt door de prijs van het voedsel

¹ Sociaal-economische status.

Fredriks AM, Buuren S van, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. *Body mass index measurements in 1996–1997 compared with 1980*. Arch Dis Childhood 2000; 82: 107–112.

Hazebroek AJ. *Effectevaluatie van de campagne 'Goede voeding, wat let je?'. Eindresultaten*. Valkenswaard: GGD Zuidoost-Brabant & Voedingscentrum, 2002.

Ocké MC, Hulshof KFAM, Löwik MRH. *Met welke ziekten en aandoeningen hangt een ongezond voedingspatroon samen?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Determinanten\Leefstijl\Voeding, 11 februari 2002.

Overberg RI. *Gezonde Voeding. Lokale activiteiten in kaart gebracht*. Bilthoven/Wageningen: RIVM/Wageningen Universiteit (scriptie), 2002.

Peters L (NIGZ). *Wat zijn de effecten?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Preventie\Gericht op determinanten\Preventie gericht op leefstijl\Voeding, 28 mei 2002.

Raaijmakers T, Vaandrager L. *Gezonde Voeding*. In: Keijzers JFEM, Vaandrager L (red.). *Gezond leven*. Stand van zaken en voorstel voor programmering. Den Haag: ZON, 2000.

TABEL 68

Activiteiten gericht op het bevorderen van gezonde voeding

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>	<i>doelgroep</i>
voorlichting		
campagnes met een massamediale component	- 'Goede voeding, wat let je?' (1996–2001)	- vrouwen (22–50 jaar) met zorg voor man en/of kind(eren) (7–12 jaar) met een lagere sociaal economische status
	- 'Het leven is hart... zorg er goed voor' (1999–2001)	- algemene bevolking ≥ 35 jaar
	- 'Geef kanker minder kans, eet volop groente en fruit'	- algemene bevolking
campagnes vanuit de voedingsbranche	- 'Eet meer... elke dag 2 ons groenten en 2 keer fruit'	- Nederlanders van 25–35 jaar die de boodschappen doen
	- 'Margarine, de onmisbare basis' (2002–nu)	- consumenten en intermediairs (onder andere huisartsen, diëtisten, afslankorganisaties en onderwijs)
setting specifieke projecten	- leskisten voeding en ander onderwijsmateriaal	- leerlingen basis- en speciaal onderwijs
	- Project Schoolkantine en Project Schoolfruit	- schoolgaande jeugd
	- stappenplan om gezonde voeding op het werk te stimuleren	- werknemers
doelgroep specifieke projecten	- cursussen, voornamelijk gericht op afvallen	- mensen met overgewicht, hart- en vaatziekten, hoog cholesterol, hoge bloeddruk, diabetes mellitus
	- informatiebijeenkomsten	- verschillende doelgroepen, onder andere ouderen, ouders met peuters
	- advies-op-maat, consult	mensen met overgewicht, hart- en vaatziekten, hoog cholesterol, hoge bloeddruk, diabetes mellitus
	- informatiemateriaal	- zwangeren, ouders van kleuters/peuters, ouderen, patiënten, allochtonen, vegetariërs/veganisten, recreatieve sporters
omgevingsgerichte interventies	- veranderingen in productaanbod	- consumenten, degene die de boodschappen doet
	- beeldmerken	- consumenten, degene die de boodschappen doet
wetten en regels	- etikettering en voedingsdeclaratie	- consumenten, degene die de boodschappen doet

Wolters M. *Gezonde voeding. Een inventarisatie van beleid en landelijke campagnes in Nederland*. Bilthoven/Wageningen: RIVM/Wageningen Universiteit (scriptie), 2001.

TABEL 69

Landelijke onafhankelijke organisaties die preventieactiviteiten uitvoeren op gebied van gezonde voeding

<i>aanbieder¹</i>	<i>taak</i>
Voedingscentrum ²	verstrekken van onafhankelijke en betrouwbare informatie aan de Nederlandse bevolking; opstellen van informatiemateriaal voor intermediaire en uiteindelijke doelgroepen; bereiken dat mensen gezond en veilig voedsel eten; uitvoeren van publiekscampagnes
Nederlandse Hartstichting	voorlichting over een gezonde leefstijl (onder andere voeding) om hart- en vaatziekten te voorkomen
Nederlandse Kankerbestrijding/ Koningin Wilhelmina Fonds	stimuleren van betere leefgewoonten (onder andere voeding) om risico op kanker te beperken

¹ Dit is een selectie van aanbieders. Preventie is een belangrijk onderdeel van hun taak. Daarnaast geven patiëntenverenigingen, zoals de Diabetesvereniging Nederland en de Maag Lever Darm Stichting, voorlichting over goede voeding. Zij richten zich primair op patiënten.

² Sinds 1 januari 1998 is de Stuurgroep Goede Voeding een onderdeel van het Voedingscentrum. De Stuurgroep is een samenwerkingsverband van de overheid en organisaties op het gebied van voeding en levensmiddelen die zich bezighouden met productie, handel, voorlichting en consumentenbelangen. De Stuurgroep stuurt landelijke voedingscampagnes aan.

bron: RIVM

TABEL 70

Informatie- en product-promotieorganisaties die activiteiten uitvoeren op gebied van gezonde voeding

<i>aanbieder¹</i>	<i>taak</i>
Voorlichtingsbureau Groenten & Fruit	stimuleren van de consumptie van groenten en fruit
Voorlichtingsbureau Margarine, Vetten en Oliën	voorlichting op basis van de richtlijnen goede voeding over de toepassing van margarine, vetten en oliën voor een gezonde, eigentijdse en smakelijke voeding
Nederlands Visbureau	verstrekken van onder meer informatie over de Nederlandse vissector en informatie over vis en gezondheid
Voorlichtingsbureau Vlees	optreden namens de Nederlandse vlees- en vleeswarenssector; voorlichting over de vleesdistributie en verwante organisaties
Voorlichtingsbureau Brood	afzetbevordering brood; consumentenvoorlichting (onder meer receptenfolders, lesmateriaal basisonderwijs, de campagne 'brood, daar zit wat in')
Nederlands Zuivelbureau	geven van informatie over zuivel via de website aan volwassenen, ouders, kinderen, zwangeren, mensen die lijnen, docenten, leerlingen en (para)medisch specialisten

¹ Bij deze aanbieders ligt de nadruk op productpromotie en afzetbevordering; een klein deel van hun taak bestaat uit preventie.

bron: RIVM

TABEL 71

Regionale organisaties/beroepsgroepen: preventieactiviteiten op gebied van gezonde voeding

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
GGD	onder de aandacht brengen van goede voeding door met name voorlichting
thuiszorg	voorlichting, voornamelijk via cursussen
diëtist	advies-op-maat (counseling) met name aan hoogrisicogroepen; diëtisten werken via thuiszorg, ziekenhuis of particulier
huisarts	advies en informatie tijdens consult aan hoogrisicogroepen; in diverse NHG-standaarden wordt aandacht aan goede voeding besteed
sportscholen	gewichtsbeheersing en voedingsadvies

bron: RIVM

TABEL 72

Bekendheid van voorlichtingscampagnes over gezonde en goede voeding (2001)¹

<i>maten om bekendheid te meten</i>	<i>in %</i>
percentage respondenten dat spontaan 1 of 2 namen/slogans van voorlichtingscampagnes over gezonde en goede voeding noemt	40
spontaan genoemde campagnenamen/slogans	
'Goede voeding, wat let je?'	1
'Let op Vet'	2
'Twee ons groente en twee stuks fruit per dag'	10
'Snoep gezond, eet een appel'	10
'Brood, daar zit wat in!'	6
'Met melk meer mans/ Melk de witte motor'	5

¹ n=3.452

bron: Hazebroek, 2002

TABEL 73

Enige effecten van voedingsinterventies op het lichaam en de voedselinname

<i>beoogde verandering in voedselinname</i>	<i>studiekenmerken</i>	<i>verandering in lichaam of in voedselinname</i>
reductie van verzadigd vet	<ul style="list-style-type: none"> - internationale onderzoeken onder optimale omstandigheden - internationale onderzoeken; algemene bevolking (praktijk) 	<ul style="list-style-type: none"> - daling van het cholesterolgehalte in het bloed met 10–15% - daling van het cholesterolgehalte in het bloed met 2–5%
bevordering van de groente- en fruitconsumptie	<ul style="list-style-type: none"> - internationale onderzoeken; algemene bevolking (praktijk); interventies bestonden uit: communicatie met individu en verbeteren van het aanbod - Nederlandse studie; gecontroleerde omstandigheden; interventie bestond uit voorlichting op maat 	<ul style="list-style-type: none"> - ongeveer één portie van groente of fruit per dag extra - bijna een halve portie groente en fruit per dag extra

bron: Peters, 2002

3.3.3.2 BORSTVOEDING

Met medewerking van: K. van Drongelen (Voedingscentrum), K. Herschderfer (TNO-PG).

Borstvoeding geven heeft veel positieve effecten op de gezondheid van zowel het kind als de moeder (tabel 81). Eigenlijk zou het dan ook vanzelfsprekend moeten zijn dat borstvoeding wordt gegeven in plaats van kunstmatige zuigelingenvoeding. De World Health Organisation (WHO) geeft het advies uitsluitend borstvoeding te geven (dat wil zeggen zonder aanvullende voeding) tot het kind de leeftijd van 6 maanden heeft bereikt (Lanting et al., 2002). Dit advies geldt sinds mei 2001, daarvoor was het 4 tot 6 maanden uitsluitend borstvoeding. Naast positieve effecten op de gezondheid lijkt het geven van borstvoeding een positief effect te hebben op de directe kosten voor de volksgezondheid (Holterman & Nout, 1998). Ruim vier vijfde van de vrouwen heeft de intentie om borstvoeding te geven na de bevalling en een groot percentage van de moeders start ook met het geven

van borstvoeding (eventueel gecombineerd met kunstvoeding). Echter, slechts een klein percentage volgt het advies van de WHO op om uitsluitend borstvoeding te geven tot het kind de leeftijd van zes maanden heeft bereikt (figuur 19).

Redenen dat vrouwen niet starten met het geven van borstvoeding zijn onder andere: moeilijke combinatie van werk en borstvoeding, voorkeur van de aanstaande vader, geloof dat flesvoeding even 'goed' is als borstvoeding, onzekerheid en eerdere negatieve ervaringen. Redenen dat vrouwen kunstvoeding introduceren of er geheel op overgaan, en dus de duur van het geven van borstvoeding beperkt blijft, zijn onder meer: de hoeveelheid borstvoeding is niet voldoende, de drinktechniek van het kind en/of de kwaliteit van de borstvoeding is niet goed, de combinatie van werk en borstvoeding is moeilijk en factoren als pijn, schaamte, stress, vermoeidheid en ongemak.

TABEL 74

Eindmeting¹ van 'Goede Voeding, wat let je?' (1996–2001) vergeleken met nulmeting²

gemeten factoren	vet		groente		fruit	
	in %	verschil	in %	verschil	in %	verschil
percentage respondenten dat voldoet aan de aanbevelingen met betrekking tot inname (consumptie) ³	30	+	30	g.v.	38	-
percentage respondenten dat de eigen consumptie goed inschat	46	+	30	+	70	+
percentage respondenten met een positieve attitude ten opzichte van de producten (attitude)	43	g.v.	97	g.v.	94	-
percentage respondenten dat zegt dat de naaste omgeving hen stimuleert om gezonder te gaan eten met betrekking tot de verschillende producten (directe sociale invloed)	36	g.v.	32	+	43	g.v.
percentage respondenten dat het (heel) makkelijk vindt om gezonder te gaan eten met betrekking tot de verschillende producten (eigen effectiviteit)	30	+	53	g.v.	55	-
percentage respondenten dat zeker/waarschijnlijk van plan is om gezonder te gaan eten met betrekking tot de verschillende producten (intentie)	26	g.v.	15	+	27	+

¹ Eindmeting (2001): n=3.452; nulmeting (1996): n=5.144; ; gemeten met behulp van een schriftelijke vragenlijst bij respondenten van 16–69 jaar.

² + = stijging ten opzichte van nulmeting; - = daling ten opzichte van nulmeting; g.v. = geen verschil tussen nul- en eindmeting.

³ In dit onderzoek zijn de volgende aanbevelingen gehanteerd: vet: totaal vet < 35 en%, groente: < 150 g per dag, en fruit: < 2 stuks per dag.

Activiteiten ter bevordering van het geven van borstvoeding trachten onder andere in te spelen op bovenstaande redenen (tabel 75). In wetten, codes en verklaringen wordt aandacht besteed aan niet-gewenste reclame voor kunstvoeding, dat borstvoeding geven vanzelfsprekend zou moeten zijn, ook op het werk. Diverse criteria zijn opgesteld voor het welslagen van borstvoeding. Instellingen die deze criteria toepassen, kunnen het UNICEF certificaat Zorg voor Borstvoeding behalen. Verder wordt op tal van manieren voorlichting gegeven over borstvoeding aan ouders, geïnteresseerden en zorgverleners (tabel 75). Zowel landelijke als regionale organisaties voeren activiteiten uit om het geven van borstvoeding te bevorderen (tabel 76 en 77). Vrijwel elke moeder komt in contact met een kraamverpleegkundige die voorlichting, begeleiding en ondersteuning dient te geven op het gebied van borstvoeding (zie ook paragraaf 3.5.2). Ondanks het feit dat een groot percentage kraamafdelingen en kraamzorginstellingen weet dat het UNICEF-certificaat Zorg voor Borstvoeding behaald kan worden (tabel 78),

heeft slechts een klein percentage daadwerkelijk een certificaat (tabel 80). Waarschijnlijk komt dit door de kosten die eraan verbonden zijn.

Het percentage moeders dat uitsluitend borstvoeding geeft in de eerste tot en met de vijfde maand na de bevalling is hoger onder moeders die gecertificeerde kraamzorg hebben gehad dan onder moeders die niet-gecertificeerde kraamzorg hebben gekregen (figuur 20). In Amsterdam ging een actief borstvoedingsbeleid, gestart in 1993, gepaard met een toename van het percentage borstgevoede zuigelingen, ook in niet-Nederlandse groepen (Van der Wal et al., 2001).

Met ingang van 2000 heeft het ministerie van VWS besloten alle financiering voor borstvoedingsactiviteiten te laten verlopen via het Voedingscentrum. Het Voedingscentrum heeft de opdracht gekregen het geven van borstvoeding nadrukkelijker te stimuleren (masterplan), dit in samenwerking met andere organisaties (tabel 79).

TABEL 75

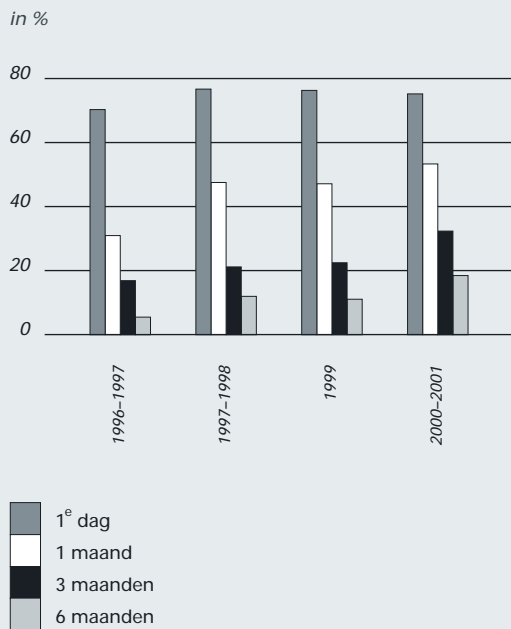
Activiteiten ter bevordering van borstvoeding

<i>activiteit</i>		<i>doelgroep</i>
wetten, codes en verklaringen	<ul style="list-style-type: none"> - internationale gedragscode (opgesteld door WHO in 1981); weerhouden van fabrikanten van vervangingsmiddelen voor moedermelk om reclame te maken; Nederlandse uitwerking hiervan is de Warenwetregeling zuigelingenvoeding - Innocenti-verklaring (opgesteld door WHO/UNICEF in 1990); benadrukking dat het geven van borstvoeding vanzelfsprekend zou moeten zijn en diverse doelstellingen om dit te bereiken - vrouw heeft recht om tijdens haar werk (doorbetaald) borstvoeding te geven (Staatsblad, 1995) 	<ul style="list-style-type: none"> - overheid en zuigelingen-voedingsindustrie - overheid - werkgevers en werkende vrouwen met een kind van 0-9 maanden
criteria en certificering	<ul style="list-style-type: none"> - tien (internationale) vuistregels voor het welslagen van borstvoeding (opgesteld door WHO/UNICEF) - zeven stappen (alleen in Nederland) voor ondersteuning van borstvoeding in de JGZ (mede op basis van IGZ, 1999) - wereldwijde campagne 'Baby Friendly Hospital Initiative' (ontwikkeld door WHO/UNICEF; start in 1991); instellingen informeren over het toepassen van de criteria (de tien vuistregels en de zeven stappen); instellingen die aan de criteria voldoen certificeren; Nederlandse uitwerking hiervan is de campagne 'Zorg voor Borstvoeding' 	<ul style="list-style-type: none"> - instellingen voor ouder- en kindzorg - instellingen voor JGZ (ouder- en kindzorg) - organisaties en instellingen die kraamzorg leveren
voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> - leren hoe borstvoeding te geven (bijvoorbeeld aanleggen kind) - landelijk: telefonische hulpdiensten - landelijk: diverse internetsites (bijvoorbeeld www.borstvoeding.nl en www.voedingscentrum.nl) - regionaal: informatiebijeenkomsten, thema-avonden, themabijeenkomsten, cursussen, voorlichtingsavonden - diverse voorlichtingsmaterialen: folders, brochures, handboeken, video's, informatiemappen, (kwartaal)uitgaven en nieuwsbrieven van borstvoedingsorganisaties - activiteiten in het kader van de Wereldborstvoedingsweek (week 40) - handboeken, nieuwsbrieven, websites, scholingsaanbod, telefonische informatie 	<ul style="list-style-type: none"> - moeders - geïnteresseerden - geïnteresseerden - aanstaande ouders - ouders, geïnteresseerden - ouders, geïnteresseerden - zorgverleners

FIGUUR 19

Moeders die hun kind uitsluitend borstvoeding geven

Op de eerste dag na de geboorte en 1, 3¹ en 6² maanden na de geboorte in 1996/97, 1997/98, 1999 en 2000/2001.



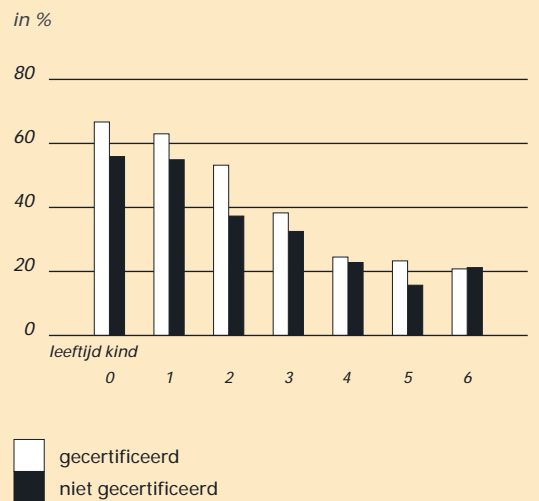
¹ In 1997/98 werd 3 maanden gedefinieerd als 13 circa 2 weken. Voor de overige peilingen was dit 3 voltooide maanden.
² In 1997/98 werd 6 maanden gedefinieerd als 26 circa 4 weken. Voor de overige peilingen was dit 6 voltooide maanden.

bron: Lanting et al., 2002

FIGUUR 20

Moeders die uitsluitend borstvoeding geven

Naar leeftijd van hun kind (in voltooide maanden) en type kraamzorg (gecertificeerd of niet gecertificeerd in het kader van het BFHI).



bron: Lanting et al., 2002

TABEL 76

Landelijke organisaties die activiteiten aanbieden ter bevordering van borstvoeding

aanbieder	taak
Stichting Zorg voor Borstvoeding ¹	instellingen informeren over WHO/UNICEF-criteria voor een goed borstvoedingsbeleid; ondersteuning bieden bij het toepassen ervan en certificering wanneer werkwijze van instelling overeenkomt met de criteria
Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen ¹	verlenen van hulp aan moeder en kind in specifieke probleemsituaties; verzorgen van (bij)scholing aan zorgverleners
Wemos ¹	werken aan de naleving van gedragscode WHO (1981) die reclame voor vervangingsmiddelen van moedermelk aan banden legt
Vrijwilligersorganisatie Vereniging borstvoeding Natuurlijk ¹	geven van hulp en informatie op basis van moeder-tot-moeder contact; organiseren van (regionale) voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen voor aanstaande ouders
Vrijwilligersorganisatie Borstvoeding-organisatie La Leche League Nederland ¹	geven van hulp en informatie op basis van moeder-tot-moeder contact; organiseren van (regionale) voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen voor aanstaande ouders
Voedingscentrum	bieden van informatie over borstvoeding; ontwikkelen van een plan om borstvoeden te bevorderen en regie bij de uitvoering hiervan (samen met diverse andere organisaties)
beroepsorganisaties (verloskundigen, kinderartsen, huisartsen)	bevorderen van borstvoeding en informatie verstrekken over borstvoeding

¹ Deze vijf organisaties vormen het overleg Samenwerkende Borstvoeding Organisaties (SBO). De afzonderlijke organisaties hebben elk een specifieke taak en met elkaar wordt een belangrijk deel van het werkveld bestreken.

bron: RIVM

TABEL 77

Regionale organisaties/beroepsgroepen die activiteiten aanbieden op het gebied van bevordering van borstvoeding

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
consultatiebureaus	begeleiding en ondersteuning geven omtrent borstvoeding vanaf de kraamperiode (1.465 in 2000)
kraamafdelingen en afdelingen gynaecologie/obstetrie van ziekenhuizen	leren hoe borstvoeding te geven (bijvoorbeeld aanleggen kind); begeleiding, ondersteuning en prenatale voorlichting; organiseren van voorlichtingsavonden voor aanstaande ouders waarin het thema borst- en flesvoeding behandeld wordt (137 ziekenhuizen in 1999)
thuiszorgorganisaties met ouder- en kindzorg in hun pakket	organiseren van thema-avonden over borstvoeding voor aanstaande ouders (65 in 2000)
kraamzorgorganisaties	voorlichting geven over en begeleiding van borstvoeding tijdens de kraamperiode (in 2000: 43 aangesloten bij LVT, 73 niet aangesloten bij LVT)
particuliere bureaus die kraamzorg leveren	aanleren vaardigheden, begeleiding en ondersteuning
verloskundigen	geven van voorlichting over borstvoeding
lactatiekundigen	organiseren van informatieavonden en cursussen (niet in heel Nederland)
scholingsinstituten	organiseren van symposia of scholingen waarbij borstvoeding deel uitmaakt van het programma
geboortewinkels (commercieel)	mondelijke informatie over borstvoeding en organiseren van cursussen, et cetera

¹ De aanbieders van activiteiten op regionaal niveau kunnen ook weer doelgroep zijn van activiteiten (bijvoorbeeld scholing voor zorgverleners).

bron: RIVM

TABEL 78

Een indicatie van het bereik van activiteiten ter bevordering van borstvoeding

<i>activiteit</i>	<i>bereik</i>	<i>bron</i>
Aantal ziekenhuizen met kraamafdelingen en kraamzorginstellingen bekend met de 'Tien vuistregels'	93%	SZB, 2002a ¹
Aantal ziekenhuizen met kraamafdelingen en kraamzorginstellingen bekend met het behalen van WHO/UNICEF-certificaat	88%	
Aantal bezoekers van de website http://borstvoeding.pagina.nl	2001: 22.146	SZB, 2002b
Aantal bezoekers van de website www.zvb.borstvoeding.nl bedoeld voor zorgverleners	2000: 12.391 2001: 21.125	

¹ Enquête gehouden in 1999 onder alle ziekenhuizen met kraamafdeling en alle kraamzorginstellingen. Respons was 54%.

bron: RIVM

TABEL 79

Financiering van organisaties die activiteiten uitvoeren op het gebied van borstvoeding

<i>organisatie</i>	<i>financiering</i>
Voedingscentrum (VC)	alle financiering voor borstvoedingsactiviteiten verloopt sinds 2000 via VC; van 2002–2007 ontvangt VC jaarlijks € 286.000 van VWS voor financiering SZB, incidentele subsidies activiteiten derden (zoals VBN en LLL), en uitvoering van activiteiten in het kader van het masterplan
Stichting Zorg voor Borstvoeding (SZB)	inkomsten in 1998–1999 uit Preventiefonds, in 2000–2002 van ZON/Mw, vanaf 2003 door het Voedingscentrum
Vereniging Borstvoeding Natuurlijk (VBN)	inkomsten uit verkoop voorlichtingsmaterialen + donateurs en incidenteel (voor kleine bijdragen) door VWS (en vanaf 2000 door het VC)
Borstvoedingorganisatie La Leche League Nederland (LLL)	inkomsten uit verkoop voorlichtingsmaterialen + donateurs en incidenteel (voor kleine bijdragen) door VWS (en vanaf 2000 door het VC)

bron: RIVM

TABEL 80

Nederlandse instellingen die gecertificeerd zijn of in aanmerking komen voor certificering via BFHI

<i>fase van certificering</i>	<i>instellingen die kraamzorg thuis leveren</i>	<i>ziekenhuizen</i>
reeds gecertificeerd	11	2
komen in aanmerking voor certificering in 2001	8	2

bron: Lanting et al., 2002

TABEL 81

Effecten van borstvoeding op de gezondheid van zowel kind als moeder**kind**

- sterke aanwijzingen dat borstvoeding het risico vermindert op het optreden van allergische aandoeningen, middenoorontsteking en cognitieve ontwikkeling
- mogelijk beschermend effect van borstvoeding op voedselovergevoeligheid, de spijsverteringsstoornis coeliakie, infecties en ontstekingsziekten, wiegendood, auto-immuunziekten en suikerziekte

moeder

- sterke aanwijzingen voor het beschermend effect van borstvoeding op het optreden van premenopausale borstkanker
- mogelijk beschermend effect van borstvoeding op eierstokkanker en botbreuken gerelateerd aan osteoporose

bron: RIVM

Literatuur

Holterman M, Nout SM. *The economic benefits of breast-feeding in the Netherlands*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1998.

IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Voeding van zuigelingen en peuters. Uitgangspunten voor de voedingsadvisering voor kinderen van 0-4 jaar*. Den Haag: IGZ, 1999.

Lanting CI, Herschderfer K, Wouwe JP van, Reijneveld SA. *Peiling melkvoeding van zuigelingen 2000/2001 en het effect van certificering op de borstvoedingscijfers*. Leiden: TNO-PG, 2002.

Staatsblad. Arbeidstijdenwet. Artikel 4.8. 1995.

SZB, *Stichting Zorg voor Borstvoeding*.
Internet: www.zvb.borstvoeding.nl > TienVuistregels,
29 mei 2002. 2002a.

SZB, *Stichting Zorg voor Borstvoeding*. Internet:
www.zvb.borstvoeding.nl, 5 juli 2002. 2002b.

Wal MF van der, Jonge GA de, Pauw-Plomp H. *Toegenomen percentages borstgevoede zuigelingen in Amsterdam*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 2001; 145(33): 1597-1601.

3.3.4 ALCOHOL

*Met medewerking van: M.T. Rikken (NIGZ).
Geconsulteerde deskundigen: P. Cuijpers,
L. Lemmers (Trimbos-instituut).*

Alcohol is het meest gebruikte en meest wijdverbreide genotmiddel in ons land; ongeveer vier vijfde van de (jong)volwassenen drinkt wel eens alcohol. Mannen drinken meer dan vrouwen. Het percentage mensen dat overmatig drank gebruikt³ is bijna acht keer hoger onder mannen dan onder vrouwen (figuur 21). Het percentage zware mannelijke drinkers⁴ is vier keer zo hoog als het percentage zware vrouwelijke drinkers

(24% versus 6%; CBS, POLS) en het percentage mannen dat afhankelijk is van alcohol⁵ is vijf keer hoger dan het percentage vrouwen (4,5% versus 0,9%; Trimbos, NEMESIS). Een groot deel van de jongeren onder de 16 gebruikt wel eens alcohol (tabel 82). In de periode 1992-1999 lijkt het aantal glazen dat jongeren per gelegenheid drinken licht te stijgen (figuur 22).

Matig alcoholgebruik⁶ beschermt tegen coronaire hartziekten en beroerte. Daarentegen kan overmatig alcohol leiden tot schadelijke gevolgen: alcohol veroorzaakt ongeveer een tiende van de totale ziektelast en 1,5% van de sterfte. Daarnaast veroorzaakt het maatschappelijke schade onder meer als gevolg van ongevallen en agressiedelicten. Terugdringen van alcoholgebruik zou gezondheidswinst opleveren bij ongevallen, chronische aandoeningen en zowel lichamelijke als psychiatrische aandoeningen (Schram et al., 2001). Preventie beoogt verantwoord alcoholgebruik te bevorderen en het risico op alcoholgerelateerde problemen te beperken. Via verschillende preventiemethoden wordt ingezet op het doel (tabel 83). De nadruk ligt vooral op gezondheidsbevordering en wet- en regelgeving. Diverse organisaties zijn in dit veld actief (tabel 85), zowel op landelijk als op regionaal niveau.

De gezondheidsbevordering bestaat voornamelijk uit grote landelijke campagnes en lokale programma's. De lokale preventieprogramma's worden grotendeels aangeboden op scholen (tabel 84). Ruim twee derde van de Nederlandse middelbare scholen gebruikt het programma de 'Gezonde school en genotmiddelen', een programma dat niet alleen bestaat uit voorlichting, maar ook uit het aanleren van vaardigheden zoals omgaan met groepsdruk, en de invoering van een genotmiddelenbeleid op school (tabel 86; Cuijpers et al., 2002).

De landelijke campagnes zijn grotendeels vormgegeven in het project Alcohol Voorlichting en Preventie (AVP). Onder de slogan 'Drank maakt meer kapot

³ Overmatig alcoholgebruik: 2 of meer glazen alcohol per dag voor vrouwen en 3 of meer voor mannen.

⁴ Zwaar alcoholgebruik: Minstens 1 dag per week 6 glazen of meer.

⁵ Afhankelijk van alcohol: persoon voldoet aan 3 of meer van 7 criteria, zoals ontweningsverschijnselen, voortdurend verlangen naar het middel en opofferen van belangrijke sociale, beroeps- of recreatieve activiteiten aan gebruik van het middel.

⁶ 1 tot 2 glazen alcohol per dag (vrouwen) en 1 tot 3 glazen voor mannen.

TABEL 82

Percentage jongeren dat de afgelopen vier weken alcohol heeft gedronken

jongeren onder de 16 jaar oud	jongens			meisjes		
	1992	1996	1999	1992	1996	1999
kinderen in het basisonderwijs	16	17	15	16	11	9
12-13-jarigen	19	34	33	14	24	23
14-15-jarigen	46	65	64	47	60	59

bron: De Zwart et al., 2000

dan je lief is' zijn verschillende campagnes gevoerd met een massamediale component. De campagnes zijn gericht op uiteenlopende doelgroepen, onder wie jongeren, studenten, volwassenen en verkeersdeelnemers (Cuijpers et al., 2000). De activiteiten van het project AVP hebben een groot bereik (tabel 86). Massamediale voorlichting leidt echter niet direct tot verandering in alcoholgebruik. Verandering in drinkgedrag is wel bereikbaar door tegelijk met de massamediale activiteiten ook een meer persoonlijke benadering van voorlichting en andere preventiemethoden in te zetten (tabel 88).

De Drank- en Horecawet schept randvoorwaarden voor een verantwoorde distributie van alcohol in de

samenleving en bevat speciale regels voor alcoholverstrekkers en overheden (niet voor gebruikers). De Keuringsdienst van Waren heeft tot taak de wet te handhaven (tabel 85). Aan jongeren onder de zestien mag volgens de wet geen drank worden verkocht en aan jongeren onder de 18 geen sterkedrank. Ondanks dat deze regels bekend zijn bij bijna alle verstrekkers van alcohol (tabel 86), kan een aanzienlijk deel van de 10-16-jarigen toch alcohol kopen (Ten Den et al., 2000). Daarom is de Drank- en Horecawet in 2000 aangescherpt, waardoor het voor jongeren moeilijker wordt om alcohol te verkrijgen. Ook is de bier- en wijnacijns verhoogd. Uit onderzoek blijkt dat mensen hierdoor minder alcohol gaan drinken, ongeacht hun persoonlijke opvattingen (tabel 88; Van den Broucke, 1998). Ook is sinds 2001 de handhaving van de Drank- en Horecawet geïntensiveerd. Hiervoor wordt jaarlijks ruim € 4,5 mln vrijgemaakt (tabel 87).

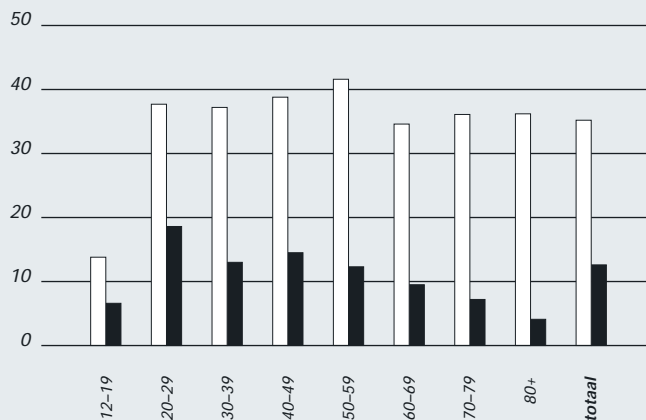
FIGUUR 21

Matige en overmatige drinkers

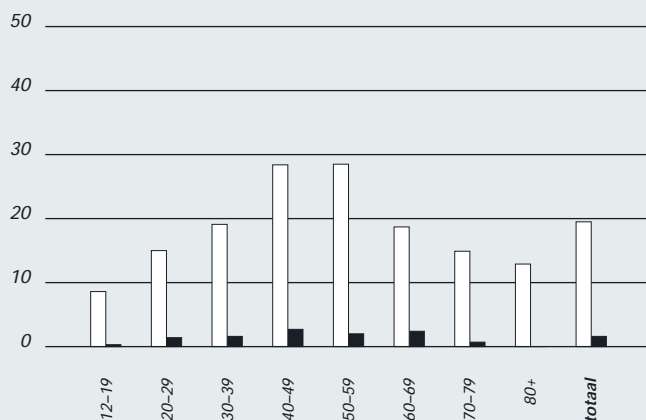
Onder mensen van 12 jaar of ouder in 1997, uitgesplitst naar mannen en vrouwen per leeftijdsklasse.

in %

mannen



vrouwen



1-2 glazen
> 3 glazen

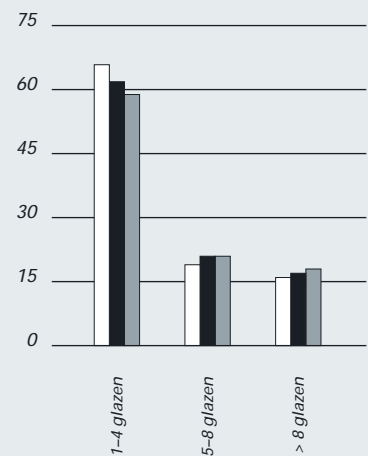
bron: CBS, POLS

FIGUUR 22

Aantal glazen dat leerlingen in het voortgezet onderwijs hebben gedronken

Tijdens de laatste gelegenheid in 1992, 1996 en 1999.

in %



1992
1996
1999

bron: De Zwart et al., 2000

TABEL 83

Preventieactiviteiten (vanaf 1998) gericht op (overmatig) alcoholgebruik en in specifieke situaties

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>	<i>doelgroep</i>
gezondheidsbevordering		
campagnes met een massamediale component	- 'Wat doet drank met u?' (1999–nu)	- overmatig drinkende volwassenen (35–55 jaar)
	- 'Ik ben zat... en wie ben jij?' (1998–nu)	- studenten
	- 'Ben jij sterker dan drank?' (1997–nu)	- jongeren (15–25 jaar)
	- 'Wat doet drank met u?, rijd alcoholvrij' (1999–2001)	- automobilisten
internet	- signaleringstesten	- jongeren
	- kennistesten	- jongeren
setting specifieke projecten	- 'De gezonde school en genotmiddelen' (1990–nu)	- jongeren op de basis- en middelbare school
	- stappenplan 'Alcoholgebruik op het werk'	- werknemers
publiek-private projecten (rijksoverheid samen met alcoholbranche)	- 'Eerst denken... dan schenken' (2002)	- personeel horeca
	- 'Soms moet je nee verkopen' (2002)	- personeel supermarkt en slijterijen
	- 'Bob jij of bob ik' (2002) ¹	- automobilisten
	- Tegen Alcomobilisme-project (1998–2001)	- automobilisten
campagnes vanuit de alcoholbranche	- 'Fris rijdt, it's a deal' (1999–2001)	- automobilisten
	- 'Alcohol en verkeer: een verkeerde mix' (lessenserie) (1999–2001)	- automobilisten
	- 'Drank kopen kent zijn leeftijd'	- jongeren en verstrekkers van alcohol
cursussen	- sociale hygiëne	- horecaondernemers, slijters en leidinggevenden in sportkantines
	- instructie verantwoord alcoholgebruik	- barvrijwilligers in sportkantines, en buurthuizen
	- Educatieve Maatregel Alcohol en verkeer (EMA)	- bestuurders die rijden onder invloed
wetten en regels	- Drank- en Horecawet	- verstrekkers van alcohol, gemeenten
	- Absintwet	- verstrekkers van alcohol en gebruikers
	- Wegenverkeerswet	- weggebruikers
	- Wet luchtverkeer	- piloten
	- Scheepvaartverkeerswet	- schippers
convenants	- Reclamecode voor alcoholhoudende drank	- verstrekkers van alcohol
	- regels voor verantwoord alcohol verstrekken in de horeca	- verstrekkers van alcohol in horecagelegenheden
	- regels voor verantwoorde verkoop van alcoholhoudende drank voor thuisverbruik	- verstrekkers van alcohol in slijterijen en supermarkten
screening	- protocol 'Vroegsignalering in de huisartspraktijk'	- probleemdrinkers

¹ Deze campagne heeft een massamediale component en had als zodanig ook onder dat kopje kunnen worden geordend.

Literatuur

Bieleman B, Jetzes M, Kruize A, Oldersma F.

Alcoholverstrekking aan jongeren. Naleving leeftijdsgrenzen 16 en 18 jaar uit de Drank- en Horecawet. Metingen 1999 en 2001. Groningen/Rotterdam: Intraval, 2002.

Bolier L, Cuijpers P. *Effectieve verslavingspreventie op school, in het gezin en in de wijk.* In opdracht van GGZ Nederland. Project Resultaten Scoren. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.

Broucke S van den. *Evaluatie van alcohol- en drugspreventie. Onderzoek en praktijk.* Gedrag & Gezondheid, 1998; 26(4): 223–236.

Cuijpers P, Jonkers R, Keijsers JFEM. *Leefstijlcampagnes in Nederland. Analyse en aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering.* Den Haag: ZON, 2000.

Cuijpers P, Jonkers R, Weerdt I de, Jong A de. *The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project.* Addiction, 2002.

Den C ten, Bieleman B, Snippe J. *Alcoholverstrekking aan jongeren. Onderzoek naar de naleving van de leeftijdsgrenzen van 16 en 18 jaar uit de Drank- en Horecawet.* Groningen, Rotterdam: Intraval, 2000.

DTC RVD, DTC Rijksvoorlichtingsdienst. *Campagne 'Wat doet drank met u?' Tracking eindrapportage.* Den Haag: DTC Rijksvoorlichtingsdienst, 2000.

Gageldonk A van, Cuijpers P. *De effecten van verslavingspreventie. Overzicht van de literatuur.* Utrecht: Trimbos instituut, 1998.

Mheen D van de. *Alcohol- en drugsverslaving: determinanten en interventies.* In: Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen.* Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270555004. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002.

NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. *Project Alcohol Voorlichting en Preventie. Jaarverslag 2001.* Woerden: NIGZ, 2001.

Regio Data. *Inventarisatie Jongeren en Alcohol.* Rotterdam/Groningen: Regio Data, 2001.

Schram D, Maas IAM, Poos MJJC, Jansen J. *De bijdrage van leefstijlfactoren aan de sterfte in Nederland.* Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2001; 79: 211–216.

Tweede Kamer. *Alcoholbeleid.* Kamerstukken II 2001/2002, 27 565, nr. 24.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Alcoholnota. Nota over de intensivering van het beleid tegen alcoholmisbruik (2001–2003).* Den Haag: ministerie van VWS, 2000.

Zwart WM de, Monshouwer K, Smit F. *Jeugd en riskant gedrag, kerngegevens 1999. Roken, drinken, druggebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.

TABEL 84

Projecten van regionale instellingen van verslavingszorg en GGD'en (1999)

setting	instellingen van verslavingszorg		GGD	totaal
	gericht op meer genotmiddelen	alleen gericht op alcohol	gericht op meer genotmiddelen	
school	34	--	61	95
gezin	17	1	1	19
wijk	6	--	5	11
totaal	57	1	67	12

bron: Bolier & Cuijpers, 2000

TABEL 85

Organisaties actief op (overmatig) alcoholgebruik

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>	<i>< 16 jaar¹</i>	<i>≥16 jaar²</i>
NIGZ	voorlichting over verantwoord gebruik van alcohol via de campagne 'Drank maakt meer kapot dan je lief is'	X	X
centrum Gezondheidsbevordering op de werkplek (cGBW) inclusief Alcon	ondersteuning van bedrijven bij implementeren van preventieprogramma's waaronder alcoholpreventie		X
Verenigde Verkeers Veiligheids Organisatie (3VO)	voorlichting over alcohol in het verkeer		X
Trimbos instituut	ontwikkelen en (ondersteunen bij) uitvoering van gezonde school en genotmiddelen	X	
Nederlands Olympisch Comité * Nederlandse Sport Federatie (NOC*NSF)	voorlichting aan sportverenigingen over verantwoord verstrekken van alcohol	X	X
Svh (voorheen Stichting Vakopleiding Horeca)	voorlichting aan horecaondernemers, barpersoneel en slijters over verantwoord verstrekken van alcohol	X	X
Platform Verkoop Alcoholhoudende Dranken voor Thuisgebruik	voorlichting aan personeel supermarkt en slijterijen over leeftijdsgrenzen drank- en horecawet alcoholhoudende drank aan jongeren onder de 16	X	X
Ministerie VWS	wet- en regelgever	X	X
Ministerie V&W	wet- en regelgever, uitvoering voorlichtingsactiviteiten rondom alcohol en verkeer	X	X
Keuringsdienst van Waren	handhaving van de drank- en horecawet (57 inspecteurs houden zich hiermee bezig)	X	X
GGD	voorlichting waaronder het project 'De gezonde school en genotmiddelen' (43 GGD'en op 1 januari 2001)	X	X
regionale instellingen van verslavingszorg	voorlichting waaronder 'De gezonde school en genotmiddelen'; EMA-cursussen en andere voorlichtingsactiviteiten (51 instellingen)	X	X
regionale steunpunten AVP	regionale ondersteuning van het project alcohol voorlichting en preventie (16 instellingen van verslavingszorg zijn een AVP-steunpunt)		X
politie	handhaving Wegenverkeerswet		X

¹ De preventie van alcoholgebruik bij jongeren tot 16 jaar.

² De preventie van overmatig alcoholgebruik en alcoholgebruik in specifieke situaties bij mensen ouder dan 16 jaar.

TABEL 86

Indicatie van bereik van alcoholvoorlichting aan jongeren

<i>activiteit</i>	<i>bereik</i>	<i>bron</i>
volwassenen die 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' kennen	86%	DTC RVD, 2000
jongeren die 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' kennen	96%	DTC RVD, 2000
bezoekers van www.benjesterkerdandrank.nl	1999: 80.919 2000: 64.231 2001: 98.017	NIGZ, 2001
bezoekers van www.alcoholvoorlichting.nl	1999: 21.130 2000: 91.731 2001: 137.877	NIGZ, 2001
mensen die de Alcoholinfolijn bellen (onderdeel van project Alcohol Voorlichting en Preventie)	1998: 13.000 1999: 10.131 2000: 10.243 2001: 9.748	NIGZ, 2001
scholen van het voortgezet onderwijs die 'De gezonde school en genotmiddelen' uitvoeren	64-73%	Cuijpers et al., 2002
leerlingen van het voortgezet onderwijs die jaarlijks 'De gezonde school en genotmiddelen' ontvangen	350.000	Cuijpers et al., 2002
leerlingen (13-17 jaar) die op school voorlichting krijgen over alcohol (kan ook een andere interventie zijn dan 'De gezonde school en genotmiddelen')	52%	Regiodata, 2001
verstrekkers die de leeftijdsgrens voor zwak alcoholhoudende drank kennen, zoals vastgesteld in de Drank- en Horecawet	1999: 90% 2001: 95%	Bieleman et al., 2002
verstrekkers die de leeftijdsgrens voor sterk alcoholhoudende drank kennen, zoals vastgesteld in de Drank- en Horecawet	1999: 90% 2001: 82%	Bieleman et al., 2002
verstrekkers die het onderscheid kennen tussen zwak-alcoholhoudende drank en sterkedrank	1999: 46% 2001: 34%	Bieleman et al., 2002
bestuurders die een EMA-cursus krijgen	6.000 jaarlijks	Tweede Kamer, 2002

TABEL 87

Budget dat vanuit VWS beschikbaar is voor de preventie van overmatig alcoholgebruik en de verdeling daarvan¹

<i>in €</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
Alcohol Voorlichting en Preventie	1.361.340	1.361.340
voorlichting overig	195.125	985.459
handhaving Drank- en Horecawet	--	4.615.630
overig	113.445	741.174
totaal	1.670.000	7.703.603

¹ Dit budget is exclusief specifieke uitkeringen binnen het verslavingsbeleid. Financiering van de preventieactiviteiten van instellingen voor (ambulante) verslavingszorg zijn hier dus niet meegenomen.

Effectiviteit van preventieactiviteiten gericht op kennis, vaardigheden en het gebruik van alcohol¹

<i>activiteit</i>	<i>effecten²</i>
methode specifiek	
- massamediale campagnes	- kan kennis over alcohol vergroten en in mindere mate houding over overmatig alcoholgebruik verbeteren. geen noemenswaardig direct effect op alcoholgebruik, alleen in combinatie met andere activiteiten
- preventieactiviteiten waarbij gebruik wordt gemaakt van leeftijdgenoten of 'peers'	- enig bewijs voor effecten op alcoholgebruik verhoogt doeltreffendheid van activiteiten
- persoonsgerichte voorlichting	- enig bewijs, met name wanneer ook vaardigheden worden aangeleerd
- advies-op-maat	- nog niet onderzocht
setting specifiek	
- preventieactiviteiten op scholen	- effect op alcoholgebruik aangetoond
- preventieactiviteiten gericht op ouders/gezin	- weinig bewijs voor effecten op alcoholgebruik
- preventieactiviteiten via de wijk of communitybenadering	- enig bewijs, wordt onderzocht
- preventie op de werkplek	- niet of nauwelijks onderzocht
- vroegsignalering in de huisartspraktijk	- effect op alcoholgebruik aangetoond
doelgroep specifiek	
- preventieactiviteiten bij kinderen van verslaafde ouders	- weinig bewijs voor effecten op alcoholgebruik
- preventieactiviteiten bij etnische minderheden	- enig bewijs voor effecten op alcoholgebruik
- preventieactiviteiten bij zwangere vrouwen	- weinig bewijs voor effecten op alcoholgebruik
- preventieactiviteiten bij patiënten (onder meer in de huisartspraktijk)	- enig bewijs voor effecten op alcoholgebruik
- preventieactiviteiten met betrekking tot alcohol en verkeer: terugvalpreventie overtreders	- enig bewijs voor effecten op alcoholgebruik
beleidsmaatregel gericht op (fysieke) omgeving	
- verhoging van de leeftijdsgrens voor verkoop alcohol	- effect op alcoholgebruik aangetoond
- beperking van de verkooptijden	- enig bewijs voor effecten op alcoholgebruik
- verhoging van de prijs van alcohol	- effect op alcoholgebruik aangetoond
- beperking van het aantal verkooppunten	- enig bewijs voor effecten op alcoholgebruik
- 'servers' interventies waarbij vaardigheden worden aangeleerd aan barpersoneel	- enig bewijs voor effecten op alcoholgebruik
- reclamebeperking	- geen bewijs voor effecten op alcoholgebruik

¹ De beschrijving van de effectiviteit is gebaseerd op buitenlands en Nederlands onderzoek. Uit buitenlands onderzoek komt naar voren dat kennisvermeerdering en attitudeverandering geen sterke relatie vertonen met middelengebruik. Daarom wordt hier in navolging van Van Gageldonk en Cuijpers (1998), enkel van een effectief programma gesproken wanneer sprake is van verandering in middelengebruik.

² Weinig: effectiviteit onvoldoende aangetoond; enig bewijs: indicaties voor effectiviteit, nader onderzoek noodzakelijk.

bron: Van de Mheen, 2002

3.3.5 CONDOOMGEBRUIK

Geconsulteerde deskundigen: T. Coenen (Stichting SOA-bestrijding), M.J.W. van de Laar (RIVM).

Door onbeschermd seksueel contact, dat wil zeggen vrijen zonder condoom, kunnen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), zoals chlamydia, overgedragen worden. Recent blijkt uit verschillende bronnen dat de SOA toenemen. Het aantal gediagnosticeerde SOA bij GGD'en en twee poliklinieken is in 2001 met ongeveer een vijfde gestegen ten opzichte van 2000 (tabel 89; Van de Laar et al., 2002).

Ook in Amsterdam is een forse toename van SOA te constateren, met name onder homoseksuele mannen (tabel 89; GG&GD Amsterdam, 2000; GG&GD Amsterdam 2001). Deze toename van SOA is verontrustend, omdat het duidt op een toename van onveilig seksueel gedrag. Echter, betrouwbare gegevens hierover ontbreken. Het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO) onderzoekt sinds 1987 jaarlijks de ontwikkelingen in veilig vrijen en condoomgebruik. Condoomgebruik bij vaste partners is in de periode 1998-2001 vrijwel gelijk gebleven. Bij losse contacten

is het condoomgebruik in 2001 afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren (figuur 23; Bakker & Sandfort, 2001). Of dit een tijdelijk verschijnsel is of het begin van een nieuwe trend, zal uit de metingen in de komende jaren duidelijk moeten worden. Positieve ontwikkelingen zijn te zien in kennis over veilig vrijen en SOA, houding ten aanzien van condooms en de te ondernemen acties om besmetting met SOA te voorkomen. De overige uitkomstmaten laten weinig veranderingen in de tijd zien (tabel 95). Zowel landelijke als regionale organisaties voeren

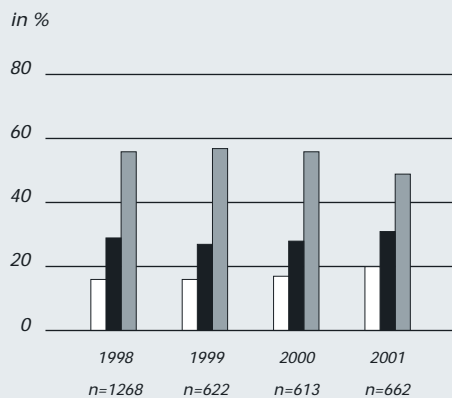
activiteiten uit ter bevordering van condoomgebruik (tabel 91 en 92). Het gaat voornamelijk om voorlichting aan verschillende risicogroepen en in diverse settings (tabel 90). Sinds 1987 voert de Stichting SOA-bestrijding jaarlijks de landelijke 'vrij veilig'-campagne uit. Gemiddeld drie vijfde van de mensen van 15-35 jaar kent de campagne (tabel 93). Ruim vier vijfde van de mensen die de campagne kennen, voelt zich erdoor aangesproken (Bakker & Sandfort, 2001). De campagne wordt over het algemeen beter gewaardeerd dan andere landelijke overheids campagnes (tabel 94).

FIGUUR 23

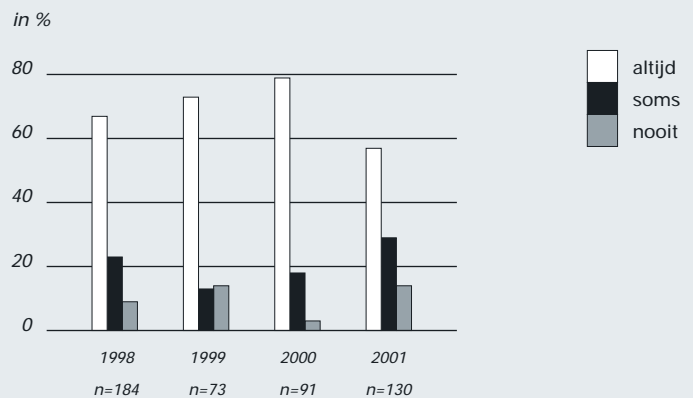
Condoomgebruik in de praktijk bij vaste en bij losse partners (1998-2001)

Gemeten door middel van telefonische interviews bij 15-35-jarigen.

condoomgebruik bij vaste partner



condoomgebruik bij losse partner



bron: Bakker & Sandfort, 2001

TABEL 89

Consulten, het voorkomen van SOA's en de toe- of afname ten opzichte van 2000¹

	SOA-polikliniek in Amsterdam			GGD'en en SOA-poliklinieken Utrecht en Rotterdam		
	absoluut aantal in 2000	absoluut aantal in 2001	trend ten opzichte van 2000 (in %)	absoluut aantal in 2000	absoluut aantal in 2001	trend ten opzichte van 2000 (in %)
aantal consulten	17.663	17.981	2 ²	15.669	20.136	29
HIV-positief	43	71 ³	65	56	61	9
chlamydia	1.791	2.046	14	1.131	1.578	40
gonorroe	1.022	1.071	5	410	543	32
syfilis	126	199	58	114	139	22
herpes genitalis	278	316	14	184	270	47
genitale wratten	501	546	9	717	841	17

¹ Gemeten bij 1) de SOA-polikliniek in Amsterdam, en 2) de GGD'en en SOA-poliklinieken Utrecht en Rotterdam.

² De zorgvraag bleek in 2001 groter dan kon worden gerealiseerd waardoor een instroombeperking van bezoekers noodzakelijk werd. Door deze beperking geeft de toename in nieuwe consulten een vertekend beeld van de reële zorgvraag.

³ Waarvan 3 al bekend waren met hun positieve serostatus.

TABEL 90

Activiteiten ter bevordering van condoomgebruik

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>	<i>doelgroep</i>
voorlichting		
- campagne met een massamediale component	- jaarlijkse 'vrij veilig'-campagnes (1987-nu)	- 15-30-jarigen die met een (eerste) seksuele relatie beginnen
- persoonlijke voorlichting	- aids SOA-infolijn - internetsites, zoals www.soa.nl	- geïnteresseerden - geïnteresseerden
- doelgroep specifieke activiteiten	- lespakketten 'Lang leve de liefde' en 'Safe Sex Files' (in beide pakketten wordt aandacht besteed aan culturele diversiteit); dossier 'Vrijen zonder zorgen' (ontwikkeld voor codename future, een onderwijsmethode waarbij leerlingen zelf invulling geven aan het onderwijs) - 'ondersteuning huiskamers' en 'prostitutiesite' (www.prostitutie.nl) - voorlichting door prostituees aan prostituees (afkomstig uit diverse taal- en cultuurgebieden) - deskundigheidsbevordering	- scholieren middelbaar onderwijs - prostituees en alle betrokkenen - prostituees
- setting specifieke activiteiten	- baanprojecten; voorlichting geven en condooms/cadeaus uitdelen op de banen (= ontmoetingsplekken voor homo- en biseksuelen) - project gericht op SOA/HIV-bestrijding in asielzoekers-centra	- professionals - mannen met homoseksuele contacten - allochtonen
- regionale voorlichtings-activiteiten door GGD'en (NIGZ, 2002) ¹	diverse projecten, zoals: - uitdelen condooms - voorlichtingsbijeenkomsten - persoonlijkheidstesten of vragenlijsten, die aanleiding vormen voor gesprek - interactieve werkvormen; video, rap-song of toneelstuk maken over relaties, seksualiteit en veilig vrijen - tentoonstelling 'vrij veilig op vakantie' - bierviltjes (sluit aan bij de 'veilig vrijen'-campagnes)	- divers, zoals homo- en biseksuele mannen, jongeren (in de buitenschoolse setting zoals buurthuizen), vakantie-gangers en scholieren
- campagnes vanuit de condoombranche	- Durex: commercials, prijsvragen, gratis condooms weggeven, vragen stellen per e-mail, chatten, informatie over kwaliteitseisen en gebruik van condooms op de website - condomerie: informatie over kwaliteitseisen en gebruik van condooms op de website	- consumenten - consumenten
omgevingsgerichte interventies		
- regionale omgevings-gerichte activiteiten door GGD'en ¹	- stimuleren condoomgebruik door plaatsing automaten	- algemene bevolking
wetten en regels		
	- voor Europa zijn kwaliteitseisen voor condooms vastgelegd in een Europese norm (EN 600: Condomerie, 2002)	- condoomfabrikanten
screening		
	- actieplan 'Actief testen!'	- GGD'en

¹ Deze activiteiten worden niet door alle GGD'en uitgevoerd.

TABEL 91

Landelijke organisaties: activiteiten op het gebied van condoomgebruik

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
Stichting SOA-bestrijding	bestrijding van SOA en bevorderen kwaliteit SOA-bestrijding door: preventie van SOA-infecties, testen, behandelen en partnerwaarschuwing; informeren, adviseren, stimuleren en ondersteunen van organisaties en beleidsmakers; uitvoeren van de jaarlijkse 'vrij veilig'-campagnes; ontwikkeling lesmaterialen; coördinatie programma's gericht op jongeren en prostitutie
Keuringsdienst van Waren	controleren van de naleving van de kwaliteitseisen voor condooms die zijn vastgelegd in de Europese norm (EN 600)
HIV Vereniging Nederland	patiëntenvereniging en belangenbehartiger; daarnaast wordt voorlichting gegeven over HIV (eigen ervaringen, hoe kan je het voorkomen) door HIV-positieven aan opleidingen (bijvoorbeeld verpleegkundigen) of organisaties (bijvoorbeeld de politie); voorlichting over veilig vrijen, HIV en aids via de website (www.HIVnet.org)
Aids Fonds	voorlichting over HIV en aids op de website (www.aidsfonds.nl); betrokken bij projecten op het gebied van aidspreventie en voorlichting over aids (voornamelijk als financier)
Rutgers NISSO Groep	onderzoeksinstituut; ontwikkeling van voorlichtings- en preventiemethoden op het gebied van seksualiteit voor specifieke doelgroepen en het algemene publiek
NIGZ	seksuele voorlichting aan jongeren via het landelijke voorlichtingsprogramma jeugd en seks; aidsvoorlichting aan allochtonen
Schorerstichting	kenniscentrum van gezondheidszorg voor homoseksuele mannen en lesbische vrouwen; een passend aanbod voor deze mannen en vrouwen overal in het land

bron: RIVM

TABEL 92

Regionale organisaties/beroepsgroepen: activiteiten op het gebied van condoomgebruik

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
GGD	voorlichting; bron- en contactopsporing; partnerwaarschuwing; preventieprogramma's gericht op jongeren, homomannen, prostituees en hun klanten, druggebruikers; spreekuur anonieme SOA/HIV-testen (43 GGD'en per 1 januari 2001)
huisartsen	beantwoorden van SOA-vragen (huisartsen zien volgens schattingen 75% van alle SOA-vragen in Nederland) en behandelen van SOA's
huisarts-HIV-consulenten	als docent een bijdrage leveren aan de nascholing rondom preventie en zorg bij HIV-infecties en andere SOA (23 huisarts-HIV-consulenten)
regionale steunpunten/ afdelingen HIV Vereniging Nederland	organiseren van activiteiten (voorlichting door HIV-positieven) in de regio (10 regionale steunpunten)
scholen	seksuele voorlichting
jongerencentra	voorlichting en condoomautomaten

bron: RIVM

TABEL 93

Indicatie van het bereik van enkele activiteiten ter bevordering van condoomgebruik

<i>activiteit</i>	<i>bereik</i>
gemiddeld aantal 15–35-jarigen dat de 'vrij veilig'-campagne kent in de periode 1997–2001	59%
aantal scholieren dat aan het dossier 'Vrijen zonder zorgen' voor Codename Future hebben gewerkt	ongeveer 200 scholieren
aantal prostituees dat is bereikt door de VIP-pool in 2001	ongeveer 1.250 prostituees
aantal leerlingenboekjes dat in 2001 is verspreid in het kader van het lespakket 'Lang leve de liefde'	50.000
aantal materialen dat is verspreid in het kader van het lespakket 'Safe Sex Files'	1.100 cd-roms en 500 handleidingen
aantal exemplaren van het 'vrij veilig paspoort' uitgereikt aan jonge vakantiegangers (onderdeel van de 'vrij veilig'-campagne)	oplage van meer dan 100.000
aantal bierviltjes dat verspreid is om jongeren tijdens het uitgaan aan veilig vrijen en condooms te herinneren	ruim 40.000
aantal exemplaren van het SOA-bulletin	in 2001 vijf keer verschenen met een oplage van 14.000
aantal bezoekers van de website van de Stichting SOA-bestrijding in 2001	326.837 mensen
aantal mensen dat de Aids Soa Infolijn heeft gebeld in 2001	33.377 mensen
aantal bezoekers van de Prostitutiesite, de website voor klanten van prostituees	in totaal 177.450 keer bezocht

bron: Stichting SOA-bestrijding, 2001; Bakker & Sandfort, 2001.

TABEL 94

Waardering van de campagne 'Veilig vrijen 2002' door de doelgroep (15–30-jarigen)¹

<i>uitkomstmaat</i>	<i>campagne 'veilig vrijen'</i>	<i>gemiddelde scores van andere campagnes</i>
geloofwaardig	6,0	5,3
mooi	4,9	4,8
duidelijk	6,0	5,3
informatief	6,1	5,1
niet irritant	5,6	5,3
grappig	4,0	4,1

¹ *Vergeleken met de gemiddelde waardering van andere campagnes, gemeten op 7-puntsschalen; n=319.*

bron: RVD, 2002.

De 'vrij veilig'-campagne wordt jaarlijks gefinancierd door ZonMw in opdracht van het ministerie van VWS. In 2002 is € 711.355 beschikbaar. Daarnaast is ongeveer € 1 mln beschikbaar door gratis free publicity en een onbekend bedrag van GGD-activiteiten. Behalve de landelijke 'vrij veilig'-campagne zijn op lokaal niveau onder meer GGD'en actief in het geven van voorlichting, het uitdelen van condooms, het bevorderen van het plaatsen van condoomautomaten et cetera (tabel 94). GGD'en houden zich ook bezig met partnerwaarschuwing en bron- en contactopsporing, als iemand een SOA heeft opgelopen, om te voorkomen dat meer mensen besmet worden. Voor een beperkt aantal van deze activiteiten is informatie over het bereik beschikbaar (tabel 93).

Financiering

Afgezien van de financiering van de jaarlijkse 'vrij veilig'-campagnes (zie hierboven) zijn geen gegevens gevonden over financiering.

Literatuur

Bakker FC, Sandfort TGM. *Veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren en jongvolwassenen. Stand van zaken september 2001 en ontwikkelingen sinds april 1987*. Utrecht: NISSO, 2001.

Condomerie. *Voorkeuren*. Internet: www.condomerie.nl, 19 augustus 2002.

GG&GD Amsterdam. *Jaarverslag SOA-polikliniek*. Amsterdam: GG&GD, 2000.

GG&GD Amsterdam. *Jaarverslag SOA-polikliniek*. Amsterdam: GG&GD, 2001.

Laar MJW van de, Haks K, Coenen AJJ. *Registratie van SOA en HIV consulten bij GGD-en en SOA-poliklinieken: Jaarverslag 2001*. RIVM-rapport nr 441500014, Bilthoven: RIVM, 2002.

NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Internet: www.nigz.nl > Informatiebronnen Bestandenoverzicht\NIGZ\Activiteiten en projecten, 5 juli 2002, 2002.

RVD, Rijksvoorlichtingsdienst. *Campagne 'Veilig vrijen', Tracking tussenmetingsrapport*. Den Haag: Rijksvoorlichtingsdienst, 2002.

Stichting SOA-bestrijding. *Jaarverslag 2001*.

TABEL 95

Ontwikkelingen in verschillende uitkomstmaten van preventieactiviteiten (veilig vrijen en condoomgebruik, 1987-2001)¹

uitkomstmaat	ontwikkeling	gemiddelde grootte onderzoeksgroep
kennis over veilig vrijen en SOA (gevraagd naar: manieren van veilig vrijen, betekenis afkorting SOA en soorten SOA)	positief ²	1.005
waargenomen conditionele risico (inschatting van kans op besmetting met HIV/SOA bij nieuwe partner en geen condoom)	vrijwel gelijk gebleven	747
attitude ten aanzien van condooms (schroom om condooms te kopen)	positief	581
sociale normen (inschatting van: mening van vrienden over condoomgebruik en condoomgebruik door vrienden bij nieuwe partners)	vrijwel gelijk gebleven	710
communicatieve en praktische vaardigheden (ter sprake brengen van condoomgebruik bij nieuwe partner en daadwerkelijk gebruik)	vrijwel gelijk gebleven	651
intentie bij nieuwe partner (intentie om condooms te gebruiken in de toekomst; wat te doen bij: geen condoom bij de hand, condoomgebruik komt niet ter sprake, partner wil per se geen condoom gebruiken)	vrijwel gelijk gebleven	587
veilig en onveilig seksueel gedrag (actie ondernemen om besmetting met aidsvirus te voorkomen en waar bestaat de actie uit)	positief	120

¹ Gemeten door middel van telefonische interviews bij 15-35-jarigen.

² 15-35-jarigen zijn in de loop der tijd een bredere betekenis gaan geven aan de term 'veilig vrijen', namelijk dat het niet alleen maar verband houdt met de preventie van SOA, maar ook met de preventie van zwangerschap.

3.3.6 ONGEVALLEN

Met medewerking van: S. Mulder, P. Den Hertog, M. Ridder, C. Meijer (Stichting Consument en Veiligheid).

Bij letselpreventie wordt ernaar gestreefd het aantal ongevallen én de ernst van het letsel terug te dringen. Het gaat hierbij om het bevorderen van veilig gedrag en het creëren van maatregelen voor een veilige omgeving. Het totaal aantal slachtoffers per jaar bestaat voor een groot deel uit slachtoffers van ongevallen in de woonomgeving (zogenaamde privé-ongevallen) en sportblessures (tabel 96). De preventie van ongevallen in de woonomgeving wordt hieronder besproken.

3.3.6.1 PREVENTIE VAN ONGEVALLEN IN DE WOONOMGEVING

Jaarlijks wordt een groot aantal slachtoffers van privé-ongevallen behandeld op de spoedeisende hulp (SEH) afdeling van het ziekenhuis (tabel 97). Hoewel het aantal ongevallen in alle leeftijdscategorieën hoog is, hebben jonge kinderen (0–4 jaar) en senioren de grootste kans op een privé-ongeval (Den Hertog et al., 2002). Jaarlijks worden ongeveer 60.000 kinderen van 0–4 jaar behandeld in een ziekenhuis als gevolg van een ongeval in of vlakbij huis. Veel van deze ongelukken gebeuren terwijl ouders of verzorgers in de buurt zijn. Het meest voorkomende ongeval is een val, bijvoorbeeld van een trap of speeltoestel (tabel 98). Een derde van de ongevallen waarvoor 0–4-jarigen moeten worden behandeld op de SEH-afdeling heeft oppervlakkig letsel tot gevolg. In een kwart van de gevallen moet een open wond worden behandeld (tabel 99). Ook bij senioren komen met name valongevallen voor, zoals struikelen, uitglijden of een val van trap, ladder of fiets (tabel 98). De ongevallen gebeuren vooral in huis. Ze leveren vaak fracturen op

(tabel 99) en kunnen leiden tot een verminderde zelfredzaamheid en mobiliteit. Doordat jonge kinderen en senioren kwetsbaar zijn voor ongevallen vormen ze belangrijke doelgroepen voor letselpreventie. Aan deze groepen wordt dan ook extra aandacht besteed.

Preventie van ongevallen is mogelijk door het creëren van een veilige omgeving, veilig gebruik van producten en het stimuleren van veilig gedrag. Instrumenten daarvoor zijn wet- en regelgeving zoals normen voor producten, (bevorderen) van de ontwikkeling van

TABEL 96

Jaarlijkse slachtoffers van ongevallen naar type oorzaak

Gemiddeld over 1998–2000.¹

oorzaak	totaal aantal slachtoffers
privé	1.200.000
sport	490.000
vervoer	280.000
arbeid	260.000
geweld	38.000
zelf toegebracht letsel	16.000
overig en onbekend	85.000
totaal	2.400.000

¹ Slachtoffers zijn overleden, opgenomen in ziekenhuis en/of behandeld op spoedeisende hulp afdeling of door huisarts. De overlap tussen de verschillende registraties is verwijderd. Gegevens over huisartsbehandelingen zijn alleen beschikbaar voor ongevallen en niet voor geweld, zelf toegebracht letsel en de categorie overig en onbekend.

bron: LIS, Consument en Veiligheid; LMR, Prismant; Statistiek niet-natuurlijke doden, CBS; Ongevallen in Nederland, Consument en Veiligheid

TABEL 97

Gemiddeld aantal behandelingen na een privé-ongeval¹

Gemiddeld over 1998–2000.

type behandeling	totale bevolking		0–4 jaar		55-plus	
	m	v	m	v	m	v
spoedeisende hulp-behandelingen (SEH)	270.000	250.000	31.000	24.000	34.000	66.000
ziekenhuisopnamen ²	36.000	36.000	3.000	2.200	9.100	23.000
overledenen		860	1.200	30	20	6001.100
totaal	310.000	280.000	34.000	27.000	43.000	90.000

¹ De ziekenhuisopnamen zijn exclusief overledenen, de SEH-behandelingen zijn exclusief ziekenhuisopnamen en overledenen. Door afronding kan de som van de kolommen afwijken van het totaal.

² Privé-, sport- en bedrijfsongevallen zijn hier samengevoegd.

bron: LIS, Consument en Veiligheid; LMR, Prismant; Statistiek der niet-natuurlijke doden, CBS

veilige producten en voorlichting (tabel 100 en 101). Bij 0-4-jarigen spelen de ouders en verzorgers daarin een belangrijke rol. Zij dienen te zorgen voor een veilige omgeving door de aanschaf en het gebruik van veilige producten en door het houden van voldoende toezicht. Ook voor senioren is het veiliger maken van de woonomgeving een belangrijke preventie maatregel, naast aspecten als het stimuleren van bewegen en verantwoord omgaan met slaap-

en kalmeringsmiddelen. Om ongevallen in de woonomgeving te voorkomen is een groot aantal verschillende organisaties actief (tabel 102 en 103). Het gaat om organisaties met een (wettelijke) taak (zoals Keuringsdienst van Waren), organisaties met een ideologische invalshoek (zoals Stichting Wiegendood) of commerciële bedrijven (zoals Brunstee, Family Support, Ronduit). De Stichting Consument en Veiligheid heeft op landelijk niveau een belangrijke taak in

TABEL 98

Aantal SEH-behandelingen na privé-ongeval naar scenario¹*Gemiddeld over 1998-2000.*

	<i>totale bevolking</i>	<i>0-4 jaar</i>	<i>55-plus</i>
val in en om huis	100.000	18.000	36.000
val op straat	38.000	1.300	16.000
doe-het-zelven	31.000	170	5.800
huishoudelijk werk	16.000	100	3.700
verbranding	11.000	2.100	980
deurbeknelling	10.000	3.300	580
basisschool	10.000	1.100	n.v.t.
uitgaansgelegenheid	9.900	280	1.100
hondenbeet	9.400	610	1.500
vergiftiging	6.500	1.900	580
verzorgingshuizen	3.800	10	3.600
vuurwerkongevallen (jaarwisseling)	1.400	20	40
peuterspeelzaal/kinderdagverblijf	1.300	1.100	< 10
(bijna) verdrinkingen	90	50	< 10

¹ De cijfers betreffen SEH-behandelingen inclusief ziekenhuisopnamen en overledenen.

bron: LIS, Consument en Veiligheid

TABEL 99

Type letsels als gevolg van privé-ongeval behandeld op SEH-afdeling*Top tien gemiddeld over 1998-2000.*

	<i>totale bevolking</i>	<i>0-4 jaar</i>	<i>55-plus</i>
oppervlakkig letsel	180.000	20.000	32.000
fractuur	130.000	9.200	52.000
open wond	110.000	14.000	19.000
distorsie (verstuiking, verzwikking)	42.000	700	5.500
oogletsel	21.000	480	2.600
luxatie (ontwrichting)	15.000	3.900	3.900
brandwonden	12.000	2.100	1.000
spier- of peesletsel	10.000	100	1.700
vergiftiging	5.100	1.500	460
hersenschudding	4.700	1.500	840
overig en onbekend	28.000	5.600	5.200
totaal	560.000	60.000	120.000

bron: LIS, Consument en Veiligheid

de preventie van ongevallen. Een voorbeeld is de kinderveiligheids campagne 'Laat je niet verrassen' die is gericht op ouders van jonge kinderen en intermediairs (zoals medewerkers van consultatiebureaus). De campagne heeft een hoog bereik (tabel 104). Bij ouderen speelt het gebruik van benzodiazepinen (slaap- en kalmeringsmiddelen) een belangrijke rol bij ongevallen. Gebruik van het middel kan de kans op ongevallen verhogen, met name bij een te hoge

dosering en het gelijktijdig gebruik van twee of meer benzodiazepinen. Een landelijk project (van DGV) richt zich zowel op huisartsen en apothekers als op de patiënt (tabel 101).

Op lokaal niveau voeren GGD'en en thuiszorg-organisaties activiteiten (tabel 103) uit waarbij persoonsgerichte voorlichting wordt gegeven en/of veranderingen worden aangebracht in de woonomgeving om

TABEL 100

Belangrijke activiteiten op gebied van ongevallenpreventie gericht op kinderen van 0-4 jaar (vanaf 1998)

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>
campagnes met een massamediale component en een lokale implementatie	<p>kinderveiligheids campagne 'Laat je niet verrassen', met aandacht voor verschillende ongevallen. Massamediaal en via persoonlijke voorlichting door intermediairs (zoals medewerkers oude- en kindzorg) wordt het thema bij ouders onder de aandacht gebracht. Daarnaast zijn er acties met commerciële partners.</p> <ul style="list-style-type: none"> - kinderveiligheid algemeen (1997-1998) - 'Valletsels' (april 1998-april 1999) - 'Veilig op pad' (mei 1999-mei 2000) (veilig vervoer) - 'Giftige verleiders' (september 2000-maart 2002) (vergiftiging) - 'Watervlug (mei 2002-2004) (verdrinking)
voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> - voorlichting aan ouders van jonge kinderen over kinderveiligheid via consultatiebureaus middels de methodiek veiligheidsinformatiekaarten - aanvullende informatie voor ouders via brochures, via internet (www.kindveilig.nl) en de servicedesk; voor specifieke ongevalstypen acties met bedrijven of andere organisaties
wet- en regelgeving	<ul style="list-style-type: none"> - Warenwet: onder meer warenwetbesluit kinderbedden en boxen, speelgoed, veilige verpakking (huishoudchemicaliën en geneesmiddelen) en algemene productveiligheidsrichtlijn (GPSD) - Wet op de geneesmiddelen: besluit kinderveilige verpakkingen geneesmiddelen - Wet milieugevaarlijke stoffen: besluit verpakking en aanduiding milieugevaarlijke stoffen en preparaten - Wegenverkeerswet: onder meer regeling kinderbeveiligingsmiddelen, en zitplaatsregeling - Wet op de gevaarlijke werktuigen: besluit veiligheid attractie-en speeltoestellen - Welzijnswet: tijdelijk besluit kwaliteitsregels kinderopvang¹ - Arbowet: arbeidscovenant kinderopvang - Woningwet: bouwbesluit met voorschriften van belang voor de veiligheid - Wet hygiëne en veiligheid zwemgelegenheden - Wet op de productaansprakelijkheid (zie ook: paragraaf 3.4.3)
normen	<ul style="list-style-type: none"> - NEN-EN op het gebied van meubilair, huishoudelijke uitrusting voor kinderen, speelterreinen, speelgoed, beschermingsmiddelen (zoals zwemvesten) - NPR-CR op het gebied van artikelen voor zuigelingen en peuters - NEN-ISO op het gebied van bevestigingen voor veiligheidssystemen voor kinderen, et cetera
keurmerken	<ul style="list-style-type: none"> - HKZ-kwaliteitsmerk (kwaliteitsbeoordeling in zorgsector onder andere kinderopvang) - ECE label autokinderzitjes - Goedgekeurd Keurmerkinstituut (onder andere traphekje en fietszitje) - GQ keurmerk - TNO keurmerk (onder andere fietszitje) - Zwembadkeur Veilig en Schoon - CE-markering (onder andere persoonlijke beschermingsmiddelen en speelgoed) - typekeuring speeltoestellen

¹ Vanaf 2003 wordt de Wet basisvoorziening kinderopvang van kracht (WBK).

veilig gedrag gemakkelijker te maken. Activiteiten die zijn gericht op de ouders van jonge kinderen worden vaak uitgevoerd binnen de ouder- en kindzorg (OKZ) door thuiszorgorganisaties. GGD'en spelen een belangrijke rol in de uitvoering van activiteiten gericht op andere groepen van de bevolking. Een voorbeeld is het lokale project 'Thuis in evenwicht', een valpreventieproject dat op lokaal niveau wordt uitgevoerd bij zelfstandig wonende 65-plussers (tabel 101).

Het project bestaat uit een combinatie van preventiemethoden en is aangepast aan de wensen, behoeften en mogelijkheden die er op lokaal niveau zijn. De pilot 'Thuis in evenwicht' is in drie gemeenten afgerond, landelijke implementatie wordt voorbereid. Ook van andere lokale projecten is het bereik bekend (tabel 105).

In verschillende wetten zijn bepalingen opgenomen om consumenten te beschermen tegen onveilige producten (tabel 100 en 101). Het gaat daarbij om bepalingen waarin technische normen zijn opgenomen over productveiligheid en om het verbod van

gevaarlijke producten. De Keuringsdienst van Waren heeft tot taak de wet- en regelgeving met betrekking tot productveiligheid te handhaven (tabel 102) en heeft hiertoe in 2000 en 2001 8.236 producten gecontroleerd. Een kwart van de producten voldeed niet aan de wettelijke eisen (tabel 109).

Aan de hand van verschillende keurmerken kunnen consumenten zien dat het product dat zij kopen veilig is. Zo is er een keurmerk voor fietszitjes (tabel 100). Ook is er een keurmerk voor woningen, de zogenaamde Woonkeur, waarmee wordt gewaarborgd dat woningen extra kwaliteiten bezitten op het gebied van veiligheid, comfort en aanpasbaarheid (tabel 101).

Een groot aantal volwassenen kent producten die kunnen worden gebruikt voor persoonlijke veiligheid thuis. Een kleiner deel van de volwassenen gebruikt deze producten daadwerkelijk (tabel 106). Over het algemeen neemt een groot deel van de ouders van jonge kinderen maatregelen om ongevallen te voorkomen. Het is aannemelijk dat de preventieactiviteiten gericht op jonge kinderen en hun ouders hier aan hebben bijgedragen (tabel 107 en 108).

TABEL 101

Belangrijke activiteiten op het gebied van de preventie van ongevallen bij 55-plussers (vanaf 1998)

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>	<i>doelgroep</i>
multimethodische en integrale projecten	lokale valpreventieprojecten zoals: <ul style="list-style-type: none"> - 'Thuis in evenwicht' (Consument en Veiligheid) pilotonderzoek in 3 gemeenten, landelijke implementatie in voorbereiding - 'Grip op eigen veiligheid' (TNO PG, GGD Fryslan), evaluatie van een multimethode interventie - 'Samen staan we sterk' (Consument en Veiligheid en TNO PG), pilot in uitvoering, landelijke implementatie in voorbereiding - 'Woon wijs voorkom vallen' (GGD Hart voor Brabant) 	<ul style="list-style-type: none"> - zelfstandig wonende 65-plussers - zelfstandig wonende 55-plussers - 55-plussers in zorginstellingen - zelfstandig wonende 65-plussers - 65-plussers - 70-plussers
voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> - tentoonstellingen zoals 'Een gewaarschuwd mens' - voorlichting aan patiënten én implementatie van de ontwikkelde materialen bij apothekers en huisartsen over het voorkomen van chronisch gebruik en het terugdringen van te hoge doseringen en dubbel gebruik (DGV) 	<ul style="list-style-type: none"> - 65-plussers - 55-plussers huisartsen apothekers
checklist	<ul style="list-style-type: none"> - checklist 'onveilige situaties in huis' (Stichting Consument en Veiligheid) 	<ul style="list-style-type: none"> - 55-plussers
wet- en regelgeving	<ul style="list-style-type: none"> - regels met betrekking tot productveiligheid (onder meer in Warenwet) - Woningwet: Bouwbesluit 	<ul style="list-style-type: none"> - producenten van producten
keurmerken	<ul style="list-style-type: none"> - woonkeur 	<ul style="list-style-type: none"> - 55-plussers
keurmerklabel	<ul style="list-style-type: none"> - opplussen (aanpassingen aan bestaande woningvoorraad) 	<ul style="list-style-type: none"> - 55-plussers

TABEL 102

Landelijke organisaties die preventieactiviteiten aanbieden om ongevallen te voorkomen¹

aanbieder	taak/activiteit	doelgroep			
		algemene bevolking	0-4 jaar	55-plus	inter- mediair
Stichting Consument en Veiligheid	risico's in de woon- en leefomgeving beter zichtbaar en beheersbaar maken; helpen bij het aanpakken van risico's en bij het ontwikkelen en duurzaam implementeren van preventiemaatregelen	X	X	X	X
3VO	belangenbehartiging en voorlichtingsactiviteiten op het gebied van veilig verkeer en een veilige buitenomgeving	X	X		
Keuringsdienst van Waren	handhaving van regels met betrekking tot productveiligheid (1 hoofdkantoor en 5 regionale diensten)	X			X
Consumentenbond	belangenbehartiging en informatie over producten en diensten voor consumenten	X	X	X	
Stichting Wiegedood	voorlichting over wiegedood		X		
NUSO	belangenbehartiging speeltuinorganisaties en jeugd-recreatie; voorlichting en advisering; koepelorganisatie: 1050 lidorganisaties		X		X
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie	beroepsorganisatie voor apotheken	X			X
Nederlandse Brandwonden Stichting	onderzoek en preventie van brandwonden	X			
Brunstee	uitgever van serie 'Denk veilig, kies veilig' (gifwijzer, wondenwijzer, brandwijzer)	X	X	X	
Ronduit	informatie over kinderveiligheid aan aanstaande ouders via zwangerschapspakket		X		
Family Support	informatie over kinderveiligheid aan kraamverzorgenden en jonge ouders		X		X
Woonkeur (voorheen Seniorenlabel)	bevorderen van de veiligheidsvoorzieningen in en toegankelijkheid van woningen	X		X	
Politiekeurmerk veilig wonen	een initiatief om de veiligheid van woningen te vergroten (waaronder inbraakpreventie)	X			
DGV	Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik, gericht op het bevorderen van de kwaliteit en rationaliteit van geneesmiddelengebruik			X	X
Landelijke Vereniging Groepswoon van Ouderen	bevorderen en ondersteunen van het zelfstandig groepswoon van ouderen			X	
Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting	actief ondersteunen van innovaties op het brede terrein van wonen en bouwen	X			
VAC Vrouwen	contact van vrouwen advies commissies (gericht op tot stand komen veilige woning)			X	
KBOH/IRV	KBOH: Stichting Kwaliteit- en Bruikbaarheidsonderzoek Hulpmiddelen IRV: Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap (instituut voor revalidatievraagstukken)			X	

TABEL 102 (vervolg)

Landelijke organisaties die preventieactiviteiten aanbieden om ongevallen te voorkomen¹

aanbieder	taak/activiteit	doelgroep			
		algemene bevolking	0-4 jaar	55-plus	inter-medialair
Woonzorg Nederland	landelijke corporatie met woningen aangepast voor senioren			X	
Sectorfonds Zorg en Welzijn	verantwoordelijk voor de invoering van het arboconvenant kinderopvang		X		X

¹ Intermediaire doelgroepen zijn bijvoorbeeld kraamverpleegkundigen, producenten et cetera.

bron: RIVM

TABEL 103

Lokale organisaties die preventieactiviteiten aanbieden om ongevallen te voorkomen

aanbieder	taak	algemene bevolking	0-4 jaar	55-plus
GGD'en	coördinatie en uitvoering van ongevalspreventieprojecten in de GGD-regio (43 GGD'en)	X		X
gemeenten	coördinatie en uitvoering van ongevalspreventieprojecten in de gemeente	X	X	X
thuiszorgorganisatie	uitvoering van de preventie van ongevallen (65 thuiszorgorganisaties), waaronder valpreventieprojecten en voorlichting	X	X	X
EHBO-verenigingen	verzorgen van EHBO-cursussen en bijstand verlenen bij evenementen	X	X	
Stichting Welzijn Ouderen	uitvoering en ontwikkelingen van activiteiten			X
woningcorporaties	veiligheid van huurwoningen			X
ouderenbonden	creëren draagvlak			X

bron: RIVM

TABEL 104

Indicatie van bereik van landelijke preventieactiviteiten om ongevallen in de woonomgeving te voorkomen bij kinderen van 0-4 jaar

activiteit	bereik	bron
kinderveiligheidscampagne 'Laat je niet verrassen':		
- 'Valletsels'	ouders: 82%	Van Son & Kriek, 1999
- 'Veilig op pad'	ouders: 81%, intermediairs: 85%	Trommelen & Kriek, 2000a, b
- 'Giftige verleiders'	ouders: 70%, intermediairs: 90%	Jonkers & Görts, 2002
veiligheidsinformatiekaarten	n: 600.000	Consument en veiligheid, 2000

bron: RIVM

Uit de evaluaties van de kinderveiligheidscampagne van 1997 tot en met 2002 blijkt verder:

- een toenemende kennis over kinderveiligheid bij ouders (van 81% naar 97% die zijn/haar kennis (ruim) voldoende vindt);
- een toenemend aantal ouders dat actief op zoek gaan naar informatie (van 32% naar 42%).
- een toenemend aantal ouders dat (nog) alerter is geworden (variërend tussen 30–55%, afhankelijk van het onderwerp van de campagne).

Financiering

Een compleet beeld van de financiering ontbreekt.

Literatuur

Consument en Veiligheid. *Voortgangsverslag 1^e helft 2000*. Amsterdam: Consument en Veiligheid, 2000.

Görts C, Jonkers R, Weerdt I de. *Evaluatie campagne 'Giftige verleiders' 2000–2002. Nameting onder ouders met kinderen in de leeftijd 0–4 jaar*. Haarlem: ResCon, 2002.

TABEL 105

Indicatie van bereik van projecten om ongevallen in de woonomgeving te voorkomen bij 55-plusser

project	bereik	bron
'thuis in evenwicht'	3 pilotgemeenten	Consument en Veiligheid
'grip op eigen veiligheid'	1 gemeente (Sneek) circa 1.900 ouderen hebben aan projectactiviteiten deelgenomen	Procesevaluatie (in ontwikkeling) Gemeente Sneek
'samen staan we sterk'	6 zorginstellingen	Consument en Veiligheid
'woon wijs voorkom vallen'	wordt vanaf 2002 in 7 gemeenten uitgezet.	GGD Hart voor Brabant
reductie van gebruik van benzodiazepinen door ouderen	project verkeert in implementatiefase	DGV
'in balans'	project wordt op dit moment landelijk uitgezet	Nederlands Instituut voor Sport en Beweging
'een gewaarschuwd mens'	- tentoonstelling in 2001 op 14 locaties te zien geweest. - evaluatie uit Rotterdam: 65–79 jaar: driekwart kent de activiteiten, ruim een kwart heeft deelgenomen; 80+: bijna iedereen kent de activiteiten, ruim de helft heeft deelgenomen (n=270)	- Consument en Veiligheid - Van Veldhuizen et al., 2002

TABEL 106

Kennis en gebruik van producten voor persoonlijke veiligheid thuis bij mensen ≥ 18 jaar

producten voor persoonlijke veiligheid thuis	kent (in %) n=3.316	gebruikt (in %) n=3.245
geen drempels	76	19
handgrepen wc/bad	92	15
extra trapleuning	76	10
thermostaatkraan	83	26
veiligheidsglas	76	11
badmat in bad	90	26
douchemat	89	29
badklem	26	1
antislip op trap	82	13
antislip vloerkleed	75	17
geen van deze	2	26

bron: Ongevallen in Nederland, 1997–1998

TABEL 107

Ouders van kinderen (0–4 jaar) en gedragsmaatregelen ter voorkoming van ongevallen¹

<i>gedragsmaatregel</i>	<i>ouders die gedragsmaatregel altijd treffen (in %)</i>	<i>bron</i>
algemeen		Trommelen & Kriek, 2000a, b
kind niet alleen in bad laten	84	
kind niet alleen op bed/commode/bank laten	80	
wipstoeltje op de grond zetten	79	
kind alert maken op gevaarlijke situaties	73	
hond/kat niet met kind alleen laten	63	
controle op mogelijke klimobjecten	56	
speelgoed controleren op losse delen	53	
veilig op pad		Trommelen & Kriek, 2000a, b
gordel om in auto en op de fiets	90	
niet op de fiets met draagdoek/draagzak/rugdrager	84	
kind niet langer dan 2 uur in kinderzitje	84	
vergiftigingen		Görts et al., 2002
middelen niet uit de originele verpakking halen	95	
medicijnen buiten bereik van kinderen houden	90	
giftige huishoudartikelen buiten bereik van kinderen opbergen	83	
tijdens het schoonmaken schoonmaakmiddelen buiten bereik van kinderen houden	67	
sigaretten en/of inhoud van asbak buiten bereik van kinderen houden	41	

¹ Het gaat om gerapporteerd gedrag. Gerapporteerd gedrag en werkelijk gedrag kunnen van elkaar verschillen. Uit onderzoek van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (1998) blijkt bijvoorbeeld dat 70% van de ouders autozitjes niet op een goede manier gebruikt. Volgens het gerapporteerde gedrag heeft 96% een autozitje en gebruikt 90% het altijd.

TABEL 108

Ouders van kinderen (0–4 jaar) en maatregelen/voorzieningen om ongevallen te voorkomen

<i>voorziening/ maatregel</i>	<i>ouders die voorziening/ maatregel hebben getroffen (in %)</i>	<i>bron</i>
algemeen		Van Son & Kriek, 1999
deurstrips	20	
kindveilig stopcontact	91	
beschermhoekjes	39	
kindveilig speelgoed	94	
veilig op pad		Trommelen & Kriek, 2000a
kinderzitje in de auto	99	
kinderzitje op de fiets	96	
jas-/spaakbeschermers op de fiets	89	
zadelveerbeschermer	36	
fietshelm	9	
vallen		Van Son & Kriek, 1999
traphekje	81	
tuigje in kinderstoel	56	
veiligheidssluiting ramen	60	
bedhekje	57	
aankleedkussen	94	
antislip vloerkleden	66	
verbranden		Van Son & Kriek, 1999
fornuishekje	8	
ovenruitbeschermer	14	
thermostaatkranen	71	

Hertog P den, Hennes B, Mulder S. *Hoe vaak komen acute lichamelijke letsels voor en hoeveel mensen sterven eraan?*

In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Ongevalsletsels en vergiftigingen\Acute lichamelijke letsels door ongevallen, geweld en zelfbeschadiging, 28 mei 2002.

Jonkers R, Görts C. *Evaluatie campagne 'Giftige verleiders' 2000-2002*. Onderzoek onder intermediairs. Haarlem: ResCon, 2002.

Son G van, Kriek F. *Evaluatie campagne valletsels '98. 'Laat je niet verrassen, leer sneller dan je kinderen'.* Meting onder ouders. Eindrapport. Leiden: Research voor Beleid, 1999.

Trommelen M, Kriek F. *Evaluatie campagne 'Veilig op pad' 1999. Effectmeting onder ouders*. Eindrapport. Leiden: Research voor Beleid, 2000a.

Trommelen M, Kriek F. *Evaluatie campagne 'Veilig op pad' 1999. Effectmeting onder het intermediair kader*. Eindrapport. Leiden: Research voor Beleid, 2000b.

Veldhuizen K van, Hertog PC den, Kocken PL, Voorham AJJ, Van den Berg Y. *Een gewaarschuwd mens: Seniorenvoor-*

lichters geven het goede valveilige voorbeeld aan oudere wijkbewoners. In: Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Themaport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270555004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

3.3.7 DRUGS

De risico's van drugs op de gezondheid verschillen sterk. Voor de softdrug cannabis zijn de gezondheidsrisico's bijvoorbeeld relatief klein, gezondheidseffecten worden voornamelijk veroorzaakt door de tabak waarmee de cannabis wordt gerookt. Gebruikers van harddrugs lopen op verschillende manieren een groter risico op gezondheidsschade. De drug zelf kan schade veroorzaken, zoals vergiftiging en verslaving. Daarnaast hangen de gezondheidsrisico's samen met de wijze van druggebruik, de kwaliteit van de drug (zoals bij XTC) en de leefstijl van de gebruiker. Preventieactiviteiten zijn gericht op (Spruit & Van Laar, 2000):

- voorkómen van druggebruik: om een zo hoog mogelijke drempel op te werpen voor het gebruik van drugs is bezit, handel, verkoop, vervoer, vervaardiging, import en export et cetera van alle drugs die in de Opiumwet worden genoemd

TABEL 109

Gecontroleerde producten, aantal dat niet voldeed aan regels en genomen maatregelen

	2000	2001
aantal monsters	3.850	4.386
afwijkend monster (in %)	20	32
testuitslag geleid tot maatregel (in %)	12	16
waarvan:		
- schriftelijke waarschuwing	10	11
- proces verbaal	2	3
- bestuurlijke boete	--	2

bron: Keuringsdienst van Waren

TABEL 110

Actueel gebruik¹ van drugs onder mensen van 12 jaar en ouder

in %	cannabis		cocaine		XTC		amfetamine	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Nederland	2,5	3,0	0,2	0,4	0,3	0,5	0,1	0,2
Amsterdam	8,1	7,8	1,0	1,2	1,1	1,1	0,3	0,3
Rotterdam	3,3	5,0	0,4	0,9	0,1	1,0	0,1	0,2

¹ Actueel gebruik: het aantal mensen dat in de maand voor het onderzoek de drug heeft gebruikt.

strafbaar. Daarbij maakt de Opiumwet onderscheid tussen harddrugs met een onaanvaardbaar risico voor de gezondheid (geplaatst op lijst I) en soft-drugs (geplaatst op lijst II). Het gebruik van drugs zelf is niet strafbaar. De scheiding tussen druggebruik en -handel moet zoveel mogelijk voorkomen dat druggebruikers in de illegale sfeer terechtkomen, waar ze moeilijk te bereiken zijn voor preventie;

- voorkómen van problemen voorafgaand aan gebruik of als gevolg daarvan: hierbij gaat het ook om preventie van verergering wanneer schade al is opgetreden. Deze zogenaamde secundaire preventie, zoals regulering van druggebruik via methadonverstrekking, vindt plaats via de gezondheidszorg en de hulpverlening (zie brancherapport GGZ-MZ).

TABEL 111

Actueel gebruik¹ van drugs onder scholieren vanaf 10 jaar (1999)

in %	jongens	meisjes
drug		
cannabis	12,4	6,5
XTC	2,1	0,7
cocaïne	1,8	0,5
amfetamine	1,3	0,7

¹ Actueel gebruik: het aantal mensen dat in de maand voor het onderzoek de drug heeft gebruikt.

bron: De Zwart et al., 2000

Literatuur

Spruit IP, Laar MW van. *Factsheet 5. Voorlichting en preventie Alcohol en drugs*. Utrecht: Trimbos-instituut. Internet: www.trimbos.nl/nlfactsheet/fc5nl.htm. 12 september 2000.

3.3.7.1 UITGAANSDRUGS

Met medewerking van: L. Veenhuizen, J. Blekman (LSP).

Cannabis is de meest gebruikte illegale drug (tabel 110). In 2001 heeft 3% van de bevolking boven de twaalf jaar oud recent cannabis gebruikt. Bijna de helft van deze gebruikers (45%) heeft de maand voor het onderzoek 1–4 dagen cannabis gebruikt. Ongeveer een kwart (26%) gebruikte 20 dagen of meer (NDM, 2001). Het gebruik van illegale drugs is hoger onder jongeren en in de steden (tabel 110 en 111). Tussen 1997 en 2001 is het druggebruik licht gestegen. Vergeleken met andere Europese landen is het druggebruik onder Nederlandse scholieren niet uitzonderlijk hoog (NDM, 2001; tabel 112).

Het gebruik van drugs is in Nederland hoger onder specifieke groepen, zoals jongeren in projecten voor spijbelopvang en club- en partybezoekers. Actueel cannabisgebruik onder club- en partybezoekers (gemiddelde leeftijd 25) was in Amsterdam 52%. In 1998 had 41% van de bezoekers van clubs, discotheken en party's in Amsterdam in de maand voorafgaand aan het onderzoek XTC gebruikt. Het percentage actuele cocaïnegebruikers was 24% (Korf et al., 1999).

Veel druggebruik vindt plaats in en om het uitgaanscircuit (Wetser & De Jong, 1998). Het gaat om recreatief gebruik van drugs thuis in de periode voor het uitgaan en tijdens het uitgaan in discotheken en clubs, cafés, op feesten en festivals en grootschalige dansevenementen. Alcohol, cannabis, XTC, amfeta-

TABEL 112

Leerlingen van 15 en 16 jaar die ooit drugs hebben gebruikt

in %	cannabis	amfetamine	XTC	cocaïne
Denemarken	8	4	3	1
Frankrijk	22	2	3	2
Griekenland	4	1	2	1
Ierland	15	3	5	2
Italië	14	2	2	2
Nederland	14	2	4	3
Noorwegen	4	3	3	1
Portugal	5	3	2	1
Verenigd Koninkrijk	16	8	3	3
Verenigde Staten ¹	19	16	6	8
Zweden	2	1	1	1

¹ De Verenigde Staten participeerden niet in de ESPAD-studie, maar voerden een vergelijkbaar onderzoek uit.

bron: ESPAD; Hibell et al., 2000

mine en cocaine zijn veel gebruikte uitgaansdrugs. Vaak worden de drugs in combinatie met elkaar gebruikt. Ruim een kwart van de jongeren die drugs gebruiken, gebruikt op een uitgaansavond verschillende soorten drugs. Zij combineren drugs verder vaak met alcohol; vier vijfde van deze jongens en ruim drie vijfde van deze meisjes gebruikt alcohol en drugs in combinatie (Bieleman et al., 1998). Hier wordt ingegaan op de 'illegale' drugs. Meer informatie over alcohol kunt u vinden in paragraaf 3.3.4. De middelen die in het uitgaanscircuit worden gebruikt, zijn aan trends onderhevig. Zo is afgelopen tijd de drug GHB veel onder de aandacht geweest, maar over het gebruik van nieuwe middelen zijn nog weinig gegevens. Er zijn niet alleen trends in het middel dat wordt gebruikt, maar ook in de toedieningswijze en de combinaties van middelen die worden gebruikt. De trends verschillen regionaal.

De preventie van het gebruik van uitgaansdrugs gebeurt door verschillende methoden en in diverse settings (tabel 113). Zowel landelijke als regionale organisaties voeren de preventieactiviteiten uit

(tabel 114 en 115). Via voorlichting op middelbare scholen en in uitgaansgelegenheden wordt er bijvoorbeeld naar gestreefd dat jongeren in staat zijn de risico's van het gebruik van drugs in te schatten. Op ongeveer twee derde van de middelbare scholen wordt voorlichting gegeven over drugs (tabel 116). Het aantal scholen dat specifiek voorlichting geeft over uitgaansdrugs is onbekend. Door middel van afspraken tussen gemeenten, horeca, politie, justitie en andere lokale organisaties wordt ernaar gestreefd dat risico's rondom uitgaan zoals agressie en druggebruik in relatie tot verkeersdeelname beperkt blijven en jongeren veilig kunnen uitgaan. Om de naleving van de afspraken die zijn gemaakt te evalueren is de Kwaliteitsmeter Veilig Uitgaan (KVVU) in ontwikkeling (tabel 117).

TABEL 113

Aanbod van preventieactiviteiten (vanaf 1998) gericht op gebruik van uitgaansdrugs

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>	<i>specifieke doelgroep</i>
voorlichting en omgevingsgerichte interventies	<ul style="list-style-type: none"> - 'Slik!?' (onderdeel van 'De gezonde school en genotmiddelen') - 'Drugs, laat je niets wijsmaken' - Drugs Informatielijn - www.drugsinfo.nl - 'Uitgaan en drugs' - cursussen - testen van drugs - eerste hulp bij druggebruik - 'Veilig stappen plan' (lokaal niveau) - 'Handreiking Veilig Uitgaan' (lokaal niveau geïnitieerd) - projecten voor en door jongeren (zoals unity, drugsinfoteam) - kennis- en signaleringstesten 	<ul style="list-style-type: none"> - jongeren uit het voortgezet onderwijs vanaf klas 3 (en hun omgeving) - jongeren - jongeren - jongeren - jongeren en recreatieve druggebruikers en hun omgeving (ouders, horecapersoneel en andere intermediairs) - eigenaren van coffeeshops - mensen die uitgaansdrugs gebruiken of van plan zijn te gebruiken - gemeenten, horecaondernemers, politie, justitie en andere (lokale) organisaties - gemeenten, horecaondernemers, politie, justitie en andere (lokale) organisaties - jongeren in het uitgaanscircuit - algemeen
wet- en regelgeving	<ul style="list-style-type: none"> - Opiumwet - Wet op de geneesmiddelen - overlast- of exploitatievergunning - evenementenbepaling in de algemene plaatselijke Verordening (voorschriften die zijn verbonden aan het houden van een evenement in een gemeente) 	<ul style="list-style-type: none"> - politie, handhaver van de wet, en lokale overheid - algemeen - horecaondernemers moeten deze vergunning hebben om de onderneming te mogen runnen - organisatoren van dansevenementen
convenants	<ul style="list-style-type: none"> - 'Veilig uitgaan' 	<ul style="list-style-type: none"> - gemeenten, horecaondernemers, politie, justitie en andere (lokale) organisaties

Financiering

Geen gegevens beschikbaar.

Kwaliteit en effectiviteit

Voor informatie over de effectiviteit van preventie-activiteiten in het kader van het DVP en het programma 'Uitgaan en drugs' verwijzen we naar het brancherapport GGZ-MZ.

TABEL 114

Landelijke organisaties die preventieactiviteiten aanbieden gericht op gebruik van uitgaansdrugs

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
Trimbos-instituut	project Drugs Voorlichting en Preventie met daarin onder meer 'Uitgaan en drugs' (samenhangende aanpak van uitgaansdrugs in verschillende domeinen); 'Gezonde school en genotmiddelen' (waaronder 'Slik!'); Drugsmonitoring (DIMS)
Landelijk Platform tegen Geweld op Straat	adviseren van overheid over preventie van en rechtshandhaving met betrekking tot geweld op straat; advies onder meer over veilig uitgaan
Steun- en informatiepunt Drugs & Veiligheid	bieden van informatie en ondersteuning bij ontwikkelen en uitvoeren van drugbeleid op lokaal niveau; de doelgroep bestaat uit medewerkers van gemeenten, politie, Openbaar Ministerie en instellingen voor verslavingszorg
Informatiepunt Lokale Veiligheid	kennis en ervaring met betrekking tot lokale veiligheid (breder dan alleen veilig uitgaan) verzamelen en beschikbaar stellen aan gemeenten, politie en justitie
Vereniging van Nederlandse Gemeenten	ondersteuning van gemeenten op het gebied van veiligheid, drugs et cetera
landelijke overheid	ministerie van Justitie, VWS en Binnenlandse Zaken; coördinatie drugsbeleid, preventie van drugs handhaving Opiumwet, bestrijding van drugs, geweld op straat onder meer uitgewerkt in 'Samenspannen tegen XTC' en 'Handreiking Veilig Uitgaan'

bron: RIVM

TABEL 115

Lokale organisaties die preventieactiviteiten aanbieden gericht gebruik van uitgaansdrugs

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
GGD	voorlichting over drugs waaronder 'De gezonde school en genotmiddelen'; 43 GGD'en
regionale instellingen van verslavingszorg	voorlichting over drugs waaronder 'De gezonde school en genotmiddelen'; voorlichting over cannabis en uitgaansdrugs aan jongeren in het uitgaanscircuit (39% van de 51 instellingen voerde in 1999/2000 activiteiten uit rond uitgaan en drugs (Van Gageldonck & Cuijpers, 2000)
aanleverpunten voor testen van drugs	testen van drugs; 25 aanleverpunten bij GGD'en en regionale instellingen van verslavingszorg
gemeenten	bepalen van het lokale coffeeshopbeleid; sluiten van horecagelegenheden, verlenen van vergunningen voor horecaondernemers en organisatoren van evenementen
politie	surveillance rondom uitgaansgelegenheden, handhaving Opiumwet
jongeren informatiepunten	jongeren informeren over zaken die hen interesseren en persoonlijk adviseren; ongeveer 130 JIP's

bron: RIVM

Literatuur

Abraham M, Kaal H, Cohen P. *Licit and illicit drug use in the Netherlands 2001*. Amsterdam: CEDRO/Mets en Schilt, 2002.

Bieleman B, Maarsingh H, Meijer G. *Aangeschoten wild: onderzoek naar jongeren, alcohol, drugs en agressie tijdens het uitgaan*. Groningen: Stichting IntraVal, 1998.

Cuijpers P, Jonkers R, Weerd I de, Jong A de. *The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project*. *Addiction*, 2002.

Hibell BJ, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason Th, Kokkevi A, Morgan M (eds.). *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN)/Council of Europe/Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). 2000; ISBN 91-7278-080-0.

Korf DJ, Nabben T, Lettink D, Bouma H. Antenne 1998. *Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Jellinek, 1999.

TABEL 116

Bereik van preventie van uitgaansdrugs

<i>activiteit</i>	<i>bereik</i>	<i>bron</i>
aantal scholen van het voortgezet onderwijs dat 'De gezonde school en genotmiddelen' uitvoert	64-73%	Cuijpers et al., 2002
aantal leerlingen van het voortgezet onderwijs dat jaarlijks 'De gezonde school en genotmiddelen' ontvangt	350.000	Cuijpers et al., 2002
aantal mensen dat 'Slik!?' kent	geen gegevens beschikbaar	
aantal gemeenten die plan uitvoeren met betrekking tot veilig uitgaan (integrale aanpak dan wel sluiten van convenant)	geen gegevens beschikbaar	
aantal mensen dat 'Drugs, laat je niets wijsmaken' kent	geen gegevens beschikbaar	
analyseren van drugs door DIMS	geen gegevens beschikbaar	
cursussen voor drugs	geen gegevens beschikbaar	
aantal bezoekers van www.drugsinfo.nl	2000: 115.563 2001: 179.318	Jaarbericht Drugsinfolijn 2001
aantal mensen dat de Drugsinformatielijn belt	1998: 28.588 2001: 31.241	Jaarbericht Drugsinfolijn 2001

bron: RIVM

TABEL 117

Activiteiten om de kwaliteit van de preventie te bevorderen

<i>maatregel</i>	<i>omschrijving</i>
kwaliteitsprotocol DIMS	protocol om het Drugs Informatie en Monitoring Systeem te optimaliseren; onderzoek naar de mogelijkheden tot verbetering van het systeem loopt
Kwaliteitsmeter Veilig Uitgaan	instrument (in ontwikkeling) om de naleving van de convenants 'Veilig uitgaan' tussen gemeenten, horeca, politie, justitie en andere lokale organisaties te evalueren

bron: RIVM

NDM, Bureau Nationale Drug Monitor. *Jaarbericht 2001*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2001.

Wetser P, Jong A de. *Uitgaan en drugs. Plan voor een samenhangende preventieaanpak van recreatief druggebruik (1998-2001)*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.

Zwart WM de, Monshouwer K, Smit F. *Jeugd en riskant gedrag, kerngegevens 1999. Roken, drinken, druggebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.

Keuringsdienst van Waren die de taak heeft de wet- en regelgeving te handhaven (Van der Maas & Mackenbach, 1995).

Literatuur

Hollander AEM de. *Fysieke omgeving*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo EI, Poos MJJC. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*. I De gezondheidstoestand: een actualisering. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

Maas PJ van der, Mackenbach JP (red.). *Volksgezondheid en Gezondheidszorg*. Utrecht: Bunge, 1995.

3.4 PREVENTIE GERICHT OP DE FYSIEKE OMGEVING

Tot de fysieke omgeving ('het milieu') wordt gerekend alles wat in chemische, fysische of biologische termen kan worden beschreven, zoals de bodem, het water, de lucht, het klimaat en de ons omringende organismen (De Hollander, 1997). Diverse aspecten van het milieu hebben effect op de volksgezondheid:

- schadelijke stoffen (onder andere dioxines, zware metalen en PCB's) die voorkomen in voeding, zoals vis, moedermelk en agrarische producten: ook wel chemische factoren genoemd;
- levende (micro-)organismen en resten van (dode) organismen die voorkomen in drink- en zwembadwater of in het binnenmilieu: ook wel biotische factoren genoemd;
- fysische factoren zoals straling en geluid.

Om te voorkomen dat de gehele bevolking of groepen daaruit in aanraking komen met bepaalde gezondheidsbedreigingen vanuit de fysieke omgeving worden, voornamelijk door de overheid, structurele maatregelen genomen in de vorm van wetten en regels. Het gaat dan om wettelijke normen of wettelijk vastgelegde bevoegdheden van bijvoorbeeld de

3.4.1 MILIEUGERELATEERDE GEZONDHEIDSRISICO'S

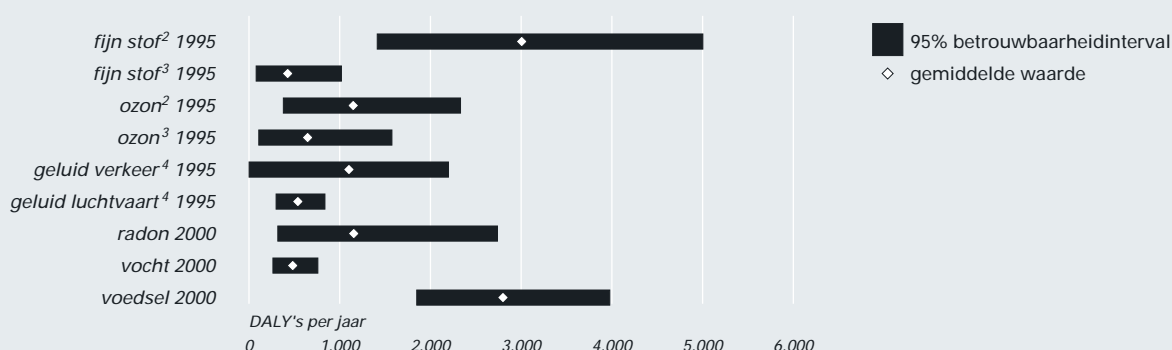
Met medewerking van: A.E.M. De Hollander (RIVM). In het verleden hebben een goed beheer van omgevingsfactoren (bijvoorbeeld centrale drinkwatervoorziening, riolering) en milieuregelgeving ter bescherming van de gezondheid (bijvoorbeeld via norm- en doelstellingen en het risicobeleid) bijgedragen aan de hoge levensverwachting van de Nederlanders. Desondanks treden gezondheidseffecten van milieuverontreiniging op, zoals geringe tijdelijke aantasting van lichaamsfuncties, hinder, slaapverstoring en effecten op welzijn (verminderde waardering van de leefomgeving).

Op basis van de huidige kennis over de gezondheidsrisico's van milieuverontreiniging wordt geschat dat de ziektelast die is toe te schrijven aan het fysieke milieu in de orde ligt van 2-5% van de totale ziektelast in Nederland (figuur 24). Luchtverontreiniging, geluid en binnenmilieu dragen hier relatief sterk aan bij (De Hollander et al., 1999). Geluid in de woonomgeving en binnenhuismilieu zijn hieronder verder uitgewerkt.

FIGUUR 24

Gezondheidsverlies dat kan worden toegeschreven aan milieufactoren

In DALY's¹ per jaar.



¹ DALY: (oorspronkelijk: 'disability adjusted life years': DALY's), het gezondheidsverlies (verlies aan levensduur door vroegtijdige sterfte). De ernst van het gezondheidsverlies en de tijd doorgebracht in verminderde gezondheid is hierin meegewogen.

² Sterfte & ziekenhuisopnamen.

³ Alle gezondheidsgevolgen samen.

⁴ Alleen hart- en vaatziekten.

Literatuur

Hollander, AEM de, Melse JM, Lebre E, Kramers PGN. *An aggregate public health indicator to represent the impact of multiple environmental exposures*. *Epidemiology*, 1999; 10: 606–617.

RIVM/CBS, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/ Centraal Bureau voor de Statistiek. *Milieucompendium 2001. Het milieu in cijfers*. Internet: http://arch.rivm.nl/milieu-compendium/F_Effecten/F2_Volksgezondheid/index.html. 30 oktober 2001.

3.4.1.1 GELUID

Met medewerking van: T. Dassen (RIVM), W. Passchier-Vermeer (TNO-Inro), E.E.M.M. van Kempen (RIVM).

Geluidsbronnen in de woonomgeving zijn in te delen in drie categorieën:

- reguliere bronnen buiten: weg-, vlieg- en railverkeer en scheepvaart en stationaire bronnen, zoals industriële bedrijven en motorcrossterreinen;
- incidenteel voorkomende bronnen buiten, zoals bouw- en sloopwerkzaamheden en reclamevliegtuigen;
- activiteiten in en om de woning door buurtbewoners en leden van het eigen huishouden, zoals muziek (af)spelen en klussen.

Hier wordt alleen de eerste categorie verder uitgewerkt, aangezien dit een aandachtsgebied is voor de rijksoverheid.

Blootstelling aan geluid kan nadelige effecten hebben op de gezondheid. Geluid kan enerzijds welzijnseffecten tot gevolg hebben, zoals slaapverstoring en hinder. Anderzijds kunnen als gevolg van geluid meer klinische effecten optreden zoals gehoorschade en hart- en vaatziekten (HVZ). Een geluidbelasting (in L_{den}) van rond de 50 dB(A)⁷ geldt als streefwaarde voor het geluid van wegverkeer en industrie bij nieuwe woningbouw en is als zodanig opgenomen in de Wet geluidshinder. In bestaande situaties variëren de maximaal toelaatbare waarden van 55/65 voor industrie tot 70 dB(A) voor weg- en railverkeer. Naar schatting 5% van de woningen in Nederland heeft een geluidbelasting door weg-, rail of vliegverkeer van 65 dB(A) of hoger (figuur 25; RIVM, 2002).

Geluidhinder is een subjectieve maat voor geluidbelasting. Het aantal ernstig gehinderde personen neemt toe naarmate de geluidbelasting toeneemt (figuur 27), maar hangt ook samen met zogenaamde 'niet-akoestische' factoren zoals houding tot de geluidsbron en angst. De meeste geluidhinder wordt veroorzaakt door het wegverkeer (figuur 26). Naar schatting heeft ongeveer een tiende van de volwassenen in Nederland ernstige slaapverstoring ten gevolge van verkeersgeluiden en industrie (tabel 118). Andere (klinische) gezondheidseffecten van

⁷ Uitleg van de begrippen L_{den} en dB(A) vindt u in de begrippenlijst.

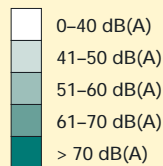
FIGUUR 25

Geluidbelasting (L_{etmaal} ¹) door weg-, rail- en luchtverkeer (2001)



Cumulatieve geluidbelasting

L_{etmaal}



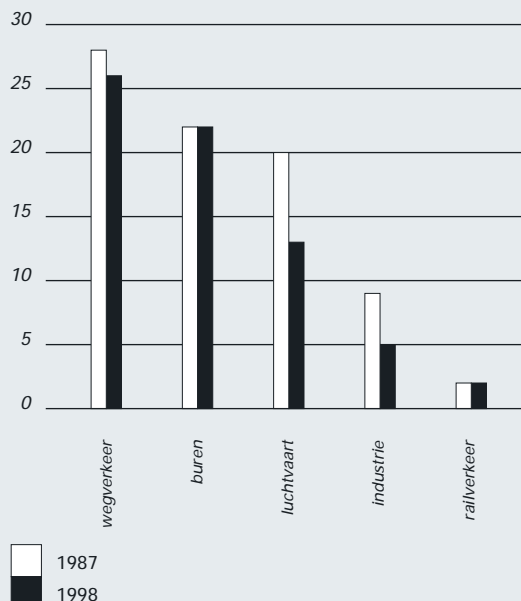
¹ L_{etmaal} : Geluidbelasting over een etmaal waarbij er rekening mee wordt gehouden dat geluid tijdens de avond- en nachtperiode hinderlijker is dan overdag.

bron: RIVM, 2002

FIGUUR 26

Percentage ernstig gehinderde volwassenen per geluidsbron in de jaren 1987 en 1998

in %



bron: Passchier-Vermeer et al., 2001

geluid, waaronder verhoogde bloeddruk en HVZ kunnen optreden bij langdurige blootstelling aan hoge niveaus van geluid. Een drempelwaarde hiervoor is op basis van de huidige observationele studies moeilijk aan te geven, omdat veel onzekerheid bestaat over de vorm en sterkte van het verband tussen blootstelling aan geluid en HVZ (Van Kempen et al., 2002). Er moeten bij het schatten van de gezondheidseffecten dan ook veel aannames gedaan worden, waardoor de schattingen nogal een brede range hebben (tabel 118). Niveaus van geluid door verkeer en industrie zijn niet hoog genoeg om gehoorschade te veroorzaken.

Voorlichting en wet- en regelgeving worden ingezet om de geluidbelasting in de woonomgeving te verminderen (tabel 119). Bij voorlichting gaat het bijvoorbeeld om informatie over de isolatie van woningen. De nadruk ligt vooral op wet- en regelgeving, als instrument voor rijksoverheid en lokale overheden (tabel 120 en 121) om geluidbelasting in de woonomgeving te beperken. De maatregelen zijn divers. Ze kunnen gericht zijn op:

- vermindering van de emissie van de bron. Deze maatregelen (tabel 119) worden overwegend genomen in Europees verband, door eisen te stellen aan de geluidproductie van (nieuwe) wegvoertuigen. De aanleg van Zeer Open Asfalt Beton (ZOAB) heeft tot nu toe echter de grootste invloed gehad op de emissies van het wegverkeer. Het werd oorspronkelijk aangelegd vanwege de gunstige invloed op de verkeersveiligheid. Bijkomend gunstig aspect is een afname van de geluidemissie met 2 à 5 dB(A) (tabel 124). Inmiddels bestaat ruim 50% van het wegdek op rijkswegen uit ZOAB (tabel 122).
- scheiding van functies verkeer en woningen. Bij de ontwikkeling van nieuwbouwwijken en/of de aanleg van nieuwe wegen wordt het geluid

dat het verkeer gaat veroorzaken op de gevel van de dichtsbijgelegen woningen bekeken. De geluidbelasting op deze woningen kan worden beperkt door een afstand te scheppen;

- vermindering van de overdracht van het geluid van de bron naar de ontvanger, bijvoorbeeld door de aanleg van schermen of wallen. Dit gebeurt zowel op bestaande locaties waar de geluidbelasting de grenswaarde overschrijdt als bij de ontwikkeling van nieuwbouwwijken en de aanleg van nieuwe wegen. Inmiddels staat ruim 600 kilometer aan schermen langs rijks- en spoorwegen, de financiering betreft jaarlijks € 28 mln (tabel 123). Isolatie van woningen is een laatste middel om de blootstelling aan geluid (binnenshuis) te verminderen en gebeurt als er geen mogelijkheden zijn om schermen te plaatsen of als deze geen effect hebben (bijvoorbeeld tegen vliegtuiggeluid). Inmiddels zijn in Nederland circa 8.000 woningen rondom luchthavens geïsoleerd (tabel 122). De isolatie van woningen kan de geluidsbelasting met 10–15 dB(A) verminderen (tabel 124).

Literatuur

Kempen EEMM van, Ameling CA, Hoogenveen RT, Staatsen BAM, Hollander AEM de. *De potentiële ziektelast toe te schrijven aan de geluidbelasting in Nederland. Kwantitatieve schattingen in het kader van de Vijfde Milieuverkenningen*. RIVM-rapport 408129 021/2001. Bilthoven: RIVM, 2001.

Kempen EEMM van, Kruize H, Boshuizen HC, Ameling CB, Staatsen BAM, Hollander AEM de. *The association between noise exposure and blood pressure and ischemic heart disease: a meta-analysis*. Environmental Health Perspectives. 2002; 110(3): 307–317.

TABEL 118

Geschatte omvang van de gezondheidseffecten door geluid in Nederland

gezondheidseffect	geschat aantal personen	bron
personen met slaapverstoring door geluid in de woonomgeving, 1995 ²	1.400.000 (1.100.000–1.700.000)	Passchier-Vermeer et al., 2001 ¹
personen met ernstige hinder door geluid in de woonomgeving, 1995 ²	2.700.000 (2.500.000–2.800.000)	
hoge bloeddruk toe te schrijven aan blootstelling vliegverkeer, 1994 ²	9.600–23.000	Van Kempen et al., 2001 ⁴
hart- en vaatziekten toe te schrijven aan blootstelling wegverkeer, 1994 ³	1.500–3.800	

¹ Methode en aannames omschreven in: Passchier-Vermeer, 1996. Er is hier geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat een effect kan optreden door 2 of meer geluidsbronnen bij dezelfde persoon.

² Berekend voor personen van ≤ 20 jaar.

³ Berekend voor mannen in leeftijd van 45–63 jaar.

⁴ Bij reductie tot 50 dB(A), Methode en aannames beschreven in Van Kempen et al., 2001.

TABEL 119

Activiteiten die worden aangeboden ter preventie van geluidbelasting in de woonomgeving

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>
voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> - lesmateriaal voor basis- en voortgezet onderwijs - voorlichting over geluidsisolatie van woningen - informatiekant over geluid rondom Schiphol
wet- en regelgeving	
algemeen	- Wet geluidhinder, Wet milieubeheer ¹
maatregelen gericht op de vermindering van de emissie	<ul style="list-style-type: none"> - stimuleren van stille voertuigtechnieken - snelheidsbeperkingen van wegverkeer - aanpassing van start- en aanvliepprocedures bij vliegverkeer - aanpassen van het wegdek met 'stil' asfalt (ZOAB en dubbellaags ZOAB)² - vervanging van blokgeremde door schijfgeremde personentreinen³
maatregelen gericht op de vermindering van het effect van de emissie van geluid	<ul style="list-style-type: none"> - zonering⁴ - geluidsschermen en -wallen - isolatie van woningen (bij zeer hoogbelaste woningen)

¹ Nieuwe regelgeving is nog in de planningsfase: Modernisering Instrumentarium Geluidbeleid (MIG)

² Met de aanleg van Zeer Open Asfalt Beton (ZOAB) is eind jaren tachtig begonnen vanwege de gunstige invloed op de verkeersveiligheid. De aanleg wordt door het ministerie van Verkeer en Waterstaat gefinancierd.

³ De innovaties aan treinen en sporen worden primair uitgevoerd om onderhoudskosten te besparen.

⁴ Bij 'zonering' wordt een gebied rondom de bron (bijvoorbeeld een industrie- of luchtvaartterrein) aangewezen ('zone'). Binnen de zone gelden beperkingen voor nieuwbouw en hebben de hoogst belaste woningen recht op isolatie. De geluidbelasting buiten de zone mag nergens hoger zijn dan een bepaalde, vastgestelde waarde zodat de geluidbelasting buiten het gebied van de zone niet onbeperkt kan toenemen.

bron: RIVM

TABEL 120

Landelijke organisaties die rol spelen in de preventie van geluidbelasting in de woonomgeving

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
Nederlandse Stichting Geluidshinder	voorlichting over geluidshinder en geluidsisolatie
Bureau Sanering Verkeerslawaaï	toekenning subsidies geluidmaatregelen, monitoren uitvoering programma's
Nationale Hoorstichting	voorkomen van slechthorendheid met name door voorlichting, stimuleren van gehoorrevalidatie en bevorderen van het wetenschappelijk gehooronderzoek
Stichting Innonoise	bevorderen van innovaties die ongewenst geluid reduceren
Ministerie van VROM	wet- en regelgever weg-, rail- en industriegeluid
Inspectie voor de Milieuhygiëne	controleren of gemeenten hun handhavende taken goed uitvoeren
Ministerie van VWS	aandacht vragen voor de gezondheidsaspecten van geluid
Ministerie van V&W	wet- en regelgever luchtvaartgeluid
Commissie Geluidsoverlast Schiphol ¹	adviseert de minister van Verkeer en Waterstaat over de milieuhygiëne rond de luchthaven Schiphol, in het bijzonder de geluidbelasting die de omgeving door het vliegverkeer ondervindt
Stichting Klachten- en Informatiecentrum Geluidhinder Schiphol	registreren van klachten met betrekking tot geluidsoverlast door de luchthaven

¹ Ook bij andere vliegvelden zijn commissies actief op het gebied van geluidbelasting.

bron: RIVM

TABEL 121

Lokale organisaties die een rol spelen in de preventie van geluidbelasting in de woonomgeving

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
gemeenten	vergunningverlening en handhaving van wet- en regelgeving binnen de gemeente (496 gemeenten)
gemeentelijke en regionale milieudiensten	assisteren gemeenten (en gemeenten die samenwerken in regionaal verband) bij de vergunningsverlening, zien toe op de handhaving en monitoren ontwikkelingen
GGD'en	adviseren overheden over maatregelen om gezondheidsrisico's door blootstelling aan geluid van bewoners terug te dringen; voorlichting en monitoren en signaleren gezondheidsrisico's (43 GGD'en)
akoestische adviesbureaus	divers, maar met name adviserend bij planontwikkeling, implementatie van maatregelen, toetsen van (bouw- en infrastructurele) plannen en vergunningen aan de wet- en regelgeving

bron: RIVM

TABEL 122

Activiteiten om de blootstelling aan geluid in de woonomgeving te verminderen

<i>activiteit</i>	<i>uitgevoerd</i>	
aanleg van geluidsschermen	langs rijkswegen	600 kilometer
	langs spoorwegen	110 kilometer
geluidsisolatie van woningen	langs verkeers- en spoorwegen	30.000 woningen
	rondom luchthavens	circa 8.000 woningen
wegdek voorzien van ZOAB	op rijkswegen	2.500 kilometer
	op gemeentelijke wegen	110 ¹ kilometer

¹ Eind 2001 was aan gemeenten voor de aanleg van circa 110 kilometer Zeer Open Asfalt Beton (ZOAB) op binnenstedelijke wegen subsidie toegekend.

bron: RIVM

TABEL 123

Financiering van preventieactiviteiten om de blootstelling aan geluid in de woonomgeving te verminderen

<i>activiteit</i>	<i>budget (in € mln)</i>	<i>termijn</i>	<i>financieringsbron</i>
aanleg van geluidsschermen	15	jaarlijks	VROM
geluidsisolatie van woningen	28	jaarlijks	VROM
geluidsisolatie van woningen rondom de luchthavens	410	tot 2005	Luchthaven Schiphol ¹
stimuleren van gemeentes om wegdek van gemeentelijke wegen te voorzien van ZOAB	28	jaarlijks	VROM
stimuleren van ontwikkeling van stille voertuigtechnieken en innovaties in de infrastructuur	circa 120 ²	nog geen dekking	VROM/V&W

¹ Via Schiphol die ook andere luchthavens beheert.

² Deze activiteit betreft de eerste fase van het innovatieprogramma dat is opgezet door de ministeries van VROM en V&W. Voor de ontwikkeling, het op de markt brengen en de werkelijke toepassing van deze technieken is naar schatting € 2 mld nodig.

Miedema HME, Oudshoorn CGM. *Annoyance from transportation noise: Exposure metrics DNL and DENL and their confidence intervals*. Environmental Health Perspectives. 2001; 109(4): 409–416.

Passchier-Vermeer W, Kluizenaar Y de, Steenbekkers JHM, Dongen JEF van, Wijnhuizen GJ, Miedema HME. *Milieu & Gezondheid 2001: overzicht van risico's, doelen en beleid*. Publ. nr. 2001.95. Leiden: TNO-PG, 2001.

Passchier-Vermeer W. *Ontwikkelingen in effecten van geluid en preventie door wet- en regelgeving. Achtergrondrapport bij een publicatie in Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997*. Publ.nr. 96.030. Leiden: TNO-PG, 1996.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Milieubalans 2002*. Alphen aan den Rijn: Kluwer, 2002.

3.4.1.2 BINNENHUISMILIEU

Met medewerking van: M. van Veen (RIVM).

Nederlanders brengen gemiddeld 85% van hun tijd door in gebouwen, voornamelijk in de eigen woning (tabel 125). De kwaliteit van het binnenmilieu in gebouwen wordt bepaald door:

- aard en kwaliteit van gebouwen (luchtdichtheid, ventilatie- en verwarmingsinstallaties, consumentenproducten en toegepaste bouwmaterialen);

- het gedrag van de bewoner (roken, ventilatie, houden van huisdieren);
- bronnen buiten het gebouw (weer, emissies) (Passchier-Vermeer et al., 2001, Van Veen et al., 2001).

De factoren radon (straling), vocht en rook bepalen voor een groot gedeelte de kwaliteit van het binnenmilieu. Deze factoren worden in deze paragraaf toegelicht.

Voor de omstandigheden die van belang zijn voor de gezondheid in gebouwen zijn voorschriften vastgesteld in het Bouwbesluit. In 2000 vindt naar verwachting in 98% van de woningen voor een van de factoren van de kwaliteit van het binnenmilieu een overschrijding van gezondheidskundige advieswaarden plaats (Passchier-Vermeer et al., 2001). Radon komt voor 70% vrij uit bouwmaterialen en wanden. De rest komt uit de bodem (Van Veen et al., 2001). Blootstelling aan een te hoge concentratie radon verhoogt de kans op kanker en leidt tot gezondheidsverlies (tabel 126). Tussen 1970 en 1995 is de gemiddelde radonconcentratie in woningen gestegen als gevolg van de bouw van beter geïsoleerde huizen (minder ventilatie). Deze stijging zal naar verwachting doorzetten (Van Veen et al., 2001).

In 1995 komen in 15% van de 6,2 miljoen woningen vochtproblemen voor (figuur 28). Door de steeds betere woningen wordt verwacht dat de vocht-

TABEL 124

Effecten van preventieactiviteiten op geluidbelasting

range in dB(a) ¹	activiteitafname geluidbelasting
aanleg van geluidsschermen	8–12 ²
geluidsisolatie van woningen	10–15 ³
aanleg van ZOAB	2–5 ⁴
daling maximumsnelheid van 120 km/uur naar 100 km/uur	2–3

¹ De sterkte van geluid ofwel het geluidsniveau, gecorrigeerd voor het feit dat het menselijk oor is niet voor alle frequenties (toonhoogtes) in gelijke mate gevoelig is.

² De werking van schermen kan sterk variëren, afhankelijk van de hoogte van de schermen en de afstand van een woning tot het scherm

³ Bij woningisolatie wordt getracht om de geluidbelasting binnenshuis onder een bepaalde waarde te brengen. De isolatie is afhankelijk van de geluidbelasting op de gevel én de geveldemping vóór de uitvoering van de woningisolatie

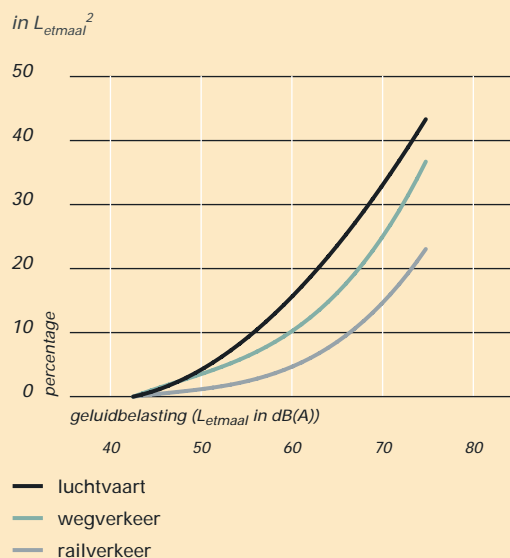
⁴ Het huidige Zeer Open Asfalt Beton (ZOAB) vermindert de emissie met gemiddeld 2 dB. Inmiddels zijn nieuwe wegdekken ontwikkeld (bijvoorbeeld dubbellaags ZOAB) waarmee reductie van circa 5 dB haalbaar is.

bron: RIVM

FIGUUR 27

Verband tussen percentage ernstig gehinderde personen en geluidbelasting¹

Voor drie vormen van transport: wegverkeer, luchtvaart en railverkeer



¹ De geluidbelasting heeft betrekking op de geluidbelasting buiten aan de gevel van de meest belaste zijde van de woning. De relaties zijn bepaald op basis van gegevens over volwassenen.

² L_{etmaal} : Geluidbelasting over een etmaal waarbij er rekening mee wordt gehouden dat geluid tijdens de avond- en nachtperiode hinderlijker is dan overdag.

bron: Miedema & Oudshoorn, 2001

problemen zullen afnemen (Van Veen et al., 2001). Door vocht in woningen neemt de hoeveelheid huisstofmijt en schimmels toe waardoor luchtweg- en astmaklachten kunnen ontstaan (tabel 125) Vooral kinderen hebben hierdoor meer kans op astmaklachten (1,5–3,5 keer vaker), maar ook volwassenen (1,5–2 keer vaker).

In gemiddeld 60% van de woningen wordt gerookt. Tabaksrook verhoogt de concentratie van PAK's (polycyclische aromatische koolwaterstoffen),

benzeen en andere stoffen in het binnenmilieu. Dit kan leiden tot irritatie van de luchtwegen, vermoeidheid, duizeligheid, misselijkheid en een verhoogde kans op kanker. Lage SES-groepen zijn hier een belangrijke doelgroep, omdat deze groep meer binnenshuis rookt, ventilatie tekortschiet en voorlichting deze groep minder goed bereikt (Van der Bogaard, 2001). Gezondheidsproblemen worden vaak veroorzaakt door blootstelling aan een combinatie van stoffen. Kans op longkanker wordt bijvoorbeeld versterkt bij blootstelling aan zowel radon als roken.

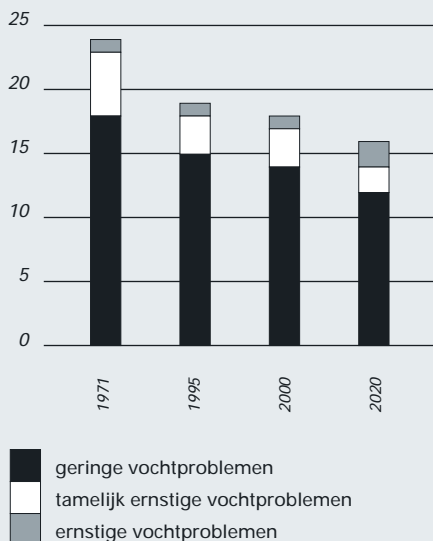
De concentraties radon, vocht en rook in het binnenmilieu kunnen door ventilatie worden verlaagd. Hoeveel geventileerd wordt in een woning is afhankelijk van het ventilatiegedrag van bewoners, het gebruik van de ventilatiesystemen en de bouw van de woningen. Het ventilatiegedrag van bewoners wordt steeds belangrijker omdat nieuwe woningen steeds beter geïsoleerd worden. In 2000 is geschat dat in 17% van de woningen in Nederland te weinig wordt geventileerd (Passchier-Vermeer et al., 2001). In de periode 1971–2020 zal door nieuwbouwwoningen de natuurlijke ventilatie van de woningvoorraad met ongeveer 35% dalen (Van Veen et al., 2001). Bij toepassing van producten en bouw van nieuwe huizen bestaat een spanningsveld tussen energiebesparing en ventilatie. Technologisch is het mogelijk huizen steeds beter te isoleren, waardoor de natuurlijke ventilatie afneemt en energie bespaard kan worden.

De overheid stelt eisen aan bouwproducten en woningen. Door de Keuringsdienst van Waren en de inspectie van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM) worden controles hierop uitgevoerd (tabel 127 en 128). Deze maatregelen zijn alleen van toepassing op nieuwe producten en nieuwe huizen. Voorlichting aan

FIGUUR 28

Vochtproblemen voor de totale woningvoorraad (1971, 1995, 2000 en 2020)

in %



bron: Van Veen et al., 2001

TABEL 125

Risicogroepen en risico

risicogroepen

gehele bevolking

astma of COPD-patiënten

zeer jonge kinderen

weinig mobiele ouderen, zieken en mensen met een slecht functionerend afweersysteem

grootte risico

85% van onze tijd brengen we in gebouwen door;

70% hiervan in de eigen woning

10–12% van Nederlandse bevolking heeft last van astma of COPD. trend: toename van aantal personen met astma op COPD; de kans om astma te krijgen is voor 80% erfelijk bepaald

bij kinderen is duidelijker en vaker een verband tussen luchtwegklachten en vochtige huizen. Immunoreacties gedurende eerste levensjaren, als gevolg van blootstelling aan lichaamsvreemde stoffen, kan op latere leeftijd tot de ontwikkeling van allergische reacties leiden

door verminderde weerstand zijn ouderen en zieken extra gevoelig voor bacteriële, virale en schimmelinfecties

bron: Van Veen et al., 2001; Passchier-Vermeer, 2001

bewoners wordt gegeven door enkele GGD'en door middel van projecten Binnenmilieu (tabel 127 en 128). De doeltreffendheid van voorlichtingsprojecten over binnenmilieu laten een beperkt effect zien op het gebied van bewustwording (tabel 129). Door lekkages en optrekkend of doorslaand vocht uit vloeren en muren te voorkomen, kan vocht in gebouwen verminderd worden.

Er zijn weinig gegevens over de financiering van preventieactiviteiten rond binnenmilieu doordat er geen duidelijke financieringsstroom te definiëren is. Binnenmilieu is namelijk geen apart beleidsthema bij het ministerie van VWS, noch bij VROM.

Een verklaring hiervoor is dat de aspecten wonen, milieu en gezondheid alle een belangrijke rol spelen bij de preventie rond binnenmilieu.

Behalve de beschreven preventieactiviteiten (wetten, regels, controles, voorlichting) wordt ook ingegrepen in acute probleemgevallen. Er zijn echter weinig gegevens over de langetermijneffecten van een ongezond binnenmilieu en chronische probleemgevallen. In 2002 gaat een pilot van start waarin een aantal GGD'en de milieugerelateerde klachten samen gaan registreren. Met dit registratiesysteem kan een start worden gemaakt met het monitoren van problemen (Dusseldorp et al., 2002)

TABEL 126

Gezondheidsverlies als gevolg van vocht en radon

<i>binnenmilieufactor</i>	<i>gezondheidsverlies (DALY's¹, sterfte)</i>
vocht	- 260–760 DALY's (95% betrouwbaarheidsinterval)
radon	- 320–2.740 DALY's (95% betrouwbaarheidsinterval) - 800 mensen per jaar overlijden aan longkanker als gevolg van radon in woningen mede in combinatie met verontreinigde binnenlucht

¹ DALY's zijn gezondheid gewogen jaren. In deze maat zijn drie belangrijke aspecten van de volksgezondheid verdisconteerd, te weten 'kwantiteit (levensduur)', 'kwaliteit' van leven en het aantal personen dat een effect ondervindt.

bron: Van Veen et al., 2001; VWS, 2001

TABEL 127

Activiteiten die worden aangeboden ter bescherming van het binnenhuismilieu

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>
wetten en regels	- Woningwet, daaronder ressorterende Bouwbesluit en andere regelgeving: voorschriften casu quo prestatie-eisen in verband met gezondheid, veiligheid, bruikbaarheid en energiezuinigheid voor woningen, woongebouwen, woonwagens en standplaatsen. nieuw bouwbesluit treedt op 1 januari 2003 in werking - Stralings Prestatie Norm (SPN): beperking van de blootstelling van radioactieve straling in woningen
voorlichting	- lokale voorlichtingsprojecten over binnenmilieu. voorbeeld 'Schone lucht in huis' over vocht (Kanaleneiland, Utrecht) (NIGZ, 2002) - lokale projecten waarin mede aandacht wordt besteed aan binnenmilieu (GVO-project, SEGV-project en VETC-project) (NIGZ, 2002)
omgevingsgerichte projecten	- in het kader van het programma Duurzaam Bouwen dienen toegepaste bouwproducten zodanig te zijn dat ze niet leiden tot gezondheidsrisico's - proeven over vochtigheid in huizen (Van der Bogaard, 2001) - interventies gezond bouwen, houden ook rekening met binnenmilieu (Van der Bogaard, 2001) - allergeenarme woningen (combinatie bouwkundige eisen en gedrag) - 'Stad & Milieu': mogelijke beleidspunten, vooral kwantitatief te toetsen op gezondheidseffecten

bron: RIVM

TABEL 128

Organisaties en instellingen: preventiemaatregelen ter bescherming van het binnenhuismilieu

<i>aanbieders</i>	<i>taken</i>
overheid: VWS en VROM	verantwoordelijk voor veilige en gezonde leefomgeving; gezondheids- en milieubeleid op nationaal niveau
KvW	Keuringsdienst van Waren: bewaakt de veiligheid consumentenartikelen; hiertoe behoren ook bouwproducten zoals spaanplaten; de belangrijkste taak is het controleren en bevorderen van naleving van voorschriften
VROM-inspectie	toezicht op de naleving door gemeenten van de Woningwet en de voorschriften die op grond van die wet zijn gegeven
gemeenten	gezondheids- en milieubeleid op lokaal niveau; verantwoordelijk voor veilige en gezonde leefomgeving op lokaal niveau
GGD	voorlichting over binnenmilieu, registreren klachten over binnenmilieu en lossen knelpunten en incidenten op lokaal niveau op (n=43) ¹
milieudiensten	oplossen van knelpunten en incidenten op lokaal niveau
TNO	onderzoek op gebied van binnenmilieu en energie (geschiktheid van ventilatiesystemen, bouwmaterialen)
RIVM	onderzoek naar de relatie milieu en gezondheid (onder andere milieu-epidemiologie en onderzoek radon)
wooncorporaties	verbeteren van ventilatiemogelijkheden in woningen
onderzoeksbureau	onderzoek naar binnenmilieu voor bedrijven, bijvoorbeeld Lichtveld Buis & Partners BV (LBP)

¹ Per 1 januari 2002.

bron: RIVM

TABEL 129

Effecten van preventieactiviteiten ter bescherming van het binnenhuismilieu

<i>preventieactiviteit</i>	<i>effectiviteit</i>
wettelijk vereist ventilatie niveau (LBP, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> - bij maximaal gebruik van de ventilatievoorzieningen wordt voldoende gelucht; 40–60% van maximum ventilatie niveau voldoende voor radonconcentratie - ventilatie is afhankelijk van gedrag van bewoners; onvoldoende goed en gecontroleerde ventilatie voorzieningen aanwezig - regelgeving voor nieuwe woningen heeft geen betrekking op gehele gebruiksperiode van een woning
Bouwbesluit (Janssen, 2002; LBP, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> - conflicterende eisen tussen geluid, ventilatie en daglichteisen waardoor haalbare oplossingen soms moeilijk gevonden worden en gebruikers niet weten wat ze het beste kunnen doen
voorlichtingbinnenhuismilieu	<ul style="list-style-type: none"> - beperkt effect, vooral in de sfeer van bewustwording

bron: RIVM

Gebruik en productie

Onvoldoende bruikbare gegevens gevonden.

Financiering

Geen gegevens gevonden over de financiering.

Literatuur

Bogaard JHM van der. *Gezondheidsverschillen en woonsituatie: stand van zaken en mogelijke interventies*. In: Stronks & Hulshof (red). *De Kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. ZonMw, 2001.

Dusseldorp A, Kwekkeboom J, Poll R van. *Draagvlak voor landelijke inventarisatie van milieugerelateerde gezondheidsklachten bij GGD-en*. RIVM-rapport 268826002/2002. Bilthoven: 2002.

Janssen MPM. *Modelling ventilation and radon in new Dutch dwellings*. (accepted for publication by indoor Air), 2002.

LBP, Lichtveld Buis & Partners BV. Internet: www.lbp.nl > bouwfysica en binnenmilieu, 5 juli 2002.

NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Internet: www.nigz.nl > infocentrum\NIGZ Informatiebestand, juli 2002.

Passchier-Vermeer W, Kluizenaar Y de, Steenbekkers JHM, Dongen JEF van, Wijlhuizen GJ, Miedema HME. *Milieu & Gezondheid 2001*. Overzicht van risico's, doelen en beleid. publ. nr. 2001.95. Leiden: TNO-PG, 2001.

Veen MP van, Crommetuijn LE, Janssen MPM, Hollander AEM de. *Binnenmilieu-kwaliteit: ventilatie en vochtigheid. Een studie voor Milieuverkenning 5*. RIVM-rapport nr. 630920 001. Bilthoven: 2001.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Gezondheid en milieu*. Brief van de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderstuk 28 089, nr. 1, vergaderjaar 2001-2002, 2001.

3.4.2 VOEDSELVEILIGHEID

De veiligheid van voedsel kan door verschillende oorzaken worden bedreigd. Er kan onderscheid worden gemaakt naar:

- natuurlijke toxinen: stoffen die min of meer van nature voorkomen in levensmiddelen en giftig zijn voor de mens. Er wordt onderscheid gemaakt in drie categorieën: de fytotoxinen die van nature voorkomen (zoals solanine in aardappelen), marine toxinen die worden gevormd door algen in schelpdieren als mosselen nadat een explosieve groei van de alg is opgetreden en de mycotoxinen die worden gevormd door schimmels. Een voorbeeld van een mycotoxine is aflatoxine dat wordt geproduceerd door de *aspergillus flavus*-schimmel en hieronder wordt uitgewerkt;
- microbiologische verontreinigingen: hieronder vallen bacteriën, virussen, prionen, schimmels, protozoa en helminthen (een soort wormen). Onderdeel van deze categorie zijn de bacteriën die voedselinfecties veroorzaken, zoals salmonella, campylobacter, listeria en escherichia coli. De eerste twee zijn hieronder uitgewerkt;
- residuen in producten: hieronder vallen bestrijdingsmiddelen, verpakkingsresiduen, PCB's, dioxines en een enorm aantal overige chemische verbindingen. Dit soort verontreinigingen veroorzaken maar een klein deel van de gezondheidsproblemen die door voedsel kunnen worden veroorzaakt (WUR, 2002).

Op het gebied van voedselveiligheid worden verschillende preventiemethoden toegepast. Om de kwaliteit en veiligheid van voedsel te bewaken zijn wetten en regels opgesteld. De meeste nationale wetten en

TABEL 130

Nationale wetgeving gericht op (raakvlakken van) voedselveiligheid

nationale wetgeving gericht op voedselveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> - Warenwet - Vleeskeuringswet - PBO-verordeningen (productschapverordeningen)
nationale wetgeving gericht op raakvlakken met voedselveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> - Veewet - Deconstructiewet - Wet milieugevaarlijke stoffen - Bestrijdingsmiddelenwet - Diergeneesmiddelenwet - Gezondheids- en welzijnswet voor dieren - Landbouwwet - Landbouwkwaliteitswet

bron: RIVM

regels (tabel 130) zijn verordeningen van de Europese Unie of geven uitvoering aan richtlijnen van de Europese Unie. Daarnaast leggen producenten of brancheorganisaties zichzelf regels en voorschriften op met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid van hun producten. Tot slot wordt voorlichting gegeven aan consumenten bijvoorbeeld over het hygiënisch bewaren en bereiden van voedsel (Voedingscentrum, 2002).

De Keuringsdienst van Waren (KvW) oefent toezicht uit op de naleving van de wettelijke regels voor (onder meer) voedselveiligheid (handhavingstaak). Dit gebeurt door het uitvoeren van inspecties en controles, waarbij gelet wordt op de productie, bereiding, behandeling, verhandeling en import van eet- en drinkwaren. De KvW treedt corrigerend op in situaties waarin in strijd met de wet wordt gehandeld, bijvoorbeeld door boetes op te leggen of ondeugdelijke goederen in beslag te nemen.

Literatuur

WUR, Wageningen Universiteit en Researchcentrum.
Wat voor verontreinigingen kunnen in levensmiddelen voorkomen en wat veroorzaken ze voor ziektes? Internet: www.voedsel.net/vragen/vraag60.htm. 10 juli 2002.

Voedingscentrum. *Voedselveiligheid. Regelgeving en Controle*. Internet: www.voedingscentrum.nl/regelgeving/regelgeving.html. 10 juli 2002.

3.4.2.1 MYCOTOXINEN: AFLATOXINEN

Met medewerking van: H.P. van Egmond (RIVM).
 Aflatoxinen zijn natuurlijke gifstoffen die bij hoge temperaturen en vochtigheid door de schimmels *aspergillus flavus* en *aspergillus parasiticus* worden geproduceerd op producten. Dit kan gebeuren tijdens de oogst, productie, verwerking of opslag van producten. Een te hoge inname van aflatoxinen veroorzaakt op lange termijn leverschade of leverkanker. Het is niet mogelijk aan te geven welke hoeveelheid aflatoxinen tot schadelijke effecten kan leiden. In de praktijk wordt daarom gestreefd naar een zo laag mogelijke inname van aflatoxinen.

De soorten aflatoxinen B1, B2, G1, G2 kunnen in onder andere noten, granen en rijst voorkomen. Van de verschillende soorten aflatoxinen komt aflatoxine B1 het meeste voor. Deze aflatoxine is het meest kankerverwekkend. Hoewel aflatoxinen in veel geconsumeerde producten kunnen voorkomen, is de blootstelling aan aflatoxinen laag (tabel 135). Aflatoxine M1 komt voor in melk, doordat koeien veevoeder

TABEL 131

Aanbod van activiteiten op het gebied van preventie van aflatoxinen in het voedsel

<i>methode</i>	<i>activiteit</i>
wetten en regels	
mondiaal/Europees	<ul style="list-style-type: none"> - veel van de producten die mogelijk besmet zijn met aflatoxinen komen uit niet-Europese landen; de meeste landen in de wereld hebben in wet- en regelgeving de maximumgehalten voor aflatoxinen vastgelegd (Codex Alimentarius); uitzondering zijn veel Afrikaanse landen en enkele landen in Azië en Latijns Amerika - maximum toegestane gehalte afhankelijk van product en verwerkingsfase; toegestane hoeveelheden lager bij producten voor rechtstreekse consumptie dan bij producten die nog behandeling moeten ondergaan; voor aflatoxine M1 in melk geldt een laag maximum toegestane gehalte - manier van monsternamen en criteria voor de analysemethode zijn wettelijk vastgelegd
nationaal	<ul style="list-style-type: none"> - Warenwetbesluit: 'Bereiding en behandeling van levensmiddelen': verbod om met schimmeltoxines besmette grondnoten (overschrijding EU-norm) te bereiden, behandelen, verpakken, bewaren of vervoeren - specifieke mogelijkheden ter behandeling en verwerking van besmette partijen voor veevoeder zijn vastgesteld
importbeperkende maatregelen	<ul style="list-style-type: none"> - maatregelen voor producten uit landen die stelselmatig de norm voor aflatoxinen overschrijden; kan uiteindelijk tot importstop leiden
convenants	
veevoeder en zuivelbedrijven	<ul style="list-style-type: none"> - in verband met aflatoxine M1 in melk zijn tussen veevoeder en zuivelbedrijven afspraken gemaakt
anders	
stimulans EU voor brongerichte aanpak	<ul style="list-style-type: none"> - de EU stimuleert (niet verplicht) preventieve maatregelen om besmetting van gewassen in land van herkomst te voorkomen. preventie op het veld, oogst, productie, verwerking en opslag. voorbeeld: gewasbeschermingsmiddelen, controle temperatuur en vochtigheid, hygiënische oogst- en opslagtechnieken

TABEL 132

Organisaties en instellingen: preventie van aflatoxinen in voedsel

<i>Aanbieders</i>	<i>Taken</i>
Europese Commissie	wet- en regelgeving EU; spoedmaatregelen afkondigen en ketenbewaking (nieuw)
FAO	verbeteren van technieken om besmetting te verminderen in land van herkomst
Codex Committee on Food Additives and Contaminants	vaststellen van wereldwijde normen voor contaminanten
Werkgroep mycotoxinen	opgericht door de European Food Laws Enforcement Practitioners (FLEP): zet transparant en uniform beleid betreffende de handhaving van mycotoxinen op; evalueert handhavingsactiviteiten in verschillende landen
CEN (Comité Européen de Normalisation)	door middel van standaardisatie verhogen van de betrouwbaarheid door middel van standaardisatie en reproduceerbaarheid van de bepaling van aflatoxine-gehalte
risicobeoordelingsorganisaties	<ul style="list-style-type: none"> - JECFA (Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives): integrale risicobeoordeling van onder andere aflatoxinen in het voedsel (Van Egmond, 2002) - SCOOP (Scientific Co-operation): wetenschappelijke basis leggen voor de evaluatie van risico op de volksgezondheid als gevolg van aflatoxinen
EMAN (European Mycotoxin Awareness Network)	verspreiding van de meest recente kennis op het gebied van mycotoxinen naar de voedingsmiddelenindustrie
Ministerie van VWS	wet- en regelgeving Nederland; implementatie van Europese regelgeving in Nederland en afkondigen van spoedmaatregelen
Keuringsdienst van Waren	handhaving van wet- en regelgeving: inspectie en monsterneming in elke fase van voedingsmiddelenketen maar vooral bij hoogrisico partijen; periodieke veiligheidsrisico-inspectie (VRI) bij bedrijven die noten verwerken
Importcontroleteam (Rotterdam)	producten uit landen buiten de EU krijgen nadrukkelijke aandacht. KvW en douane werken samen bij de intensieve controle van producten/partijen
Nederlands Normalisatie instituut/NEN	ontwikkeling van regels, procedures zowel nationaal als Europees, toepassing van normen, regels en procedures bekendmaken
Centraal Orgaan voor Kwaliteits-aangelegenheden in de Zuivel (COKZ)	onafhankelijke instelling op het gebied van zuivelcontrole voor de controle van de kwaliteit van zuivel
RIVM	onderzoek naar het vóórkomen en de effecten van natuurlijke toxinen om risico-evaluatie en advies over richtlijnen te verbeteren
TNO	onderzoek voor bedrijven op het gebied van analysemethoden, identificatie, ketenonderzoek, risico-evaluatie en fysiologie
RIKILT	onderzoek naar een integrale benadering van de risicobeheersing en veiligheid van voeding vanuit een ketenperspectief (veevoeder)
brancheorganisaties	<ul style="list-style-type: none"> - Nederlandse GrondnotenVereniging (NGV): onderschrijft en voert maatregelen conform de Europese gedragscode, alle leden (50) zorgen voor 100% controle op alle importproducten en er is overleg over certificering, ketenanalyse en goede inrichting van laboratoria in originelanden - Nederlandse Vereniging Zuidvruchten (NVZ)
handelslaboratoria (commercieel)	controleren van partijen producten die door grote industrie worden ingevoerd

krijgen dat met aflatoxine B1 is besmet (tabel 135). Sinds de convenanten tussen veevoeder- en zuivelbedrijven in 1989 zijn in Nederland vrijwel geen overschrijdingen van het maximum toegestane gehalte aflatoxine M1 in melk gevonden (tabel 131 en 135).

Producten die mogelijk besmet kunnen zijn met aflatoxinen worden in landen buiten Europa geproduceerd. Preventie in Europa is hierdoor vooral gericht op het voorkomen dat producten met aflatoxinen geïmporteerd worden. Ook worden vanuit de Europese Unie projecten gestimuleerd die gericht zijn op het voorkomen van besmetting van producten in landen van herkomst (tabel 131). In Nederland bestaan preventieve maatregelen rondom aflatoxinen uit wet- en regelgeving en de handhaving hiervan door de Keuringsdienst van Waren (KvW). Het Centraal Orgaan voor Kwaliteitsaangelegenheden in de Zuivel (COKZ) ziet binnen Nederland toe op naleving van de proces- en productkwaliteitscriteria van

zuivelproducten (tabel 133). De KvW voert extra controles uit op partijen producten met een verhoogd risico op besmetting, naast de normale steekproefsgewijze controles. Een groot deel van de hoogrisico-partijen wordt afgekeurd (tabel 133). Wanneer een producerend land stelselmatig de norm voor aflatoxine overschrijdt, kan de EU importbeperkende maatregelen opleggen voor dat betreffende product uit dat land. De methode van controles van risicopartijen geeft goede resultaten. Afgekeurde partijen komen niet bij de consument terecht. Het ministerie van VWS stelt jaarlijks het budget voor de KvW vast op basis van het aantal controles dat zij denken te gaan uitvoeren. De KvW heeft voor het jaar 2002 totaal 2.000 controles op mycotoxinen in de planning staan (Van Wieringen, 2002). Onbekend is hoeveel van deze controles specifiek op aflatoxinen testen. Naast de controles op levensmiddelen worden door het RIKILT 425 veevoedercontroles per jaar uitgevoerd. Hierbij wordt specifiek op aflatoxinen getest.

TABEL 133

Gekeurde en afgekeurde partijen noten (2000)¹

product	totaal gekeurd		afgekeurd
	aantal partijen	aantal partijen ²	in %
amandel	11	1	9
hazelnoot	10	4	40
pinda	290	52	18
pindakaas	20	7	35
pistachenoten (2001)	73	34	47
overige noten en zaadproducten	21	4	19

¹ De tabel is niet representatief voor de Nederlandse markt omdat met name de partijen worden gecontroleerd waarvan op basis van land van herkomst wordt verwacht dat het risico op een overschrijding van het maximum gehalte aflatoxine hoog is.

² Gehalte aflatoxine hoger dan 2,9 microgram per kilogram noten.

bron: Van Wieringen, 2002

TABEL 134

Maatregelen om kwaliteit van de preventie van aflatoxinen in voedsel te waarborgen

maatregel	gebruiker	beschrijving
HACCP	bedrijven	wettelijk verplicht voedselveiligheidssysteem; bedrijven moeten ingekochte grondstoffen controleren
	Keuringsdienst van Waren	controleert bedrijven op goede uitvoering van de HACCP-maatregelen, inkoopbeleid en analysemethodiek (KvW, 2002)
STERLAB-certificatie	onder andere KvW, COKZ, TNO, RIVM	laboratoria krijgen erkenning van kwaliteit van de Raad voor de Accreditatie (RvA)

bron: RIVM

De industrie die mogelijk met aflatoxinen besmette producten verwerkt, moet volgens het HACCP-kwaliteitssysteem voor voedingsmiddelen ook eigen controles uitvoeren op voedingsmiddelen (tabel 132). Deze onderzoeken worden door handelslaboratoria uitgevoerd. Certificering van laboratoria vindt plaats door het verkrijgen van een STERLAB-certificatie als erkenning van de kwaliteit van het laboratorium. De KvW controleert de bedrijven weer op de goede uitvoering van HACCP-maatregelen (tabel 134).

Vraag

Onvoldoende gegevens om de omvang van blootstelling aan aflatoxinen weer te geven.

Literatuur

Egmond HP van. *Mycotoxinen bij de bron aanpakken*. Voeding nu, 2002; nr. 5.

KvW, Keuringsdienst van Waren. Internet: www.keuringsdienstvanwaren.nl > consumenten\wat u mag verwachten\controles bij bedrijven, juni 2002.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu. Briefrapport RIVM aan keuringsdienst van Waren. kenmerk 1095/2001 ZRO vE/mk, 2001.

Van Wieringen JCM (Van Wieringen & Thomas). *Wat is het gebruik?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Preventie\Gericht op determinanten\Preventie op fysieke omgeving\Voedselveiligheid\Aflatoxinen, 28 mei 2002.

3.4.2.2 MICRO-ORGANISMEN IN VLEES

Met medewerking van: A.W. van de Giessen, F.M. van Leusden (RIVM).

In voedsel kunnen veel verschillende soorten micro-organismen vóórkomen, zoals bacteriën, schimmels, gisten, parasieten en virussen. Nederlandse consumenten maken zich zorgen over de veiligheid van voedsel, bijvoorbeeld over de veiligheid van kip-producten (tabel 136). Hier worden de bacteriën salmonella en campylobacter besproken. Campylobacter en salmonella kunnen voorkomen in vlees, kip en rauwe melk. Salmonella kan ook in eieren voorkomen (Voedingscentrum, 2002ab; Wageningen Universiteit, 2002ab). In deze bijdrage wordt de nadruk op vlees gelegd.

Consumptie van vlees dat besmet is met salmonella of campylobacter kan leiden tot een infectie. Iemand kan een infectie bij zich dragen zonder ziek te worden. Echter, infecties kunnen ook (chronische) ziekte en complicaties tot gevolg hebben (tabel 138). In enkele gevallen heeft dit een dodelijke afloop (Gezondheidsraad, 2000). Consumptie van besmet vlees verhoogt bij mensen met een relatief lage weerstand de kans op ziekte (tabel 139). De informatie over hoe vaak salmonella en campylobacter ziekte en incidenteel ook sterfte veroorzaken in Nederland is slechts beperkt en fragmentarisch (Gezondheidsraad, 2000). Er bestaan alleen schattingen (tabel 137). Het aantal sterfgevallen als gevolg van salmonella-infecties in Nederland wordt geregistreerd, indien een sterfgeval als zodanig herkend wordt. Dit zijn er ongeveer 6–8 per jaar. Sterfgevallen als gevolg van

TABEL 135

Effecten van preventie van aflatoxinen in voedsel

activiteit	uitkomstmaat	effectiviteit
wetgeving en handhaving	gemiddelde dagelijkse blootstelling	blootstelling is in 58% van de gevallen lager dan 5 ng/kg bij 24-uursinname (n=123) (RIVM, 2001)
	aantal afgekeurde partijen	9–50% van de hoogrisicopartijen wordt afgekeurd (Van Wieringen, 2002)
wetgeving en handhaving veevoeder		gehalte aflatoxine B1 in rundveevoeder (voor melkvee) ligt vaak onder het maximum gehalte dat is toegestaan (grootste gedeelte onder de 1 u.g./kg en incidenteel tussen 1–2 u.g./kg)
		Besmetting van melk met aflatoxine M1 ligt onder de 0,01 u.g./kg (ver onder het maximum gehalte dat is toegestaan)
convenanten diervoedersector		sinds convenant (1989): aflatoxine M1 in melk ver onder het maximale gehalte dat is toegestaan

bron: RIVM

campylobacter-infecties worden niet apart geregistreerd (tabel 137). De kosten van infecties met salmonella en campylobacter zijn met veel onzekerheden omgeven en in verschillende onderzoeken geschat. Deze schattingen lopen sterk uiteen (Havelaar, 2001).

In verschillende bedrijfstakken zijn factoren aan te wijzen die de kans op voedselinfecties in Nederland beïnvloeden (tabel 144). Op deze factoren spelen diverse organisaties in om micro-organismen in voedsel te reduceren. Hier wordt alleen ingegaan op organisaties die zich (in elk geval) richten op preventie van salmonella en campylobacter in vlees (tabel 141) en de diverse activiteiten die zij in dat kader uitvoeren (tabel 140). Er wordt op verschillende manieren voorlichting gegeven aan consumenten, bijvoorbeeld via internet. Het aantal bezoekers van de informatiesite over voedsel van de Wageningen Universiteit is in een paar jaar enorm gegroeid (tabel 142). De pluimveesector dient zich te houden aan diverse regels en codes. De Keuringsdienst van Waren is belast met de handhaving van de voorschriften. Van producten die mogelijk besmet zijn met salmonella of campylobacter worden at random monsters genomen door de Keuringsdienst van Waren. Het aantal afwijkingen van de regelgeving wordt geregistreerd en zo nodig wordt een proces verbaal opgemaakt.

TABEL 136

Bezorgdheid van consumenten in Nederland over kipproducten; n=427

in %

zorg

aanwezigheid van bacteriën	52
aanwezigheid van hormonen	48
ziek worden door het consumeren van kip	22

bron: Havelaar, 2001

TABEL 137

Maagdarminfecties bij mensen in Nederland (1999)

maagdarminfecties verwekker	aantal geschatte voedselgerelateerde gevallen van maagdarminfecties	aantal sterfgevallen
campylobacter spp.	32.100–85.600	onbekend ¹
salmonella spp.	48.200–53.500	1998: 6 1999: 8 2000: 8

¹ Gegevens zijn niet gespecificeerd naar campylobacter in de CBS Doodsoorzakenstatistiek. Naar schatting overlijden er enkele tientallen mensen per jaar in Nederland als gevolg van Campylobacter (Havelaar, 2001).

bron: Van Duynhoven et al., 2002: Doodsoorzakenstatistiek CBS

TABEL 138

Symptomen/duur van ziekten die door salmonella en campylobacter veroorzaakt kunnen worden

ziekten	symptomen	duur
maag-darminfecties als gevolg van Salmonella	diarree, buikpijn, lichte koorts, misselijkheid en overgeven	tot enkele maanden
thypheuze koorts als gevolg van salmonella	misselijkheid, hoofdpijn, hoge en aanhoudende koorts, buikpijn en algehele malaise	tot enkele weken
infecties als gevolg van campylobacter ¹	griep, gevolgd door diarree (hevigheid zeer variabel) en buikpijn, de ontlasting bevat vaak bloed	5 tot 7 dagen, darmkrampen kunnen nog weken aanhouden

¹ Complicaties van infecties met campylobacter bij de mens: gewrichtsontsteking, buikvliesontsteking, hersenvliesontsteking, urineweginfecties en andere extra-intestinale infecties. Mogelijk een relatie met het Guillain-Barré syndroom (GBS; rugpijn, spierzwakte, tintelende ledematen, verlamming van gezichts- en ademhalingspijpen) en het Miller-Fischer syndroom.

bron: Havelaar, 2001

TABEL 139

Personen met een verhoogd risico op ziekte door voedselinfectie

jonge kinderen
 ouderen met een verzwakte lichamelijke conditie
 immuno-incompetente personen
 mensen met een onderliggende ernstige ziekte
 zwangeren (vooral omdat het ongeboren kind onvoldoende beschermd is)
 reizigers naar landen met een relatief lage hygiënestandaard

bron: Gezondheidsraad, 2000

TABEL 140

Activiteiten ter vermindering van campylobacter en salmonella in vlees ter voorkoming van besmetting van mensen via vlees

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>	<i>doelgroep</i>
voorlichting		
campagnes met een massamediale component	1 eet en woon – veilig en schoon	privé-huishoudens
	2 postbus 51-activiteiten, zoals voorkómen van voedselinfecties op vakantie en voorlichting over barbecue	algemene bevolking
persoonlijke voorlichting	3 internet, bijvoorbeeld de sites: www.voedingscentrum.nl, www.pve.nl, www.voedsel.net	geïnteresseerden
	4 voedingstelefoon	mensen met vragen over voeding
	5 etiket met waarschuwing op alle verpakt pluimveevlees (sinds 2001)	consumenten van verpakt pluimveevlees
wetten en regels		
Warenwet	6 Warenwetbesluit bereiding en behandeling levensmiddelen: vanaf augustus 2001 verpakings- en etiketteringsplicht voor pluimveevlees dat niet gegarandeerd vrij is van pathogene bacteriën (tijdelijke maatregel)	pluimveesector
	7 Warenwetregeling hygiëne van levensmiddelen	productenten, verwerkers en verkopers van voedsel
	8 Hygiënevoorschriften pluimveeverwerkende industrie 1997	pluimveeverwerkers
	9 Actieplan salmonella en campylobacter pluimveevlees 2000+	pluimveesector
codes		
10 HACCP-codes		vleesverwerkende industrie
11 bedrijfsgroep hygiëncodes		slagerijen
12 hygiëncode voor de privé-huishouding		privé-huishoudens
13 hygiëncode voor de voedingsverzorging in instellingen in de gezondheids- en ouderenzorg (gebaseerd op HACCP)		gezondheids- en ouderenzorg
14 hygiëneplan voor de voedingsverzorging in woonvormen en bij uitbrengmaaltijden		kleine wooneenheden, zoals kinderopvang, activiteiten-begeleiding, dak- en thuislozenopvang, internaten, zelfstandig wonende gehandicapten en stichtingen welzijn ouderen

bron: RIVM

TABEL 141

Organisaties die activiteiten uitvoeren ter vermindering van campylobacter en salmonella in vlees¹

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
Ministerie van VWS	beleid, wetgeving, controle en voorlichting (via postbus 51)
Voedingscentrum	voorlichting; publiekscampagne (eet en woon – veilig en schoon); hygiëncode privé-huishoudens
Consumentenbond	voorlichting; belangenbehartiging consumenten; testen van producten
Rijksdienst voor Keuring van Vee en Vlees	controle en bevordering van naleven voorschriften; onderzoeken van bedreigende situaties en klachten van consumenten
Keuringsdienst van Waren	controle en bevordering van naleven voorschriften (Warenwet, hygiëncodes, HACCP-richtlijnen); onderzoeken van bedreigende situaties en klachten van consumenten
Controlebureau voor Pluimvee, Eieren en Eiproducten	controle en bevordering van naleven voorschriften; certificering van producten; geven van erkenning aan voedselbereidende bedrijven die voorschriften goed naleven
Productschap Vee, Vlees en Eieren (PVE)	regelgeving voor sectoren (PBO-verordeningen); opstellen hygiëncode; belangenbehartiging van de sector
Voorlichtingsbureau Vlees	belangenbehartiging vleessector; activiteiten op het gebied van public relations, voorlichting, reclame, promotie en marktonderzoek; bijdragen aan de communicatie over integrale ketenbeheersing (IKB)
Centraal Bureau Levensmiddelen	belangenbehartiging supermarkten; opstellen hygiëncode; voorlichting; coördinatie bij incidenten
Gezondheidsdienst voor dieren	diagnostiek en preventie van dierziekten, onder andere door verbeteren van hygiëne
GGD	infectieziektebestrijding (bron- en contactopsporing, treffen van maatregelen, advisering); hygiënebegeleiding van instellingen (bijvoorbeeld zorginstelling met grootkeuken) (43 GGD'en per 1 januari 2001)
onderzoeksinstituten	
<i>waaronder:</i> - RIVM/RIKILT - Centraal Instituut voor Dierziekte Controle (CIDC Lelystad)	<i>kwaliteitsbewaking door risicoanalyse, surveillance en referentietaken verantwoordelijk voor de vrijwaring en bestrijding van aangifteplichtige infectieziekten bij landbouwhuisdieren</i>

¹ Het merendeel van de organisaties richt zich niet alleen op campylobacter en salmonella in vlees, maar op meerdere micro-organismen en meerdere voedingsmiddelen.

bron: RIVM

TABEL 142

Indicatie van bereik van voorlichting over voeding

<i>activiteit</i>	<i>bereik</i>	<i>bron</i>
aantal vragen dat jaarlijks via de voedingstelefoon van het Voedingscentrum gesteld wordt	35.500 vragen	Voedingscentrum
aantal bezoekers van de website www.voedingscentrum.nl	2000: 9 miljoen bekeken pagina's	Voedingscentrum
aantal bezoekers van de website www.voedsel.net	1999: 8.254 2000: 37.317 2001: 94.024 2002: 283.137	Nedstat (meting van 5 januari 1999 tot 22 augustus 2002)

TABEL 143

Indicatie van de kwaliteit van preventieactiviteiten rondom voedselinfecties

Aansluiting tussen huidige maatregelen/activiteiten en selectie van factoren die kans op voedselinfecties in Nederland beïnvloeden.

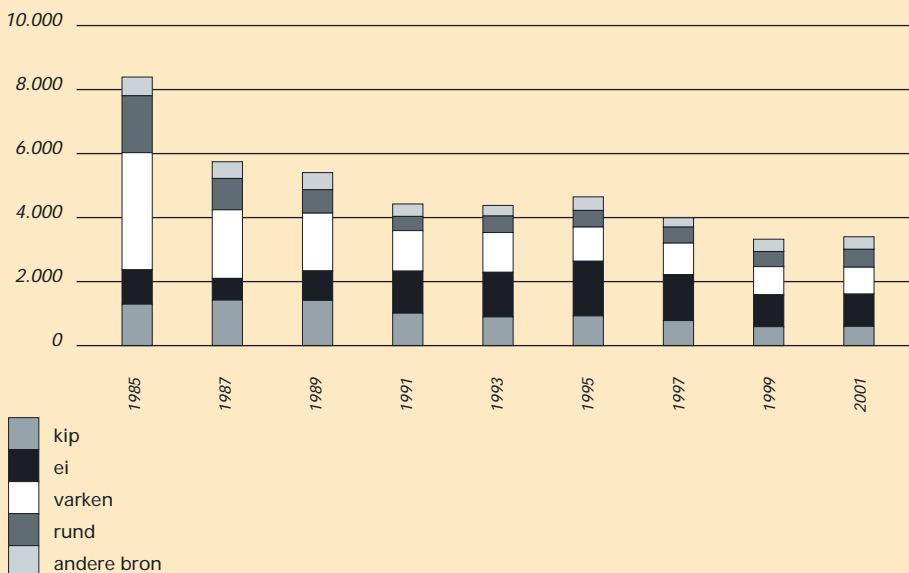
<i>bedrijfstak</i>	<i>beïnvloedende factor</i>	<i>maatregelen/activiteiten (nummer volgens tabel 140)</i>
dierlijke productie	besmettingen van dieren beïnvloed door de intensivering van de dierlijke productie: vermindert het risico van insleep van pathogene micro-organismen op bedrijven, maar verhoogt de kans op infectie door verminderde weerstand van dieren	- wetten en regels (8)
internationale handel	de toenemende internationale handel in productiedieren, grondstoffen en voedingsmiddelen kan de introductie van pathogene micro-organismen met zich meebrengen	binnen hele pluimvee sector: - wetten en regels (6 t/m 9) - codes (10, 11)
voedselverwerking	voorkeur van de consument gaat steeds meer uit naar 'verse' producten; deze trend vraagt om 'mild' geconserveerde voedingsmiddelen	- wetten en regels (6 t/m 8)
bedrijfsmatige maaltijdbereiding	in de horeca, in de cateringbranche en in instellingskeukens kunnen fouten gemaakt worden die leiden tot voedselinfecties	- codes (13,14)
maaltijdbereiding in privé huishouding	een onjuiste wijze van bewaren en bereiden van maaltijden door de consument in de huishoudelijke keuken speelt nog steeds een rol van betekenis bij het ontstaan van voedselinfecties	- voorlichting (1 t/m 5) - wetten en regels (6) - codes (13)
voedingsgewoonten	specifieke voedingsgewoonten, zoals rauwe schelpdieren en filet américain, kunnen bijdragen aan het risico van voedselinfectie	- idem

bron: Gezondheidsraad, 2000, tabel gekoppeld aan tabel 140 door RIVM

FIGUUR 29

Aantal mensen bij wie salmonella in de feces is aangetoond door het laboratorium

Naar vermoedelijke dierlijke bron.



bron: RIVM

In de periode 1985–2001 is het aantal mensen bij wie salmonella in de feces is aangetoond gedaald (figuur 29). De daling van het aantal mensen met salmonella in de feces geeft een voorzichtige indicatie voor de effectiviteit van preventieve maatregelen. Deze maatregelen hebben naast diverse andere factoren bijgedragen aan de betreffende daling.

Financiering

Over financiering zijn geen gegevens gevonden.

Literatuur

Duynhoven YTHP van, Wit MAS de, Kortbeek LM, Koopmans MPG. *Voedselinfecties in Nederland*. Ned Tijdschr Med Microbiol (in druk) 2002.

Gezondheidsraad. *Voedselinfecties*. publicatie nr. 2000/09. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.

Havelaar AH (red.). *Campylobacteriose in Nederland. Risico's en interventiemogelijkheden*. RIVM- rapport nr. 250911001/2001. 2001.

Voedingscentrum. Internet: www.voedingscentrum.nl > veilig en schoon\Salmonella: de onzichtbare boosdoener, 26 juni 2002. 2002a.

Voedingscentrum. Internet: www.voedingscentrum.nl > veilig en schoon\Campylobacter, 26 juni 2002. 2002b.

Wageningen Universiteit. Internet: www.voedsel.net > themas/salmonella, 9 juli 2002. 2002a.

Wageningen Universiteit. Internet: www.voedsel.net > themas/campylobacter, 9 juli 2002. 2002b.

3.4.3 PRODUCTVEILIGHEID

Het terrein van productveiligheid is buitengewoon gevarieerd: van fopspenen tot attractieparktoestellen en van cosmetica tot pannen en potten. Het gaat in alle gevallen om de veiligheid van consumentenproducten, zowel in de privé-sfeer als op de werkplek. Bij de veiligheid van consumentenproducten zijn twee aspecten van belang: de samenstelling en het gebruik. De samenstelling van het product dient veilig te zijn. Zo zijn sommige kleurstoffen in cosmetica-artikelen verboden. Tevens moet het (eenmalig of veelvuldig) gebruik van het product veilig zijn. Een voorbeeld hiervan is het voorkómen van ongelukken, zoals vallen, beknelling, ophanging, schaven, uitglijden, botsen, verlies van evenwicht bij kinderen in speeltoestellen. Van beide aspecten wordt in deze paragraaf een onderwerp uitgewerkt, te weten brandveiligheid van kleding en kinderveilige verpakkingen. Productveiligheid is vastgelegd in wet- en regelgeving, die over het algemeen is gericht op producenten en beheerders van de producten. Producenten

zijn verplicht een veilig product te leveren. Zij kunnen hierbij de technische normen gebruiken die aanvullend op de wet- en regelgeving zijn beschreven. Voor speeltoestellen bestaat er bijvoorbeeld een norm voor het bodemoppervlak (EN 1177). Producenten maken ook met elkaar afspraken om de veiligheid van hun product te waarborgen. Deze worden vastgelegd in convenants.

De Keuringsdienst van Waren oefent toezicht uit op de naleving van de wettelijke regels voor onder meer consumentenproducten (handhavingstaak). Dit gebeurt door het uitvoeren van inspecties en controles. De KvW treedt corrigerend op in situaties waarin in strijd met de wet wordt gehandeld, bijvoorbeeld door boetes op te leggen of ondeugdelijke goederen in beslag te nemen.

Literatuur

EN 1177. *Bodemoppervlakken voor speelgelegenheden – specificaties, eisen en beproevingsmethoden*.

3.4.3.1 BRANDVEILIGHEID (KLEDING)

Met medewerking van: C. Meijer (Stichting Consument en Veiligheid).

Woning- en kledingbranden veroorzaken naar schatting gemiddeld 49 doden en 910 gewonden per jaar (tabel 145). Ruim twee derde van alle woningbranden wordt veroorzaakt door onveilig handelen, zoals kaarsen laten branden dichtbij gordijnen, en had dus voorkomen kunnen worden (Stichting Consument en Veiligheid, 2002). Behalve veilig handelen, draagt ook het gebruik van brandveilige producten bij aan een verminderd risico op brand. Brandveiligheid van kleding kan niet losgezien worden van brandveiligheid in het algemeen. Er wordt hier dan ook ingegaan op brandveiligheid in het algemeen, en waar mogelijk op brandveiligheid van kleding.

In de bevolking leven allerlei vragen over brand. Hoe schat je brandveiligheid in? Wat moet je doen als er iets mis gaat? Welke materialen zijn brandwerend? Er is dan ook behoefte aan informatie over brandveiligheid en brandpreventie (tabel 146). De campagne 'Brand, bescherm je huis tegen jezelf', die de Stichting Consument en Veiligheid in 2001 startte, speelt in op deze behoefte (tabel 147). Deze campagne richt zich in de eerste plaats op de gehele Nederlandse bevolking. Daarnaast krijgen specifieke groepen extra aandacht, zoals gezinnen met jonge kinderen. Ook eigenaars en beheerders van openbare gelegenheden vormen, naar aanleiding van de cafébrand in Volendam, een doelgroep (tabel 144). Behalve de campagne 'Brand, bescherm je huis tegen jezelf' wordt via verschillende media – zoals internet, televisie en brochures – voorlichting gegeven aan uiteenlopende doelgroepen, van de textielbranche tot ouders van kleine kinderen (tabel 147).

Behalve de Stichting Consument en Veiligheid zijn er andere organisaties die activiteiten uitvoeren op het gebied van brandveiligheid van kleding (tabel 148). Zo is het ministerie van VWS wet- en regelgever op dit gebied. In de Warenwet is vastgelegd dat de samenstelling van textielartikelen vermeld moet zijn op een ingenaaid etiket. In het Warenwetbesluit speelgoed zijn brandveiligheidseisen gesteld aan vermomingsartikelen. Brandgevoelige nachtkleding moet voorzien worden van waarschuwinglabels. Dit is vastgelegd in het convenant 'Brandveiligheid Nachtkleding' uit 1997. Vanaf 2003 mag kleding die onmiddellijk vlam vat niet meer worden verkocht en zal het convenant komen te vervallen. De Keuringsdienst van Waren voert steekproefsgewijs, over het algemeen bij enkele tientallen monsters, onderzoek uit om na te gaan of kleding aan de wettelijke eisen voor brandveiligheid voldoet. De Keuringsdienst van Waren constateert zo'n 4-10% afwijkingen van de regelgeving bij nacht- en carnavalskleding (tabel 150). Ouders met jonge kinderen en zelfstandig wonende jongeren worden door de campagne 'Brand, bescherm je huis tegen jezelf' in hoge mate bereikt (tabel 149). Een groot percentage van de ouders met jonge kinderen en de zelfstandig wonende jongeren is zich bewust van brandgevaar, heeft een positieve attitude ten opzichte van brandpreventie, neemt verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag, heeft

kennis van maatregelen om brand te voorkomen, heeft intentie tot het nemen van maatregelen en neemt ook daadwerkelijk maatregelen (tabel 151).

Financiering

Een compleet beeld over de financiering ontbreekt.

TABEL 144

Doelgroep en subdoelgroepen van de campagne 'Brand, bescherm je huis tegen jezelf'¹

doelgroep	Nederlandse bevolking
subdoelgroepen	<ul style="list-style-type: none"> - gezinnen met jonge kinderen - jongeren die zelfstandig een huishouden voeren - zelfstandig wonende senioren van 65-plus - eigenaars en beheerders van openbare gelegenheden

¹ Gestart door de Stichting Consument en Veiligheid in 2001 (een onderdeel van de campagne is brandgevaar van textiel).

bron: RIVM

TABEL 145

Gemiddeld aantal doden en gewonden door woning- en kledingbranden (1995-1999)

soort brand	aantal doden	(ernstig) gewonden	bron
woningbrand	gemiddeld 44 per jaar	schatting: gemiddeld 800 per jaar	Brandweerstatiek, CBS
kledingbrand	gemiddeld 5 per jaar	110 (van wie gemiddeld 83 per jaar in het ziekenhuis worden opgenomen)	LIS, Consument en Veiligheid; LMR, Prismant

TABEL 146

Behoeftte aan informatie over brandveiligheid

maat voor behoefte	percentage	bron
voldoende kennis om brandveiligheid thuis in te kunnen schatten	circa 50% van de bevolking	Spaen & Görts, 2001/2002; Jonkers & De Weerd, 2002
informatiebehoefte met betrekking tot brandpreventie thuis	40% van de ouders met jonge kinderen	Jonkers & De Weerd, 2002
	75% van de zelfstandig wonende jongeren	

TABEL 147

Activiteiten op het gebied van brandveiligheid kleding

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>	<i>doelgroep</i>
wetten en regels	<ul style="list-style-type: none"> - Warenwetbesluit speelgoed - ontwerp Warenwetbesluit brandveiligheid kleding en nachtkleding 	<ul style="list-style-type: none"> - textielbranche: importeurs, fabrikanten en/of detailhandel
convenants	<ul style="list-style-type: none"> - 'Brandveiligheid Nachtkleding' (1997) 	
keuringen	<ul style="list-style-type: none"> - nagaan of kleding aan de eisen voor brandveiligheid voldoet 	
voorlichting ¹	<ul style="list-style-type: none"> - massamediale campagnes (zoals de in 2001 gestarte campagne 'Brand, bescherm je huis tegen jezelf' met een onderdeel brandveiligheid van kleding) - internetsite: www.brandgevaar.nl (onderdeel van de campagne 'Brand, bescherm je huis tegen jezelf') - brochure 'Brand! tips en een checklist' (onderdeel van de campagne 'Brand, bescherm je huis tegen jezelf') - Nationale Brandpreventieweek - Actie Kledingbrand (in het kader van deze activiteit is er een speciale leaflet over kledingbrand opgesteld en een item voor het tv-programma 'VARA's Kassa!' gemaakt) - nationale kinderkrant - groepsvoorlichting door de Nederlandse brandwonden stichting 	<ul style="list-style-type: none"> - burgers, ondernemers - brandweer en burgers - burgers, ondernemers en textielbranche - kinderen tot 12 jaar, ouders en leerkrachten - burgers

¹ Van genoemde voorlichtingsactiviteiten is brandveiligheid van kleding een onderdeel; behalve de activiteit 'Actie Kledingbrand', deze richt zich geheel op brandveiligheid van kleding.

bron: RIVM

TABEL 148

Landelijke/regionale organisaties die activiteiten uitvoeren op gebied van brandveiligheid van kleding

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
Stichting Consument en Veiligheid	massamediale voorlichting over brandveiligheid; lobbyen van kernactoren op gebied van brand; uitvoeren van de Nationale Brandpreventieweek
Nederlands Instituut voor Brandweer en Rampenbestrijding (NISB)	opleiding brandweer; deskundigheid; meewerken aan de Nationale Brandpreventieweek
Nederlandse Brandwonden Stichting (NBS)	nazorg; voorlichting; preventie door middel van groepsvoorlichting door consulenten
Ministerie van VWS	uitvaardigen van nieuwe wetgeving; ontwerp Warenwetbesluit brandveiligheid kleding en nachtkleding
Keuringsdienst van Waren	toezicht op en handhaving van wet- en regelgeving op het gebied van brandveiligheid van producten, waaronder brandveiligheidseisen aan kleding; uitvoeren van steekproefsgewijs onderzoek in dit kader
brandwondencentra	nazorg, voorlichting en behandeling van brandwonden (4 brandwondencentra)
kledingbranche	voorlichting en regelgeving aan leden (10)
brandweer	incidenteel voorlichting aan burgers (432 korpsen)
bedrijfsleven en brancheorganisaties	voorlichting over toepassing wetgeving

bron: RIVM

TABEL 149

Het bereik van activiteiten op het gebied van brandveiligheid (kleding)

<i>interventie</i>	<i>bereik</i>	<i>bron</i>
aantal ouders met jonge kinderen dat de campagne 'Brand, bescherm je huis tegen jezelf' kent	85,9%	Spapen & Görts, 2001/2002
aantal zelfstandig wonende jongeren dat de campagne 'Brand, bescherm je huis tegen jezelf' kent	85,1%	idem
aantal brochures dat is aangevraagd	70.000 exemplaren	Stichting Consument en Veiligheid
aantal bezoekers van de website www.brandgevaar.nl (oktober 2001–augustus 2002)	bijna 30.000 bezoekers, met ruim 300.000 pageviews	idem
aantal bezoekers van de website www.brandgevaar.nl in december 2001 en januari 2002, toen de homepage in het teken stond van kledingbrand	9.500 bezoekers, met 93.000 pageviews	idem
verspreiding van de kinderkrant	875.000 kinderen en ouders, 25.000 leerkrachten	idem
aantal bezoekers van kinderweb	840.000 kinderen, 35.100 leerkrachten	idem

TABEL 150

Afwijkingen van de regelgeving op het gebied van brandveiligheid kleding

<i>jaar</i>	<i>percentage afwijkingen van regelgeving</i>	<i>bron</i>
1998	geen onderzoek	n.v.t.
1999	geen onderzoek	n.v.t.
2000	nachtkleding 5% afwijkingen	Reus & Westerhoff, 2000
2001	nachtkleding 10% afwijkingen carnavalskleding 4% afwijkingen	Reus & De Groot, 2001 Reus et al., 2001

TABEL 151

Meting in het kader van de campagne 'Brand, bescherm je huis tegen jezelf!'

Van de gehele, en niet alleen het onderdeel brandveiligheid kleding, campagne, bij de subdoelgroepen ouders met jonge kinderen en zelfstandig wonende jongeren

<i>in %</i>	<i>ouders met jonge kinderen (n=306)</i>	<i>zelfstandig wonende jongeren (n=296)</i>
gemeten factoren		
bewustwording van brandgevaar	93,8	82,0
attitude, staat positief ten opzichte van brandpreventie	97,7	96,0
verantwoordelijkheid voor eigen gedrag	98,3	95,6
kennis van preventieve maatregelen	96,7	92,8
intentie tot nemen van maatregelen	93,3	83,3
gedrag, echt maatregelen nemen	76,1	67,8

bron: Spapen & Görts, 2001/2002

Literatuur

Jonkers R, Weerdt I de. *Kennis, opvattingen en gedrag ter attentie van brandveiligheid*. ResCon, 2002.

Reus HR, Groot A de. *Brandveiligheid nachtkleding. Het convenant 1997 opnieuw bekeken*. Rapportnummer ND TEX 001/ 04. Groningen: Keuringsdienst van Waren, 2001.

Reus HR, Westerhoff JP. *Monitoringsactie textiele nachtkleding*. Rapportnummer ND TEX 001/01, Keuringsdienst van Waren, 2000.

Reus HR, Westerhoff JP, Anakotta RA, Busser A. *Monitoringsactie brandbaarheid carnavalskleding en carnavalsartikelen*. Rapportnummer ND TEX 001/ 02. Groningen: Keuringsdienst van Waren, februari 2001.

Spapen S, Görts C. *Evaluatie campagne brandpreventie*. ResCon, 2001/2002.

Stichting Consument en Veiligheid. Internet: www.consafe.nl, 3 september 2002. 2002.

3.4.3.2 KINDERVEILIGE VERPAKKINGEN

Met medewerking van: F. Dannen (Keuringsdienst van Waren Noord).

Het doel van kinderveilige verpakkingen is het terugdringen van het aantal vergiftigingsongevallen bij jonge kinderen. Jaarlijks komen zo'n 1.900 kinderen van 0–4 jaar op de Spoedeisende Hulp van ziekenhuizen na het innemen van giftige stoffen (zie paragraaf 3.3.6). De bron van de vergiftiging is in twee vijfde van de gevallen geneesmiddelen en in een vijfde van de gevallen huishoud- of doe-het-zelf-producten (tabel 152).

Via gezondheidsbevorderende en gezondheidsbeschermende maatregelen wordt in Nederland gewerkt aan het voorkomen van vergiftigingen bij jonge kinderen (Thomas & Ridder, 2002). Bij gezondheidsbevorderende activiteiten gaat het om campagnes met een massamediale component en lokale implementatie via de ouder- en kindzorg (OKZ). Deze activiteiten blijven hier buiten beschouwing (voor meer informatie zie paragraaf 3.3.6 of het Nationaal Kompas). Hier gaat het om gezondheidsbeschermende maatregelen, vastgelegd in wetten en regels, die tot doel hebben de veiligheid van gevaarlijke producten te waarborgen. De wetgeving is bedoeld voor de producenten van producten. In het Besluit veilige verpakking huishoudchemicaliën is opgenomen wat huishoudchemicaliën zijn en waaraan de verpakking moet voldoen. Onder meer is opgenomen dat producenten huishoudchemicaliën zo moeten

TABEL 152**Indicatie van de bron van vergiftigingen¹**

in %

vergiftigingsbron

geneesmiddelen	39
huishoud- en doe-het-zelfproducten	21
planten, paddestoelen en dieren	9
cosmetica	7
voedsel, drank en genotmiddelen	5
bestrijdingsmiddelen	5
overig	9

¹ Op basis van informatieaanvragen bij het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum bij (n=10.475; jaar: 1997).

bron: Vriend et al., 2000

TABEL 153**Wetgeving en normstelling op het gebied van kinderveilige verpakkingen**

<i>maatregel</i>	<i>inhoud</i>
Warenwetbesluit veilige verpakking huishoudchemicaliën	bevat voorschriften voor de verpakking van huishoudchemicaliën, waaronder kinderveilige sluitingen en gevaarsaanduidingen op de verpakking
Besluit kinderveilige verpakking geneesmiddelen	bevat voorschriften over kinderveilige sluitingen bij farmaceutische producten in een kleinverpakking die zijn bestemd voor particuliere verbruikers
NEN 1740	Europese norm: eisen en beproevingsmethoden over het openen en sluiten van kinderveilige verpakkingen, waaronder de kindertoets, die de verpakking moet doorstaan
NEN-ISO 8317	Europese norm: eisen en beproevingsmethoden voor hersluitbare verpakkingen
NEN-EN 862	Europese norm: eisen en beproevingsmethoden voor de verpakkingen van niet-farmaceutische producten die niet hersluitbaar zijn

bron: RIVM

verpakken dat ze door kinderen moeilijk kunnen worden geopend (tabel 153). Voor het toezicht op en de handhaving van de regelgeving is de Keuringsdienst van Waren verantwoordelijk (tabel 154). In het Besluit kinderveilige verpakkingen geneesmiddelen zijn bepalingen opgenomen over de verpakking van geneesmiddelen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de taak toe te zien op de naleving ervan. De Keuringsdienst van Waren voert regelmatig controles uit op huishoudproducten die gevaar voor vergiftiging opleveren (tabel 155) en bezoekt in dat kader producenten en handelaren. Ook controleert de Keuringsdienst van Waren of producten die verboden zijn toch op de markt verschijnen. Inspecteurs bemonsteren alleen verpakkingen waarvan ze vermoeden dat de kinderveilige sluiting niet in orde is. Het is onduidelijk of de naleving van het Besluit kinderveilige verpakkingen geneesmiddelen wordt gecontroleerd.

Er zijn steeds minder huishoudproducten die een kinderveilige verpakking moeten hebben, omdat steeds minder producten hoge concentraties giftige stof (> 3% methanol) bevatten. Bovendien zijn er weinig overtredingen van het Besluit veilige verpakking huishoudchemicaliën. Slechts bij een klein aantal producten vermoeden inspecteurs dat de kinderveilige sluiting niet in orde is (tabel 155). Producenten van huishoudchemicaliën passen de chemische en/of fysische samenstelling van hun product vaak aan na een proces verbaal van de Keuringsdienst van Waren om vervolgens wel binnen de wettelijke normen te vallen. Ook zijn er producenten die hun producten kinderveilig verpakken terwijl hiervoor geen wettelijke verplichting bestaat. Een mogelijke reden hiervoor is de in 1990 ingevoerde productaansprakelijkheid waardoor producenten door consumenten aansprakelijk gesteld kunnen worden voor schade die direct wordt veroorzaakt door het product. Het is waarschijnlijk dat kinderveilige verpakkingen bijdragen aan de vermindering van het aantal vergiftigingsongevallen met kinderen (Ridder & Van Vugt, 2002). In de periode 1984–1989 is het aantal

ziekenhuisbehandelingen door vergiftiging met huishoudelijke producten en geneesmiddelen gedaald (Thien & Hofstee, 1991). Het oorspronkelijke Besluit kinderveilige verpakking huishoudchemicaliën is begin 1986 ingevoerd, het Besluit kinderveilige verpakkingen geneesmiddelen in 1989. Bovendien worden relatief minder ongevallen geregistreerd met producten met een kinderveilige verpakking, vergeleken met producten die bij aankoop geen kinderveilige verpakking hebben (figuur 30). Het gaat daarbij echter wel om producten die op het moment van het ongeval nog in de originele verpakking zaten. Vaak worden producten overgedaan in een andere verpakking of staan ze geopend, omdat het product op het moment van het vergiftigingsongeval wordt gebruikt (Vriend et al., 2000). Om vergiftigingen te voorkomen is het belangrijk ouders en verzorgers voor te lichten, zodat zij schoonmaakmiddelen bijvoorbeeld tijdens het schoonmaken buiten het bereik van kinderen houden en middelen niet uit de originele verpakking halen (zie 3.3.6).

Gebruik en productie

Zie tabel 155 voor aantal in laboratorium onderzochte producten.

Financiering

Geen specifieke gegevens. Algemene gegevens over de financiering van de Keuringsdienst van Waren zijn te vinden in het Nationaal Kompas Volksgezondheid (Internet: www.rivm.nl/nationaalkompas).

Literatuur

Ridder M, Vugt M van. *Vergiftigingsongevallen bij jonge kinderen: helpen preventieve maatregelen?* In: Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002: 189–192.

TABEL 154

De organisaties die een rol spelen bij kinderveilige verpakkingen en hun taak

<i>organisatie</i>	<i>taak</i>
Ministerie van VWS	wet- en regelgevende taak
Keuringsdienst van Waren	toezicht op de uitvoering van de regelgeving rond de verpakking van huishoudchemicaliën
Inspectie voor de Gezondheidszorg	toezicht op de uitvoering van de regelgeving rond de verpakking van geneesmiddelen
TNO	bepalen of sluiting voldoet aan de technische norm (kinder- en volwassenentoets) en afgeven van certificaat

TABEL 155

Onderzochte huishoudchemicaliën en afgekeurde producten

Aantal onderzochte huishoudchemicaliën waarvan het vermoeden bestond dat ze niet aan de regelgeving voldeden, het aantal afgekeurde producten.

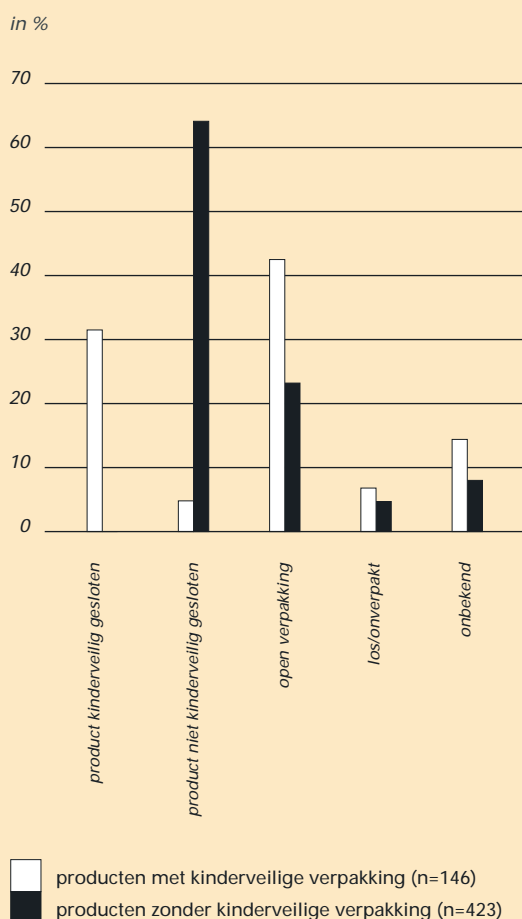
jaar	onderzocht	proces-verbaal
1998	17	13
1999	11	7
2000	8	8
2001	43	26

bron: Keuringsdienst van Waren Noord

FIGUUR 30

Verpakking en sluiting van het kinderveilige product op het moment van de vergiftigingsongevallen

Bij kinderen van 0-5 jaar die in (een periode in) 1999 zijn gemeld bij het Nationaal Vergiftigings Informatie Centrum.



bron: Vriend et al., 2000

Thien WMAH, Hofstee AWM. *Vergif in huis. Inventarisatie van accidentele vergiftigingen bij jonge kinderen door huishoudelijke producten en geneesmiddelen*. Stichting Consument en Veiligheid in samenwerking met Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 1991.

Thomas R, Ridder M. *Wat is het aanbod?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Preventie/Van ziekten en aandoeningen/Vergiftigingen, 28 mei 2002.

Vriend I, Hertog PC den, Vriesman MF, Vries I de, Zoelen GA van, Mulder S, Meulenbelt J. *Accidentele vergiftigingen bij kinderen en de effecten van kinderveilige verpakkingen*. Amsterdam/Bilthoven: Stichting Consument en Veiligheid/RIVM, 2000.

3.5 DOELGROEPGERICHTE BENADERING

Preventieactiviteiten zijn vaak gericht op groepen mensen die extra bescherming nodig hebben of op groepen mensen die bijvoorbeeld door hun leefstijl meer risico lopen ziek te worden. Bevolkingsgroepen met een naar verhouding ongezond gedrag of een hoge kwetsbaarheid zijn jongeren, ouderen, allochtonen en personen met een lagere sociaal-economische status (SES). Van deze specifieke doelgroepen vertonen de personen uit de lagere SES-groepen het vaakst ongezond gedrag (Jansen et al., 2002). Preventieactiviteiten die zijn gericht op personen met een lage SES vinden onder meer plaats in wijken (paragraaf 3.6.2). Individueel maatwerk ('preventie op maat') wordt ook steeds meer toegepast, omdat het via deze aanpak mogelijk is de moeilijk bereikbare lage SES-groep te bereiken voor preventie.

Literatuur

Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270555004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

3.5.1 JEUGD

Met medewerking van: J. Bruil (TNO-PG).

Jongeren zijn een belangrijke doelgroep om gezondheidsproblemen op oudere leeftijd te voorkomen. Op dit moment is een aantal ongunstige ontwikkelingen bij jongeren gaande in de factoren die een risico vormen voor de gezondheid. Zo is het vóórkomen van risicogedrag, zoals roken, overmatig alcoholgebruik en onveilig rijden bij jongeren onverminderd hoog (Jansen et al., 2002). Daarnaast neemt het aantal kinderen en jeugdigen met overgewicht toe (figuur 31). Aangezien overgewicht het risico op hart-

en vaatziekten, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, diabetes mellitus type 2 en psychosociale problemen verhoogt, vormt dit een belangrijk probleem. Aangenomen wordt dat het aantal jongeren met overgewicht vooral toeneemt door een te energierijke voeding (paragraaf 3.3.3.1) en lichamelijke inactiviteit (paragraaf 3.3.2). Energierijke voeding is gemakkelijk en overal beschikbaar. Ook het gebruik van zoete frisdranken en vruchtensappen lijkt toe te nemen. Daarnaast is er een toename van inactiviteit, onder meer doordat speelgelegenheden verdwijnen, kinderen meer achter de computer of televisie zitten en het gebruik van de auto toeneemt. Voor jongeren worden vanaf jonge leeftijd preventieactiviteiten aangeboden op het gebied van bevorderen van gezond gedrag (paragraaf 3.3). Daarbij gaat het bijvoorbeeld om campagnes met een massamediale component en een lokale implementatie (bijvoorbeeld op scholen). Daarnaast wordt wet- en regelgeving ingezet om de gezondheid van jongeren te beschermen. Zo heeft de wetgeving over kinderveilige verpakkingen het doel jonge kinderen te beschermen tegen vergiftigingen (paragraaf 3.4.3.2). Ook worden diverse activiteiten aangeboden die gericht zijn op de preventie van ziekten (paragraaf 3.2), zoals vaccinatie (paragraaf 3.2.1.1) en de hielprik (paragraaf 3.5.1.2). Bij zeer jonge kinderen wordt vaak via de ouders geprobeerd de gezondheid van kinderen te beschermen en te bevorderen (paragraaf 3.3.3.2; paragraaf 3.3.6).

Een deel van de preventieactiviteiten voor jongeren wordt aangeboden in de jeugdgezondheidszorg (JGZ). De JGZ bestaat uit een integraal pakket van verschillende preventiemethoden voor jongeren van 0–19 jaar. Dit onderwerp wordt hieronder uitgewerkt.

Literatuur

Cole TJ, Roede MJ. *Centiles of body mass index for Dutch Children aged 0–20 years in 1980 – a baseline to assess recent trends in obesity*. Ann Hum Biol 1999; 26: 303–308.

Fredriks AM, Buuren S van, Burgmeijer JR, Meulmeester JF, Beuker RJ, Brugman E, Roede MJ, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. *Continuing positive secular growth change in The Netherlands 1955–1997*. Pediatr Res 2000a; 47(3): 316–323.

Fredriks AM, Buuren S van, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. *Body mass index measurements in 1996–1997 compared with 1980*. Arch Dis Childhood 2000b; 82: 107–112.

Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen*. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270555004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

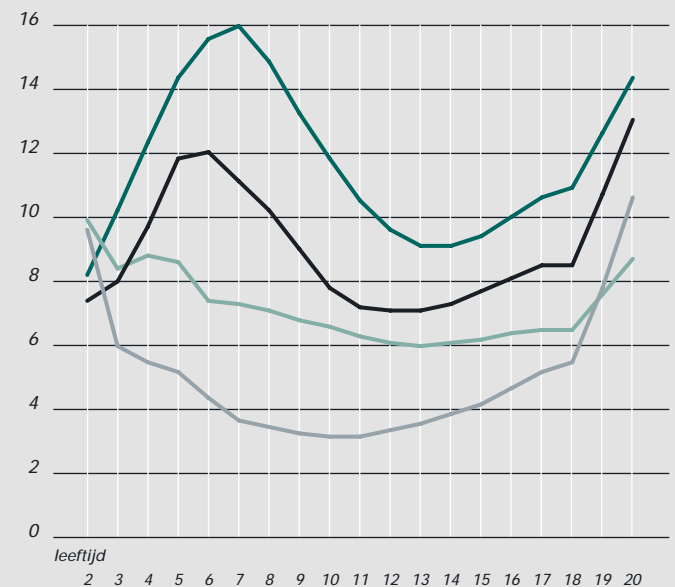
FIGUUR 31

Jongeren met overgewicht en obesitas (1980 en 1997)

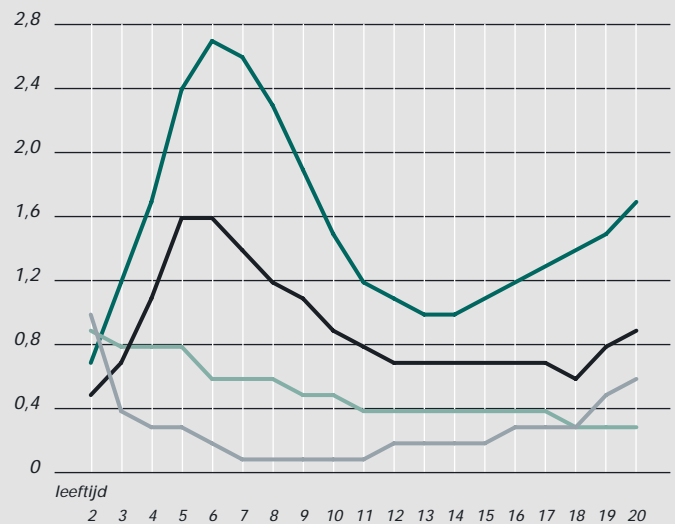
Volgens internationale definitie¹, naar leeftijd en geslacht.

in %

overgewicht



obesitas



— jongens 1980
 — jongens 1997
 — meisjes 1980
 — meisjes 1997

¹ Overgewicht en obesitas worden bepaald op basis van de berekening van de BMI. BMI wordt berekend door gewicht te delen door het kwadraat van de lengte. Bij volwassenen wordt een grens van BMI (25 kg/m² gehanteerd voor overgewicht en 30 kg/m² voor obesitas. Wanneer deze grenswaarden worden aangepast naar de kinderleeftijd, ontstaan per leeftijd andere grenswaarden.

3.5.1.1 JEUGDGEZONDHEIDSZORG 0-19 JAAR

Samengesteld door: F.J.M. van Leerdam (TNO-PG).

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen van 0-19 jaar. De doelgroep bestaat uit ongeveer 4 miljoen kinderen en jeugdigen van 0-19 jaar (tabel 156). De JGZ heeft tot doel de lichamelijke, cognitieve, sociale en geestelijke gezondheid en ontwikkeling van alle jeugdigen te bevorderen, te beschermen en te beveiligen (HiraSing, 2001). Om dat doel te bereiken, wordt een geïntegreerde aanpak gebruikt: verschillende vormen van preventie (individueel en groepsgericht) en verschillende onderdelen van het totale preventieprogramma worden tegelijkertijd in combinatie aangeboden aan kinderen en hun ouders (tabel 157). Hieronder bespreken we eerst de JGZ in het algemeen. Daarna wordt ingegaan op twee activiteiten die binnen de JGZ worden uitgevoerd; de screening op PKU, CHT en AGS (de zogenaamde hiehprik) en

de preventie van psychosociale aandoeningen. De leeftijd van het kind bepaalt voor welke (combinaties van) activiteiten een kind binnen de JGZ in aanmerking komt. In de eerste levensweek wordt de screening op PKU, CHT en AGS (de hiehprik) vaak gecombineerd met het eerste huisbezoek van de verpleegkundige ouder- en kindzorg (OKZ), zodat deze zo nodig de eerste adviezen kan geven en een afspraak kan maken voor het eerste bezoek aan het consultatiebureau. Veel van de activiteiten voor 0-4-jarigen vinden plaats op het consultatiebureau (tabel 158). De activiteiten voor 4-19-jarigen vinden vaak plaats op scholen, wijkgebouwen of bij GGD'en en worden gecoördineerd door de GGD. Daar worden programma's aangeboden op groepsniveau (zoals programma's gericht op pesten, alcoholgebruik en seksualiteit) en op individueel niveau in de vorm van periodiek geneeskundige onderzoeken (PGO). Met de geïntegreerde aanpak die in de JGZ wordt toegepast worden al jaren lang bijna alle jeugdigen bereikt (tabel 159).

TABEL 156

De grootte van de doelgroep: 0-19-jarigen

x 1.000	1998	1999	2000	2001
kinderen en jongeren, 0-19-jarigen	3.809	3.840	3.873	3.908

bron: CBS, 2002a

TABEL 157

Aanbod aan preventieactiviteiten in JGZ naar productgroep

productgroep	activiteiten
monitoring en signalering	systematisch volgen van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van een kind en/of groepen kinderen, zoals de groei op individueel niveau en het gedrag op groeps- of populatieniveau
inschatten zorgbehoefte	inschatten in welke mate de ouders/verzorgers en het kind kunnen worden belast, of de ouders/verzorgers de opvoeding en verzorging van het kind aankunnen en in welke mate zij behoefte hebben aan voorlichting
screeningen en vaccinaties	diverse screeningen waaronder hiehprik, screening op congenitale heupdysplasie, gehoor- en visusscreeningen, spraak- en taalstoornissen, psychosociale problemen; vaccinaties in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma (paragraaf 3.2.1)
voorlichting, advies, instructie en begeleiding	aan ouders/verzorgers: zowel in groepen als individueel, bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning, voorlichting over wiegendood; aan jongeren: zowel in groepen als individueel, bijvoorbeeld voorlichting over roken en veilig vrijen (paragraaf 3.2)
beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen	op individueel en groepsniveau onderzoeken van omgevingsfactoren die de gezondheid kunnen bedreigen, zoals slechte huisvesting, verwaarlozing van het kind
zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking	op individueel niveau: coördinatie van de zorg; op populatie niveau: beleidsontwikkeling en afstemming om geïntegreerde zorg te bereiken

bron: VWS, 2002

De financiering van de JGZ vindt op het moment nog plaats via diverse kanalen. De 0–4-jarigenzorg wordt betaald via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de 4–19-jarigenzorg wordt voor het grootste deel gefinancierd via het gemeentefonds (uitzondering hierop is het Rijksvaccinatieprogramma). Per 1 januari 2003 wordt de volledige JGZ onder de regie van de gemeenten gebracht en gefinancierd via het gemeentefonds en (tijdelijke) specifieke regelingen. Een klein deel blijft onder de financiering van de AWBZ.

Zeer recent onderzoek schat de kosten in 2001 voor de 0–4-jarigenzorg op € 154 mln en de kosten voor de 4–19-jarigenzorg op € 73 mln (Van Naem, 2002).

Deze bedragen zijn nog exclusief de kosten voor het Rijksvaccinatieprogramma (€ 42 mln). Ook de kosten voor de Tijdelijke regeling vroegsignalering ontbreken (€ 16 mln). Dit is een regeling van het ministerie van VWS om bij te dragen in de kosten van consultatiebureaus om bereik te vergroten en signalering, begeleiding en verwijzing van kinderen met een (taal) achterstand te bevorderen. De kosten voor de JGZ in 2001 bedragen totaal naar schatting € 285 mln (tabel 160).

TABEL 158

Organisaties die preventieve JGZ aanbieden, aantal mensen dat zich met deze zorg bezighoudt

<i>aanbieder</i>	<i>aantal organisaties</i>	<i>aantal werkplekken</i>	<i>aantal professionals</i>	<i>taken</i>
thuiszorgorganisaties	67 ¹	circa 1.600	circa 4.000	0–4-jarigenzorg
- consultatiebureaus	1465 ²			
GGD	43 ³	circa 250	circa 2.300	4–19-jarigenzorg

¹ Volgens website van LCOKZ.

² In 2000.

³ Per 1 januari 2001.

bron: TNO-PG

TABEL 159

Bereik van preventieactiviteiten in de JGZ

<i>activiteiten</i>	<i>bereik (in %)</i>	<i>bron</i>
activiteiten in het kader van de JGZ	83–98 (gemiddeld 95)	Burgmeijer et al., 1997
bezoek consultatiebureau ¹	88–91	CBS, 2002b
bezoek GGD, afdeling JGZ	-- ²	--

¹ Het percentage kinderen van 0–4 jaar dat bij een consultatiebureau is geweest in de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek.

² Geen gegevens beschikbaar.

TABEL 160

Indicatie van de kosten van de JGZ (2001)

<i>totale kosten in €</i>	<i>aantal kinderen</i>	<i>per kind 0–19 jaar</i>	<i>per kind per jaar¹</i>	<i>per bewezen effectief programma²</i>
285 x 10 ⁶	4 x 10 ⁶	1.425	71	65

¹ De kosten zijn hoger voor jonge kinderen dan voor oudere kinderen omdat op jonge leeftijd meer programma's worden aangeboden.

² Hier wordt uitgegaan van 22 effectief bewezen programma's (zie tabel 161).

bron: TNO-PG

TABEL 161

Preventieactiviteiten in de JGZ waarvan de effectiviteit is bewezen

<i>activiteit</i>	<i>uitkomstmaat</i>	<i>geschatte omvang van effect</i>	<i>bron</i>
vroege onderkenning van aangeboren hartafwijkingen	sterfte of ernstige morbiditeit door afname haemodynamische complicaties	circa 2000 kinderen per jaar; reductie van 'te late' verwijzing van 58% naar 17%	Juttmann, 1999
vroege onderkenning van niet scrotale testes	onnodige chirurgie	reductie van 4–6% naar circa 1% chirurgische bevestigingen van testis in het scrotum	Van Leerdam et al., 1991
screening fenylketonurie	verstandelijke handicap	11 per jaar	Verkerk, 1995; Verkerk et al., 1993
screening congenitale hypothyreoïdie	verstandelijke handicap	65 per jaar	
screening adrenogenitaal syndroom	shock, hersenschade, sterfte	17 per jaar (1 per 12.000)	
screening congenitale heupdysplasie	(ernstige) loopstoornis, operatieve behandeling	5.500 vroegbehandelingen ter voorkoming van 1.100 gevallen per jaar	Boere-Boonekamp, 1996
screening perceptieve gehoorstoornissen	te laat ontdekte perceptieve stoornissen waardoor slechtere prognose revalidatie	1 per 1.000 per jaar	Van Leerdam, 1998.
vroege onderkenning van en voorlichting over gebitsproblemen	cariës melkgebit cariës blijvend gebit	reductie prevalentie van 90% naar 40% (100.000 kinderen tot 6 jaar cariësvrij) reductie prevalentie van 95% naar 50% (90.000 kinderen tot 12 jaar cariësvrij)	Kalsbeek, 1999
voorlichting over zindelijkheid	onvoldoende kennis ouders normale (fase)ontwikkeling zindelijkheid en behandelmethoden	reductie enuresis nocturna, enuresis diurna en encopresis.	HiraSing et al., 2002
voedingsvoorlichting zuigelingen	pathologie ten gevolge van foutieve voeding van baby's	drastisch verminderd	
advisering over vitamine K-deficiëntie	ernstige (hersens)bloeding zuigeling	11 gevallen per jaar (reductie van 7 naar 1,1 per 100.000)	Cornelissen et al., 1996
advisering over vitamine D-deficiëntie	rachitis (Engelse ziekte)	mogelijk laatste jaren minder effect dan voorheen, mogelijk meer subklinische gevallen die ontdekt worden	
advisering over slaaphouding	wiegendood	144 gevallen per jaar (reductie van 1,2 naar 0,3 per 1.000)	Burgmeijer & De Jonge, 1995
Rijksvaccinatieprogramma	difterie, kinkhoest, tetanus, polio, haemophilus influenza B, bof, mazelen, rodehond, (hepatitis B en tuberculose bij risicogroepen)	reductie van veelvoorkomend tot sporadisch of niet	zie paragraaf 3.2.1

In de JGZ worden bewezen effectieve programma's voor de preventie van een aantal aandoeningen uitgevoerd (tabel 161). Behalve deze programma's worden in een 'multicomponenten aanpak' aan het kind en de ouders of verzorgers ruim 200 activiteiten aangeboden waarop ouders prijs stellen, zoals onderzoek naar de gehoorsfunctie, rug- en oogafwijkingen, kleurenzien en zindelijkheidsbegeleiding (VWS, 2002). Uitbreiding van het programma moet worden overwogen zodra van nieuwe onderdelen bekend is dat ze effectief en doelmatig zijn. Op het moment wordt uitbreiding met pneumococcenvaccinatie, neonatale gehoorscreening en screening op cystic fibrose (taaislijmziekte) overwogen. Daarnaast is de ontwikkeling van nieuwe methodieken belangrijk. Zo is binnen de JGZ is ook aandacht voor het signaleren van overgewicht. Voor de preventie van overgewicht is echter nog geen effectief preventieprogramma voorhanden. Gezien de toename van deze risicofactor lijkt de ontwikkeling van een nieuwe methodiek belangrijk. In de JGZ wordt op velerlei manieren aan kwaliteit gewerkt, variërend van bij- en nascholing, protocollen en standaarden, intercollegiale toetsing, kwaliteitsplannen van instellingen tot ISO- of andere certificeringen. Hier beperken wij ons tot de JGZ-standaarden, waarvoor in 1997 een traject is opgestart met een subsidie van VWS voor het ontwikkelen van een methodiek en pilotstandaard (tabel 162). In een periode van 7 à 8 jaar worden een 20-tal standaarden ontwikkeld, om de achterstand van de JGZ in het gebruik van wetenschappelijk onderbouwde standaarden in te lopen.

3.5.1.2 JEUGDGEZONDHEIDSZORG: HIELPRIK

Samengesteld door: P.H. Verkerk (TNO-PG).

Jaarlijks worden ongeveer 200.000 kinderen geboren (tabel 163). Vlak na de geboorte wordt de screening op AGS, CHT en PKU aangeboden in de vorm van een hielprik. De aanbevolen leeftijd hiervoor is 4-7 dagen na de geboorte, waarbij de geboortedag geldt als dag 0.

AGS is een erfelijke aandoening die veroorzaakt wordt door een defect in de aanmaak van (steroid)-hormonen in de bijnier. Pasgeborenen met AGS kunnen in de 2^e-3^e levensweek in een levensbedreigende shock raken. Door de overproductie van mannelijk hormoon kunnen meisjes met AGS voor de geboorte een vermannelijking van hun genitaal krijgen en worden zij soms ten onrechte voor een jongetje aangezien. Indien AGS tijdig wordt onderkend, is de ziekte goed behandelbaar en kan hersenschade of overlijden worden voorkomen. CHT is een aangeboren aandoening waarbij de werking van de schildklier is verminderd. De oorzaak kan liggen in de schildklier zelf (primaire CHT) of buiten de schildklier (secundaire/tertiaire CHT). PKU is een erfelijke stofwisselingsziekte, waarbij een bepaald aminozuur niet omgezet kan worden in een ander aminozuur. Als CHT en PKU niet in de eerste levensweken worden behandeld, dan ontstaat er een blijvende achterstand in de mentale en motorische ontwikkeling. Patiënten met AGS en CHT worden behandeld met medicijnen. Patiënten met PKU krijgen een dieet.

TABEL 162

Standaarden voor de behandeling van jeugdigen in de JGZ en de datum van invoering

<i>standaard</i>	<i>datum van invoering</i>
JGZ-standaard vroegtijdige opsporing gehoorstoornissen 0-19 jaar	november 1998
JGZ-standaard opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar	juni 2002
JGZ-standaard scoliose (verkrumming wervelkolom)	november 2002
JGZ-standaard hartafwijkingen	eind 2003
JGZ-standaard casu quo consensus Kindermishandeling	eind 2005

bron: TNO-PG

TABEL 163

Grootte van de doelgroep, het aantal pasgeborenen

<i>x 1.000</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
aantal levendgeborenen	199	200	207	201 ¹

¹ Dit cijfer is voorlopig.

bron: CBS, 2002b

De hielprik wordt uitgevoerd door de verpleegkundige ouder- en kindzorg (OKZ-verpleegkundige; voorheen aangeduid met wijkverpleegkundige), verloskundige, huisarts of door een medewerker van het kraamcentrum of ziekenhuis (tabel 164). Er worden vier cirkels op filterpapier geheel met bloed gevuld. Vijf screeningslaboratoria verrichten de bepalingen. Het bereik van de hielprik is zeer hoog (tabel 165). Van alle 208.000 pasgeboren kinderen in 2000 kregen slechts 134 kinderen geen hielprik omdat de ouders weigerden. Van 453 pasgeborenen uit 2000 is niet bekend of de hielprik werd verricht (Lanting & Verkerk, 2001a, b), doordat een deel van deze ouders niet (meer) woonachtig is op het adres dat zij bij de geboorteaangifte hebben gemeld bij de gemeente. Financiering van de hielprik screening loopt via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Over 2001 bedroegen de laboratoriumkosten € 2,7 mln. Voornaamste overige kosten zijn de bureaustkosten van de provinciale entadministraties en de kosten voor het afnemen van de hielprik. Recente cijfers over deze posten zijn echter niet voorhanden. Van de 200.000 kinderen die jaarlijks worden gescreend wordt gemiddeld bij ongeveer 17 patiënten AGS, bij 11 patiënten PKU en bij 65 patiënten CHT geconstateerd (tabel 166 geeft de cijfers weer van

2000). Bij de screening op CHT wordt 1% van alle patiënten met primaire CHT gemist en 26% van alle patiënten met secundaire/tertiaire CHT (Verkerk, 1993). De laatste jaren is dit percentage waarschijnlijk lager. Bij de PKU-screening wordt 2% van alle patiënten gemist. Zover bekend worden bij de AGS-screening geen patiënten gemist (Verkerk, 1993 en 1995). De kosten van de hielprik screening zijn waarschijnlijk lager dan de financiële baten. Financiële baten zijn met name de voorkoming van langdurige opname in een verpleeginrichting. Voorts is het belang voor de individuele kinderen (en hun ouders) groot.

Dankzij de kwaliteitsbewaking (tabel 167) is de laatste jaren een grote winst geboekt in de leeftijd bij behandeling van CHT-patiënten. Voor 1994 was de gemiddelde leeftijd bij behandeling van CHT-patiënten 20 dagen, in de periode 1995 tot 2000 is dit afgenomen naar gemiddeld 10 dagen (Lanting & Verkerk, 2001a). Technische verbeteringen en nieuwe inzichten leiden tot nieuwe bepalingstechnieken en wijzigingen in de verwijscriteria. Dit heeft er bijvoorbeeld toe geleid dat het aantal kinderen dat naar de kinderarts wordt verwezen, maar de ziekte niet blijkt te hebben, is afgenomen van 1.700 in 1981 tot 275 in 2000.

TABEL 164

Taken van instanties en personen die direct/indirect betrokken zijn bij AGS-, CHT- en PKU-screening

<i>organisatie/persoon</i>	<i>taak</i>
verloskundigen/huisartsen	uitvoering van de hielprik (alleen in Gelderland en Zuid-Holland)
verpleegkundige OKZ in dienst van een thuiszorgorganisatie (consultatiebureau)	uitvoering van de hielprik
neonatale screeningslaboratoria	uitvoering van de bepalingen (5 screeningslaboratoria)
entadministraties (PEA)	coördinatie van de screening: distributie voorlichtingsfolders en hielpriksetjes, registratie uitslagen, bewaking screeningsproces (10 entadministraties; LVE, 2002)
RIVM	verzorging hielpriksetjes voor de screening, uitvoering van de bepalingen, kwaliteitsbewaking van het laboratoriumonderzoek en coördinatie van screeningslaboratoria
Landelijke Vereniging van Entadministraties (LVE)	organisatie van het screeningsprogramma in samenwerking met het RIVM
landelijke adviescommissie AGS en CHT	opstellen van richtlijnen voor diagnostiek en behandeling (2 commissies)
TNO-PG	halfjaarlijkse evaluatie hielprik en jaarlijkse rapportage aan alle instanties betrokken bij de screening
landelijke begeleidingscommissie AGS/CHT en PKU	toezien op en adviseren over de uitvoering van de screening; alle instanties en personen betrokken bij de screening hebben hierin zitting (2 commissies)

bron: RIVM

3.5.1.3 JEUGDGEZONDHEIDSZORG: PREVENTIE VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

Samengesteld door: S.A. Reijneveld (TNO-PG).

Psychosociale problemen komen veel voor bij kinderen en belemmeren hun functioneren als kind en in hun volwassen leven (zie ook: brancherapport GGZ-MZ). Vroegtijdige opsporing en behandeling verbetert

de prognose van deze problemen (Brugman et al., 2001a, b). De Nederlandse jeugdgezondheidszorg heeft contact met vrijwel alle kinderen en kan dan ook een belangrijke bijdrage leveren aan de vroegtijdige opsporing van psychosociale problemen. De opsporing vindt plaats bij kinderen van 5–15 jaar (tabel 168). Afdelingen jeugdgezondheidszorg van GGD-en nodigen kinderen op de leeftijd van 5, 7, ongeveer

TABEL 165

Bereik van de hielprik

in %	1998	1999	2000	2001
deelname (exclusief overleden kinderen)	99,82	99,80	99,72	99,77

bron: Lanting & Verkerk, 2001a, b

TABEL 166

Doeltreffendheid; opgespoorde patiënten, gemiste patiënten en voorspellende waarde (2000)

	AGS ¹	CHT	PKU
opgespoorde patiënten	7	72	13
waarvan: - primaire		59	
- secundaire/tertiaire CHT		13	
gemiste patiënten ²	0	0	0
voorspellende waarde ³ (in %)	9	21	59

¹ De screening op AGS werd landelijk ingevoerd op 1 juli 2000.

² Zover nu bekend, pas na enige jaren bestaat hierover meer duidelijkheid

³ Geeft aan welk deel van de kinderen die verwezen worden naar de kinderarts ook daadwerkelijk de aandoening heeft.

bron: Lanting & Verkerk, 2001a, b; Stikkelbroeck et al., 2002

TABEL 167

Kwaliteitsmaatregelen

maatregelen	beschrijving
screening	<ul style="list-style-type: none"> - entadministraties bewaken op kindniveau het screeningsproces van hielprik tot aan de eventuele verwijzing naar een kinderarts - TNO-PG evalueert jaarlijks de screening; deelname, snelheid waarmee kinderen het screeningsproces doorlopen, de techniek van uitvoering van de screening, uitslagen: opgespoorde patiënten, gemiste patiënten
laboratoriumbepalingen	RIVM voert de kwaliteitsbewaking uit en verzorgt de bereiding van referentie- en kwaliteitscontrole materiaal en stelt deze ter beschikking aan de screeningslaboratoria
organisatie	alle taken en verantwoordelijkheden staan beschreven in het draaiboek 'Neonatale screening op AGS, CHT en PKU' (IGZ, 2001)

bron: TNO-PG

12 en ongeveer 15 jaar uit voor een periodiek geneeskundig onderzoek (PGO). De precieze leeftijd waarop kinderen worden uitgenodigd wisselt per GGD en is gebaseerd op de groep of klas waarin een kind zit. In de toekomst zal dit worden gestandaardiseerd op basis van het wettelijk vastgestelde basistakenpakket jeugdgezondheidszorg (VWS, 2002). Tijdens het PGO doet een jeugdarts of jeugdverpleegkundige een anamnesegeprek, een algemeen lichamelijk onderzoek en soms screenings. Op basis daarvan wordt advies gegeven aan het kind en de ouder. Tijdens het PGO wordt ook een vragenlijst afgenomen om kinderen met psychosociale problemen te identificeren. Bij ongeveer een kwart van alle kinderen worden op deze manier psychosociale problemen opgespoord (tabel 169). De aard van de problemen verschilt per leeftijdscategorie (tabel 170). Veel van de opgespoorde problemen zijn licht en worden door de jeugdgezondheidszorg zelf met de jeugdigen en/of ouders besproken of verder begeleid (tabel 171). Hiermee wordt (verdere) overbelasting van de jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) voorkomen. Om te bepalen of de JGZ problemen identificeert bij de kinderen die daadwerkelijk problemen hebben, is een eenmalig onderzoek gedaan. Aan ouders is gevraagd een vragenlijst voor hun kind in te vullen, de 'child behavior checklist' (CBCL). Met deze vragenlijst kan goed worden vastgesteld of een kind

emotionele of gedragsproblemen heeft. Ongeveer 10% van de Nederlandse kinderen heeft een verhoogde score op deze vragenlijst; het grootste deel daarvan is niet onder behandeling bij de jeugdzorg of de gezondheidszorg voor psychosociale problemen. De helft tot twee derde van deze niet-behandelde kinderen wordt door de JGZ opgespoord en daarna wordt in bijna alle gevallen ook actie ondernomen (tabel 172). Binnen de JGZ worden bij kinderen vaker een probleem geconstateerd en worden kinderen vaker doorverwezen naar een andere hulpverlener wanneer de ouders een probleem rapporteren op de CBCL-vragenlijst (tabel 173; Brugman et al., 2001a, b).

Financiering

Geen specifieke gegevens beschikbaar.

Literatuur

Boere-Boonekamp MM. *Screening for Developmental Dysplasia of the Hip* (Proefschrift). Enschede: Universiteit Twente, 1996.

Brugman E, Reijneveld SA, Den Hollander-Gijsman ME, Burgmeijer RJF, Radder JJ. *Peilingen in de jeugdgezondheidszorg PGO-Peiling 1997/1998: melkvoeding en huilgedrag van zuigelingen, psychosociale gezondheid van 1-15 jarigen*. Leiden: TNO-PG, 1999 (TNO-PG/JGD/99.35).

TABEL 168

Aantal kinderen dat in aanmerking komt voor screening op psychosociale problemen

leeftijd	1998	1999	2000	2001
5-6 jaar	399.777	396.581	396.562	393.312
7-12 jaar	1.154.735	1.174.642	1.186.373	1.195.525
13-15 jaar	538.453	546.754	562.761	575.738
totaal	2.092.965	2.117.977	2.145.696	2.164.575

bron: CBS, 2000c

TABEL 169

Kinderen waarbij jeugdarts- of verpleegkundige psychosociale problemen signaleert tijdens PGO¹

in %	5-6 jaar ²	7-12 jaar	13-15 jaar
jongens	29	29	20
meisjes	21	24	25

¹ In 1997/1998.

² Verschil tussen jongens en meisjes statistisch significant.

bron: Brugman et al., 1999; Brugman et al., 2001a, b

Brugman E, Reijneveld SA, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. *Identification and management of psychosocial problems by Preventive Child Healthcare*. Arch Pediatr Adol Med 2001a; 155: 462-9.

Brugman E, Reijneveld SA, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. *Onderkenning van en beleid bij psychosociale problemen in de schoolgezondheidszorg*. Ned Tijdschr Geneeskd 2001b; 145: 1790-5.

Burgmeijer RFJ, Jonge GA. *De slaaphouding en toedekken van zuigelingen in het najaar van 1994*. Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139: 2568-2571.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. StatLine. Internet: <http://statline.cbs.nl> > Mens & Maatschappij\Bevolking\Geboorten\Levend geboren (08-08-2002). Voorburg/Heerlen: CBS, 2002a.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. StatLine. Internet: <http://statline.cbs.nl> > Mens & Maatschappij\Gezondheid\Gezondheidszorg; gebruik medische voorzieningen (12-08-2002). Voorburg/Heerlen: CBS, 2002b.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. StatLine. Internet: <http://statline.cbs.nl>. Mens & Maatschappij\Bevolking\Leeftijd en burgerlijke staat (08-08-2002). Voorburg/Heerlen: CBS, 2002c.

Cornelissen EAM, Hirasing RA, Monnens LAH. *Prevalentie van bloedingen door vitamine K-tekort in Nederland, 1992-1994*. Ned Tijdschr Geneeskd 1996; 140: 935-937.

Hirasing RA. *Onze toekomst: een gezonde jeugd (inaugurale rede)*. 2001a.

Hirasing RA, Leerdam FJM van, Sukhai RN, Capelle JW van, Vijverberg MAW, Hoff-van den Brink EP van 't. *Enuresis Nocturna: de nieuwste inzichten*. Bijlage bij Modern Medicine, april 2002.

IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Draaiboek voor de neonatale screening op AGS, CHT en PKU*. 4^e uitgave. Den Haag: IGZ, 2001.

Juttman JE. *Screening for congenital heart malformations in Child Health Centres*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, 15 september 1999.

Kalsbeek H. *Gebitsontwikkeling en -gezondheid*. In: Handboek Jeugdgezondheidszorg. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1999.

Lanting CI, Verkerk PH. *Rapportage van de screening op congenitale hypothyreoïdie bij kinderen geboren in 2000 en 3^e meetpunt 1995. Verslag van de Landelijke Begeleidingscommissie-CHT*. Leiden: TNO-PG, 2001a. Publ.nr. 2001.158.

Lanting CI, Verkerk PH. *Rapportage van de screening op fenylketonurie bij kinderen geboren in 2000. Verslag van de Landelijke Begeleidingscommissie-PKU*. Leiden: TNO-PG, 2001b. Publ.nr. 2001.156.

Leerdam FJM van, Hirasing RA, Buitendijk SE. *Retrospective cohort study of the natural course of testes localization in Dutch boys born in 1973*. *Intergenerics* 1991;1(1):123-6.

Leerdam FJM van (red.). *JGZ-Standaard Vroegtijdige opsporing gehoorstoornissen 0-19 jaar*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1998.

LVE, Landelijke Vereniging van Entadministraties. Internet: www.entadministraties.nl/adres.htm. 30 augustus 2002.

Van Naem & Partners en Price WaterhouseCoopers BV. *Kosten Basispakket Jeugdgezondheidszorg*. Woerden, 2002.

Raat H, Juttman RE, Leerdam FJM van, Hirasing RA. *Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg. Deel 2: Literatuuronderzoek*. iMGZ-EUR, TNO-PG. Rotterdam/Leiden, maart 2001.

TABEL 170

Belangrijkste probleemgebieden, aangegeven door jeugdarts of -verpleegkundige, bij kinderen met gesignaleerde psychosociale problemen tijdens het PGO¹

5-6-jarigen

emotionele problemen 44%
gedragsmatige problemen 36%
schoolproblemen 31%
problemen thuis 28%

7-12-jarigen

emotionele problemen 43%
schoolproblemen 34%
problemen sociale omgang 25%

13-15-jarigen

emotionele problemen 41%
problemen met lichaam 39%
schoolproblemen 34%
problemen thuis 31%

¹ In 1997/1998.

TABEL 171

Acties in de JGZ bij kinderen met gesignaleerde psychosociale problemen die niet onder behandeling zijn in de jeugdzorg

in %	5-6-jarigen	7-12-jarigen	13-15-jarigen
geruststelling			
en advies	75	59	64
overleg en melding	34	45	50
verwijzing	22	17	24
revisie	20	13	19

bron: Brugman et al., 1999; Brugman et al., 2001a, b

Stikkelbroeck MML, Otten BJ, Noordam C, Kamp HJ van der, Lanting CI, Verkerk PH, Elvers LH, Loeber JG, Baarle W van, Verheul FEAM, Hoogh PAAM de. *Rapportage neonatale screening op adrenogeenitaal syndroom (AGS) in 2000*. Nijmegen: Universitair Medisch Centrum St. Radboud, 2002.

Verkerk PH, Derksen-Lubsen G, Vulsma T, Loeber JG, Vijlder JJM de, Verbrugge HP. *Evaluatie van een decennium neonatale screening op congenitale hypothyreoïdie in Nederland*. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137: 2199-2205.

Verkerk PH. *Twintig jaar landelijke screening op fenylketonurie in Nederland*. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 2302-5.

VWS, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar*. Den Haag: ministerie VWS, 2002.

TABEL 172

De samenhang tussen het oordeel van de JGZ en 'child behavior checklist' (CBCL)

in %	5-6-jarigen	7-12-jarigen	13-15-jarigen
verhoogde score op CBCL en niet onder behandeling:			
- psychosociale problemen opgespoord door JGZ ^{1, 2}	67	53	49
- enige vorm van actie door JGZ ²	64	47	49

¹ De jeugdarts of -verpleegkundige had geen inzicht in de antwoorden van de ouders op de CBCL.

² Uitgesloten zijn kinderen die al onder behandeling waren voor psychosociale problemen bij de jeugdzorg.

bron: Brugman et al., 2001a, b

TABEL 173

Herkenning van en verwijzing voor psychosociale problemen in de JGZ¹

klinische score op CBCL-probleemschaal	identificatie		verwijzing	
	OR	95% BI	OR	95% BI
teruggetrokken	8,58	4,76 - 15,46	7,67	3,97 - 14,82
lichamelijke klachten	2,69	1,71 - 4,23	4,27	2,39 - 7,63
angstig/depressief	7,68	4,73 - 12,46	8,58	4,95 - 14,86
sociale problemen	8,22	5,14 - 13,15	9,64	5,65 - 16,45
denkproblemen	7,64	3,54 - 16,50	5,28	2,09 - 13,31
aandachtsproblemen	7,56	4,09 - 13,97	9,12	4,70 - 17,70
delinquent gedrag	4,63	2,78 - 7,70	8,00	4,41 - 14,49
agressief gedrag	7,89	4,91 - 12,68	8,52	5,05 - 14,35
emotionele problemen	4,38	3,45 - 5,58	5,82	4,10 - 8,26
gedragsmatige problemen	3,67	2,91 - 4,62	4,58	3,23 - 6,50
totale probleemscore	6,30	4,92 - 8,07	5,97	4,21 - 8,47

¹ N=3.390, bij 412 kinderen gegevens incompleet; CBCL=child behavior checklist; OR=ruwe odds ratio, BI=betrouwbaarheidsinterval.

bron: Brugman et al., 2001a, b

3.5.2 KRAAMZORG

Met medewerking van: K. Herschderfer, J. De Boer, M. Rijnders (TNO-PG)

Jaarlijks bevallen rond de 200.000 vrouwen van een één- of meerling (tabel 174). De kraamzorg bestaat uit verschillende activiteiten die onder te brengen zijn in drie globale taken: voorbezoek, assistentie bij de bevalling en de kraamverzorgingstaken na de bevalling (Welling & Wieggers, 2001; Herschderfer et al., 2002). Met name in de periode na de bevalling bestaat de kraamverzorging uit preventieactiviteiten zoals vroege signalering van afwijkingen bij moeder en kind, waarborgen van een goede hygiëne en voorlichting en instructie (tabel 175).

Kraamzorg wordt in ziekenhuizen gegeven op kraamafdelingen en thuis door kraamzorgorganisaties zoals instellingen voor thuiszorg en particuliere bureaus (tabel 176). Kraamverzorgenden en kraamverpleegkundigen verlenen deze zorg. In 1998 waren er ruim 7.500 kraamverzorgenden en kraamverpleegkundigen in vaste dienst of als oproepkracht werkzaam bij instellingen voor thuiszorg en kraamcentra in Nederland (CBS/LVT, 2000).

Sinds de jaren tachtig worden verreweg de meeste kraambedden volledig of gedeeltelijk thuis doorgebracht. Uit een landelijk onderzoek waarin een vragenlijst is voorgelegd aan ruim 3.300 moeders met zuigelingen onder de 6 maanden is bekend dat 95% van de kraamvrouwen die de kraambedperiode volledig of gedeeltelijk thuis doorbrengt, daadwerkelijk gebruikt heeft gemaakt van thuiskraamzorg. Bij jonge vrouwen, laag opgeleide vrouwen en allochtone vrouwen wordt vaker geen kraamzorg verleend (Herschderfer et al., 2002).

De zorg kan in verschillende vormen aangeboden worden. De meest uitgebreide vorm is volledige zorg: 8 uur kraamzorg per dag gedurende 8–10 dagen. Daarnaast bestaat er flexibele zorg, meestal een combinatie van 8-uurszorg gecombineerd met een kortere vorm van zorg. De meest beperkte vorm is kraambezoeken. Dit houdt in dat maximaal 3 uur per dag zorg wordt verleend. Iets minder dan driekwart van de kraambedden krijgt minstens 6 uur per dag zorg, ongeveer een vijfde krijgt flexibele zorg en een tiende kraambezoeken. Het gemiddeld aantal uur is lager bij jonge vrouwen, laag opgeleiden, niet in Nederland geboren vrouwen, vrouwen die een eerste kind krijgen, kraambedden in de Randstedelijke provincies en Friesland en in groot stedelijke gebieden (tabel 177).

Het aantal uren kraamzorg thuis wordt, behalve door de verblijfsduur in het ziekenhuis in het geval van een ziekenhuisbevalling en de krapte op de arbeidsmarkt, bepaald door de polisvoorwaarden van de verzekeraars voor de particulier verzekerden

of de Ziekenfondswet. In de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg is een algemeen aanvaarde ondergrens opgenomen van 24 uur kraamzorg (exclusief assistentie bij de bevalling) verdeeld over 8 à 10 dagen. De bovengrens van het aantal uren kraamzorg wordt voor ziekenfondsverzekerden bepaald door de Ziekenfondswet en is 80 uur. Voor particulier verzekerden zijn de polisvoorwaarden bepalend voor de omvang van de zorg. Daarnaast kunnen cliënten altijd aanvullende zorg afspreken voor eigen rekening (CBS, 1998; zie ook tabel 178).

Kraamzorg kan zowel bij moeder als kind bijdragen aan de preventie van (complicaties van) diverse aandoeningen (tabel 179). De kraamverzorgenden signaleren bij ongeveer een op de zeven kraambedden een probleem (tabel 180). De problemen gesignaleerd bij de kraamvrouw zijn vaak aandoeningen gerelateerd aan de bevalling of borstklachten. Bij de pasgeborenen gaat het vaak over geelzucht, voedingsproblemen en temperatuur. Bij de helft van de gesignaleerde problemen tijdens het kraambed zoekt de kraamverzorgende een eigen oplossing zonder voorafgaand overleg met de verloskundige hulpverlener. Bij ruim een derde van de gesignaleerde problemen waarschuwt de kraamverzorgende de verloskundige hulpverlener. De preventieactiviteiten binnen de kraamzorg worden over het algemeen goed door de moeders gewaardeerd (tabel 181). Meer informatie over kraamzorg vindt u in het brancherapport Cure.

Literatuur

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek en LVT, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. *Jaarboek Thuiszorg 1998*. Voorburg/Bunnik: CBS/ LVT, 2000.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. *Algemene en personeelsgegevens van instellingen voor thuiszorg, 1996*. Voorburg: Maandbericht Gezondheid (CBS), 1998; 07.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. StatLine. Internet: www.statline.cbs.nl > Mens & Maatschappij\Bevolking\Geboorten\Een- en meerlingen, 8 augustus 2002. Voorburg/Heerlen: CBS, 2002.

TABEL 174

Aantal bevallingen¹ in Nederland (1998–2000)

bevallingen	1998	1999	2000
eenlingen	193.052	193.924	200.172
meerlingen	3.630	3.709	3.718
totaal	196.682	197.633	203.890

¹ Bevallingen met een zwangerschapsduur van ≤ 28 weken, ongeacht de levensvatbaarheid van de kinderen.

CTG, College Tarieven Gezondheidszorg. *Tarieflijst Instellingen 2001*. Utrecht: CTG, 2001.

Welling BJM, Wiegers TA. *Kwaliteit en toegankelijkheid van de kraamzorg: kraamcentra, callcentra en verloskundigen*. Utrecht: Nivel, 2001.

Herschderfer KC, Sneeuw KCA, Buitendijk SE. *Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage Inventarisatie- en Evaluatieonderzoek*. publicatie nr. PG/JGD 2002.089. Leiden: TNO-PG. 2002.

TABEL 175

Activiteiten door kraamverzorgenden gedurende kraamperiode en tijdsbeslag per kraamzorgdag

<i>activiteit</i>	<i>onderwerpen</i>	<i>tijd (in %)</i>
voorlichting en instructies met betrekking tot baby	<ul style="list-style-type: none"> - gezondheid baby: voeding van de baby, lichamelijke verzorging, navelstompje verzorgen, hielprik, bilirubine (geel zien) en hygiëne - veiligheid met betrekking tot baby: gebruik van kruiken en veilig slapen - emotionele aspecten: baby als nieuw gezinslid - hulporganisaties: rol van het consultatiebureau 	9
voorlichting en instructies met betrekking tot moeder	<ul style="list-style-type: none"> - gezondheid moeder: vloeien, naweeën, plassen en ontlasting, hygiëne, voeding, verzorging van de borsten, rusten en mobilisatie, gymnastiek en lichaamshouding - emotionele aspecten: kraamtranen 	7
hulp bij borst- of flesvoeding	<ul style="list-style-type: none"> - voeding van de baby 	10
verzorging en controle baby	<ul style="list-style-type: none"> - controle: temperatuur, ademhaling en kleur, navelstomp, urine en ontlasting, gewicht - verzorging: baby in bad, verschoneren van wieg 	14
verzorging en controle kraamvrouw	<ul style="list-style-type: none"> - controle: temperatuur en pols, baarmoederstand, kraamzuivering, urine en ontlasting, perineum, borsten, benen - verzorging: perineum, helpen met douchen, informeren baarvermoeidheid, ondersteuning bij emoties 	9
ondersteunende taken	<ul style="list-style-type: none"> - huishouden, opvang van kinderen 	51

bron: TNO-PG

TABEL 176

Organisaties die kraamzorg-preventieactiviteiten uitvoeren tijdens de kraamperiode

<i>aanbieder</i>	<i>aantal</i>	<i>taak</i>
kraamafdelingen in ziekenhuizen	ziekenhuizen in 1999: 137	begeleiding, ondersteuning, postnatale voorlichting en vroegtijdig signaleren van problemen
kraamzorgorganisaties aangesloten bij de LVT ¹ of BTN ²	in 2000: 76	
onafhankelijke bureaus die kraamzorg leveren	ongeveer: 40	

¹ Landelijke Vereniging Thuiszorg.

² Branchebelang Thuiszorg Nederland.

bron: RIVM

TABEL 177

Duur kraamzorg naar achtergrondkenmerken van vrouwen met zuigelingen jonger dan 6 maanden¹

	leeftijd		ethniciteit		opleiding	
	< 25 jaar	≥ 25 jaar	Nederlands	niet-Nederlands ²	middel tot hoog	laag
gemiddelde uren	40	47	47	27	46	36
≥ 6 uur per dag (in %)	52	73	74	17	72	45

¹ Bij 3.316 moeders.² Surinaamse, Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse vrouwen.

bron: Herschderfer et al., 2002

TABEL 178

Financiering van activiteiten tijdens de kraamperiode (2001)

financier	bedrag (in €)
zorgverzekeraar	29,90 per uur kraamzorg 25,86 per inschrijving 39,02 per intakegesprek 51,73 per assistentie bij bevalling
kraamvrouw	eigen bijdrage verschilt per verzekering

bron: CTG, 2001

TABEL 179

Ziekten, aandoeningen en complicaties bij moeder en kind die voorkomen kunnen worden door kraamzorg

moeder	- infecties: bekkenbodemp (hechtingen, urineweginfecties), baarmoeder, borsten - depressie en neerslachtigheid
kind	- hyperbilirubinaemie (geelzucht) - hersenbloedingen - voedingsproblemen - infecties - wiegendood

bron: TNO-PG

TABEL 180

Kraambedden waarin probleem gesignaleerd wordt door kraamverzorgenden¹

in %

gesignaleerde problemen bij	
verzorging en controle moeder	15
verzorging en controle baby	15
hulp bij borst- en flesvoeding	12

¹ Tijdens de verzorging, controle en hulp bij borst- of flesvoeding; n=560.

bron: Herschderfer et al., 2002

3.6 SETTINGGERICHTE BENADERING

Op verschillende plaatsen worden preventie-activiteiten aangeboden of uitgevoerd. De plaats waar preventie wordt uitgevoerd wordt ook wel de 'setting' genoemd. Bij de settinggerichte benadering richt preventie zich zowel op personen als op de omgeving waarin personen zich bevinden. Participatie van de doelgroep, bewerkstelligen van samenwerking tussen organisaties in de omgeving en beleid trachten te beïnvloeden staan hierbij centraal (Whitelaw et al., 2001).

De school wordt gezien als belangrijke setting voor preventieactiviteiten voor jongeren. Het project 'De gezonde school en genotmiddelen', ontwikkeld door het Trimbos-instituut, beoogt op scholen een gezondheidsbeleid te ontwikkelen en in te voeren voor de genotmiddelen, waaronder alcohol (paragraaf 3.3.4). Het doel is dat leerlingen in staat zijn om de risico's van genotmiddelengebruik in te schatten en hun verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid en die van anderen (Cuijpers et al., 2002). Hier bespreken we twee andere veel gebruikte settings, te weten werkplek en wijk.

Literatuur

Cuijpers P, Jonkers R, Weerdt I de, Jong A de. *The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drugs' project*. *Addiction*, 2002.

Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, Machardy L, Young I, Witney E. *'Settings' based health promotion: a review*. *Health Promotion International*, 2001; 16(4), 339-353.

3.6.1 WERKPLEK

Met medewerking van: S. Picavet (RIVM), L. Vaandrager (cGBW).

In Nederland zijn er circa 7 miljoen mensen die werken (CBS, 2002a). Zij brengen gemiddeld 60% van hun werktijd op de werkplek door. De werkplek is daarmee een potentieel belangrijke ingang voor preventie in het algemeen, maar in het bijzonder voor de preventie van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen. Het systeem van arbomonitoring bestaat uit informatie over ziekteverzuim, beroepsziekten, ongevallen en arbeidsongeschiktheid (tabel 182).

Psychische gezondheidsproblemen en aandoeningen van het bewegingsapparaat vormen in omvang de belangrijkste beroepsziekten. Fysieke en psychische risicofactoren komen dan ook nog veelvuldig voor (tabel 183).

Preventie op de werkplek bestaat uit activiteiten (tabel 183) die gericht zijn op de reductie van de belasting door arbeidsgebonden risicofactoren. Daarnaast worden steeds meer gezondheidsbevorderende activiteiten aangeboden die zijn gericht op de leefstijl van de werknemer, aangezien een deel van het ziekteverzuim is toe te schrijven aan een ongezonde leefstijl. Preventie op de werkplek wordt aangeboden door organisaties (tabel 185), die zowel publiek als privaat zijn.

De randvoorwaarden voor een veilige en gezonde werkomgeving worden gewaarborgd door gezondheidsbeschermende maatregelen in de vorm van wetten en regels en convenants (tabel 184). Sinds 1998 zijn werkgevers wettelijk verplicht zich te laten ondersteunen door een gecertificeerde arbodienst. Deze dienst ondersteunt bedrijven bij het formuleren en uitvoeren van een verzuimbeleid (tabel 185), waarbij naast primaire preventie veel aandacht wordt besteed aan reïntegratie. In 2001 liepen er 54 convenantstrajecten in 45 bedrijfstakken. In deze trajecten worden afspraken gemaakt tussen het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en de sectoren over terugdringen van arbeidsrisico's vooral op de terreinen van werkdruk, RSI, vroegtijdige reïntegratie, geluid, allergenen, tillen, oplosmiddelen, machineveiligheid en klimaat. Verder is er een aantrekkelijke fiscale regeling voor investeringen in arbeidsomstandigheden (Farbo-regeling). De arbeidsinspectie voert diverse handhavende activiteiten uit op het terrein van arbeidsomstandigheden zoals onderzoek naar bedrijfsongevallen, behandeling van klachten over arbeidsomstandigheden en projectmatige steekproefsgewijze onderzoeken bij bedrijven. Bij 52% van de 1.724 onderzochte bedrijven in 2000 heeft de arbeidsinspectie een overtreding geconstateerd (Peters & Van Hoorn, 2001). Uit een onderzoek van de arbeidsinspectie bij gemeenten komt naar voren dat de zorg voor goede arbeidsomstandigheden nog geen hoge prioriteit heeft bij gemeenten en dat een veel hogere investering nodig is (Arbeidsinspectie, 2002; tabel 188).

TABEL 181

Tevredenheid van moeders over preventieactiviteiten door kraamverzorgende tijdens kraamperiode

in %	goed	voldoende	onvoldoende tot slecht
voorlichting over moeder (n=566)	75	22	3
voorlichting over baby (n=568)	84	14	2

bron: Herschderfer et al., 2002

TABEL 182

Kerncijfers arbomonitoring in 2000

<i>methode</i>	<i>cijfers</i>	<i>uitleg/opmerkingen</i>
verzuimpercentage ¹ : bij particuliere bedrijven bij de overheid	5,5% 7,7%	diagnose bij 80% onbekend (vooral kortdurend verzuim); rest vooral: ziekten van de ademhalingswegen, ongevallen, ziekten van het bewegingsapparaat en psychische problematiek. Cijfers zijn schattingen op basis van steekproefonderzoek omdat de centrale registratie na afschaffing van de Ziektewet is verdwenen
beroepsziektenmeldingen	6.063	circa de helft aandoeningen van het bewegingsapparaat en een kwart psychische aandoeningen. De melding is gestart in 1999; waarschijnlijk is er sprake van een flinke onder- rapportage
arbeidsongevallen		
arbeidsongevallen met letsel (CBS, 2002b)	170.000	deze schatting van 2000 is nieuw
arbeidsongevallen bij spoedeisende hulp (LIS)	120.000	LIS: Letsel Informatie Systeem
ernstige ongevallen bij arbeidsinspectie gemeld	2.500	deze meldingen zijn in onderzoek genomen
arbeidsongeschikten	ruim 950.000	psychische problematiek (circa 34%) en ziekten van het bewegingsapparaat (circa 25%)

¹ Het aantal kalenderdagen vanaf de dag van de ziekmelding tot aan de dag van herstel per 100 kalenderdagen op jaarbasis.

bron: Besseling, 2002; SZW, 2001

TABEL 183

**Werknemers die met gezondheidsrisico's
in de arbeidssituatie te maken krijgen**

<i>risicofactor</i>	<i>in %</i>
fysieke belasting (blootstelling aan)	
kracht zetten (tillen dragen, trekken endergelijke)	23
trillingen	15
repetitive strains (herhalende bewegingen)	23
gassen of dampen	16
stof	14
huidirriterende middelen	11
(resten van) dieren	4
biologisch afval	10
psychosociale arbeidsbelasting	
regelmatig werken onder hoge werkdruk	31

bron: SZW, 2001

Gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW) is erop gericht binnen organisaties een beleid te bewerkstelligen dat bevordert dat gezonde werknemers werken in een gezonde werkomgeving (Vaandrager & Evans, 2001). GBW-programma's bij bedrijven zijn vaak gericht op leefstijl zoals roken, alcohol, stress, beweging of voeding (Vaandrager et al., 2002; tabel 186). GBW-programma's zijn gericht op het verbeteren van de gezondheid van werknemers, vermindering van ziektekosten en verbetering van de productiviteit. Voor werknemers wordt gestreefd naar een betere gezondheid, meer werkplezier en betere stressbestendigheid.

Er is een toenemende belangstelling vanuit bedrijven voor preventie op de werkplek. Zo is het aantal diensten dat bedrijven afnemen van arbodiensten gestegen van 3,3 in 1998 naar 6,7 diensten per bedrijf in 2001 (Peters & Van Hoorn, 2001). Ook is het aantal bedrijven dat een GBW-beleid voert van 1996 tot 2002 gestegen van 9 naar 30% (tabel 186).

Verzuim en arbeidsongeschiktheid kosten veel geld. Hierdoor is de laatste jaren in toenemende mate geïnvesteerd in verbeteren van de arbozorg. Schattingen ontbreken vooralsnog over de totale omvang van de geldelijke middelen voor preventie op de werkplek, enkele cijfers over kosten zijn bekend (tabel 187). Eveneens is weinig zicht op de effecten en opbrengsten van de inspanningen, zowel op het gebied van de gezondheidsbevorderende als de gezondheidsbeschermende activiteiten. Wel kan op basis van buitenlands onderzoek een indicatie worden gegeven van de effecten van gezondheidsbevorderende activiteiten (tabel 187).

TABEL 184

Preventieactiviteiten op de werkplek

<i>preventiemethode</i>	<i>activiteit</i>
voorlichting en omgevingsgerichte interventies	<ul style="list-style-type: none"> - integraal pakket zowel gericht op de leefstijl van werknemers als op het aanbrengen van veranderingen in de werkomgeving om gezond gedrag te bevorderen; stappenplannen voor bedrijven voor het invoeren van GBW, onder meer voor alcoholmisbruik, RSI, hoge werkdruk, gezond bewegen, werken met gevaarlijke stoffen - trainingen/cursussen waarin vaardigheden worden aangeleerd (werktechnieken, ontspanning, omgaan met stress) - voorlichting - preventief spreekuur - ergonomische werkplekken - afspraken met betrekking tot gezond gedrag binnen het bedrijf, bijvoorbeeld roken of drinken van alcohol
wet- en regelgeving	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeidsomstandighedenwet (Arbo) waaronder verplichte risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E) - Arbeidstijdenwet - Wet terugdringing ziekteverzuim (TZ) - Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) - Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheid (PEMBA) - Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Wulbz) - Wet verbetering poortwachter - Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (REA)
convenants	<ul style="list-style-type: none"> - afspraken tussen het ministerie van SZW en de sectoren over terugdringen van arbeidsrisico's
stimuleringsregelingen	<ul style="list-style-type: none"> - Farbo-regeling
screening	<ul style="list-style-type: none"> - gezondheidsonderzoek bij werknemers
protocollen	<ul style="list-style-type: none"> - van arbodiensten voor de begeleiding van werknemers met RSI - kwaliteitssysteem voor gezondheidsbevordering op de werkplek

Literatuur

Arbeidsinspectie. *Inspectieproject gemeenten: 1996-2000*.

Belangrijkste bevindingen. Den Haag: Arbeidsinspectie, 2002.

Besseling J (TNO-Arbeid). *Hoe groot is het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in Nederland?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl >

Gezondheidstoestand\Functioneren en kwaliteit van leven\
Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, 27 mei 2002.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. Internet: www.cbs.nl > Arbeid, inkomen & sociale zekerheid\
Arbeidsmarkt\Beroepsbevolking & werkloosheid\Totale

beroepsbevolking\Historie beroepsbevolking, 24 juni 2002.

Voorburg/Heerlen: CBS, 2002a.

TABEL 185

Organisaties die activiteiten uitvoeren op het gebied van preventie op de werkplek

<i>aanbieder</i>	<i>taak</i>
Active Living	preventief gezondheidsbeleid, direct advies of advies via arbodiensten en verzekeraars (in de vorm van employee benefits)
Arbeidsinspectie	naleving van de arbowetgeving
Arbodienst	ondersteunen bij formuleren en uitvoeren van verzuimbeleid in bedrijven en de beoordeling van de risico-inventarisatie en -evaluatie (50 interne en 66 zelfstandige diensten)
Argonaut	projecten en diensten op het gebied van preventie, interventie en reïntegratie: 40 vestigingen
Astma Fonds	aandacht voor astma en werk, roken en werk
Centrum GBW	ondersteunt werkgevers bij gezondheidsbevordering op de werkplek door middel van onderzoek, product- en methodiekontwikkeling, training, voorlichting en advies
De Gezonde Zaak	biedt werkgevers via onder andere arbodiensten preventieprogramma's en reïntegratieprogramma's aan
High Five Health Promotion	aanbieder van gezondheidsprogramma's
HSK-groep	diagnostiek en behandeling van werkgerelateerde psychische problematiek, interventies en trainingen in organisaties en wetenschappelijk onderzoek (18 vestigingen)
Kennisnetwerk arbeids-relevante aandoeningen	ondersteunt (para)medische professionals met kennis en informatie over preventie, diagnostiek, behandeling en terugkeer op de werkplek
Ministerie van SZW	coördinatie van arbeidsomstandighedenbeleid, wet- en regelgeving op de werkplek
Ministerie van VWS	heeft een start gemaakt met stimulering van integraal gezondheidsmanagement in bedrijven (IGM)
Nederlandse Hartstichting	voorlichting, informatie, stimuleren onderzoek en fondsenwerving: thema's: gezonde leefstijl, voorkomen overgewicht, bewegingsstimulering
Nederlandse Kankerbestrijding/KWF	in dit kader aandacht voor gevaarlijke stoffen, UV-straling op het werk, roken en werk
Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB)	expertisecentrum op het terrein van gezondheid in relatie tot werk voor arbo- en bedrijfsgezondheidsdiensten, brancheorganisaties en voor beleidsmakers en opleidingsinstituten
STECR (Platform Reïntegratie)	inventariseert, bundelt en presenteert expertise over reïntegratie
TNO-arbeid	ontwikkelt kennis en past kennis toe inzake complexe arbeidsvraagstukken

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline. Internet: www.cbs.nl > Arbeid, inkomen en sociale zekerheid\Arbeidsmarkt\Arbeidsomstandigheden\Arbeidsomstandigheden en gezondheid, 15 augustus 2002. Voorburg/Heerlen: CBS, 2002b.

NIPO. *Enquête onder Nederlandse bedrijven in opdracht van het Centrum GBW*. 2002.

Peters A, Hoorn EC van. *Arbomonitor 2000*. Arbeidsinspectie 2001.

SZW, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. *Arbobalans 2001*. Den Haag: ministerie van SZW, 2001.

Vaandrager L, Evans CM. *Gezondheidsbevordering op de werkplek*. In: Leefstijl & Werk. Walburg JA, Jansen J, Vaandrager L (red.). Cure & Care Development. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

Vaandrager L, Raaijmakers T, Bottema I, Grijs C. *Preventie op de werkplek*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > Preventie\Geordend naar vindplaats\Werkplek, 27 mei 2002.

Walburg JA, Jansen J, Vaandrager L (red.). *Leefstijl & Werk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

TABEL 186

Bereik van gezondheidsbevordering op de werkplek (2002)

in %

bedrijven met een GBW-beleid	30
overheid	78
gezondheidszorg	81
onderwijs	73
bouw	18
detailhandel	17
onderwerp van het GBW-beleid	
roken	69
alcohol	22
beweging	22
RSI	19
stress	17
voeding	7
ergonomie	5
reintegratie	5

bron: NIPO, 2002

TABEL 188

Evaluatie van het arbobeleid bij gemeenten (1996–2000)

- arbobeleid vaak ten onrechte geen onderdeel van totale bedrijfsbeleid
- taken en bevoegdheden zeer summier beschreven
- verplichte beleidsdocumenten ontbreken
- risico-inventarisatie en -evaluatie ontbreken regelmatig
- tekortkomingen zijn er op alle terreinen, bijvoorbeeld inrichting van baliewerkplekken en kantoorwerkplekken, beeldscherm-ergonomie, de veiligheid van gereedschappen en machines, de opslag van gevaarlijke stoffen, elektrische veiligheid, geluid en onveilige werkplekken

bron: Arbeidsinspectie, 2002

TABEL 187

Cijfers over de kosten van preventie op de werkplek

in €

bedrag

onderdeel	
kosten van de preventie van ziekteverzuim in 2000 voor werkgevers (schatting)	per werknemer: 80
arboconvenanten 2000	sectoren: 88 mln minSZW: 38 mln
arbo-regeling	136 mln
omzet arbodiensten in 2000	1.588 mln

bron: SZW, 2001

TABEL 189

Indicatie van de effecten van preventieactiviteiten¹

activiteit gericht op

resultaat¹

hoge bloeddruk	overtuigend
gewichtscntrole/stressmanagement	indicatief
voeding/cholesterol	indicatief/ suggestief
lichamelijke activiteit/alcohol	suggestief
HIV/AIDS	mager

¹ Resultaat wordt aangegeven met een schaal die loopt van overtuigend, indicatief, suggestief tot mager bewijs.

bron: Walburg et al., 2001

3.6.2 WIJK

3.6.2.1 INTEGRALE AANPAK VAN (GEZONDHEIDS)PROBLEMEN IN DE WIJK

Met medewerking van: F. Van der Lucht (RIVM), J. ten Dam (NIGZ).

Sociaal-economische status (SES) ligt ten grondslag aan verschillen in gezondheid, ofwel de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV).

Personen met een lage SES (gemeten naar opleiding, inkomen of beroepsniveau) wonen veel in achterstandswijken. De gezondheidstoestand van personen met een lage SES en bewoners van achterstandswijken is over het algemeen slechter. Zo leven lager opgeleiden gemiddeld 3,5 jaar korter dan hoog opgeleiden en brengen lager opgeleiden bijna 12 jaar door in minder goede gezondheid (tabel 191).

In Nederland richten veel projecten zich op het verminderen van SEGV. De aanpak in de setting wijk is één methode om gezondheidsverschillen aan te pakken. Enerzijds wonen personen met een lage SES en gezondheidsachterstanden in bepaalde wijken. Een derde van de huishoudens met een laag inkomen is terug te vinden in achterstandswijken in de grote steden die betrokken zijn bij het grote-stedenbeleid (G25) (tabel 190). Anderzijds brengt het wonen in een achterstandswijk gezondheidsproblemen met zich mee door de minder gunstige sociale en fysieke omgeving in de wijk, zoals oudere woningen met slechte ventilatie (tabel 191; zie 3.4.1).

Er zijn veel en zeer diverse activiteiten op het gebied van vermindering van SEGV in achterstandswijken (tabel 193). Diversiteit ontstaat doordat uiteenlopende factoren van invloed zijn op het ontstaan van SEGV (tabel 192). Mede daardoor zijn meerdere sectoren (volksgezondheid, arbeid, huisvesting, onderwijs en milieu) betrokken bij activiteiten. Bij een integrale aanpak rond SEGV worden in achterstandswijken gezondheidsproblemen breed aangepakt. Een veelheid aan organisaties op landelijk, regionaal niveau en buurtniveau zijn bij activiteiten in de wijk betrokken (tabel 194 en 195). Naast voorlichtingsactiviteiten en projecten waarbij samenwerking centraal staat,

worden vooral community-based projecten en brede projecten zoals 'Onze buurt aan zet' uitgevoerd bij de integrale aanpak van SEGV (tabel 193). Bij een community-based benadering wordt samen met de doelgroep gezocht naar thema's die aansluiten bij de belangstelling. Veel van deze integrale projecten bestaan uit meerdere activiteiten. De activiteiten richten zich op verschillende risicofactoren en subgroepen in de wijk. Door de diversiteit aan activiteiten is het moeilijk aan te geven hoeveel mensen in een wijk door het project worden bereikt.

Slechts een aantal projecten is of wordt geëvalueerd. Evaluatie van effecten onder 'gecontroleerde omstandigheden' is niet mogelijk waardoor effecten alleen op lange termijn gemeten kunnen worden. Er zijn weinig resultaten van effectevaluaties beschikbaar. Procesevaluaties waarin naar het verloop van een project wordt gekeken, zijn vaker beschikbaar. Resultaten geven bijvoorbeeld aan hoe tevreden de doelgroep is of hoeveel activiteiten er zijn uitgevoerd. Hoewel gebruikt wordt gemaakt van kwaliteitsmaatregelen voor de opzet en evaluatie van integrale projecten, is het meestal niet mogelijk aan te geven of een project effectief is (tabel 196). Voor maar een aantal projecten is bekend welk budget beschikbaar is en welke financier hierbij betrokken is. Hoewel over de effectiviteit van de uitgevoerde interventies weinig gezegd kan worden zijn conclusies over de effecten van de methode 'brede interventies' zeer positief. Een brede aanpak kan leiden tot een verbetering van de gezondheidstatus van personen met een laag sociaal-economische status. Er zijn ook succesfactoren voor brede interventies te beschrijven, zoals aansluiten van op de lokale situatie, goede samenwerking en betrokken deelnemers (Sronks & Hulshof, 2001).

Gebruik en productie

Onvoldoende gegevens om gebruik en productie van preventieactiviteiten in achterstandswijken weer te geven.

TABEL 190

Verdeling van huishoudens met een laag inkomen¹ in Nederland

	<i>aantal</i>	<i>huishoudens met een laag inkomen (in %)</i>
heel Nederland	850.000	
grote steden (G25)	390.000	46
achterstandswijken in de grote steden (G25)	260.000	30

¹ Laag inkomen: gegevens uit 1998. In 1998 lag de lage-inkomengrens voor een alleenstaande op € 754, voor echtpaar zonder kinderen op € 1011 en voor echtpaar met twee kinderen op € 1356 aan besteedbaar inkomen.

Financiering

Onvoldoende informatie beschikbaar om geheel beeld te geven.

Literatuur

Ince D, Beumer M, Jonkman H, Pannebakker M.

Veelbelovend en effectief, overzicht van preventieve projecten en programma's in de domeinen gezin, school, jeugd en wijk. NIZW, 2001.

Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. *Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen.* Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270555004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Kenniscentrum Grote Steden. Internet: www.kenniscentrum-grotesteden.nl > zorg|praktijk, 16 juli 2002. 2002.

Kunst AE, Bos V, Mackenbach JP. *Buurtverschillen in sterfte: inkomen en stedelijkheid.* In: Lucht F van der, Verkleij H (red.). *Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 38–41.

Lucht F van der. *Sociaal-economische gezondheidsverschillen samengevat.* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM, Internet: www.nationaalkompas.nl > demografische en sociaal-economische kenmerken\ gezondheidsverschillen\segv, 26 september 2002.

Lucht F van der, Verkleij H. *Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen.* Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270555003. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Internet: www.nigz.nl > infocentrum\ NIGZ Informatiebestand, juli 2002.

Programmacommissie-SEGV II, Sociaal-economische gezondheidsverschillen. *Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Van verklaren naar verkleinen.* Deel 4. Den Haag: ZON-MW, Programmacommissie-SEGV II, 2001.

Reijneveld SA. *Buurtverschillen in gezondheid en rookgedrag nader beschouwd.* In: Lucht F van der, Verkleij H. *Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001: 42–45.

SLAG, Steunpunt Lokale Aanpak van Gezondheidsverschillen. Internet: www.slag.nu > projecten, 5 juli 2002.

Stronks K, Hulshof J. *De kloof verkleinen. Theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen.* ZonMw, 2001.

Water HPA van der, Boshuizen HC, Pereboom RJM. *Health expectancy in the Netherlands 1983–1990.* Eur J Publ Health 1996; 6: 21–28.

Witte K. *Gezondheidsbevordering in de grote steden. Een inventarisatie van projecten.* Bilthoven/Wageningen: RIVM/ Wageningen Universiteit en Researchcentrum (scriptie), 2001.

TABEL 191

Gezondheidstoestand van lage SES groepen en bewoners in achterstandswijken

<i>maat voor de gezondheidstoestand</i>	<i>SES – gevolgen voor de gezondheid</i>	<i>wijk – gevolgen voor de gezondheid</i>
levensverwachting		levensverwachting in buurten met gemiddeld laag inkomensniveau is aanzienlijk (2 à 3 jaar) lager dan in buurten met hoog inkomensniveau (Kunst et al., 2001)
kwaliteit van leven	personen met lage SES (opleiding) leven 3,5 jaar korter en brengen gemiddeld 12 jaar in minder goede gezondheid door (Van der Water et al., 1996; Van der Lucht, 2002)	
ervaren gezondheid	mensen met lage opleiding geven vaker een slechtere ervaren gezondheid aan (Stronks & Hulshof, 2001)	bewoners van achterstandsbuurtten rapporteren vaker een slechte gezondheid (Reijneveld, 2001)
sterfte		<ul style="list-style-type: none"> - kans overlijden voor 65e is in achterstandswijk 50% hoger dan in welgestelde wijk (Van der Lucht & Verkleij, 2001) - op buurtniveau is een verband gelegd tussen inkomen en verhoogde sterfte, veroorzaakt door onder meer maag-, long-, blaaskanker, hart- en vaatziekten, CARA en verkeersongevallen (Kunst et al., 2001; Programmacommissie SEGV II, 2001)

TABEL 192

Factoren die levensverwachting en gezondheid beïnvloeden van lage SES-groepen en in achterstandswijken

<i>factoren</i>	<i>SES</i>	<i>wijk</i>
leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> - lage SES-groepen roken meer (49% mannen met lage SES tegen 31% in hoge SES-groep). Alcoholgebruik 14% onder mannen met lage ses tegen 9% in hoge SES-groep - lage SES-groep vertoont meest gecombineerd risico-gedrag (veel roken, lichamelijke inactiviteit, geringe consumptie van groente en fruit) 	<ul style="list-style-type: none"> - 1,5 keer meer zware rokers in sterk verstedelijkte gebieden
psychosociale factoren	<ul style="list-style-type: none"> - lage SES-groepen hebben meer psychosociale stressoren zoals langdurige financiële problemen 	
sociale omgeving		<ul style="list-style-type: none"> - minder gunstige sociale omgeving: sociale buurtkenmerken, opvoeding
materiële omstandigheden	<ul style="list-style-type: none"> - bij lage SES-groepen komen laag inkomen, ongunstige arbeidsomstandigheden en minder goede woonomstandigheden (onder andere binnenmilieu) vaker voor 	<ul style="list-style-type: none"> - wonen in een achterstandsbuurt heeft via fysieke (binnenmilieu, verkeer, ongevallen in huis) een negatieve invloed op de gezondheid
gezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none"> - verschillen in gebruik van gezondheidszorg is gering terwijl de gezondheidstoestand van lage ses groepen slechter is; lage SES-groepen maken minder gebruik van de specialistische zorg en meer van de huisarts (invloed hiervan op de gezondheid is onbekend) - toegang tot zorg is gelijk, maar lage SES-groepen maken minder gebruik van preventieve voorzieningen 	<ul style="list-style-type: none"> - in achterstandswijken is er onvoldoende toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg door onvoldoende beschikbaarheid van huisartsen. Het probleem is groter geworden door schaarste van huisartsen

TABEL 193

Projecten en interventies ter vermindering van sociaal-economische gezondheidsverschillen

<i>methoden</i>	<i>activiteit</i>	<i>omvang</i>
voorlichting	- migrantenvoorlichters actief in achterstandswijken	- onder andere in Rotterdam
community benadering	- 'Het Arnhemse Broek, gezond en wel' is wijkgerichte benadering en heeft een aantal thema's geprioriteerd, namelijk veiligheid, opvoeden en stress - wijkaanpak (kader grote stedenbeleid) - stimuleringsprogramma 'Heel de buurt' van het Landelijk centrum Opbouwwerk - 'Wijkgezondheidswerk': reductie SEGV via integrale buurtgerichte aanpak - wijkgericht project ter verkleining van SEGV en gezondheidsverbetering - drie proeftuinen 'Gelijke kansen, het investeren waard'; gezondheidsachterstanden verminderen van kwetsbare en moeilijk bereikbare groepen: Gezond Molenberg; reductie SEGV in de wijk Molenberg door integrale benadering; Gezond leven en bewegen op Kanaleneiland, Utrecht; Allochtone jonge vrouwen in Den Haag. - proefproject 'Gelijke gezondheid, gelijke kansen' (10 jaar tot 2011)	- wijk in Arnhem - onder andere wijken in Rotterdam (omvang wijken 10.000 inwoners) en Amsterdam - 8 locaties in Nederland - Eindhoven (wijken Tivoli en de Bennekel) - 's-Hertogenbosch (voortzetting van het project in de wijken 'West en de Bartjes') - Den Haag, Utrecht, Heerlen - Tilburg (wijk Koningshaven)
intersectorale samenwerking	- lokale zorgnetwerken: samenwerkingsverbanden van hulpverleners van wijk - zorgnetwerken Stiom 1999 op stadsdeelniveau - netwerk gezonde steden	- onder andere Amsterdam, Den Haag en Groningen - Den Haag - landelijk netwerk
andere projecten	- extra betalingen voor huisartsen in achterstandsbuurten - inzet van praktijkverpleegkundigen in huisartspraktijken in achterstandsgebieden - onze buurt aan zet: leefbaarheid en veiligheid in de wijk verbeteren - doelstelling 2 stedelijke gebieden (duurzame, leefbare en gezonde samenleving waarin alle bewoners dezelfde kansen krijgen) - thuis op straat/veiligheidsprojecten: buurtbeheer-bedrijven; bewoners krijgen baan in het beheren van eigen buurt, Justitie in de buurt, toezicht door jongeren, cameratoezicht op straat, Marokkaanse buurtvaders	- landelijke achterstandsbuurten - onder andere in Drenthe - 30 gemeenten (1 à 2 wijken in elke stad, totaal 59 wijken) - Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht, Maastricht, Eindhoven, Nijmegen, Arnhem en Enschede

TABEL 194

Landelijke organisaties en instellingen betrokken bij preventie in achterstandswijken

<i>aanbieders</i>	<i>taken</i>
overheid/ministeries	invoeren van SEGV-beleid op de terreinen, gezondheidsbeleid, grotestedenbeleid en overig beleid
programmacommissie SEGV	uitvoering van het programma 'Sociaal-economische gezondheids-verschillen II' (afgerond 2001)
netwerk Wijkgericht werken aan gezondheid	een platform dat zorgdraagt voor goede onderlinge informatievoorziening via onder meer bespreken van praktijken en thema's; stimuleren van ontwikkeling, implementatie en onderzoek rond wijkgericht werken
GGD-NL	ondersteunt GGD'en in het bevorderen en bewaken van de gezondheidszorg van de Nederlandse bevolking
landelijke vereniging voor thuiszorgorganisaties (LVT)	stelt eisen aan de kwaliteit van de thuiszorg die de aangesloten instellingen leveren
GGZ-NL	behartigt de belangen van aangesloten GGZ-instellingen en van de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. ondersteuning bij zorgontwikkeling en kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg
Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen (SLAG) van het NIGZ	ondersteuning bieden aan lokale gezondheidsprofessionals die zich richten op het verminderen van gezondheidsverschillen
NIZW	vernieuwing en verbetering van de sector zorg en welzijn
Nationale Commissie Chronisch Zieken	zet zich in voor behoud betaald werk chronisch zieken en gehandicapten
LSA (landelijk samenwerkingsverband aandacht wijken)	het bewonersplatform heeft zichzelf tot doel gesteld de inbreng en invloed van bewoners op het grotestedenbeleid te stimuleren en te vergroten
VNG (vereniging nederlandse gemeenten)	belangenbehartiging, dienstverlening en platformfunctie voor alle gemeenten over actuele ontwikkelingen
Landelijk centrum Opbouwwerk (LCO)	werkt aan versterking van bewonersparticipatie door stimuleren, organiseren en ondersteunen van groepen burgers bij de oplossing van maatschappelijke vraagstukken
Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV)	onafhankelijke landelijke stichting die innovaties op het brede terrein van wonen en bouwen actief ondersteunt; houdt zich ook op verschillende manieren bezig met problematiek omtrent bewonersgroepen van de wijk

TABEL 195

Regionale organisaties en instellingen betrokken bij preventie in achterstandswijken

<i>aanbieders</i>	<i>taken</i>
gemeenten	uitvoering lokale nota 'Volksgezondheid, lokaal grotestedenbeleid en overig beleid' (496 gemeenten)
GGD'en	bewaken en bevorderen van de gezondheid van alle inwoners in het werkgebied door onderzoek, voorlichting, advies en interventies (n=43)
welzijnsorganisaties/Opbouwwerk	organiseren en uitvoeren van wijkgericht activiteiten op gebieden die een raakvlak hebben met gezondheid (sociale veiligheid, bestrijding eenzaamheid, buurtnetwerken, opvoedingsondersteuning etcetera)
thuiszorg-organisaties	de diensten lopen uiteen van huishoudelijke zorg, persoonlijke verzorging en kraamzorg tot zeer gespecialiseerde verpleging
GGZ-instellingen	op enkele plaatsen (Tilburg, Utrecht) is de GGZ betrokken bij de wijk-gerichte aanpak van gezondheidsproblemen
scholen	geven van voorlichting en uitvoering van onderwijsbeleid; de uitvoering hiervan is afhankelijk van de wijk waarin de school ligt
huisartsen/gezondheidscentra	sommige gezondheidscentra (bijvoorbeeld Kanaalstraat Utrecht) nemen expliciet preventietaken op zich
verzorgingshuizen, verpleeghuizen, verloskundigen, tandartsen, apotheken et cetera	houden zich op verschillende manieren bezig met de problematiek omtrent bewonersgroepen van de wijk
migranten- en bewonersorganisaties	houden zich op verschillende manieren bezig met de problematiek omtrent bewonersgroepen van de wijk

bron: RIVM

TABEL 196

Effectiviteit van activiteiten ter vermindering van SEGV in achterstandswijken

<i>activiteiten</i>	<i>uitkomstmaten</i>	<i>resultaten (doeltreffendheid)</i>
lokale zorgnetwerken	gezondheid/ probleemescalaties	gezondheid van cliënten verbeterd; het aantal probleemescalaties op wijkniveau is afgenomen.
educatie door lotgenoot voor diabetespatiënten	gedrag	verbetering in gezondheidsgedrag (voeding en beweging); alleen bij vrouwen is de suikerspiegel positief beïnvloed; resultaten van gehele activiteit nog niet eenduidig
verbetering zorgverlening van astma/COPD patiënten door praktijkverpleegkundigen	gedrag patiënten/ tevredenheid	voorlopige resultaten geven indicatie positief effect; meer gebruik van inhalatiemedicatie, afname gevallen met verergerd ziektebeeld, afname aantal contacten met huisarts, toename tevredenheid bij patiënten
extra betalingen voor huisartsen in achterstands- buurten	oplossing knelpunten	verwachting: activiteit draagt slechts bescheiden bij aan het oplossing van de knelpunten
inzet van praktijkverpleegkundigen in huisarts- praktijken in achterstands- gebieden	intensivering zorg	intensivering van de zorg voor patiënten met chronische longaandoeningen is mogelijk
Gezond Molenberg	samenwerking, aantal activiteiten, waardering en bezoek van activiteiten	samenwerking met partners loopt goed; 9 activiteiten worden uitgevoerd, 10 activiteiten in voorbereiding; activiteiten worden goed bezocht en positief geëvalueerd
migrantenvoorlichtsters van GGD Rotterdam actief in achterstandswijken	kennis/ informatie	waardevol voor overbrengen van kennis en informatie uit de Nederlandse cultuur en voor het verkrijgen van inzicht over problemen bij migranten; het werken met allochtonen in een wijk werkt beter dan wijkaanpak voor gehele bevolking; de interventies sluiten goed aan op groepen
Wijkaanpak Rotterdam	versterking van beoordelings- en beslissingsvermogen (empowering)	start gemaakt met empowering van de bevolking van achterstandswijken; te grootschalig aangepakt (10.000 inwoners); deelname bevolking laag, investeringsplannen gericht op de fysieke en economische situatie, sociale situatie weinig aan bod gekomen
Arnhemse Broek: 'gezond en wel'	samenwerking	eerste aanzet tot opzetten van (communicatie)structuren en randvoorwaarden, en meer reguliere middelen voor voortzetting van activiteiten zijn vrijgemaakt; goede ervaring met samenwerking
Thuis op straat	aantal meldingen sfeer/waardering leefbaarheid	veelbelovend: minder meldingen van overlast; oplossend vermogen van netwerken neemt toe; overdraagbaar naar andere wijken en steden (opzet van project). Voorbeeld Hillesluis: 48% van volwassenen vindt sfeer verbeterd in de wijk; 93% kent het project; 79% doet wel eens mee aan activiteiten; waardering bij 31% van de kinderen en 45% van de volwassenen is een 8; aangetoond is dat Duimdrop als onderdeel van 'thuis op straat' bijdraagt aan de vergroting van de veiligheid en leefbaarheid rond een plein
veiligheidsprojecten	leefbaarheid	veelbelovend: grotere leefbaarheid; meer sociale cohesie; meer werkgelegenheid met snelle doorlooptijden van tijdelijke naar vaste banen; toename waardering directe omgeving; ervaren veiligheid toegenomen; aantal incidenten en meldingen zijn gedaald; sociale controle/ leefbaarheid ontwikkelen zich positief, buurt is veiliger geworden; contact ouderen en jongeren is verbeterd

Bijlage 1 Knelpunten en ontwikkelingen in de informatievoorziening

Het deelrapport Preventie heeft het doel feiten en cijfers weer te geven over de stand van zaken in de preventiesector. Het gaat daarbij om 'neutrale' basisinformatie, de zogenaamde basisset van gegevens, met daarin de belangrijkste informatie over de sector. Het besluit om te streven naar een basisset van gegevens is genomen naar aanleiding van de eerste proeve van het brancherapport uit 2001, waarin alle onderwerpen en gegevensbronnen over de volle breedte van de preventiesector zijn geïnventariseerd. Uit de inventarisatie kwam naar voren dat een beschrijving van het gehele veld – met zowel de hoofd- als nevenactiviteiten – een te omvangrijk rapport zou opleveren, waardoor het onmogelijk wordt snel een overzicht van de preventiesector te krijgen. Een dergelijke complete beschrijving zou ook niet mogelijk zijn geweest binnen de tijd die beschikbaar was om het brancherapport op te stellen.

Om tot de basisset te komen zijn een aantal thema's geselecteerd (voor werkwijze: zie bijlage 2). Over elk thema zijn gegevens gepresenteerd aan de hand van vijf voorgeschreven informatiecategorieën: (1) vraag, (2) aanbod en capaciteit, (3) gebruik en productie, (4) financiering, en (5) kwaliteit en effectiviteit. Per thema is gezocht naar indicatoren die weergeven wat de stand van zaken is op het gebied van de informatie-categorieën.

Bij de knelpunten in de informatievoorziening spelen twee aspecten een rol. Ten eerste gaat het om de vraag 'wat voor soort informatie vinden we relevant om in de basisset op te nemen?'. Ten tweede speelt de vraag 'is de informatie die we willen presenteren beschikbaar?'.

Basisset van gegevens

Bij het samenstellen van de basisset van gegevens is voortgebouwd op de operationalisatie van de informatiecategorieën die voor de eerste proeve is gedaan (tabel B.1). Zo is de informatiecategorie 'vraag' geoperationaliseerd door een indicator te zoeken die – afhankelijk van het thema – de grootte van de doelgroep, de omvang van het gezondheidsprobleem, de te behalen gezondheidswinst of de subjectieve behoefte weergeeft. Steeds is bepaald welke indicator geschikt zou zijn, maar ook is rekening gehouden met de beschikbaarheid van data. Bij het bepalen van geschikte indicatoren is ook gekeken naar de set indicatoren die wordt samengesteld in Europees verband, in het kader van het ECHI-project (European Community Health Indicators; ECHI, 2001). Het is moeilijk indicatoren te vinden die de stand van zaken volledig en goed weergeven. Deze moeilijkheid

speelt niet alleen in het kader van het brancherapport Preventie, maar in de preventiesector in het algemeen. Zo zijn er in het kader van het ECHI-project nog bijna geen indicatoren voor preventie aangewezen. Bij het zoeken naar goede indicatoren zijn de volgende zaken opgevallen:

- door de diversiteit en breedte van het preventieveld verschilt de aard van de indicatoren erg per thema. Dit leidt tot een zeer omvangrijke basisset;
- indicatoren voor de objectieve 'vraag' zijn over het algemeen goed te bepalen, mede door de manier waarop de 'vraag' is geoperationaliseerd;
- indicatoren voor 'aanbod en capaciteit' zijn goed aan te wijzen;
- indicatoren voor 'gebruik en productie' zijn duidelijk aan te wijzen en meestal geoperationaliseerd als het aandeel van de doelgroep dat daadwerkelijk is bereikt met de preventie. Ook zijn er indicatoren die het maximale bereik aangeven, zoals het aantal bezoekers van websites of het aantal uitgedeelde folders. De informatiewaarde van deze indicatoren is lager. Het is bijvoorbeeld onduidelijk of mensen de uitgedeelde folders lezen en waar het lezen van een folder toe leidt;
- indicatoren voor 'financiering' zijn goed aan te wijzen;
- indicatoren voor 'kwaliteit' en 'effectiviteit' zijn vrij goed te bepalen. De indicatoren voor effectiviteit liggen op verschillende niveaus. De uiteindelijke verandering in gezondheid door de preventie is de meest gewenste indicator. Andere indicatoren kunnen zijn: 'bereikte veranderingen in risicofactoren' of 'veranderingen in mogelijkheden om gezond gedrag uit te voeren of 'risicogedrag te vermijden' (zoals een gezondheidstimulerende omgeving, kennis over risico's et cetera). Ook de indicatoren voor 'gebruik' en 'kwaliteit' kunnen een indruk geven van de effectiviteit. De relatie tussen deze indicatoren en de verbetering van de gezondheid is echter minder duidelijk.

Beschikbaarheid van gegevens

Hieronder vindt u een indruk van de aan- en afwezigheid van gegevens over de indicatoren. Eerst geven we een algemeen beeld, daarna wordt op afzonderlijke informatiecategorieën ingegaan. De ervaringen tijdens het proces van gegevensverzameling en de gegevens zoals vermeld in hoofdstuk 3 hebben hiervoor als basis gediend. Ook is geput uit inzichten die zijn verkregen in het kader van het opstellen van de eerste proeve van het brancherapport en van de 'Volksgezondheid Toekomst Verkenningen'. Over het algemeen is opvallend dat het preventieveld

zeer veel 'spelers' kent en dus ook vele bronnen van informatie. Deze informatiebronnen zijn echter nauwelijks op elkaar afgestemd in termen van gehanteerde definities en het aggregatieniveau van de beschikbare gegevens en het soort informatie. Hierdoor is het moeilijk om per preventieonderwerp de informatie over de vijf informatiecategorieën, afkomstig uit verschillende informatiebronnen, aan elkaar te koppelen. Bovendien is opvallend dat er slechts een beperkt aantal continue registraties zijn, zodat het vaak onmogelijk is trends te monitoren en recente gegevens te verkrijgen.

Vraag

Voor deze categorie zijn redelijk wat gegevens beschikbaar. Dit komt voornamelijk door de manier waarop 'vraag' naar preventie is geoperationaliseerd; namelijk als de grootte van de te bereiken doelgroep, de omvang van het gezondheidsprobleem of de

te behalen gezondheidswinst. Gegevens over de behoefte van mensen aan preventie (subjectieve behoefte) zijn slechts in beperkte mate beschikbaar.

Aanbod en capaciteit

In dit rapport ligt de nadruk op inventarisatie van de activiteiten die plaatsvinden en de organisaties die daarin een taak hebben. Gegevens die de omvang van de preventieactiviteiten weergeven zijn vaak niet beschikbaar. Zo ontbreken gegevens over de capaciteit (fte's) die wordt ingezet voor een bepaalde preventieactiviteit. Bovendien geven gegevens over het aantal mensen (personele aanbod) dat werkt aan preventie geen goed beeld van de omvang. Het aantal huisartsen is bijvoorbeeld wel bekend. Maar doordat huisartsen slechts een deel van hun tijd bezig zijn met preventieactiviteiten zegt de informatie onvoldoende over de capaciteit die wordt ingezet op preventie. Gegevens over capaciteit ontbreken met

TABEL B.1

Voorbeelden van indicatoren per informatiecategorie

<i>informatie categorie</i>	<i>toepassing voor preventie</i>	<i>voorbeelden van indicatoren</i>
raag	<ul style="list-style-type: none"> - grootte van de (potentiële) doelgroep - omvang van het gezondheidsprobleem - nog te behalen gezondheidswinst - subjectieve behoefte 	<ul style="list-style-type: none"> - aantal pasgeborenen (hielprik) - aantal ongevallen in en om het huis (letselpreventie) - gezondheidsverlies toe te schrijven aan vocht (binnenhuismilieu) - ongerustheid (voedselveiligheid)
aanbod en capaciteit	<ul style="list-style-type: none"> - (omvang) activiteiten - preventiemethode - (aantal) uitvoerende organisaties en beroepsgroepen - aantal mensen dat de activiteiten uitvoert - schaal van uitvoering 	<ul style="list-style-type: none"> - regionale organisaties - landelijke organisaties - taken van organisaties - organisatie van activiteiten - aantal activiteiten
gebruik en productie	<ul style="list-style-type: none"> - bereik van activiteiten - keteninfo: aantal mensen dat doorstroomt van preventie naar zorg of van de ene preventieactiviteit naar de andere 	<ul style="list-style-type: none"> - percentage van de uitgenodigde vrouwen dat zich heeft laten screenen (bevolkingsonderzoek borstkanker) - aantal bezoekers van website (voeding) - aantal gekeurde huishoudproducten (kinderveilige verpakkingen)
financiering	<ul style="list-style-type: none"> - budget - verdeling van het budget - financier 	<ul style="list-style-type: none"> - totale budget (rijksvaccinatieprogramma) - kosten per onderzoek (bevolkingsonderzoek borstkanker)
kwaliteit en effectiviteit	<ul style="list-style-type: none"> - maatregelen voor handhaving kwaliteit - doeltreffendheid - doelmatigheid - cliënttevredenheid 	<ul style="list-style-type: none"> - standaarden voor behandeling (jeugdgezondheidszorg) - verlaging cholesterol en afname hart- en vaatziekten (cholesterolverlagende medicijnen) - leefbaarheid (wijk) - tevredenheid (kraamzorg)

name bij preventieactiviteiten die persoonsgericht zijn en activiteiten die op kleinere schaal plaatsvinden. Over de omvang van programmatische preventie en een aantal andere grote landelijke campagnes zijn wel gegevens beschikbaar.

Gebruik en productie

Informatie over het aandeel van de doelgroep dat daadwerkelijk is bereikt met de preventieactiviteit is beperkt beschikbaar. Van een deel van deze activiteiten is geheel onduidelijk hoeveel ze worden gebruikt en door welke cliënten (groepen). Dit geldt ook op het gebied van individuele, ziektespecifieke preventie die deel uitmaakt van een behandeling in een klinische setting (bijvoorbeeld voorlichting over voeding als onderdeel van cholesterolverlagende therapie). Met name over het gebruik van preventie door 'kwetsbare' doelgroepen zoals allochtonen en mensen met een lage sociaal-economische status is weinig bekend. Wel zijn regelmatig gegevens beschikbaar over het 'maximale bereik'. De interpretatie van die gegevens is echter lastig, evenals gegevens over het bereik waarbij het aantal bereikte personen niet kan worden vergeleken met de grootte van de totale doelgroep. Daarnaast is er weinig informatie over de doorstroom van preventie naar zorg en andersom. Uitzondering hierop is een aantal programmatische screeningsprogramma's waarvoor de verwijzingen naar de zorgsector bekend zijn; borstkanker, hielprik en psychosociale problemen (binnen de jeugdgezondheidszorg).

Financiering

Veel van de cijfers over financiering zijn globaal van aard en niet opgesplitst naar preventieonderwerp. Daarom zijn die cijfers moeilijk te plaatsen in het gedetailleerde stramen van dit rapport. Achterliggend probleem is dat de geldelijke middelen voor één activiteit vaak uit verschillende budgetten komen of dat één budget voor meerdere preventieve interventies tegelijk bedoeld is. Daardoor is het onmogelijk om te bepalen of de financieringsgegevens over een preventieonderwerp compleet zijn.

Kwaliteit en effectiviteit

De kwaliteit van de uitvoering van preventie is slechts in sommige gevallen bekend. Bij een deel van de preventieactiviteiten zijn er wel protocollen, richtlijnen of planningsmodellen om een systematische en goede uitvoering te bevorderen. Hoe vaak de preventie volgens deze kwaliteitsmaatregelen wordt uitgevoerd, is echter onduidelijk.

Het is vaak niet mogelijk om een algemeen beeld te schetsen van de resultaten van preventieactiviteiten voor een specifiek onderwerp. Door het ontbreken van goed opgezette effectevaluaties zijn alleen van een deel van de activiteiten gegevens bekend over effecten.

Voor het meten van effecten van preventieve interventies is informatie op diverse niveaus noodzakelijk. Het bereiken (en meten) van 'eindoelen' op het niveau van risicofactoren en gezondheid is in veel gevallen een kwestie van lange adem (zie paragraaf 1.4). Uitkomstmaten op het intermediaire niveau zijn dan ook relevant om een idee te krijgen van de (potentiële) doeltreffendheid van preventie. Voorbeelden van deze intermediaire uitkomstmaten zijn:

- mate waarin een proces van samenwerking tussen verschillende actoren tot stand is gebracht;
- betrokkenheid van de doelgroep bij een programma;
- veranderingen die zijn opgetreden in persoonsgebonden determinanten van gedrag (kennis, houding, eigen effectiviteit);
- factoren in de sociale of fysieke omgeving die de doeltreffendheid van preventie kunnen bepalen (zoals de toegankelijkheid van preventieactiviteiten voor specifieke doelgroepen zoals lage SES-groepen en allochtonen).

Inzicht in deze intermediaire uitkomstmaten vergt een gedegen evaluatie van programma's. Deze evaluatie schiet – met uitzondering van programmatische preventieactiviteiten – tekort.

Ten aanzien van de 'eindoelen' blijkt het steeds weer zeer moeilijk om een goed overzicht te krijgen van de leefstijl- en persoonskenmerken (cholesterol, bloeddruk, lichaamsgewicht) van specifieke bevolkingsgroepen in Nederland. Vooral over allochtonen en mensen met een lage sociaal-economische status ontbreken (trend)gegevens. De niet uniforme manier van verzamelen en rapporteren van leefstijlgegevens bemoeilijkt de onderlinge vergelijkbaarheid van gegevens. Informatie over cliënttevredenheid is slechts sporadisch beschikbaar op activiteitsniveau, maar niet op het niveau van een preventieonderwerp.

Conclusie

Doordat is gekozen voor een thematische aanpak, ontstaat wel een indruk van de lacunes in de informatievoorziening, maar kan er geen compleet beeld worden geschetst van alle bestaande knelpunten. Bij de keuze van thema's heeft de beschikbaarheid van gegevens niet meegespeeld. Bij de keuze van onderwerpen die binnen het thema worden besproken is hiermee wel rekening gehouden. Over de onderwerpen die hier niet zijn beschreven zullen dan ook minder gegevens beschikbaar zijn.

Uit de activiteiten in het kader van dit rapport kan een aantal conclusies worden getrokken:

- er zijn weinig gegevens beschikbaar over de subjectieve behoefte en cliënttevredenheid. Op de rol van consumenten, cliënten, patiënten en burgers en hun houding ten opzichte van preventie is daardoor weinig zicht;
- er zijn veel gegevens over programmatische preventieprogramma's, met name over

- ziektepreventie, gegevens over de vele activiteiten die op een andere manier zijn georganiseerd zijn in mindere mate beschikbaar;
- het ontbreken van continue registraties maakt het moeilijk trends weer te geven op een groot aantal terreinen;
 - de informatie die op basis van de 'ideale' basisset van gegevens wenselijk zou zijn is lang niet altijd aanwezig. Vaak is er wel informatie aanwezig, maar de kwaliteit van die gegevens laat te wensen over. Bijvoorbeeld door een kleine steekproef, veel aannames of een lage respons;
 - de breedte en diversiteit van het veld maakt het schetsen van een totaalbeeld erg moeilijk. Een 'totaalbeeld' kan alleen worden gegeven als er belangrijke hoofdindicatoren kunnen worden aangewezen waaraan de stand van zaken in de preventiesector kan worden afgelezen. Eén van de doelen van het opstellen van de brancherapporten is om te komen tot een dergelijke basisset van gegevens waarover binnen de preventiesector overeenstemming bestaat. De basisset die in het kader van dit brancherapport is samengesteld, is erg omvangrijk. Om de basisset in te perken moet worden bepaald welke indicatoren het belangrijkste zijn. Het vergt een brede discussie om te bepalen welke indicatoren moeten afvallen. De basisset kan ook worden beperkt door (verder) te zoeken naar indicatoren op een hoger aggregatieniveau, zoals gezondheidsverlies (DALY's) of maten voor bereik van alle screeningsactiviteiten te samen.

Literatuur

ECHI, European Community Health Indicators Working Group. Design for a set of European Community Health Indicators. Final report of the ECHI project. 2001.

Bijlage 2 Werkwijze

In de eerste proeve van het brancherapport Preventie zijn alle onderwerpen, bronnen en gegevens over de volle breedte van de preventiesector geïnventariseerd. Al tijdens het maken van de eerste proeve kwam naar voren dat het uitwerken van alle onderwerpen zou leiden tot een rapport met een (te) grote omvang waardoor het niet meer mogelijk wordt snel een overzicht te krijgen. Bovendien zou het rapport niet alleen de hoofdactiviteiten van de preventieve sector beschrijven, maar ook de nevenactiviteiten. Voor de tweede versie van het deelrapport is daarom niet gestreefd naar een compleet beeld, maar zijn we op zoek gegaan naar een basisset van gegevens met daarin de belangrijkste informatie over de preventiebranche.

Naar een themalijst

Om tot een basisset van gegevens te komen is gekozen voor een thematische aanpak. De aanpak is voorgelegd aan de begeleidingscommissie van het deelrapport Preventie. Deze commissie bestond uit vertegenwoordigers van organisaties die een rol spelen bij de beleidsvorming en -uitvoering in de preventiesector. De commissie ging akkoord met het idee dat in het rapport een selectie wordt gemaakt van thema's en dat niet (meer) wordt geprobeerd een compleet beeld te geven van de sector. Ook in de geselecteerde thema's (zie tabel B.2) kon de begeleidingscommissie zich in principe vinden. De thema's zijn gekozen in overleg met beleidsmakers van VWS van de directies Preventie en Openbare Gezondheidszorg (POG) en Voeding en Gezondheidsbescherming (VGB). Het gaat om herkenbare thema's waarover overzichtelijke en toegankelijke gegevens kunnen worden opgenomen, die interessant zijn voor alle partijen en functioneel voor het totale beleidsproces. Bij de selectie is niet gekozen voor een theoretisch kader, maar is een praktische benadering gehanteerd. Deze praktische benadering houdt in dat de thema's thuishoren in verschillende ordeningssystematieken. Door deze verschillende ordeningssystematieken overlappen de gekozen thema's elkaar en zijn ze ongelijksoortig. In een bijeenkomst van de begeleidingscommissie werd gevraagd om een categorisering van de thema's zodat de gedachte achter de keuze voor het thema duidelijker zou worden.

De thema's zijn geordend aan de hand van verschillende invalshoeken (zie tabel B.2). Dit is op dezelfde manier gedaan als in het onderdeel preventie van het Nationaal Kompas Volksgezondheid, één van de onderdelen van de 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning' 2002⁸.

Concretisering van de thema's

De geselecteerde thema's zijn geconcretiseerd door te kiezen voor één of meer subthema's (tabel B.2). Het was de bedoeling dat de subthema's representatief zijn voor het gehele thema. Drie andere criteria hebben meegewogen bij de keuze voor een subthema:

- er is grote gezondheidswinst te behalen ten aanzien van het subthema;
- de preventie is bedoeld voor een groot gedeelte van de bevolking, de doelgroep is niet heel specifiek;
- er is een duidelijk aan te wijzen preventieve activiteit.

Van themalijst naar basisset van gegevens

De verschillende subthema's moeten in het rapport worden uitgewerkt in vijf vaste informatiecategorieën: (1) vraag, (2) aanbod en capaciteit, (3) gebruik en productie, (4) financiering, en (5) kwaliteit en effectiviteit. Per subthema is gezocht naar indicatoren die weergeven wat de stand van zaken is op het gebied van de informatiecategorieën. Daarbij wordt voortgebouwd op de operationalisatie van de informatiecategorieën die voor de eerste proeve is gedaan (zie bijlage I).

In sommige gevallen was het gekozen subthema niet representatief genoeg voor het gehele thema. Er is dan bekeken of er indicatoren zijn die een goed beeld geven van de prestaties die worden behaald voor het gehele thema. Deze indicatoren zijn toegevoegd aan de indicatoren van het subthema.

Uitwerking

De data die betrekking hebben op de indicatoren zijn verzameld en in tabellen gezet. De technische commissie heeft de betrouwbaarheid en de kwaliteit van de data beoordeeld. Onder elk thema worden eerst de data gepresenteerd die betrekking hebben op indicatoren die gelden voor een geheel thema. Daarna worden de data gepresenteerd die betrekking hebben op het subthema.

⁸ Te vinden op <http://www.rivm.nl/nationaalkompas>.

TABEL B.2

De thema's en daarbij gekozen subthema('s)

<i>invalshoek</i>	<i>thema</i>	<i>subthema</i>
preventie gericht op risico-factoren leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> - bewegen - tabak - alcohol - gezonde voeding - veilig vrijen - letselveiligheid - drugs 	<ul style="list-style-type: none"> - lichamelijke activiteit - zowel stoppen met roken als niet beginnen met roken komen aan de orde - alcoholgebruik bij jongeren onder de 16 jaar en bij mensen ouder dan 16 jaar - richtlijnen Goede Voeding; borstvoeding - condoomgebruik - bij 0-4-jarigen; bij senioren - uitgaansdrugs
fysieke omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - milieugerelateerde gezondheidsrisico's - veiligheid van voedsel - productveiligheid 	<ul style="list-style-type: none"> - geluid; binnenhuismilieu - mycotoxinen; micro-organismen in vlees - brandveiligheid (kleding); kinderveilige verpakkingen
preventie van ziekten en aandoeningen	<ul style="list-style-type: none"> - infectieziekten - hart- en vaatziekten - nieuwvormingen - erfelijke en aangeboren aandoeningen - psychische gezondheid¹ 	<ul style="list-style-type: none"> - antibioticumresistentie bij ziekenhuisinfecties; rijksvaccinatieprogramma; tuberculose - screening op een verhoogde bloeddruk; cholesterolverlagende medicijnen - borstkankerscreening - congenitale aandoeningen - preventie van depressie
doelgroepen van preventie	<ul style="list-style-type: none"> - mensen met een lage sociaal-economische status - jeugd 	<ul style="list-style-type: none"> - dit thema wordt uitgewerkt aan de hand van de vermindering van de SEGV door wijkgerichte benadering (zie onder wijk) - jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen uitgewerkt in deelonderwerpen, screening PKU/CHT/AGS en preventie van psychosociale problemen; kraamzorg
setting waarin preventie wordt aangeboden	<ul style="list-style-type: none"> - werkplek - wijk 	<ul style="list-style-type: none"> - gezondheidsbevordering op de werkplek onder meer gericht op de vermindering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid - vermindering van de SEGV door een integrale aanpak van (gezondheids) problemen in de wijk

¹ Dit thema is oorspronkelijk geselecteerd. Uitwerking van het thema bleek echter niet mogelijk. Meer informatie over het onderwerp kunt u vinden in het brancherapport GGZ-MZ.

Bijlage 3 Lijst met gebruikte afkortingen

AGS	adrenogenitaal syndroom	ISIS	Infectieziekten Surveillance Informatie Systeem
aids	acquired immune deficiency syndrome		
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	ISO	internationale organisatie voor standaardisatie
BCG	Bacille bilié de Calmette et Guérin		
BI	betrouwbaarheidsinterval	JGZ	Jeugdgezondheidszorg
BMI	body mass index		
BMR	bof, mazelen, rode hond	KNCV	Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose
BOTA	Bestuurlijk Overleg Tuberculose Asielzoekers en illegalen	KvW	Keuringsdienst van Waren
BTM	Branchebelang Thuiszorg Nederland		
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties	LCI	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding
		LDL	low density lipoprotein
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg	LETB	Landelijk Evaluatie Team voor Bevolkingsonderzoek op Borstkanker
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek		
CHT	congenitale hypothyreoïdie	L _{etmaal}	Etmaalbelasting
CHZ	coronaire hartziekten	LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg	LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
COA	Centrale Opvang voor Asielzoekers	LIS	Letsel Informatie Systeem
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen	Lisv	Landelijk instituut sociale verzekeringen
		LMR	Landelijke Medische Registratie
DALY	Disability-adjusted life-year(s)	LNR	Landelijke Neonatale Registratie
dB	decibel	LNV	ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij
Defacto	tot augustus 2001: Stivoro	LRCB	Landelijk Referentie Centrum voor Bevolkingsonderzoek op Borstkanker
DHV	Districts Huisartsen Vereniging		
D(K)TP	difterie, (kinkhoest,) tetanus, poliomyelitis	LSP	Landelijke Steunfunctie Preventie
DKTP	difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis	LVE	Landelijke Vereniging van Entadministraties
DNA	desoxyribo nucleic acid	LVR	Landelijke Verloskundige Registratie
		LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
EMC	Erasmus Medisch Centrum		
EU	Europese Unie	MIG	Modernisering Instrumentarium Geluidbeleid
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam	MIS	Minimale interventiestrategie
		MOA	Medische Opvang Asielzoekers
Farbo	regeling om werkgevers extra te prikkelen om te investeren in arbeidsomstandigheden	MORGEN	Monitoring van risicofactoren en gezondheid in Nederland
FH	familiaire hypercholesterolemie		
		NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
GBW	Gezondheidsbevordering op de werkplek	NEN	Nederlands Normalisatie-instituut
GGD	Gemeentelijke/gewestelijke Gezondheidsdienst	NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
GIP	Geneesmiddelen Informatie Project		
GSPD	General Product Safety Directive	NIPO	Nederlands Instituut voor de Publieke Opiniepeiling
GVO	Gezondheids Voorlichting en -Opvoeding		
HDL	high density lipoprotein	NISB	Nationaal Instituut voor Sport en Beweging
Hib	haemophilus influenza type b	NISSO	Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek
HIV	human immunodeficiency virus		
HVZ	hart- en vaatziekten	Nivel	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
		NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg		
IKC	Integraal Kankercentrum		

NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité * Nederlandse Sport Federatie	SVM	Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie	SZW	ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
NSPH	Netherlands School of Public Health		
NTR	Nederlandse Tuberculose Register		
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kinder-geneeskunde	TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
NVPG	Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering	TNO-PG	TNO Preventie en Gezondheid, Nederlandse Organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek
OGZ	Openbare Gezondheidszorg	Trimbos	Trimbos-instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
OKZ	ouder- en kindzorg		
OR	Odds ratio	TZ	Wet terugdringing ziekteverzuim
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt-onderzoek	UM	Universiteit van Maastricht
		UU	Universiteit Utrecht
		UvA	Universiteit van Amsterdam
PAGO	Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek		
PAR	Populatie attributief risico	3VO	Verenigde Verkeers Veiligheids Organisatie
PCB	polychloor-bifenylen	VC	Voedingscentrum
PEA	Provinciale Ent Administratie	VCP	Voedselconsumptiepeiling
PEMBA	Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidverzekeringen	VIKC	Vereniging van Integrale Kankercentra
		VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
PIENTER	Peiling immunisatie effect nederland ter evaluatie van het rijksvaccinatieprogramma	VU	Vrije Universiteit Amsterdam
		VROM	ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
PKU	fenyketonurie		
POLS	Permanent Onderzoek LeefSituatie	VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
PREFFI	Preventie effectiviteitsinstrument	VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
PREZIES	Preventie ziekenhuisinfecties door surveillance	VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
		WAO	Wet arbeidsongeschiktheid
		WBO	Wet op het bevolkingsonderzoek
QALY	Quality-adjusted life-years	WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
REA	Wet reïntegratie arbeidsgehandicapten	WHO	World Health Organization
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit van de zorg
RIE	Risico Inventarisatie en -Evaluatie	Wulbz	Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu		
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek	XTC	ecstasy
RSI	Repetitive Strain Injury		
RUU	Rijksuniversiteit Utrecht	ZN	Zorgverzekeraars Nederland
RUG	Rijksuniversiteit Groningen	Zon	Zorgonderzoek Nederland
RVD	Rijksvoorlichtingsdienst	ZonMw	Zorgonderzoek Nederland, Medische Wetenschappen
RVP	Rijksvaccinatieprogramma		
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg		
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau		
SCV	Stichting Consument en Veiligheid		
SEH	Spoedeisende Hulp		
SES	sociaal-economische status		
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen		
Stivoro	Stichting Volksgezondheid en Roken		
STOEH	Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie		
STOET	Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren		
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening		

Bijlage 4 Verklarende woordenlijst

<p>CARE Primair op verpleging en verzorging gerichte deel van de gezondheidszorg.</p>	<p>GEZONDHEIDSTOESTAND Gezondheid zoals omschreven in termen van objectief meetbare grootheden of indicatoren.</p>
<p>CASE-FINDING Opsporing van een ziekte bij een persoon met een verhoogd risico daarop, tijdens een contact in de gezondheidszorg, waarbij de reden voor het contact a priori een andere is dan de op te sporen ziekte.</p>	<p>INCIDENTIE Het aantal nieuwe gevallen van of nieuwe personen met een bepaalde ziekte in een bepaalde periode, absoluut of relatief.</p>
<p>CURE Primair op genezing gerichte deel van de gezondheidszorg.</p>	<p>INDICATIE De in de interactie tussen aanbod (deskundigen/hulpverleners) en vraag (patiënten/cliënten/consumenten) geformuleerde noodzakelijk geachte interventie(s). In dit rapport wordt echter meer uitgegaan van de geformuleerde noodzakelijk geachte interventie als dit volgens medisch-wetenschappelijke inzichten passend was.</p>
<p>dB (A) De sterkte van geluid ofwel het geluidniveau, wordt uitgedrukt in decibel (dB). Het menselijk oor is niet voor alle frequenties (toonhoogtes) in gelijke mate gevoelig. Om de sterkte van geluid te meten, zoals een mens deze ervaart, wordt gecorrigeerd voor het verschil in gevoeligheid. Door optelling van alle gecorrigeerde frequenties ontstaat een ééngetalswaarde voor het geluidniveau, uitgedrukt in decibel(A) ofwel dB(A).</p>	<p>INDICATOR Een meetbare grootheid die een beeld geeft van een bepaald aspect van de gezondheidstoestand (lichamelijk, psychisch, sociaal). Aggregatie van metingen op individueel niveau levert indicatoren op populatie-niveau.</p>
<p>DETERMINANT Een factor die van invloed is op de gezondheid of, in termen van meetbare grootheden, op de gezondheidstoestand.</p>	<p>INTERVENTIE Activiteit met als doel het beïnvloeden van een determinant of ziekte in de gewenste richting.</p>
<p>DOELMATIGHEID Een zodanige inzet van middelen dat deze in redelijke verhouding staan tot de daarmee gegenereerde verbetering van de gezondheidstoestand.</p>	<p>LEVENSVERWACHTING Het gemiddeld aantal nog te verwachten levensjaren op een bepaalde leeftijd.</p>
<p>DOELTREFFENDHEID Zie effectiviteit</p>	<p>L_{den} L_{den} (day-evening-night level): Maat voor geluid om de geluidbelasting over een etmaal te beschrijven waarbij in drie periodes van een etmaal (07.00–19.00 uur, 19.00–23.00 uur en 23.00–07.00 uur) een fysische meting of berekening van de geluidsniveaus wordt gedaan. De maat houdt er rekening mee dat geluid tijdens de avond- en nachtperiode hinderlijker is dan overdag. De waarden voor avond en nacht worden opgehoogd met respectievelijk 5 en 10 dB(A) alvorens ze met de dagwaarde op te tellen tot de waarde voor L_{den}.</p>
<p>EFFECTIVITEIT De mate waarin (vooraf) geformuleerde doelstellingen in de praktijk worden bereikt.</p>	<p>MONITORING Het uitvoeren en analyseren van routinemetingen gericht op het opsporen van veranderingen in de gezondheidstoestand van de bevolking en de determinanten daarvan.</p>
<p>FACETBELEID Beleid dat buiten de strikte volksgezondheidsfeer valt, maar waarbij toch sprake is van het voorkómen van gezondheidsschade.</p>	<p>PREVALENTIE Het aantal gevallen of personen met een bepaalde ziekte op een bepaald moment (punt-prevalentie) of in een bepaalde periode, bijvoorbeeld per jaar (periode-prevalentie), absoluut of relatief.</p>
<p>GEZONDHEID Optimaal functioneren in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht, gezien als proces tot behoud van het evenwicht tussen de eigen vermogens en omgevingsfactoren. Het begrip omvat zowel een aspect van een 'ideaal-situatie' als van een subjectieve, tijd- en plaatsgebonden interpretatie.</p>	

PRIMAIRE PREVENTIE

Preventie met het doel een ziekte te voorkomen door het wegnemen van de oorzaken. Hierbij is een 'gezonde' populatie de doelgroep en het streven is om door beïnvloeding van de determinanten het optreden van ziekten en aandoeningen te verlagen.

RISICOFACITOR

Specificering (niveau, waarde, kenmerk) van een determinant waarbij een verhoogd relatief risico bestaat.

SECUNDAIRE PREVENTIE

Opsporen van een ziekte of een risicofactor van een ziekte voordat de 'patiënt' zich van de ziekte bewust is, gevolgd door adequate behandeling.

SOCIAAL-ECONOMISCHE STATUS

Positie die iemand inneemt in de sociale hiërarchie, gemeten aan de hand van opleiding, inkomen of beroepsstatus.