

Gezondheid en gedrag

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2002

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
1.1	Adviesthema	9
1.2	Probleemstelling en afbakening advies	9
1.3	Beleidsvragen en leeswijzer	11
2	Gezondheid en gedrag	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Gezondheid en gedrag	13
2.3	Gezondheidsbevordering	14
2.4	Voeding, beweging en overgewicht	15
2.5	Kosten van (on)gezond gedrag	19
2.6	Conclusie	22
3	Probleemanalyse	24
3.1	Inleiding	24
3.2	Verantwoordelijkheidsverdeling onduidelijk	24
3.3	Conclusie	27
4	Oplossingsrichtingen	28
4.1	Inleiding	28
4.2	Uitgangspunten	28
4.3	Mogelijkheden voor gezondheidsbevorderende interventies	29
4.4	Rolverdeling verantwoordelijkheid	36
4.5	Kosten van ongezond gedrag	41
4.6	Conclusie	42
5	Conclusies en aanbevelingen	44
5.1	Conclusies	44
5.2	Aanbevelingen	45
	Bijlagen	
1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma RVZ 2001-2002	55
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	61
3	Adviesvoorbereiding	63
4	Algemene ontwikkeling van de gezondheidsbevordering	67
5	Overheidsbeleid en gezondheidsbevordering	73
6	De invloed van genen en omgeving op gezondheidsgedrag	85

7	Ethische aspecten van gezondheid en gedrag	99
8	Gezondheidsbevordering op de werkplek: een kennismaking in de praktijk	117
9	Lijst van begrippen	129
10	Lijst van afkortingen	133
11	Literatuur	135
12	Overzicht publicaties RVZ	147

Samenvatting

Inleiding

Minder eten, meer bewegen, niet roken en matig drinken, het zijn overbekende voorbeelden van leefstijladviezen die, als ze worden opgevolgd, leiden tot aanzienlijke gezondheidswinst en een betere kwaliteit van leven. Er is echter een groot verschil tussen weten en doen, dat is de kern van het probleem waarover dit advies gaat.

Wat is het probleem?

Hoewel de kennis over gezondheidsrisico's is toegenomen en de overheid veel geïnvesteerd heeft in gezondheidsbevorderende interventies, leven steeds meer mensen ongezond en zijn de gevolgen daarvan ernstig. De vraag voor de overheid is hoe ongezond gedrag kan worden omgebogen, maar vooral ook wie daarvoor verantwoordelijk is.

Overgewicht en obesitas

Een ernstig en groeiend volksgezondheidsprobleem is dat van overgewicht en obesitas. In Nederland heeft inmiddels meer dan 40% overgewicht, 10% heeft ernstig overgewicht: obesitas. Nederland lijkt met ongeveer 10 jaar verschil de Amerikaanse trend te volgen. Daar liggen de cijfers inmiddels op 56% overgewicht en 22,5% obesitas. In de afgelopen 20 jaar is overgewicht bij kinderen van 5 tot 11 jaar sterk toegenomen: van 4% naar 10%, obesitas komt zelfs 8 keer vaker voor dan 20 jaar geleden. Opvallend is de sterke stijging van overgewicht bij kinderen vanaf 3 jaar.

Overgewicht en obesitas komen in bepaalde groepen van de bevolking veel vaker voor. Bij laagopgeleiden komt obesitas 4 keer vaker voor dan bij hoogopgeleiden. Het aantal allochtonen met overgewicht en obesitas heeft ongeveer de omvang van de huidige Amerikaanse percentages van overgewicht en obesitas. Bij Turkse en Marokkaanse kinderen liggen de percentages overgewicht en obesitas ruim 2 keer zo hoog in vergelijking met die van Nederlandse kinderen in dezelfde leeftijdsgroep.

Gezondheidsrisico's

Overgewicht en obesitas zijn een belangrijk volksgezondheidsprobleem, omdat het kan leiden tot een verlaagde kwaliteit van leven en een sterk verhoogde kans op ziekte en sterfte. Overgewicht en obesitas verhogen de kans op hart- en vaatziekten,

diabetes mellitus type 2 (ook kinderen met overgewicht krijgen deze ‘ouderdomssuikerziekte’), sommige vormen van kanker (vooral dikke darmkanker) aandoeningen aan het bewegingsapparaat (arthrose) en psychische klachten. Overgewicht en obesitas hebben een grotere invloed op het aantal chronische aandoeningen dan rookgedrag of excessief alcoholgebruik.

Kosten van ongezond gedrag

Alle vormen van ongezond gedrag leiden tot meer zorgconsumptie en tot hogere kosten. De directe kosten - kosten van gezondheidszorg - veroorzaakt door roken, lichamelijke inactiviteit, ongezonde voeding en alcohol bedragen per jaar circa EUR 1,4 miljard, dat is 4% van het totale zorgbudget. Roken kost werkgevers tenminste EUR 300 miljoen per jaar. Dit wordt vooral veroorzaakt door een hoger ziekteverzuim.

De directe kosten als gevolg van obesitas worden geschat op EUR 0,5 miljard, terwijl de indirecte kosten (zoals ziekteverzuim, productieverlies, uitkeringslasten, maatschappelijke kosten) geschat worden op EUR 2 miljard.

Bevorderen van gezond gedrag

Ongezond gedrag ombuigen naar gezond gedrag is moeilijk. Gedrag is niet alleen een zaak van een bewust gekozen leefstijl. Genetische aanleg en omgevingsfactoren, zoals de sociale, fysieke en economische omstandigheden waarin mensen verkeren, zijn ook bepalend. Daarom is het zo moeilijk om het gedrag van mensen te veranderen.

Maatregelen moeten volgens de Raad niet alleen gericht zijn op gedragsverandering van de burger, maar ook op de mogelijkheden die anderen – de overheid, de zorgverzekeraar, de werkgever, private partijen – hebben om omgevingsfactoren te beïnvloeden. De boodschap van dit advies is eenvoudig, de uitvoering ervan is complex en vraagt een lange adem: *stimuleer gezond gedrag door de gezonde keuze gemakkelijker te maken (‘making the healthy choice the easy choice’).*

Uitgangspunten voor beleid

De Raad staat op het standpunt dat burgers in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid, dat de overheid vanuit haar publieke verantwoordelijkheid en grondwettelijke taak voor de volksgezondheid gezond gedrag van burgers moet bevorderen, en dat andere partijen vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid een taak hebben ongezond gedrag te verminderen en gezond gedrag te bevorderen.

Het belang van de volksgezondheid en het eigen belang van burgers zijn de belangrijkste argumenten om gezond gedrag te bevorderen. De hogere of lagere kosten van zorg als gevolg van (on)gezond gedrag zijn hiervoor geen doorslaggevend argument.

Welke maatregelen moet de overheid treffen?

Met voorlichtende en gedragsbeïnvloedende maatregelen is niets mis, zolang gezond gedrag niet wordt opgelegd of afgedwongen, bijvoorbeeld door uitsluiting van zorg of financiële strafmaatregelen. Afgezien van het feit dat nog onvoldoende bekend is over de effectiviteit van dergelijke maatregelen, zijn ze omstreden. Aan prijsverhogende maatregelen, bijvoorbeeld accijns op ongezonde voeding- of voedingsbestanddelen ('health tax'), zijn praktische en maatschappelijke bezwaren en problemen verbonden, waardoor invoering op dit moment niet wenselijk is. Een aantal aspecten, zoals de effectiviteit, de proportionaliteit en de maatschappelijke impact van deze maatregelen, zou eerst nader onderzocht moeten worden.

Algemene maatregelen

Volgens de Raad moet de overheid, i.c. de minister van Volksgezondheid en Sport, de volgende maatregelen nemen op het gebied van gezondheid en gedrag in het algemeen:

1. Bied goede, betrouwbare informatie over gezondheid en gedrag met eigentijdse middelen.
2. Onderzoek of gebruik van multimediale technologieën kan leiden tot gedragsverandering en verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen.
3. Maak bindende afspraken tussen departementen over meer samenwerking op gemeenschappelijke terreinen, zoals bijvoorbeeld arbeid en gezondheid.
4. Versterk samenwerking en afstemming tussen beleidsterreinen binnen VWS, zoals bijvoorbeeld tussen sport-, jeugd-, welzijns- en gezondheidsbeleid.
5. Ondersteun en financier op lokaal niveau intersectorale samenwerking tussen bijvoorbeeld de gemeente, GGD, het onderwijs, het welzijnswerk, de thuiszorg en de eerstelijnszorg.

Specifieke maatregelen

Om toename van overgewicht en obesitas terug te dringen zal de overheid de volgende maatregelen moeten nemen.

1. Stel een nationale commissie aanpak obesitas en overgewicht in die interventiestrategieën bedenkt en uitwerkt om het probleem van overgewicht en obesitas efficiënt en effectief aan te pakken.
2. Continueer massamediale campagnes. Ze blijven noodzakelijk voor agendasetting, bewustwording en kennisvermeerdering, maar moeten vergezeld gaan van op de omgeving gerichte maatregelen en betrokkenheid van alle partijen.
3. Stel richtlijnen op om reclame en media die tot ongezond voedingsgedrag aanzetten - vooral bij kinderen - te reguleren en te beperken.
4. Stimuleer en ondersteun lokale overheden om op basis van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) beleidsstrategieën te ontwikkelen ter voorkoming van overgewicht en obesitas.
5. Zorg dat bij de inrichting van de openbare ruimte voorrang gegeven wordt aan maatregelen die de lichamelijke activiteit bevorderen.
6. Stimuleer en subsidieer sport en beweging in de buurt, op het werk en op school. Breid het gymnastiekonderwijs uit met 1 uur per week.
7. Stel richtlijnen op voor de signalering, advisering en hulpverlening vanuit de gezondheidszorg aan kinderen met overgewicht.
8. Stimuleer dat gezondheidsbevordering ook een taak is van de curatieve zorg.
9. Investeer in wetenschappelijk onderzoek naar effectieve interventies op het gebied van preventie van overgewicht en obesitas.
10. Subsidieer gezonde voeding in schoolkantines.
11. Stimuleer werkgevers actief gezondheidsbevorderingsbeleid te voeren en bied hen daarbij ondersteuning en voorlichting aan.
12. Stimuleer ziektekostenverzekeraars te investeren in gezond gedrag van verzekerden.

1 Inleiding

1.1 Adviesthema

'Mensen met een ongezonde leefstijl of gewoonte, zoals rokers, moeten niet zomaar in aanmerking komen voor cholesterolverlagende middelen. Eerst moet hun ongezonde leefstijl veranderen.' Deze stelling illustreert het thema dat als rode draad door dit advies loopt. Dit advies gaat namelijk over gezondheid en gedrag en de vraag hoe eigen verantwoordelijkheid van burgers voor gezond gedrag zich verhoudt tot die van de overheid en andere partijen.

Gezond gedrag: eigen verantwoordelijkheid?

Een voor iedereen geldend recht op zorg is een belangrijk uitgangspunt in het overheidsbeleid. Dit recht hangt samen met plichten van burgers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In het Strategisch Akkoord (3 juli 2002) is dit ook verwoord. Zo heeft de zorgverzekeraar acceptatieplicht en mag hij geen risicoselectie toepassen als de nieuwe basisverzekering ingaat. Maar ook verzekerden zullen hun aandeel moeten leveren. Voor hen geldt in de toekomst een verplicht eigen risico.

Burgers kunnen kiezen voor gezond gedrag. Die keuze is echter niet een van de burger alleen. Verschillende partijen, zoals verzekeraars, werkgevers, zorgaanbieders en de overheid zijn bij die keuze betrokken.

Of ook verantwoordelijkheid van andere partijen?

Gedrag is bovendien niet alleen een zaak van een bewust gekozen leefstijl. Genetische aanleg en omgevingsfactoren, zoals de sociale, fysieke en economische omstandigheden waarin mensen verkeren, zijn ook bepalend voor het gedrag. Dat geldt ook voor gedrag op het gebied van gezondheid.

1.2 Probleemstelling en afbakening advies

Hoewel de kennis over gezond en ongezond gedrag is toegenomen en de overheid veel geïnvesteerd heeft in gezondheidsbevorderende interventies, leeft een groot en groeiend deel van de bevolking in toenemende mate in bepaalde opzichten ongezond en zijn de gevolgen daarvan soms ernstig. De vraag voor de overheid is hoe ongezond gedrag omgebogen kan worden naar gezond gedrag, maar vooral ook wie daarvoor verantwoordelijk zijn.

Ongezond leven neemt toe, gevolgen zijn ernstig

<p>De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) richt zich in dit advies vooral op dit laatste aspect: de verdeling van verantwoordelijkheden. De vraag is dan: hoe verhoudt zich de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor gezond gedrag tot die van de overheid en andere partijen, zoals werkgevers, verzekeraars en zorgaanbieders? En is bemoeienis van de overheid en van andere partijen met het gezondheidsgedrag van burgers te legitimeren?</p>	<p>Wie is verantwoordelijk en waarom overheidsbemoeienis?</p>
<p>Deze afbakening van het adviesthema is mede bepaald door het feit dat ook andere adviesorganen, Gezondheidsraad en RIVM, gevraagd zijn de Minister te adviseren over deels dezelfde thematiek. De Gezondheidsraad schrijft een rapport over nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas. Het RIVM bracht begin dit jaar het VTV-rapport Tijd voor gezond gedrag, bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen, uit en heeft nog een VTV-rapport over voeding in voorbereiding.</p>	<p>Afbakening van advies</p>
<p>Voor de afbakening van het advies zijn de zogenoemde BRAVO-leefstijlfactoren, die de overheid sinds 1998 in haar beleid hanteert, aangehouden: Bewegen, Roken, Alcohol, Veiligheid, Veilig vrijen, Voeding, Ontspanning. Gebruik van drugs valt niet hieronder en is daarom ook niet in het advies betrokken.</p>	<p>BRAVO-leefstijlfactoren</p>
<p>Naast algemene problemen bij bevordering van gezond gedrag, besteedt de Raad specifiek aandacht aan de leefstijlfactoren voeding en beweging, mede vanwege de toename van het probleem van overgewicht en obesitas. In het advies dient dit probleem als voorbeeld van gezondheidsproblemen die het gevolg kunnen zijn van ongezond gedrag. In twee achtergrondstudies, die in een afzonderlijk publicatie zijn opgenomen, is dit probleem nader uitgewerkt.</p>	<p>Voeding en beweging Probleem: toename overgewicht en obesitas....</p>
<p>In de eerste plaats heeft de RVZ een studie laten verrichten naar overgewicht en obesitas onder jongeren (0- tot 19-jarigen) vanwege de omvang en de vaak blijvende gevolgen van dit gezondheidsprobleem. Zie hiervoor de achtergrondstudie van C.M. Renders, et al..</p>	<p>.... onder jongeren</p>
<p>Een tweede studie heeft werknemers als doelgroep. Door de afname van zware fysieke arbeid en toename van zittend werk, vormen werknemers een risicogroep voor overgewicht. Een ander aspect is dat werkgevers meer dan vroeger belang</p>	<p>.... onder werknemers</p>

hebben bij gezond levende werknemers vanwege de financiële risico's bij ziekteverzuim. Dit staat beschreven in de achtergrondstudie van A.S. Singh, et al..

Naast deze specifieke thema's is aandacht besteed aan een aantal algemene aspecten van gezondheid en gedrag. Zo is onderzocht in hoeverre ongezond gedrag toe te schrijven is aan leefstijl, genetische aanleg of aan omgevingsfactoren. Hieruit blijkt bijvoorbeeld dat de invloed van omgevingsfactoren meer bepalend is dan genetische aanleg voor ongezond gedrag. In bijlagen 4, 5 en 6 is dit verder uitgewerkt.

Algemene aspecten van gezondheid en gedrag

Ongezond gedrag leidt tot meer zorgconsumptie en dus tot hogere kosten. De RVZ liet daarom een studie verrichten naar de economische aspecten van gezondheidsgedrag. Zowel de economische effecten (kosten) van ongezond gedrag als de vraag hoe gezond gedrag van burgers via economische instrumenten is te sturen, staan hierin centraal. Dit is het onderwerp van de achtergrondstudie van W. Groot en H. Maassen van den Brink, welke eveneens in de bundel met achtergrondstudies is gepubliceerd.

Meer zorgconsumptie, hogere kosten

Gezond gedrag sturen met economische instrumenten?

Ten slotte komen ook ethische aspecten aan bod. Hierbij gaat het om verheldering van kwesties als eigen verantwoordelijkheid van de burger in relatie tot verantwoordelijkheid van de overheid en andere partijen. In bijlage 7 zijn de ethische aspecten nader uitgewerkt.

Ethische aspecten verantwoordelijkheid

1.3 Beleidsvragen en leeswijzer

Dit advies levert bouwstenen voor de nota over gezondheidsbeleid die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in voorbereiding heeft. In deze beleidsnota worden de speerpunten voor het gezondheidsbeleid in de komende vier jaar aangegeven en zal ook aandacht besteed worden aan de legitimatie van de overheidstaak op dit terrein en aan de vraag hoe deze taak zich verhoudt tot de inzet van de burger.

Bouwstenen voor nota gezondheidsbeleid

De beleidsvragen zijn als gevolg van de afbakening van het adviesthema enigszins bijgesteld vergeleken met het RVZ Werkprogramma 2001-2002 en toegespitst op de mogelijkheden, verantwoordelijkheden en sturingsinstrumenten van gezondheidsbevorderende gedragsbeïnvloeding.

De inhoud van het advies is als volgt:

Probleemanalyse

- Welke inzichten bestaan er op dit moment op de algemene en de specifieke terreinen van gezondheidsbevordering (hoofdstuk 2)?
- Welke problemen doen zich voor op het gebied van gezondheid en gedrag (hoofdstuk 3)?
- Hoe moeten begrippen als gezondheidsbevordering, gezond gedrag en preventie begrepen worden en wiens taak is het de gezondheid te bevorderen (hoofdstuk 4)?

Beoordeling van de oplossingen

- Welke mogelijkheden bestaan er om gezondheidsgedrag effectief te beïnvloeden (hoofdstuk 4)?
- Hoe kunnen verantwoordelijkheden tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, bedrijfsleven, onderwijs en burgers verdeeld worden (hoofdstuk 4)?
- Wat is de rol van de overheid hierbij (hoofdstuk 4)?
- Welke sturingsinstrumenten zijn bruikbaar om gezond gedrag te bevorderen (hoofdstuk 4)?

Advies

- Welke overheidsmaatregelen zijn nodig (hoofdstuk 5)?
- Hoe zijn ze te implementeren (hoofdstuk 5)?

Achtergrondstudies

Bij dit advies wordt een aparte publicatie uitgebracht: Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies. De inhoud van deze bundel ziet er als volgt uit:

- Lotterman, L. Debatverslagen gezondheid en gedrag;
- Renders, C.M., J.C. Seidell, W. van Mechelen, R.A. Hirasing. Het gezondheidsprobleem rond overgewicht bij kinderen en adolescenten;
- Singh, A.S., M.N.M. van Poppel, J.C. Seidell, R.A. Hirasing, W. van Mechelen. Lichamelijke inactiviteit en ongezond voedingsgedrag onder werknemers;
- Groot, W.N.J. en H. Maassen van den Brink. De economische effecten van (on)gezond gedrag.

2 Gezondheid en gedrag

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft in het kort een overzicht van ontwikkelingen en feiten over (on)gezondheid en gedrag, en van voeding en beweging als determinanten van gezondheid in het bijzonder.

2.2 Gezondheid en gedrag

Individueel gedrag, waaronder gezondheidsgedrag, wordt bepaald door genetische aanleg, leefstijl en omgevingsfactoren. De vraag is vervolgens in hoeverre ongezond gedrag erfelijk dan wel door omgevingsfactoren is bepaald. Een antwoord hierop is van belang om inzicht te krijgen in de oorzaken van ongezond gedrag en in de mogelijkheden voor gedragsbeïnvloeding.

Gedrag:
- aanleg?
- leefstijl?
- omgeving?

Gedrag

Het gedrag van mensen, ook ten aanzien van hun gezondheid, komt op een complexe manier tot stand. Veel menselijk gedrag is niet bewust en doelgericht. Gedrag wordt zowel beïnvloed door genetische aanleg als door aangeleerde patronen en invloeden vanuit de omgeving. Dit wordt 'gewoontegedrag' genoemd.

Gedrag is (vaak) 'gewoontegedrag'

Hiertegenover staat 'bewust, intentioneel gedrag', waarbij een zorgvuldige afweging wordt gemaakt op grond van beschikbare informatie en kennis tussen verschillende gedragsalternatieven. Voor gedragsgerichte gezondheidsbevordering is een goede analyse nodig van het soort van gedrag waar het om gaat en van de factoren waardoor dit gedrag wordt beïnvloed. Veranderen van gewoontegedrag vergt een andere benadering dan bewust gedrag bijsturen (Brug, et al., 2000).

of 'bewust, intentioneel gedrag'

Aanpak gedragsverandering verschillend

Gezondheidsgedrag wordt ook bepaald door de mate waarin mensen inzien dat hun gezondheid mede afhankelijk is van hun gedrag. Dit is wetenschappelijk nader uitgewerkt in verschillende onderzoeks- en interventiemodellen, waarvan het Health Belief Model (HBM) het meest bekend is. Kennis van de relatie tussen gezondheid en gedrag is echter niet het enige dat van belang is.

Inzien dat gezondheid mede afhankelijk is van gedrag

Wanneer iemand zijn of haar gezondheid niet als problematisch ervaart, wat bijvoorbeeld bij veel jongeren het geval is, dan zal hij of zij weinig waarde hechten aan de relatie tussen gezondheid en gedrag.

Gezond gedrag wordt ook bepaald door de mate waarin iemand is ingevoerd in het medisch en gezondheidskundig denken. Dit wordt meestal aangeduid met de term protoprofessionalisering. Hierbij gaat het niet alleen om kennis, maar ook om bekendheid met de gezondheidszorg. Onderzoek heeft uitgewezen, dat een sterkere protoprofessionalisering weliswaar leidt tot gezonder gedrag, maar niet per se tot een lagere consumptie van gezondheidszorg en tot een beter ervaren gezondheid (Fürer, 2001).

Protoprofessionalisering: wel gezonder gedrag, maar niet minder naar de dokter en zich gezonder voelen

Genetische aanleg en omgevingsfactoren

Uit onderzoek naar de erfelijke basis voor roken, alcoholgebruik en overgewicht blijkt dat zowel genen als omgevingsfactoren een rol spelen, maar dat de verhouding daartussen verschillend kan zijn. Zo blijkt hierbij dat het beginnen met roken vooral door omgevingsfactoren bepaald is, maar de mate van roken - het aantal sigaretten dat iemand rookt - vooral door genetische factoren bepaald is (Boomsma, 1994 en Koopmans, et al., 1999). Omgevingsinvloeden - waarschijnlijk vooral die van de ouders - kunnen een latent aanwezige genetische aanleg activeren (bijlage 6).

Invloed genen en omgeving op roken....

Voor alcoholgebruik blijkt dat vooral in de adolescentieperiode de rol van een gemeenschappelijke omgeving van belang is. Overdracht van ouders op kinderen speelt hier nauwelijks of geen rol. De mate waarin genetische factoren zich manifesteren in het alcoholgebruik is onder meer afhankelijk van culturele factoren, zoals de beschikbaarheid van alcohol, de heersende norm over alcoholgebruik en de verwachting van jongeren over de effecten van alcohol (Koopmans, et al., 1996).

.... en op alcoholgebruik

Ongezond gedrag kan dus zowel uit genetische aanleg als uit leefstijl en omgevingsfactoren, als ook uit de wisselwerking tussen beide verklaard worden.

2.3 Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering richt zich op gedrag, leefstijl en maatschappelijke determinanten van ziekte met als doel

gezondheidswinst te behouden of te bevorderen. Gezondheidsbevordering is dus een vorm van preventie, gericht op bepaalde determinanten van (on)gezondheid.	Wat is het?
De term gezondheidsbevordering is ontleend aan de Engelse term health promotion en maakt als zodanig onderdeel uit van de bekende drieslag Prevention, Protection, Promotion. In Nederland wordt de term de laatste jaren algemeen gebruikt ter vervanging van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Een eerste aanzet tot overheidsbemoeienis op dit terrein dateert van 1960 (CRV, 1960).	Andere term voor GVO
De hoge verwachtingen van GVO en later van beïnvloeding van leefstijlfactoren kregen in de tachtiger en vooral negentiger jaren van de vorige eeuw een terugslag te verwerken door de ongunstige ontwikkeling van een aantal belangrijke leefstijlfactoren (zoals onveilige seks en alcoholgebruik onder jongeren) en de geringe effectiviteit van gezondheidsbevorderende interventies.	Verwachtingen en effecten
In de negentiger jaren komt het gezondheidsbevorderende beleid opnieuw in de belangstelling door gezondheidsbedreigingen, zoals aids, toenemende welvaart en maatschappelijke veranderingen, nieuw inzicht in de sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) en de economisch gevolgen van ongezond gedrag (bijlagen 4 en 6). Het actuele probleem van toenemend overgewicht en obesitas onderstreept het belang van gezondheidsbevorderend beleid nu en in de nabije toekomst.	Nieuwe ontwikkelingen onderstrepen het belang
Over de effectiviteit van gezondheidsbevordering zijn ook positieve resultaten te melden. Die blijken zich vooral voor te doen op de langere termijn. Zo is in veel landen het roken sterk teruggedrongen door een gecombineerde inspanning op het terrein van de opvoeding, de gezondheidszorg, het prijsbeleid, beperking van de beschikbaarheid, beperking van plaatsen waar roken is toegestaan, reclamebeperking, anti-propaganda en voorlichting.	Resultaten door gecombineerde maatregelen

2.4 Voeding, beweging en overgewicht

De laatste tijd is de belangstelling voor de leefstijlfactoren voeding en beweging toegenomen. Reden hiervoor is de snelle toename van overgewicht en obesitas met ernstige, vaak onomkeerbare gevolgen voor de gezondheidstoestand. Over-	Snelle toename overgewicht en obesitas
--	---

gewicht en obesitas ontstaan door een langdurig verstoorde balans tussen energie-inname en energieverbruik. Ook een genetisch ongunstig profiel kan leiden tot overgewicht, maar dit verklaart niet de snelle toename van overgewicht (Singh, et al.; 2002; Renders, et al., 2002; bijlage 6).

Wat overgewicht betreft is de situatie in Nederland als volgt: in de leeftijdsgroep 20-tot en met 59-jarigen heeft ruim 40% overgewicht. Van deze groep is bij ruim 45% van de mannen en bij ruim 35% van de vrouwen overgewicht geconstateerd (Visscher, et al., 2002). 10% van de volwassen Nederlanders heeft obesitas, een ernstige vorm van overgewicht.

Nederland lijkt met ongeveer tien jaar verschil de Amerikaanse trend te volgen. Volgens de meest recente cijfers heeft 56% van de volwassen bevolking (65% van de mannen en 48% van de vrouwen) in de Verenigde Staten overgewicht. Gemiddeld 20% heeft obesitas (Mokdad, 2001). Tien jaar verschil met de VS

Overgewicht en obesitas komt in bepaalde groepen van de bevolking veel vaker voor. Bij laagopgeleide vrouwen komt obesitas 5 keer vaker en bij mannen komt obesitas 3 keer vaker voor vergeleken met hoogopgeleiden. Het percentage allochtonen met overgewicht en obesitas heeft de omvang van de huidige Amerikaanse percentages (Van Leest, 2002). Overgewichtprobleem bij laagopgeleiden en allochtonen veel groter

Ook bij kinderen en adolescenten in Nederland is sprake van snelle toename van overgewicht en obesitas. Tot 1980 was er nauwelijks sprake van toename. In de periode 1980 -1997 is de prevalentie van overgewicht bij kinderen en jongeren toegenomen: in de groep jongens van 5 tot 11 jaar van 4 naar 10%. De prevalentie van obesitas in deze groep was zelfs verachtvoudigd. Bij de meisjes zijn vergelijkbare resultaten gevonden. Opvallend is dat de prevalentie het sterkst steeg bij kinderen vanaf 3 jaar. Ook snelle toename overgewicht en obesitas bij kinderen

Overgewicht is een belangrijk volksgezondheidsprobleem omdat het voor volwassenen en kinderen kan leiden tot hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2 (ouderdomssuikerziekte), sommige vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, arbeidsongeschiktheid, psychische klachten, een verlaagde kwaliteit van leven en een verhoogde kans op sterfte. Belangrijk volksgezondheidsprobleem vanwege verhoogde kans op chronische aandoeningen en op sterfte

Obesitas blijkt een grotere invloed op het aantal chronische aandoeningen te hebben dan rookgedrag of excessief

alcoholgebruik (Sturm, 2002). Obesitas is sterker gerelateerd aan het optreden van ziekten en lichamelijke beperkingen dan aan het vervroegd optreden van sterfte. Obese personen hebben een kortere levensverwachting, maar vooral ook een langere ongezonde levensverwachting.

Tabel 2.1 Geschat ziekterisico voor obese personen

	Relatief risico Vrouwen	Relatief risico Mannen
Type 2 diabetes*	12,7	5,2
Hypertensie	4,2	2,6
Myocardinfarct	3,2	1,5
Colonkanker	2,7	3,0
Angina	1,8	1,8
Galblaaskanker	1,8	1,8
Ovariumkanker	1,7	-
Arthrose	1,4	1,9
Herseninfarct	1,3	1,3

* De Body Mass Index range voor obese en niet-obese groepen die gebruikt is voor het schatten van het relatieve risico varieert tussen diverse studies, hetgeen de vergelijking van gegevens bemoeilijkt.

Bron: National Audit Office, 2001.

De behandeling van overgewicht is meestal erg intensief voor zowel behandelaar als patiënt en levert vaak op de lange termijn teleurstellende resultaten op (Renders, et al., 2002).

Behandeling: intensief en teleurstellende resultaten

Voeding

Overgewicht en obesitas zijn het gevolg van een langdurig verstoorde balans tussen energie-inname en energieverbruik. Een direct verband tussen obesitas en een verhoogde energie-inname is echter niet aangetoond. De totale energie-inname tussen 1970 en 1990 blijkt zelfs te zijn gedaald, terwijl overgewicht en obesitas in die periode toenamen. Die toename is eerder te verklaren door een verschuiving in het eetpatroon, maar vooral ook door de afname van lichamelijke activiteit (Renders, et al., 2002)

Overgewicht ontstaat door disbalans energie-inname en energieverbruik

Dit wordt bevestigd door gegevens uit het recente advies van de Gezondheidsraad (2002). De Gezondheidsraad onderzocht de voedselconsumptie van de Nederlandse bevolking over de

periode 1987-1997. Wat blijkt is dat het aantal mensen dat fruit eet, is afgenomen, maar ook dat de hoeveelheid fruit die geconsumeerd werd, is verminderd. Zo nam in dezelfde periode de hoeveelheid groenteconsumptie af, maar niet het aantal gebruikers. De inname van bijvoorbeeld graanproducten, snacks en frisdranken steeg en ook het gebruik van vruchtensappen nam met 55% toe. Verder is de alcoholconsumptie tussen 1987 en 1997 onder jongeren met 85% toegenomen.

Minder groenten en fruit, meer snacks en frisdranken

Jongeren: veel meer alcohol

De vetconsumptie laat een gunstige ontwikkeling zien. Dit is te verklaren door de zich voortzettende trend om halfvolle en magere zuivelproducten te kiezen en margarine door halvarine te vervangen. De energiedichtheid per gram voedsel is gedaald. Dit betekent dat de geconsumeerde voeding en frisdrank 'lichter' zijn geworden. Tegelijkertijd is het aantal personen met overgewicht en obesitas toegenomen, doordat de daling in de energiewaarde van de voeding wordt overtroffen door de daling in het verbruik van energie.

Minder vet en toch meer overgewicht....

door gebrek aan beweging



Beweging

Fysieke activiteit is bepalend voor 20 tot 50% van het totale energieverbruik. De onderzoekstechnieken om fysieke activiteit te meten worden steeds beter, maar zijn nog niet wetenschappelijk betrouwbaar. Ook al zijn de uitkomsten van onderzoek nog niet betrouwbaar, toch lijkt verminderde fysieke activiteit een belangrijke oorzaak van overgewicht te zijn (Ball, 2001).

Relatie overgewicht en verminderde activiteit

Uit het onlangs verschenen Trendrapport Bewegen en Gezondheid van TNO (2002) blijkt dat 12% van de bevolking inactief is en dat minder dan 50% de Nationale Norm Gezond Bewegen haalt (= vijf keer per week matig intensief bewegen).

Volgens Birkenhäger en De Leeuw (2002) komt in onderzoek van het (Australische) Institute of Health and Welfare (2000)

voor het eerst een dwingende rangorde van vermijdbare risicofactoren naar voren.

Tabel 2.2: Gewicht van de belangrijkste corrigeerbare risicofactoren in procenten van de ziektedruk*, Australië, 1996

Factor	Mannen	Vrouwen	Totaal
Roken	12,1	6,8	9,7
Bewegingsarmoede	6,0	7,5	6,7
Hoge bloeddruk	5,1	5,8	5,4
Vetzucht	4,3	4,3	4,3
Alcohol	4,2**	-0,1**	2,1**
Tekort groenten/fruit	3,0	2,4	2,7
Hypercholesterolemie	3,2	1,9	2,6
Beroep	2,4	1,0	1,7

* ziektedruk uitgedrukt als voor beperkingen gecorrigeerde levensjaren ('disability-adjusted life years', DALY's), dat zijn verloren gegane levensjaren door sterfte en invaliditeit.

** Gecorrigeerd voor de gezondheidsvoordelen van alcoholgebruik.

Bron: Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2002, 146(32).

Sinds 1974 is gezondheid, als belangrijk positief gevolg van sport, erkend in het overheidsbeleid. Er is groeiende, maar nog steeds geringe aandacht voor beleid gericht op omgevingsfactoren, zoals bijvoorbeeld toegankelijkheid en bereikbaarheid van sportvoorzieningen en inrichting van de woonomgeving (RIVM, 2002).

2.5 Kosten van (on)gezond gedrag

Zijn de kosten van ongezond levende mensen verbonden aan het gebruik van zorg hoger dan die van gezond levende mensen? De beantwoording van deze vraag is van belang omdat veel hogere kosten door ongezond gedrag de risicosolidariteit waarop de financiering van de zorg is gebaseerd is, onder druk zetten. Het roept de vraag op of het te rechtvaardigen is dat kosten van ongezond gedrag afgewenteld kunnen worden op de gemeenschap.

Ongezond gedrag duurder?

Voor het bepalen van de kosten van ongezond gedrag maakt het uit wat wordt meegerekend. Gaat het bijvoorbeeld om directe dan wel indirecte kosten. Directe kosten zijn de kosten voor de gezondheidszorg, terwijl bij indirecte kosten ook de kosten van ziekteverzuim, uitkeringslasten wegens ziekte of arbeidsongeschiktheid en maatschappelijke kosten worden meegerekend. Daarnaast zijn er de niet kwantificeerbare kosten als verdriet en pijn bij excessief drank- en drugsgebruik, de zogenoemde 'intangible costs' (Groot en Maassen van den Brink, 2002).

Kosten afhankelijk van wat wordt meegeteld: directe of indirecte kosten?

Verder maakt het uit of bij een vergelijking van kosten van zorgconsumptie gekeken wordt op jaarbasis (percentages in het gezondheidszorgbudget) binnen een bepaalde leeftijdscategorie, of naar de totale gezondheidszorgkosten berekend over de levensduur van gezond en ongezond levende mensen.

Kosten op basis van termijn, leeftijdscategorie, levensduur of leefstijl leveren telkens een ander beeld op

Uit onderzoek (Barendregt, et al., 1997) blijkt dat binnen elke leeftijdscategorie de kosten voor de gezondheidszorg voor rokers ongeveer 40% hoger zijn dan die van niet-rokers. Deze hogere kosten worden weer gecompenseerd, omdat rokers wel in gelijke mate pensioenpremies betalen, maar als gevolg van hun geringere levensverwachting gemiddeld minder lang een pensioenuitkering ontvangen.

Er ontstaat een ander beeld wanneer de totale kosten van zorg berekend worden over de levensduur van rokers en niet-rokers. Dan blijkt dat door de langere levensduur van niet-rokers vergeleken met die van rokers de totale gezondheidszorgkosten voor niet-rokers 15% hoger te zijn dan die van rokers.

Hoewel van alle gezondheidszorgkosten de meeste kosten in de laatste levensfase worden gemaakt, waarbij het niet zo heel veel uitmaakt of men jong of juist op hoge leeftijd overlijdt, wijzen enkele studies er op dat bepaalde vormen van ongezond gedrag samengaan met een hogere zorgconsumptie in alle leeftijdsgroepen (Groot en Maassen van den Brink, 2002).

De kosten van ongezond gedrag zullen in de toekomst toenemen, omdat de medische wetenschap er in slaagt om de levensverwachting van mensen met een chronische aandoening steeds verder te verlengen, en omdat het aantal mensen met een chronische aandoening ten gevolge van ongezond gedrag toeneemt.

Kosten ongezond gedrag nemen toe door steeds meer medische mogelijkheden

Het RIVM schat dat de directe kosten van exogene risicofactoren zoals roken, inactiviteit, slechte voeding en alcohol per jaar circa EUR 1,4 miljard bedragen, dat is ongeveer 4% van het totale zorgbudget. Dit betekent overigens niet dat deze kosten met een optimaal gezonde leefstijl kunnen worden gereduceerd. Preventie kost immers ook geld en mensen kunnen ook vervangende ziekten ontwikkelen nu en in de nabije toekomst (RIVM, 2002).

Kosten ongezond gedrag
ongeveer 4% zorgbudget

Het RIVM rekende verder voor dat de kosten die werkgevers voor rokers maken tenminste EUR 300 miljoen per jaar bedragen, voornamelijk door een hoger ziekteverzuim (RIVM, 2002).

Tabel 2.3: Kosten van gezondheidszorg toegewezen aan exogene risicofactoren naar geslacht in 1999 (miljoenen Euro)

		Mannen	Vrouwen	Totaal
Exogeen	Roken	334,1	174,6	508,7
	Lichamelijke inactiviteit	111,0	89,4	200,4
	Onvoldoende groeten/fruit	86,5	55,0	141,5
	Overmatig alcohol en/of drugs	222,5	86,2	312,0
	Verzadigd vet	126,5	73,7	200,2
Totaal		884,0	478,8	1362,8
Aandeel in kosten gezondheidszorg 20+ (%)		6,8	2,5	4,2

Bron: RIVM, 2002.

Overgewicht en obesitas

De directe kosten als gevolg van overgewicht en obesitas in Nederland worden geschat op een EUR half miljard per jaar, terwijl de indirecte kosten geschat worden op EUR twee miljard.

Een uitvoerig overzicht van prevalentie en kosten van overgewicht en obesitas biedt het rapport 'Tackling Obesity in England', dat de National Audit Office in opdracht van de Engelse overheid in 2001 publiceerde. Uit dit rapport blijkt dat in Engeland in 1998 6% van alle doden toe te schrijven is aan

Engeland, 1998: 6% van alle
doden gevolg van obesitas

de gevolgen van obesitas. De totale directe kosten bedroegen in dat jaar ongeveer £ ½ miljard (EUR 0,8 miljard) per jaar, terwijl de indirecte kosten rond £ 2 miljard (EUR 3,2 miljard) lagen. Naar verwachting zal dit in 2010 zijn opgelopen tot £ 3 miljard (EUR 4,8 miljard) (Singh, et al., 2002).

Sturm berekende dat overgewicht in de Verenigde Staten het gebruik van intramurale en extramurale zorg met 36% en van medicatie met 77% doet stijgen. Voor rokers en drinkers ligt dit percentage aanzienlijk lager: 21% voor de intra- en extramurale kosten en 28% voor het grotere gebruik van medicatie. De totale directe kosten van obesitas in het zorgbudget becijfert hij op 5,7% (Sturm, 2002; Thompson, et al., 1998). Uit andere cijfers blijkt dat ongeveer 7% van het totale budget voor de gezondheidszorg besteed wordt aan zorg als gevolg van gezondheidsproblemen door overgewicht en obesitas (Visscher, Kromhout en Seidell, 2002).

VS: obesitas doet kosten zorg meer stijgen dan roken en drinken; kosten 6 à 7% van het zorgbudget

Voor West-Europa, waaronder Nederland, worden de kosten geschat tussen de 1 en 5% van het totale zorgbudget nu en in de nabije toekomst (Seidell, 1995; 1998). Als Nederland de Amerikaanse trend gaat volgen, dan zullen in één generatie (= 20 jaar) de directe kosten (nu ongeveer EUR ½ miljard), die veroorzaakt worden door overgewicht en obesitas, verdrievoudigen.

Nederland: kosten tussen 1 en 5% zorgbudget

2.6 Conclusie

Gezond en ongezond gedrag worden bepaald door een samenspel van leefstijl, genetische aanleg en de invloed van omgevingsfactoren. Omgevingsfactoren kunnen de invloed van genetische aanleg versterken of doen afnemen.

Het belang en de invloed van gezondheidsbevorderend beleid is wisselend geweest. Toename van bepaalde vormen van ongezond gedrag en de gevolgen daarvan voor de gezondheid, zoals aids en obesitas en de chronische ziekten die daarvan het gevolg zijn, tonen het belang aan van gedragsgerichte gezondheidsbevordering. Toch zijn de effecten van dit beleid - vooral op de lange termijn - vaak niet duidelijk aantoonbaar.

Effecten gezondheidsbevorderend beleid gering

Het antwoord op de vraag of ongezond gedrag leidt tot hogere kosten van de zorg, hangt af van de vraag wat in het kostenoverzicht wordt meegerekend. Op macroniveau, en berekend naar levensduur, leidt gezond gedrag, bijvoorbeeld

niet roken, niet altijd tot lagere kosten. Binnen bepaalde leeftijdsgroepen zijn de kosten van ongezond levende mensen hoger dan die van gezond levende mensen.

Kosten afhankelijk van wat meegerekend wordt

Worden in het kostenoverzicht naast directe kosten ook indirecte kosten berekend, zoals ziekteverzuim, verloren arbeidsjaren, uitkeringen en maatschappelijke kosten, dan vallen de kosten van ongezond gedrag over het algemeen genomen hoger uit dan die van gezond gedrag. Daarnaast kunnen nog de zogenaamde 'intangible costs' genoemd worden.

Indirecte kosten ongezond gedrag meestal hoger

De kosten van zorg die toegeschreven kunnen worden aan overgewicht en obesitas liggen in Nederland tussen de 1 en 5% van het totale budget. De indirecte kosten (zoals ziekteverzuim, verloren arbeidsjaren, uitkeringen) zijn veel hoger.

Indirecte kosten obesitas veel hoger

3 Probleemanalyse

3.1 Inleiding

De problemen op het gebied van gezondheid en gedrag worden in dit hoofdstuk nader in kaart gebracht en geanalyseerd. Centraal staat het probleem van de onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Daarmee hangen twee andere problemen samen: onvoldoende effectiviteit van gezondheidsbevorderende interventies en de kosten van ongezond gedrag.

3.2 Verantwoordelijkheidsverdeling onduidelijk

Uit interviews met deskundigen en uit de achtergrondstudies (Renders, et al., 2002; Singh, et al., 2002) blijkt dat onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor gezond gedrag. Is dat de burger/de verzekerde/de werknemer zelf? Of moet de verantwoordelijkheid toch meer gezocht worden bij de overheid, de verzekeraar, de werkgever of andere actoren die invloed uitoefenen op het gezondheidsgedrag van burgers?

Wie is verantwoordelijk?

Overheid

De taak van de overheid, de reikwijdte en de legitimatie daarvan voor gezond gedrag, is niet voor iedereen duidelijk. Ook op intra- en interdepartementaal en op lokaal niveau is er sprake van gebrek aan samenwerking en langs elkaar heen werken van verschillende sectoren die invloed (kunnen) hebben op de bevordering van gezond gedrag (zie ook het RVZ-advies Gezond zonder zorg, 2000b). Zo blijkt de samenwerking tussen de ministeries van VWS en SoZaWe op het gebied van arbeid en gezondheid (leefstijlbeïnvloeding op de werkplek) moeizaam te verlopen (Singh, et al., 2002), en ook op het terrein van het bewegingsonderwijs wordt door ministeries langs elkaar heen gewerkt (Lotterman, 2002). Op lokaal niveau blijken intersectorale initiatieven van zorgaanbieders te stagneren op gemeentelijk niveau door gebrek aan budget of door gebrek aan samenwerking (Lotterman, 2002).

Reikwijdte en legitimatie overheidstaak op centraal en lokaal niveau

Een ander aspect is dat niet duidelijk is waar grenzen in de verantwoordelijkheidsverdeling liggen. In het overheidsbeleid wordt steeds meer accent gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid.

Grenzen verantwoordelijkheidsverdeling

Dat roept de vraag op wat aanvaardbare instrumenten zijn om burgers te stimuleren tot gezond(er) gedrag. Hoe ver mag overheid gaan in bemoeienis gezond gedrag burger?

De overheid kan ook via andere partijen, zoals verzekeraars en werkgevers, trachten het gezondheidsgedrag van burgers te beïnvloeden. Hoe verhoudt zich de taak van de overheid tot die van de andere betrokken partijen?

Burgers

Dat burgers niet alleen recht hebben op zorg, maar zich ook zelf moeite moeten getroosten door bijvoorbeeld voorzorgsmaatregelen te treffen om gezondheidsproblemen te voorkomen, lijkt redelijk. De vraag is echter of het ook redelijk is hen bij ongezond gedrag en ziekte op die inspanningen af te rekenen? Moet een aidspatiënt, die door onveilige seks HIV-positief is geworden, zelf voor de kosten van de zorg opdraaien? Een roker zelf aan de behandelingskosten (mee)-betalen?

Rechten én plichten burger: wat betekent dat?

En als van de burger redelijkerwijs verwacht mag worden dat hij gezondheidsproblemen voorkomt, mag dan ook geëist worden dat hij zich op een gezonde manier gedraagt? Moet ongezond gedrag ontmoedigd worden door bijvoorbeeld het heffen van health tax op junkfood (De Volkskrant, 20 augustus 2002) of een verbod op frisdrankautomaten op scholen, zoals in Californië onlangs ingesteld?

Andere partijen

Naast individuele burgers hebben ook andere partijen invloed op gezondheid en gezondheidsgedrag. Zo dragen de school (kennisoverdracht over gezondheid, voedings- en frisdrankaanbod in schoolkantines, bewegingsonderwijs), de huisarts (signalering en voorlichting) en de gemeentelijke overheid (jeugdgezondheidszorg, verkeersveiligheid, inrichting openbare ruimte) en sportverenigingen bij aan de beïnvloeding van gezondheidsgedrag van burgers. Andere actoren zijn de media, reclame en de voedings- en genotmiddelenindustrie. Drie partijen worden hier expliciet genoemd:

Verschillende partijen, verschillende invloedsferen en verschillende belangen

- Werkgevers

Werkgevers hebben meer dan voorheen belang bij gezonde werknemers, omdat ze financieel risico lopen bij ziekteverzuim. De belangstelling van werkgevers voor gezondheidsbevorderend beleid is dan ook toegenomen. Arbo-diensten blijken echter nog niet op die taak te zijn voorbereid. De vraag is echter ook hoe ver werkgevers mogen gaan in hun bemoeie-

Werkgeversbelang: financieel risico vermijden

nis met het gezondheidsgedrag van werknemers: mogen werkgevers zich bijvoorbeeld ook bemoeien met het ongezonde gedrag van een werknemer dat zich in de privé-sfeer afspeelt?

- Zorgverzekeraars

Een andere rol is die van de verzekeraar, vooral ook in de toekomstige rol van regisseur van de zorg. Zou de verzekeraar vanuit zijn toekomstige rol bevordering van gezond gedrag niet als een kerntaak moeten beschouwen? Zou gezond gedrag niet via de verzekering, door premiedifferentiatie, eigen bijdragen en eigen risico te sturen zijn?

Sturende rol van de zorgverzekeraar ?

- Zorgaanbieders

Huisartsen en andere zorgaanbieders uit de curatieve zorg blijken vaak geen aandacht (te kunnen) besteden aan gezondheidsbevorderende en preventieve taken. Zij zijn vaak alleen georiënteerd op de behandeling van een klacht en niet geneigd leefstijladviezen te geven (zie RVZ, 2001a) Een praktisch probleem hierbij is de geringe consulttijd die beschikbaar is.

Ook zorgaanbieders een taak hierin?

Al deze partijen worden regelmatig genoemd als verantwoordelijken en verwijzen ook onderling vaak naar elkaar. Verzekeraars laten moeilijke beslissingen op dit terrein over aan artsen en artsen laten patiënten niet aan hun lot over, ook als de aandoening het gevolg is van ongezond gedrag. De verschillende partijen zijn geneigd de verantwoordelijkheid naar andere te schuiven of pleiten voor gezamenlijke verantwoordelijkheid. Een probleem van deze laatste visie is dat waar 'iedereen' verantwoordelijk wordt gehouden, uiteindelijk niemand meer zich echt verantwoordelijk voelt.

Verschillende partijen verantwoordelijk, maar neiging is groot verantwoordelijkheid naar anderen te schuiven

Onvoldoende effectieve interventies

Hoewel algemeen bekend is dat roken, alcoholgebruik en vetzucht tot ernstige gezondheidsrisico's kunnen leiden en de overheid miljoenen besteed heeft aan gezondheidsvoorlichting hierover, blijkt dit onvoldoende geleid te hebben tot veranderingen in leefstijl. Voorlichting kan niet gemist worden, maar ze blijkt niet het beoogde effect te hebben bij bepaalde groepen. Personen met een lage sociaal-economische status (SES), allochtonen, ouderen en jongeren vertonen het vaakst ongezond gedrag (RIVM, 2002). Interventies gericht op aanpassing van hun leefstijl blijken te ontbreken of onvoldoende effectief te zijn.

Leefstijl onvoldoende veranderd....

....vooral bij bepaalde laag opgeleiden, allochtonen, jongeren en ouderen

Hogere kosten door ongezond gedrag

Zoals uit paragraaf 2.5 blijkt, nemen de kosten van zorgconsumptie, die het gevolg zijn van ongezond gedrag, toe. Probleem hierbij is wie de kosten moet dragen. Het huidige systeem van de gezondheidszorg is gebaseerd op risicosolidariteit. Dat betekent dat gezond levende mensen meebetalen aan gezondheidsproblemen die veroorzaakt worden door ongezond gedrag van anderen. Is het niet onrechtvaardig dat gezond levende burgers meebetalen aan de kosten die veroorzaakt worden door ongezond levende mensen? Met andere woorden: moet de samenleving cholesterolverlagende middelen voor rokers betalen of moeten rokers dat maar zelf betalen?

Kosten zorgconsumptie door ongezond gedrag nemen toe: wie moet ze dragen?

3.3 Conclusie

Centraal staat het probleem wie verantwoordelijk is voor gezond gedrag en wat de legitimatie is van de overheid en andere partijen om zich met het gezondheidsgedrag van burgers te bemoeien. Het probleem wie verantwoordelijk is voor gezond gedrag komt scherper in beeld doordat andere partijen, zoals werkgevers en verzekeraars, direct geconfronteerd worden met hogere ziektekosten als gevolg van ongezond gedrag. Daarbij komt dat gezondheidsbevorderende interventies tot nu toe onvoldoende effectief zijn gebleken.

4 Oplossingsrichtingen

4.1 Inleiding

Minder eten, meer bewegen, niet roken en matig drinken, het zijn overbekende voorbeelden van leefstijladviezen die - als ze worden opgevolgd - leiden tot aanzienlijke gezondheidswinst en een betere kwaliteit van leven. Er is echter een groot verschil tussen weten en doen, dat is de kern van het probleem waar het hier om gaat.

In dit hoofdstuk worden oplossingen verkend voor de problemen die in hoofdstuk 3 zijn geïnventariseerd. Daaraan voorafgaand formuleert de Raad zijn uitgangspunten voor de verantwoordelijkheid voor gezond gedrag en gezondheidsbevordering.

4.2 Uitgangspunten

'Eigen verantwoordelijkheid' betekent dat individuen zich rekenschap geven van keuzen die ze maken én van de consequenties van die keuzen. Dit kan begrepen worden als verantwoordelijkheid dat aan het handelen *voorafgaat*, ook wel 'prospectieve verantwoordelijkheid' genoemd of als verantwoordelijkheid *achteraf*, ook wel 'retrospectieve verantwoordelijkheid' genoemd (Ten Have, et al., 1998). In het laatste geval gaat het om aansprakelijkheid voor de gevolgen van gedrag dat al heeft plaatsgevonden (de 'eigen schuld, dikke bult'-benadering). Deze betekenis van eigen verantwoordelijkheid is omstrepen en wijst de Raad af vanwege principiële en praktische bezwaren.

Eigen schuld, dikke bult?

De bezwaren tegen eigen verantwoordelijkheid in de betekenis van aansprakelijkheid, hebben vooral te maken met het feit dat het moeilijk vast te stellen is of de opgelopen ziekte in het individuele geval het gevolg is van zelfgekozen gedrag. Gedrag is immers niet altijd bewust gekozen (zie paragraaf 2.2).

Bezwaren

Andere bezwaren tegen een retrospectieve benadering van eigen verantwoordelijkheid houden verband met het probleem van controleerbaarheid, inbreuk op privacy, de vrijheid om een eigen leefstijl te kiezen en met de onwenselijkheid mensen aan hun lot over te laten. Dokters kunnen zich niet veroorloven om mensen niet te helpen. Een aids-patiënt, die door onveilige

seks besmet is geraakt, laat je niet aan zijn lot over. De ziekte hebben is al straf genoeg (zie verder hierover het RVZ-advies De rollen verdeeld, 2000a; bijlage 7).

Een beroep op eigen verantwoordelijkheid in de betekenis van verantwoordelijkheid 'vooraf', prospectieve verantwoordelijkheid, is wel mogelijk en kan verdedigd worden met het prudentiële argument van eigen belang. Mensen hebben immers zelf baat bij hun gezondheid. Ook kunnen morele argumenten reden zijn voor een beroep op verantwoordelijkheid voor gezond gedrag, bijvoorbeeld als er sprake is van mogelijke schade aan anderen (passief meeroken; 'intangible costs' bijvoorbeeld).

Eigen verantwoordelijkheid in prospectieve zin

Tegen nadruk op eigen verantwoordelijkheid van burgers/-verzekerden/werknemers voor gezondheidsgedrag pleit dat dit op gespannen voet kan komen te staan met autonomie, vrijheid en pluraliteit van leefstijlen. Zolang echter leefstijlen niet dwingend worden opgelegd, is de kracht van deze argumenten beperkt (zie verder bijlage 7).

Gezonde leefstijl wel aanmoedigen, niet afdwingen

Om eigen (individuele) verantwoordelijkheid voor gezond gedrag te kunnen realiseren is een omgeving nodig die de gezonde keuze gemakkelijk maakt. De Raad verstaat dan ook onder bevordering van gezond gedrag zowel maatregelen die een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van burgers/verzekerden/werknemers om verstandig met de eigen gezondheid om te gaan en gezondheidsrisico's te voorkomen, als maatregelen die gericht zijn op omgevingsfactoren, waardoor gezond gedrag gestimuleerd wordt.

Eigen verantwoordelijkheid en omgevingsfactoren

De Raad kan zich goed vinden in de slogan: 'making the healthy choice the easy choice'. Deze slogan, afkomstig van de WHO, bevat een belangrijke visie voor oplossingsrichtingen, omdat gewezen wordt op de eigen keuze van individuen voor gezond gedrag, maar ook op omgevingsfactoren en andere partijen die deze keuze gemakkelijk moeten maken.

'Making the healthy choice the easy choice'

4.3 Mogelijkheden voor gezondheidsbevorderende interventies

Gezondheidsbevordering op basis van good practice
Vanwege de ernst van de gezondheidsproblemen die het gevolg zijn van ongezond gedrag, zijn interventieprojecten nodig. Interventieprojecten kunnen voorlopig alleen gebaseerd

Good practice als basis

worden op good practice ervaringen van andere gezondheidsbevorderende interventies, omdat de wetenschappelijk onderbouwde effectieve interventies ontbreken of nog maar beperkt beschikbaar zijn. Nieuwe interventieprojecten worden daarom ontwikkeld en zoveel mogelijk met onderzoek ondersteund en gefinancierd vanuit verschillende onderzoeksprogramma's van Zon/Mw.

Een voorbeeld hiervan is het Schoolslagproject in Limburg. Dit project is een variant van het succesvolle Hartslagproject en gericht op de gezondheidsbevordering van kinderen. Het project wordt gedragen door een samenwerkingsverband van verschillende sectoren, zoals school, GGD (JGZ), Universiteit (onderzoek) en lokale overheid. Op basis van ervaring met het Hartslagproject is voor het Schoolslagproject een langere projecttermijn (10 jaar) gekozen.

Ook om gezondheidsbevordering op de werkplek te stimuleren, wordt met succesvoorbeelden gewerkt. Twee initiatieven, Models of Good Practice (Centrum Gezondheidsbevordering op de werkplek, 2002) en Kroon op het werk (Ministerie van SoZaWe, 2002), zijn ontwikkeld om bedrijven die succesvol zijn op het gebied van gezondheidsbevordering als voorbeeld te laten dienen voor andere bedrijven.

Kenmerken gedragsgerichte interventiemogelijkheden

Het RIVM gaat in zijn rapport Tijd voor gezond gedrag uitvoerig in op gedragsgerichte interventiemogelijkheden. Daarom wordt hier volstaan met de belangrijkste kenmerken, welke gebaseerd zijn op het genoemde VTV-rapport (RIVM, 2002) en eigen literatuuronderzoek (bijlage 4):

- samenwerking van sectoren;
- samenhangende set van interventies;
- setting (school, werkplek, buurt) biedt ingang;
- de doelgroep bepaalt de maat.

- *Samenwerking van sectoren*: intersectorale samenwerking op lokaal niveau en centraal niveau is een van de belangrijkste succesfactoren voor doeltreffende interventies. Zo kunnen op lokaal niveau bijvoorbeeld GGD, huisartsen, welzijnswerk, scholen en sportverenigingen, maar ook de lokale zorgverzekeraars gezamenlijk gezondheidsbevorderende initiatieven nemen. Een probleem is dat effecten van interventies pas op de langere termijn gemeten kunnen worden en daarom een langere termijn voor de uitvoering vragen.

Samenwerking van sectoren

Het belang van samenwerking geldt niet alleen op lokaal niveau, maar ook op centraal niveau, bijvoorbeeld tussen verschillende departementen (bijvoorbeeld OC&W en VWS over bewegingsonderwijs) of binnen een departement (jeugd-gezondheidszorg-jeugd beleid-sport).

- *Setting*: school en werkplek zijn een goede ingang vanwege de georganiseerde structuur voor gedragsgerichte interventies. De brede school en naschoolse opvang in sportverband zijn hiervan voorbeelden. De werkplek, waar 6 à 7 miljoen Nederlanders 60% van hun tijd doorbrengt, biedt kansen om het gezondheidsgedrag van burgers te bevorderen (Singh et al., 2002). Ook op buurt, wijk- of gemeenteniveau of bijvoorbeeld op plaatsen waar veel jongeren komen (discotheken; bioscopen) bieden mogelijkheden voor gedragsbeïnvloeding. Setting als ingang

- *Samenhangend set van interventies*: uit Tijd voor gezond gedrag (RIVM, 2002) blijkt dat voor de onderzochte doelgroepen, lage SES-groepen, jongeren en ouderen, een samenhangend set van interventies het meest doeltreffend is. Naast wet- en regelgeving (bijvoorbeeld reclamebeperkingen rondom kindprogramma's) heeft gezondheidsvoorlichting een belangrijke rol. Samenhangend set van interventies

- *De doelgroep bepaalt de maat*: interventies moeten afgestemd worden op de risicogroep, maar ook is het effectiever als de doelgroep zelf meedenkt in het vinden van oplossingen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat participatie van de doelgroep of de cliënt een belangrijke succesfactor is (Singh, et al., 2002; RIVM, 2002). Doelgroep bepaalt maat

Instrumenten om gezond gedrag te bevorderen

Voorlichting

Van massamediale campagnes is uit onderzoek bekend dat ze vaak niet effectief zijn of zelfs averechts kunnen werken (Kuiper, 2002; Renders, et al., 2002; RIVM, 2002). Gezondheidsboodschappen slaan vooral aan als mensen zelf met gezondheidsproblemen te kampen hebben. Voorlichting heeft verder meer effect als het gecombineerd wordt met andere maatregelen die gericht zijn op dezelfde boodschap.

Met de tendens van de burger die zelf wil beslissen moet gezondheidsbevordering en -voorlichting persoonlijk gericht zijn en de eigen keuze aanmoedigen. Nieuwe media en marketingtechnieken bieden mogelijkheden om burgers individueel Voorlichting: individueel en op maat via nieuwe media

en op maat te informeren over gezondheid en gedrag. Preventie op maat wordt hierdoor toegankelijker en goedkoper (RIVM, 2002). Internetinformatie over gezondheid blijkt te leiden tot gedragsverandering op het gebied van leefstijl: voor een op de vijf internetgebruikers was internetinformatie aanleiding om gezonder te gaan leven (RVZ, 2002c).

Economische instrumenten

Een ander type mogelijke maatregelen ligt in de sfeer van economische instrumenten om gezond gedrag te prikkelen. Dat kan via de belastingwetgeving (heffing of teruggave van belastingen) of via de zorgverzekering (hogere eigen bijdrage, hoger eigen risico, belonende maatregelen, premiedifferentiatie). Soms gaat het om maatregelen voorafgaand aan ongezond gedrag, zoals accijns op tabak en alcohol of premiedifferentiatie en soms om maatregelen achteraf, zoals eigen bijdragen en eigen betalingen op verstrekkingsniveau (Groot en Maassen van den Brink, 2002).

Gezond gedrag prikkelen via belasting of verzekering?

Belastingen

Belastingteruggave

Stimuleren van gezond gedrag kan gerealiseerd worden door gezond gedrag financieel te belonen, bijvoorbeeld door belastingfaciliteiten aan te bieden aan mensen die aantoonbaar in gezond gedrag investeren. Zo kunnen mensen in de Verenigde Staten sinds dit jaar de kosten van afslankprogramma's aftrekken van de belasting (New York Times, 2002; Groot en Maassen van den Brink, 2002). Een ander idee is om bijvoorbeeld toegangskosten van fitnessstrainingen en sportverenigingen aftrekbaar te maken. In hoeverre dit een realistische optie is, nu het belastingstelsel is herzien en allerlei aftrekmogelijkheden zijn afgeschaft, zou verder onderzocht moeten worden.

Gezond gedrag aanmoedigen door belastingaftrek?

Ongezonde producten belasten

Het heffen van een belasting, via BTW-heffing of via accijnzen, is ook een manier om de consumptie van ongezonde producten vooraf te beïnvloeden. In Nederland zijn alle voedingsmiddelen conform de Europese richtlijn in het lage BTW-tarief van 6% ondergebracht, uitgezonderd alcoholische dranken. Die vallen onder het hoge BTW-tarief van 19%.

De hoogte van accijnzen op alcohol en tabak kan behoorlijk oplopen. De kosten van een pakje sigaretten bestaan voor meer dan zeventig procent uit belasting. In Europees perspectief is dit overigens niet hoog (Europese Commissie, 2002).

Dit betekent dat de kosten van elk pakje sigaretten voor meer dan twee EUR uit belastingen bestaan. De externe kosten van het roken bedragen ongeveer één EUR per pakje (Groot en Maassen van den Brink, 2002).

De consumptie van zowel gezonde- als ongezonde goederen kan gestimuleerd of afgeremd worden door het prijsmechanisme. De consumptiepatronen van alcohol, sigaretten en voeding hangen namelijk mede af van de prijs. In gevallen van gewenning en verslaving moet de prijsprikkel wel behoorlijk groot zijn om het gedrag ook daadwerkelijk te veranderen of te voorkomen dat mensen beginnen met het consumeren van ongezonde producten. Groot en Maassen van den Brink schatten op basis van internationaal onderzoek dat tien procent prijsverhoging van sigaretten de consumptie met vijf procent doet afnemen. Bij alcohol is dit effect geringer (Groot en Maassen van den Brink, 2002).

Ongezond gedrag
ontmoedigen door BTW-
heffing en accijnzen?

Op dit moment is alle voeding in het lage BTW-tarief ondergebracht. De consumptie van ongezonde voeding zou kunnen afnemen indien hiervoor het hoge BTW-tarief wordt berekend. Dit is dan ook het belangrijkste voordeel in het geval de maatregel werkt. Er zijn echter praktische en principiële problemen met de voorgestelde maatregel, onder meer de volgende:

- Het is praktisch niet uitvoerbaar, omdat vaak geen scherp onderscheid is te maken tussen gezonde en ongezonde voedingsproducten. Een product kan bijvoorbeeld tegelijk gezond en ongezond zijn.
- De Europese richtlijn laat niet toe te differentiëren in het BTW-tarief. Het is niet toegestaan om tussen twee producten die fysiek en objectief niet van elkaar verschillen onderscheid te maken in tarieven.
- De effectiviteit van dergelijke maatregelen is onvoldoende bewezen. Effectiviteit van accijns op het ene product (tabak bijvoorbeeld) geldt niet automatisch ook voor het andere product (junkfood bijvoorbeeld). Bovendien moet de prijsprikkel erg hoog zijn om effect te hebben op gedrag (Groot en Maassen van den Brink, 2002).
- De lasten van dergelijke maatregelen treffen burgers met een lage sociaal-economische status het meest. Bij deze groep is het probleem van overgewicht het grootst.
- De proportionaliteit van de maatregel: het is een relatief zwaar instrument in verhouding tot wat ermee bereikt kan worden als ook in verhouding tot andere factoren die overgewicht veroorzaken. Bovendien treft de maatregel

- iedereen, ook de meerderheid van de bevolking die geen overgewichtprobleem heeft.
- Het is onduidelijk of de maatschappelijke schade van de consumptie van ongezonde goederen wel hoger ligt dan de opbrengst van accijnzen. Is dat niet het geval dan ontstaat welvaartsverlies (Groot en Maassen van den Brink, 2002).
 - De voorgestelde maatregel richt de aandacht op één oorzaak van overgewicht, terwijl meerdere factoren het probleem van overgewicht en obesitas veroorzaken. Tekort aan beweging en te weinig groente en fruit (GR, 2002) zijn minstens even belangrijke factoren voor het ontstaan van overgewicht (Renders, et al., 2002; Singh, et al., 2002). Een prijsverhogende maatregel op één risico-factor zou betekenen dat ook op tal van andere verbruiks-goederen (zoals TV's, computers en auto's) die de kans op overgewicht verhogen belasting geheven zou moeten worden.

Uit bovenstaande aspecten blijkt dat aan het invoeren van prijsverhogende maatregelen, zoals accijnsheffing op junkfood of BTW-verhoging op ongezonde voeding of voedingsbestanddelen, veel bezwaren en problemen verbonden zijn. Een aantal aspecten zou eerst nader onderzocht moeten worden.

Gezonde producten goedkoper maken

Een andere optie is gezonde voeding goedkoper te maken door het BTW-vrij te maken. Het invoeren van het zogenaamde nul-tarief stuit echter ook op bezwaren die verband houden met de Europese richtlijn. Dit bleek onlangs nog toen de Stichting Natuur en Milieu een poging ondernam om biologische voedingsmiddelen in het nul-tarief onder te brengen. Aangezien de Europese richtlijn geen nul-tarief kent, is dit niet gelukt. Alleen als de Europese Commissie besluit tot herziening van de richtlijn, wat alleen mogelijk is als andere lidstaten het Nederlandse verzoek willen steunen, is de voorgestelde maatregel uitvoerbaar.

Gezonde voeding aanmoedigen door het BTW-vrij te maken?

Subsidie op gezonde voeding is een andere optie, waardoor de keuze voor gezonde voeding gemakkelijker gemaakt zou kunnen worden. Wel moet het dan gaan om onomstreden gezonde producten, zoals groenten en fruit, en moet de verstrekking van subsidie uitvoerbaar en controleerbaar zijn. De introductie van schoolfruit of subsidie op groenten en fruit in bedrijfskantines zou een mogelijkheid kunnen zijn.

Subsidie op gezonde voeding?

Naast subsidie op gezonde voeding, is vooral subsidiëren van meer sport en beweging een reële mogelijkheid. Lokale gemeenten zouden de toegang tot sportverenigingen kunnen subsidiëren. Het is gemakkelijk uitvoerbaar, beter controleerbaar en eventueel op lokaal niveau te differentiëren naar risicogroep of naar financiële draagkracht.

- Zorgverzekering

Via de premie

Zorgverzekeraars zouden gezond gedrag kunnen belonen met een goedkopere verzekeringspremie. Bijvoorbeeld door iemand die weinig of geen gebruik van zorg gemaakt heeft te belonen met premiekorting. De ziekenfondsen mogen dit echter niet om redenen van inkomenspolitiek en risicosolidariteit en de particuliere verzekeraars doen dit niet omdat het onduidelijk is of gezond gedrag op de lange termijn wel goedkoper is. Hogere eigen bijdragen en hoger eigen risico zijn ook manieren om gezond gedrag te sturen. Zowel belonende als bestraffende maatregelen via de premie zijn problematisch, omdat een onrechtvaardig onderscheid gemaakt wordt tussen zieke en gezonde mensen en het moeilijk vast te stellen is of de ziekte het gevolg is van zelfgekozen gedrag. Sommige verzekeraars bieden hun verzekerden korting aan op fitnesscursussen. Tegen deze vorm van aanmoedigen van gezond gedrag bij verzekerden is geen bezwaar, ook al spelen bij de zorgverzekeraar vooral andere motieven (imagoversterking en marketing) een rol.

Gezond gedrag belonen of ongezond gedrag bestraffen via de premie?

Via het pakket

De verzekeraar heeft ook andere dan strikt economische instrumenten om gezond gedrag te stimuleren.

- *Pakket*: in de aanvullende verzekering kunnen programma's gericht op gezond gedrag worden opgenomen, zoals bijvoorbeeld medicamenten tegen verslavingen (nicotinevervangende middelen), stoppen-met-rokencursussen en bewegingscursussen. Succesvolle programma's zouden in het basispakket opgenomen kunnen worden, zoals nicotinevervangende middelen (Groot en Maassen van den Brink, 2002).
- *Voorlichting en advies*: verzekeraars kunnen met hun verzekerden communiceren over gezond gedrag, bijvoorbeeld door gebruik te maken van periodieke magazines, internet, call-centers en persoonlijke advisering.
- *Voorzieningen*: verzekeraars kunnen zelf instellingen die zich richten op gezond gedrag gaan exploiteren.

De rol van zorgverzekeraars bij gezond gedrag sluit goed aan bij het serviceconcept dat steeds meer verzekeraars naast de eigenlijke polis aanbieden. Hierbij passen producten als advisering, voorlichting, bemiddeling en eigen voorzieningen. Dat de verzekeraar deze strategie kiest mede uit marketingoverwegingen, is geen bezwaar.

Via het pakket de gezonde keuze stimuleren?

4.4 Rolverdeling verantwoordelijkheid

In deze paragraaf wordt onderzocht hoe eigen verantwoordelijkheid van burgers zich verhoudt tot de verantwoordelijkheid van de overheid en andere partijen.

Verhouding individuele, publieke en maatschappelijke verantwoordelijkheid

Overheid en andere partijen (zoals werkgevers, verzekeraars, zorgaanbieders, voedingsmiddelenindustrie, sportverenigingen en het onderwijs) kunnen invloed uitoefenen op omgevingsfactoren, waardoor het voor burgers/werknemers/verzekerden/kinderen gemakkelijker wordt een gezonde keuze te maken. De verantwoordelijkheid van elke partij is verschillend en als volgt is te typeren:

- burgers: *eigen (individuele) verantwoordelijkheid*
- overheid: *publieke verantwoordelijkheid*
- andere partijen: *maatschappelijke verantwoordelijkheid*

Gezond gedrag als eigen (individuele) verantwoordelijkheid

Hoe de Raad eigen verantwoordelijkheid van burgers voor hun gezondheid opvat is al beschreven (paragraaf 4.2). Burgers hebben de mogelijkheid om zelf keuzes te maken ten aanzien van hun leefstijl. Voor de volksgezondheid zijn vooral gedrag op het gebied van voeding, beweging, roken en alcoholgebruik van belang. Hiervoor zijn richtlijnen opgesteld die aangeven welk gedrag als gezond wordt beschouwd (bijlage 5). De mogelijkheden van de individuele burger om zich gezond te gedragen kunnen beperkt zijn door gebrek aan kennis of goede (product-)informatie door financiële beperking en door sociale en fysieke omstandigheden. Veel mensen denken bijvoorbeeld dat ze gezond eten, terwijl dit feitelijk onjuist is.

Burgers eigen verantwoordelijkheid voor gezonde leefstijl

Broodje

Het volle broodje lokte mij
met ham en kaas, zowat een pond
boter en een scharrelei.
De calorieën gierden rond.

Vertwijfeld overwoog ik die,
tot ik een schijf komkommer vond
toen nam ik blij een hap, want zie
dit broodje was dus toch gezond!

Marjolein Kool

Bron: Mediator en Pre-post, februari 2001.

Burger als werknemer

Behalve als individu wordt de burger ook aangesproken op zijn eigen verantwoordelijkheid in zijn rol van werknemer (Singh, et al., 2002). Voor een gezonde leefstijl op de werkplek, bestaat geen wettelijke verplichting. Werknemers kunnen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid wanneer hun ongezond gedrag de oorzaak is van ziekteverzuim, of wanneer er duidelijk nadeel voor anderen (b.v. collega's) uit voortvloeit. Bij gebrek aan duidelijke afspraken tussen werkgever en werknemer, of tussen vakbonden en brancheorganisaties, zijn er echter geen machtsmiddelen om gezonder gedrag af te dwingen.

Werkgever mag werknemer aanspreken op gezond gedrag

Inmenging van de werkgever in privé-gedrag van de werknemer wordt over het algemeen in Nederland als niet-gewenst ervaren, zowel door werkgevers als werknemers (Singh, et al., 2002; Lotterman, 2002). Daarbij moet echter worden aangekend dat privé-sfeer en werksfeer niet altijd duidelijk te scheiden zijn, en dat de grenzen hiertussen ook aan het verschuiven zijn. In de Verenigde Staten, maar ook in Engeland wordt veel minder streng de scheiding tussen privé-sfeer en werksfeer aangehouden (zie bijlage 7).

Scheiding privé-sfeer en werksfeer handhaven

De burger in andere rollen

De burger kan, tenslotte, ook worden aangesproken in andere maatschappelijke rollen. Bijvoorbeeld die van ouder/opvoeder, buurtbewoner, vrijwilliger of lid van een belangenorganisatie. Ouders hebben een belangrijke invloed op het voedings- en bewegingsgedrag van hun kinderen (Renders, et al., 2002). Ze

kunnen zorgen voor een evenwichtige voeding voor hun kinderen, activiteit stimuleren en inactief gedrag (zoals tv- kijken en computeren) ontmoedigen. De voorbeeldfunctie die ouders hebben is daarbij ook van belang; dit geldt ook voor roken en alcoholgebruik (bijlage 6).

Eigen of individuele verantwoordelijkheid van burgers voor gezond gedrag kan verschillende vormen aannemen en heeft verschillende gradaties. Het *afdwingen* van verantwoordelijkheid voor gezond gedrag is problematisch. Burgers kunnen wel worden *aangesproken* op hun eigen verantwoordelijkheid als individu maar bijvoorbeeld ook in hun rol als werknemer, opvoeder of lid van de 'civil society'.

Niet afdwingen, wel aanspreken op eigen verantwoordelijkheid

Bevordering van gezond gedrag als publieke verantwoordelijkheid

De overheid dient de publieke belangen, waaronder volksgezondheid en gezondheidszorg, te bewaken, veilig te stellen en te bevorderen. De overheidsverantwoordelijkheid voor de volksgezondheid is geregeld in artikel 22 van de Grondwet. Hierin staat dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Ook preventie en gezondheidsbevordering horen daarbij, zoals ook blijkt uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV).

Publieke verantwoordelijkheid overheid in Grondwet verankerd

Overheidsbemoediging op het gebied van ongezond gedrag van burgers heeft een juridische basis en wordt gemotiveerd vanuit het belang van volksgezondheid. Wat de reikwijdte van overheidsbemoediging is en waar grenzen ervan liggen hangt onder meer af van de waarde die men in de samenleving hecht aan de privé-sfeer en de persoonlijke vrijheid van burgers om een eigen stijl van leven te hebben. De overheidsrol kenmerkt zich vooral door een toezichhoudende, een sterk voorwaarden-scheppende en faciliterende rol.

Bevordering van gezond gedrag als maatschappelijke verantwoordelijkheid

De laatste jaren is op allerlei terreinen sprake van een verschuiving van verantwoordelijkheden van de overheid naar andere partijen, zoals de markt of de *civil society*. Dit is ook het geval op het gebied van volksgezondheid en gezondheidsgedrag. Maatschappelijke verantwoordelijkheid hangt samen met een bepaalde rol of taak, waarbij een bepaalde 'sphere of responsibility' hoort (Verweij, 1998).

Maatschappelijke verantwoordelijkheid gaat verder dan wettelijke verplichting

Zo kunnen werkgevers, naast hun wettelijke Arbo-taken, aangesproken worden op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor het bevorderen van een gezonde leefstijl op de

werkplek. De werkplek is een belangrijke ingang voor bevordering van de volksgezondheid, omdat daar een groot deel - bijna de helft - van de bevolking een aanzienlijk deel van de dag zijn tijd doorbrengt. Scholen hebben hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor gezond gedrag van leerlingen binnen de sfeer van de school.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid gaat verder dan wat in wettelijke verplichtingen is vastgelegd en kan niet worden afgedwongen. De overheid kan organisaties wel aanspreken op hun maatschappelijke verantwoordelijkheden. Ook individuele burgers of andere organisaties kunnen dat doen. Bovendien gaat het om een verantwoordelijkheid die niet heel nauw omschreven is, maar grote beoordelingsvrijheid laat aan de betrokkenen. Hieronder worden enkele partijen expliciet genoemd:

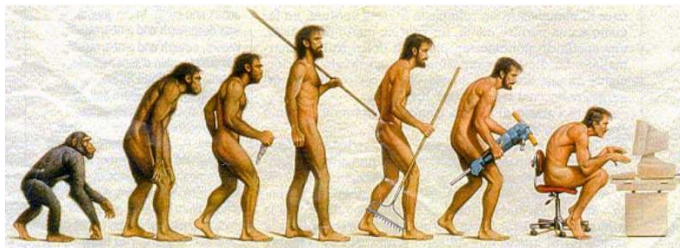
- Zorgverzekeraar

De verzekeraar heeft een algemene verantwoordelijkheid bij het bevorderen van gezond gedrag. Verzekeraars zullen aansluiting zoeken bij de wensen die in hun verzekerden populatie leven, maar kunnen door de overheid niet verantwoordelijk worden gesteld voor de zorg voor specifieke doelgroepen.

- Werkgever

Werkgevers kunnen diverse maatregelen nemen om gezond gedrag op de werkplek te stimuleren en te faciliteren. Zij zijn hiertoe wettelijk verplicht als het gaat om arbeidsgerelateerde risico's. Gezondheidsbevordering in bredere zin kan door werkgevers worden opgepakt vanwege de winst die daarmee voor het bedrijf te behalen valt. Er is een zekere morele verantwoordelijkheid voor het gezondheidsgedrag van de werknemer op de werkplek, voorzover dat (mede-) veroorzaakt wordt door de aard van het werk (bijlage 7). Zo is zittend werk ongezond, omdat het tot inactiviteit leidt en bijdraagt aan het ontstaan van overgewicht (Singh, et al., 2002)

Werkgever en werknemer beiden morele verantwoordelijkheid voor leefstijl werknemers



Gezondheidsbevorderende initiatieven kunnen variëren van het bouwen van een fitnessruimte tot verandering van het voedingsaanbod in de kantine, van algemene voorlichting tot persoonlijke begeleiding en van 'losse' maatregelen, zoals een bedrijfsabonnement op de sportschool, tot integraal gezondheidsbeleid.

Werkgevers kunnen verder voorlichting geven aan werknemers over relaties tussen leefstijl, gezondheid en ziekteverzuim. Ze kunnen ook gezond gedrag van werknemers faciliteren, in ieder geval op de werkplek en voor zover er verband is met werk. Voor beïnvloeding van gedrag in de privé-sfeer lijkt zowel bij werkgevers als bij werknemers weinig draagvlak te bestaan (Singh, et al., 2002; bijlage 7).

- Onderwijs

Scholen zouden een aantal maatregelen kunnen nemen ter bevordering van gezond voedings- en bewegingsgedrag van leerlingen, en ter preventie van overgewicht en obesitas.

- integratie van bevorderen van gezond voedings- en bewegingsgedrag in het reguliere onderwijsprogramma;
- meer bewegingsonderwijs, door vakleerkrachten;
- integratie sport in naschoolse activiteiten op school;
- integratie van kennis over gezond gedrag in de les;
- regels voor voeding en traktaties op school;
- beter aanbod van gezonde voeding in schoolkantines en een verbod op frisdrankautomaten en afspraken maken met verkooppunten rondom school.

- Voedingsmiddelenindustrie en -handel

De industrie zou een bijdrage kunnen leveren door product-innovatie - het ontwikkelen van nieuwe, gezondere, laag-energetische producten -, door de promotie van gezonde producten en door duidelijke en volledige productinformatie (Renders, et al., 2002). Ook supermarkten kunnen de gezonde keuze gemakkelijker maken door gezonde voeding voordelig aan te bieden en in kleinere porties te verpakken.

- Sportverenigingen

Op plaatselijk en op nationaal niveau kunnen sportvoorzieningen een belangrijke bijdrage leveren aan het stimuleren van meer beweging. Zo bestaat in sommige gemeenten de mogelijkheid van naschoolse opvang in sportverband. Dit zou verder uitgebreid kunnen worden.

- Zorgaanbieders

Huisartsen, jeugdgezondheidszorg en anderen in de eerste lijns- en tweede lijnszorg kunnen een belangrijke rol spelen bij het signaleren en hulp bieden om (neiging tot) ongezond gedrag te voorkomen of te beperken. Huisartsen en Jeugdgezondheidszorg kunnen vroegtijdig (neiging tot) overgewicht signaleren en hierover adviseren. Probleem is echter wel de beperkte consulttijd van huisartsen (RVZ, 2001a).

4.5 Kosten van ongezond gedrag

Het systeem van risicosolidariteit brengt met zich mee dat gezonde mensen meebetalen aan de kosten die veroorzaakt zijn door ongezond gedrag van anderen. Als ongezond gedrag tot hogere zorgkosten leidt, wordt daarmee dan niet de risicosolidariteit bedreigd?

Kosten (on)gezond gedrag en risicosolidariteit

Stel dat dat het geval is, dan is het de vraag of dat voldoende reden is het financieringssysteem anders in te richten. Er zijn redenen van principiële aard (moet je mensen die ziek geworden zijn ook financieel hiervoor verantwoordelijk stellen) en van praktische aard (uitvoerbaarheid, controleerbaarheid, hoe stel je vast wat bijvoorbeeld gezonde en ongezonde voeding is) die pleiten tegen het invoeren van een systeem van beperkte risicosolidariteit. Het zijn in feite - en niet toevallig - dezelfde argumenten die ook tegen een retrospectieve invulling van eigen verantwoordelijkheid pleiten.

Principiële en praktische bezwaren tegen beperkte risicosolidariteit

Verder zijn de kosten van ongezond gedrag – of ze nu hoger of lager uitvallen dan de kosten van gezond gedrag – uiteindelijk niet doorslaggevend voor de redenen waarom gezond gedrag bevorderd moet worden. De overheid heeft in de eerste plaats een grondwettelijke plicht om de volksgezondheid te bevorderen. Afgezien daarvan is ook het eigen belang van de burger een belangrijk prudentieel motief om gezond gedrag te bevorderen en burgers op hun eigen verantwoordelijkheid daarin te wijzen. Andere partijen - zoals werkgevers, verzekeraars, sportvoorzieningen, voedingsindustrie en het onderwijs - kunnen aangesproken worden op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan de bevordering van gezond gedrag van burgers. Economische motieven zijn hierbij van ondergeschikt belang.

Niet economische, maar volkgezondheidsmotieven zijn bepalend

In zijn advies Biowetenschap en beleid (RVZ, 2002a) stelde de Raad dat de kosten van zorg niet louter als kostenpost, maar ook als investering in gezondheid gezien moeten worden. Dit uitgangspunt geldt evenzeer voor dit advies. De Raad vindt dat het bevorderen van gezondheid en gezond gedrag belangrijk is met het oog op de volksgezondheid, ook als het meer geld kost dan dat het oplevert.

Gezondheidsbevordering is investeren in gezondheid

4.6 Conclusie

Om gezond gedrag van burgers te bevorderen, kunnen verschillende partijen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid. In de eerste plaats dragen *burgers* eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Hun eigen belang is hiervoor een belangrijk motief, maar ook het niet schaden van anderen of van de gemeenschap kan een motief zijn. De *overheid* heeft vanuit verantwoordelijkheid voor het publieke belang van volksgezondheid de grondwettelijke plicht gezond gedrag van burgers te bevorderen. *Andere partijen*, zoals werkgevers, zorgverzekeraars, leerkrachten en zorgaanbieders, kunnen aangesproken worden op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor het bevorderen van gezond gedrag van burgers.

Burgers, overheid en andere partijen elk hun eigen verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheid van overheid en andere partijen, zoals werkgevers en verzekeraars, kenmerkt zich vooral door een voorwaardenscheppend en faciliterend karakter. Het is legitiem voor overheid en andere partijen om burgers aan te moedigen tot gezond gedrag. Dit standpunt is te verdedigen vanuit volksgezondheidsbelang en het motief van eigen belang van de burger. Ook morele motieven kunnen een beroep op eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheid rechtvaardigen.

Overheid en andere partijen: voorwaarden scheppen en faciliteren

Een probleem blijft dat van veel gezondheidsbevorderende maatregelen nog niet bekend is of ze doeltreffend zijn. De ernst van de gezondheidsproblemen als gevolg van ongezond gedrag dwingen echter toch tot het nemen van maatregelen. Deze maatregelen zullen voorlopig vooral gebaseerd zijn op de good practice van gezondheidsbevorderende interventies.

Problemen ernstig, oplossingen beperkt beschikbaar

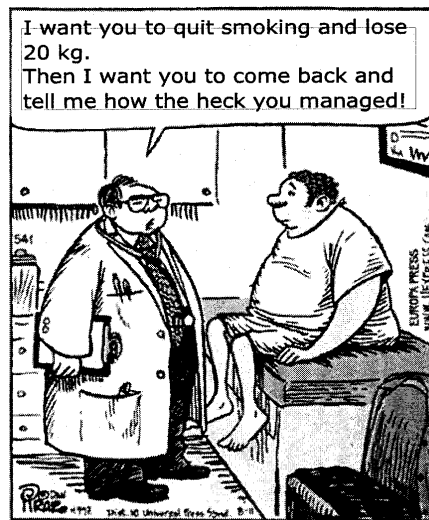
Aan financiële incentives en uitsluiting van zorg als sturingsinstrumenten zijn bezwaren en problemen verbonden, die vooral te maken hebben met een problematisch causaal verband tussen ongezondheid en gedrag. Gedrag en gezondheid

hangen wel samen, maar ongezond gedrag is niet altijd terug te voeren op een bewuste keuze of een zelfgekozen leefstijl.

Ook belastingheffing op ongezonde voedingsproducten levert problemen op. Volgens de Raad zijn er vooralsnog onvoldoende argumenten om een dergelijke maatregel te verdedigen. Het stimuleren van gezond gedrag via belasting of verzekeringspremie blijkt niet (direct) uitvoerbaar, omdat wet- en regelgeving, als ook de Europese richtlijn, dat niet toelaten. Een subsidie, bijvoorbeeld door korting van de verzekeraar op gezondheidsbevorderende activiteiten, behoort wel tot de mogelijkheden.

Tenslotte, het belang van de volksgezondheid en het eigen belang van burgers zijn de belangrijkste argumenten om gezond gedrag te bevorderen. De hogere of lagere kosten van zorg als gevolg van gezond gedrag zijn geen doorslaggevend argument om gezond gedrag al dan niet te bevorderen. Gezondheidsbevordering dient niet alleen gezien te worden als kostenpost, maar ook als investering in gezondheid.

Volksgezondheid en eigen belang burger belangrijkste motief



5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

De Raad stelt vast dat de ontwikkeling van ongezond gedrag verontrustend is. De Nederlandse bevolking lijdt in toenemende mate aan grote bewegingsarmoede en consumeert te veel ongezonde voeding, waardoor de energiebalans ernstig verstoord raakt en er sprake is van een snelle toename van overgewicht en obesitas. Jongeren beginnen weer meer te roken en ook het excessief alcoholgebruik bij deze groep is zeer zorgwekkend. Ongezond gedrag komt het meest voor in groepen met een lage sociaal-economische status (SES), allochtonen, jongeren en ouderen. Interventies op het gebied van gezondheidsbevordering zijn tot op heden onvoldoende effectief gebleken om dit grote probleem adequaat aan te pakken. Er is uit onderzoek maar beperkt informatie voorhanden over wat effectieve interventies zijn.

Ontwikkeling ongezond gedrag verontrustend

Interventies onvoldoende effectief

In dit advies is specifieke aandacht besteed aan overgewicht en obesitas. De afgelopen tien jaar is in Nederland het aantal mensen met overgewicht en obesitas dramatisch gestegen: ruim 40 % is te dik, 10 % heeft obesitas. De huidige Nederlandse cijfers zijn vergelijkbaar met de situatie van de Verenigde Staten tien jaar geleden. Inmiddels is daar nu 56% te dik en 22% van de bevolking heeft obesitas. Als in Nederland de prevalentie van overgewicht en obesitas in dezelfde mate blijft toenemen - en de cijfers van overgewicht en obesitas bij kinderen en jongeren wijzen in die richting - vormen overgewicht en obesitas het belangrijkste volksgezondheidsprobleem van de toekomst.

Toename overgewicht en obesitas dramatisch gestegen, ook onder kinderen

Nederland volgt met tien jaar verschil de Amerikaanse trend

Dit betekent een verhoogde kans op chronische ziekten zoals diabetes, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat, op een verminderde kwaliteit van leven en op vroegtijdige sterfte. Overgewicht en obesitas hebben een grotere invloed op het aantal chronische aandoeningen dan rookgedrag of excessief alcoholgebruik.

Overgewicht en obesitas meeste invloed op chronische aandoeningen

Hoe is nu ongezond gedrag om te buigen naar gezond gedrag? De Raad heeft bij het zoeken naar oplossingen vooral gekeken naar de verantwoordelijkheidsverdeling, omdat deze onsamenhangend en ondoorzichtig is. Wie is verantwoordelijk voor het gezondheidsgedrag van de bevolking? Is dat vooral de burger zelf? Wat is de rol van andere partijen, zoals werkgevers,

Hoe ongezond gedrag ombuigen en wie is verantwoordelijk?

scholen, zorgaanbieders en verzekeraars? En wat is de taak en de legitimatie van de overheid om zich met het gezondheidsgedrag van burgers te bemoeien?

De Raad staat op het standpunt dat burgers in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid, dat de overheid vanuit haar publieke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid gezond gedrag van burgers moet bevorderen en dat andere partijen vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid een taak hebben ongezond gedrag te verminderen en gezond gedrag te bevorderen.

Burger: eigen verantwoordelijkheid
Overheid: publieke verantwoordelijkheid
Andere partijen: maatschappelijke verantwoordelijkheid

Er zijn legitieme redenen voor de overheid en andere partijen (zorgaanbieders, werkgevers, verzekeraars, leerkrachten) om burgers te wijzen op de gevolgen van hun gezondheidsgedrag en bij hen aan te dringen op gedragsverandering. Met voorlichtende en gedragsbeïnvloedende maatregelen is niets mis, mits gezond gedrag niet wordt opgelegd of afgedwongen, bijvoorbeeld door uitsluiting van zorg of financiële strafmaatregelen. Afgezien van het feit dat nog onvoldoende bekend is over de effectiviteit van dergelijke maatregelen, zijn ze omstreden.

Niet dwingen tot gedragsverandering door uitsluiting van zorg of financiële strafmaatregelen

De Raad kiest voor een andere benadering en wil de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor gezond gedrag bevorderen door stimulerende en belonende maatregelen. Individueel gedrag staat echter niet los van de omgeving. Als het streven is dat gezond(er) gedrag gewoon en vanzelfsprekend moet zijn, dan zijn er ook maatregelen nodig die aanpassing van de omgeving vragen. De boodschap van dit advies is eenvoudig, de uitvoering ervan is complex en vraagt een lange adem: *stimuleer gezond gedrag door de gezonde keuze gemakkelijker te maken.*

Eigen verantwoordelijkheid bevorderen door stimulerende en belonende maatregelen

Gezonde keuze gemakkelijker maken

5.2 Aanbevelingen

Voor de gesignaleerde problemen op het gebied van gezondheid en gedrag kan niet volstaan worden met uniforme maatregelen die gelden voor het hele terrein van de gezondheidsbevordering.

Nodig is

- een *set van maatregelen* (stimuleren van beweging kan bijvoorbeeld niet zonder een veilige leefomgeving):
 - *op verschillende beleidsniveaus*: centraal, intra- en inter-departementaal, lokaal;
 - *gericht op verschillende doelgroepniveaus*: individueel niveau, risicogroepen, populatieniveau;
 - met *niteenlopende instrumenten*: wet- en regelgeving, richtlijnen, voorlichting, belastingfaciliteiten, subsidies.
- Set van maatregelen
- verschillende beleidsniveaus
 - gericht op individuen, risicogroepen en bevolking
 - verschillende sturingsinstrumenten

Maatregelen moeten verder:

- toegesneden zijn op *nauwkeurig omschreven risicogroepen* (zoals lage SES-groepen, jongeren, ouderen, allochtonen);
 - *gedifferentieerd worden naar leefstijlfactor* (zoals bewegen, voeding, roken, alcohol);
 - de *setting* - zoals school, werk, buurt - en de *invloedsfeer* - zoals peergroup, merkgevoelige omgeving - een goede ingang bieden.
- risicogroepen nauwkeuring omschrijven
- differentiëren naar leefstijl
- setting en invloedsfeer als ingang

De verantwoordelijkheid van de centrale overheid kenmerkt zich vooral door een *toezichthoudende* en een sterke *voorwaarden-scheppende* en *faciliterende rol* in het stimuleren van gezond gedrag.

Overheid: toezicht houden, voorwaarden scheppen en faciliteren

Een aantal algemene aspecten is van toepassing voor het hele terrein van de gezondheidsbevordering i.c. gezondheid en gedrag. De Raad maakt daarom onderscheid in algemeen geldende aanbevelingen, die van toepassing zijn op het hele terrein van de gezondheidsbevordering, en specifieke aanbevelingen, die toegespitst zijn op het probleem van overgewicht en obesitas.

Algemeen geldende aanbevelingen

1. *Zorg* - als overheid - voor goede, betrouwbare *informatie en voorlichting* over (gezondheids)risico's van ongezond gedrag en mogelijkheden voor gezond gedrag. Bied de informatie op eigentijdse wijze aan: op maat, doelgroepgericht, via gerichte campagnes en maar vooral ook via websites (zoals op www.gezondheidskiosk.nl en www.netdokter.nl), sms en televisie (via reclamespotjes of populaire TV-programma's).
- Betrouwbare voorlichting via nieuwe en gevestigde media
2. Start een experiment waarin wordt nagegaan of het gebruik van nieuwe *multimediale technologieën* leiden tot gedragsverandering (gezonder leven) en daarmee tot het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsver-
- Multimediale technologie benutten voor moeilijk bereikbare risicogroepen

schillen. Het gaat hierbij om het gebruik van (bewegende) beelden en van spelelementen voor internetgebruikers, die wel over internet beschikken, maar niet georiënteerd zijn op tekstuele informatie. Dit experiment zou aangesloten kunnen worden aan bestaande projecten, waarin toepassingen op breedbandverbindingen gebaseerd worden.

- | | | |
|----|--|--|
| 3. | Maak bindende afspraken voor <i>interdepartementale samenwerking en afstemming</i> , omdat de effectiviteit van maatregelen gericht op omgevingsfactoren afhankelijk is van de inzet van verschillende ministeries (zie hierover ook het RVZ, 2000b). Voorbeelden hiervan zijn: VWS en SoZaWe op het terrein van arbeid en gezondheidsbeleid; VWS-OC&W-VRM-BZK op het terrein van stimuleren van meer beweging. | Samenwerking tussen departementen versterken |
| 4. | Versterk de <i>intradepartementale samenwerking en afstemming</i> binnen VWS, zodat bij gemeenschappelijke thema's of doelgroepen er sprake is van integraal beleid. Voorbeeld hiervan is afstemming van het sport-, jeugd-, welzijns- en gezondheidsbeleid. | Binnen VWS beter samenwerken en afstemmen |
| 5. | Ondersteun en financier - waar nodig - op lokaal niveau initiatieven die leiden tot <i>intersectorale samenwerking tussen partijen op het gebied van gezondheidsbevordering</i> . Zorgaanbieders, onderwijs, welzijnswerk, thuiszorg en andere partijen kunnen vanuit de eigen betrokkenheid en expertise hun bijdrage leveren aan bevordering van gezond gedrag. Afspraken over taken en verantwoordelijkheden van iedere deelnemende partij, evenals de regierol van de lokale overheid moeten helder zijn en kunnen in een contract of convenant worden vastgelegd. | Intersectoraal samenwerken op lokaal niveau ondersteunen |

Specifieke aanbevelingen: overgewicht en obesitas

Onderstaande aanbevelingen zijn vooral toegespitst op de leefstijlthema's en doelgroepen die in dit advies specifiek aandacht kregen: voeding en beweging, met als belangrijkste probleem overgewicht en obesitas, bij kinderen en bij werknemers. Daarnaast is nagegaan of economische instrumenten, bijvoorbeeld langs de weg van de verzekering of de belastingen, mogelijkheden bieden om gezond gedrag van burgers te stimuleren.

Een belangrijk uitgangspunt bij onderstaande maatregelen is dat een samenhangend pakket nodig is, gericht op het stimuleren en integreren van een gezond voedingspatroon en

het verhogen van de fysieke activiteit (reduceren van inactiviteit) ter voorkoming van overgewicht en obesitas.

1. Stel - als overheid - een onafhankelijke *nationale commissie aanpak overgewicht en obesitas* in die strategieën bedenkt om het probleem van overgewicht en obesitas efficiënt en effectief aan te pakken. De urgentie, omvang en snelle toename van dit volksgezondheidsprobleem vragen om een integrale aanpak op nationaal niveau, waarbij overheid, burgers en andere verantwoordelijke partijen (zoals werkgevers, zorgverzekeraars, voedingsindustrie, organisaties voor sport en beweging, onderwijs en zorgaanbieders) betrokken moeten worden. Bij het opstellen en uitwerken van een nationaal plan, kunnen ook maatregelen betrokken worden, die op dit moment wel overwogen zijn, maar niet worden voorgesteld, omdat ze omstreden zijn en meer onderzoek naar de uitvoerbaarheid en effectiviteit ervan vereisen. Het gaat hier om prijsverhogende maatregelen, bijvoorbeeld een hogere BTW-heffing op ongezonde voedingsbestanddelen (vetten en suikers) en accijnsheffing op junkfood ('health tax'), maar ook om belastingfaciliteiten, zoals de aftrekbaarheid van gezondheidsbevorderende activiteiten en BTW-vrij maken van gezonde voeding.
Nationale commissie aanpak overgewicht en obesitas instellen
2. Continueer *massamediale campagnes*, zoals op dit moment gevoerd door het Voedingscentrum, de Hartstichting en de Nederlandse Vereniging van Diëtisten op het gebied van preventie en behandeling van overgewicht en obesitas. Ze zijn noodzakelijk voor agendasetting, bewustwording en kennisvermeerdering. Het effect ervan is groter als ze doelgroepgericht zijn en vergezeld gaan van op de omgeving gerichte maatregelen, bijvoorbeeld voorlichting op school, overleg met de voedingsindustrie en sportverenigingen over aanbod, reclame en marketing van (on)gezonde producten, aanpassingen in de inrichting van woonwijken.
Doorgaan met massamediale campagnes, maar gecombineerd met andere maatregelen
3. Stel *richtlijnen* op om *reclame en media* (omroepen, kranten e.d.) die tot ongezond voedingsgedrag aanzetten te reguleren en te beperken. Bijzondere aandacht verdienen in dit verband reclameblokken rondom televisieprogramma's voor kinderen. Misleidende reclame moet vermeden worden en een gezond voedings- en leefpatroon moet worden aangemoedigd. Met waarschuwingen bij reclames en op productverpakkingen, zoals de tandenborstel bij
Richtlijnen reclame en media opstellen

snoepreclames, kunnen ongezonde voedingsproducten worden ontmoedigd. Ook kunnen gezonde producten of sportactiviteiten worden gestimuleerd door de verkoopstrategie van 'beloningen' in de vorm van kortingsbonnen of speeltjes voor kinderen te benutten.

- 4 Stimuleer en ondersteun *lokale overheden* om beleidsstrategieën te ontwikkelen en realistische doelen te stellen ter voorkoming van overgewicht en obesitas. Gemeenten moeten de bestrijding van overgewicht tot speerpunt maken van hun krachtens de WCPV verplichte lokale, intersectorale gezondheidsbeleid.

Lokale overheden moeten beleidsstrategieën ontwikkelen ter voorkoming van overgewicht
- 5 Zorg dat bij de *inrichting van de openbare ruimte* voorrang gegeven wordt aan maatregelen die de lichamelijke activiteit bevorderen, zoals het creëren en vergroten van speelruimte voor kinderen, het aanleggen van goede loop- en fietspaden in nieuwe woongebieden, goed verlichte en veilige straten waar ook weer gespeeld kan worden, scholen en sportaccommodaties op ook voor kinderen per fiets goed bereikbare afstand, doe- in plaats van hangplekken en meer trappen in openbare gebouwen.

Bij inrichting openbare ruimte voorrang aan bevordering lichamelijke activiteit
6. Stimuleer en subsidieer *sport en beweging in de buurt, op het werk en op school*. Subsidieer zoveel mogelijk, in elk geval voor risicogroepen en minder draagkrachtigen, deelname aan sportactiviteiten op buurtniveau. Meer beweging moet gewoontegedrag worden, niet alleen in de privé-sfeer, maar ook op het werk. Breid het bewegingsonderwijs op school uit met minstens één uur per week, maar zorg ook dat fysieke activiteit in het dagelijks schoolritme een grotere plaats krijgt. Een succesvol voorbeeld van intersectorale samenwerking is: naschoolse opvang, georganiseerd door de plaatselijke sportclub, waardoor schoolkinderen naast opvang ook de kans krijgen met sport kennis te maken.

Meer stimulans en subsidie voor sport en beweging op school, in de buurt en op het werk
7. Stel *richtlijnen* op voor de *signalering, advisering en hulpverlening* aan kinderen met overgewicht en obesitas. De huisartsen, diëtisten, jeugdgezondheidszorg en GGD-en zullen in gezamenlijk overleg afspraken en richtlijnen moeten maken over signalering, advisering en hulpverlening bij overgewicht en obesitas. Het aantal activiteiten van de jeugdgezondheidszorg, inclusief de frequentie van contactmomenten, moet worden uitgebreid en ook worden toegesneden op de preventie van overgewicht en

Richtlijnen voor zorg aan kinderen met overgewicht en obesitas

obesitas. De jeugdgezondheidszorg moet een sleutelrol hebben in de signalering en advisering bij (neiging) tot overgewicht richting ouders, onderwijs en gezondheidszorg.

8. Stimuleer dat *gezondheidsbevordering* door huisartsen en andere zorgverleners uit de *curatieve zorg* ook als hun taak wordt gezien. Dit zou via de Wet tarieven gezondheidszorg (meer consulttijd) geregeld kunnen worden. Er valt veel gezondheidswinst te behalen als huisartsen en andere zorgverleners patiënten of - in het geval van kinderen - ouders of verzorgers voorlichten over gezondheidsrisico's van overgewicht en hen de weg wijzen op het gebied van preventie of behandeling (zie ook RVZ, 2001a). Uit het SEGV-II rapport blijkt dat de curatieve gezondheidszorg een effectief instrument is om bepaalde risicogroepen, met name allochtonen, te bereiken. Gezondheidsbevordering ook taak van curatieve zorg
9. Investeer in *wetenschappelijk onderzoek naar effectieve interventiemogelijkheden* op het gebied van preventie van overgewicht en obesitas. Effecten van preventieve interventies moeten in kaart gebracht en vertaald worden naar richtlijnen. Er is dringend behoefte aan evidence based preventiestrategieën om overgewicht bij kinderen en jongeren, maar ook bij werknemers te voorkomen. Tot nu toe leunen interventies vooral op beperkt of gebrekkig internationaal onderzoek, good practice ervaringen uit eigen land en gezond verstand. Ook is het van belang medische, maatschappelijke en economische gevolgen van obesitas in Nederland in kaart te brengen. Meer wetenschappelijk onderzoek nodig naar effectieve interventies
10. Subsidieer *gezonde voeding in schoolkantines*. Het is van groot belang dat gezonde voeding verkrijgbaar is. De kosten hiervoor kunnen tussen overheid en ouders gedeeld worden. Ook de verstrekking van schoolfruit kan in dit kader opnieuw worden gezien. Een ander idee is om gezonde warme maaltijden op school of op het werk aan te bieden, zoals hier en daar in Nederland, maar vaker in het buitenland gebeurt. Ontmoedig, bijvoorbeeld via gerichte voorlichtingscampagnes aan de scholen en sportverenigingen, de verkoop van snacks die rijk zijn aan vet en suikers. Subsidie voor gezonde voeding op school
11. Stimuleer dat *werkgevers* een actief *gezondheidsbevorderingsbeleid* voeren en bied hen daarbij *voorlichting en ondersteuning* (zoals belastingfaciliteiten voor eigen sport-

ruimte, kortingsregelingen bij sportclubs, een bonus of prijs voor succesvol gezondheidsbevorderingsbeleid) aan. Ook de rol van Arbo-diensten en bedrijfsartsen zal opnieuw gedefinieerd moeten worden, zodat gezondheidsbevordering ook binnen hun pakket valt. Vanuit het oogpunt van volksgezondheid is er voor de overheid reden om werkgevers hierop te wijzen en bij hen erop aan te dringen een actief gezondheidsbeleid te voeren. Het Centrum Gezondheidsbevordering op de Werkplek (GBW) en TNO-Arbeid beschikken over expertise op dit terrein. De overheidstaak dient vooral te bestaan uit voorlichting en stimulerende (belonende) financiële en fiscale maatregelen.

Gezondheidsbevordering op de werkplek stimuleren

12. Stimuleer *ziektekostenverzekeraars* te investeren in gezond gedrag van verzekerden. Incentives voor ziektekostenverzekeraars kunnen worden vergroot door:

Stimuleer ziektekostenverzekeraars te investeren in gezond gedrag

- *preventie onderdeel te maken van de normuitkeringen* uit de Centrale Kas;
- *een deel van de normuitkeringen (bijvoorbeeld 5%) in te houden en uit te keren als bepaalde doelstellingen ten aanzien van preventie en bevordering van gezond gedrag zijn bereikt (beide mogelijkheden zijn eerder voorgesteld in het RVZ-advies Volksgezondheid en zorg, 2001).*

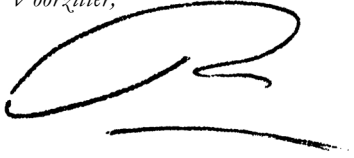
Hun aanbod kunnen ze vergroten door:

- *meer gezondheidsbevorderende activiteiten en producten op te nemen in het verzekerde pakket.* Voorbeelden hiervan zijn: voedingsadviezen van diëtisten, programma's voor gewichtsreductie en programma's en middelen voor het stoppen met roken;
- *deelname van zorgverzekeraars aan lokale projectmatige preventieprogramma's in samenwerking met gemeenten, GGD en zorgaanbieders;*
- *Selectieve contractering van zorgaanbieders die aandacht besteden aan preventie.*

Verder kunnen ziektenkostenverzekeraars hun verzekerden aanmoedigen tot gezond gedrag door korting te bieden op gezondheidsbevorderende activiteiten.

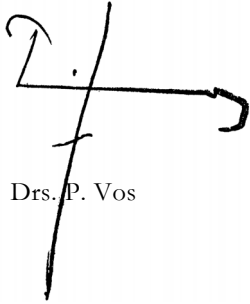
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'R' followed by a horizontal line.

Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,

A handwritten signature in black ink, featuring a vertical line with a horizontal crossbar and a small loop at the end.

Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma RVZ 2001-2002

2.5 Gezondheid en gedrag

Het beleidskader

In de ontwikkeling van de gezondheidszorg zagen wij tot nu toe twee fasen. De eerste honderd jaren stonden in het teken van de collectieve ongezondheidsbestrijding en de sociaal-medische zorg (hygiëne, voeding, leefomstandigheden, infectieziekten). Na de Tweede Wereldoorlog ontstond de op de moderne geneeskunde geënte gezondheidszorg die wij nu kennen. Daarin staan centraal de zorg voor zieken en voor gehandicapten. Er zijn tekenen die er op wijzen dat de gezondheidszorg een derde fase ingaat.

In deze derde fase draait het misschien om twee dingen: 'individueel gedrag' en 'gezondheid'. De gezondheidszorg zou in deze fase wel eens een ander karakter kunnen krijgen. Drie ontwikkelingen maken dit aannemelijk.

In de eerste plaats zijn de nieuwe medische – en meer in het algemeen biowetenschappelijke – mogelijkheden om gedrag te voorspellen én (langs chemische weg) te beïnvloeden, toegenomen. Het vermogen te voorspellen wordt vergroot door de groei van de genetische kennis. Zo kan de kans op een ziekte of stoornis beter worden voorspeld dan vroeger. De mogelijkheden gedrag te beïnvloeden nemen toe door beschikbaarheid van nieuwe 'geneesmiddelen' die aangrijpen op de biologische basis van het gedrag. Het gaat dan bijvoorbeeld om het beïnvloeden van verslavingsgedrag, van seksualiteit of agressie.

In de tweede plaats vinden mensen welzijn en gezondheid belangrijker dan vroeger. En zij zijn ook bereid te investeren in de daarvoor noodzakelijke zelfzorg. Er is meer interesse in 'lifestyles'. Die interesse komt voort uit een ingewikkelde wisselwerking tussen welvaart, inkomen, ICT en bedrijfsleven. Niet altijd is het resultaat gezond gedrag. Zo kan welvaart ook tot ongezond gedrag leiden.

En in de derde plaats verschuiven voorheen collectieve gezondheidstaken van overheid naar samenleving, in het bijzonder naar het bedrijfsleven in de persoon van de werkgever. Meer dan vroeger loopt deze een financieel risico bij ziekte van werknemers. En dus zal hij willen investeren in gezondheidsbevorderende en preventieve activiteiten.

In deze toekomstige gezondheidszorg zullen de actoren zich aanpassen aan de nieuwe mogelijkheden.

- a. *Burgers* nemen (soms bewust) risico's: in hun vrije tijd, in hun rook-, eet- en drinkgedrag, op het gebied van de seksualiteit (manufactured risks). Tegelijkertijd willen en moeten zij gezond leven en kunnen zij daar zelf ook iets aan doen. Zij zullen een balans moeten vinden tussen risico(gedrag) en gezondheid. Die balans krijgt de vorm van een individueel arrangement (arbeidsvoorwaarden, polis, pensioen).
- b. *Zorgaanbieders* zullen in de behandelrelatie met de patiënt meer en meer aandacht moeten schenken aan het gedragsaspect, naast het medisch-biologische aspect. Hun overeenkomst met de verzekeraar kan hierover afspraken bevatten.
- c. *Werkgevers* zullen meer greep willen krijgen op het ziektebeloop, zeker op de duur ervan, en zullen meer in het bijzonder steeds meer geïnteresseerd raken in het verkleinen van het ziekterisico. In eerste instantie zullen zij procedurele en collectieve middelen aanwenden, maar de volgende stap is beïnvloeding van het gezondheidsgedrag van individuele werknemers.
- d. *Verzekeraars* leven van risico's en dus van riskant gedrag. Anderzijds willen zij uit kostenoverwegingen uitkeringen en dus in laatste instantie risico's beperken. Zij zullen, zeker indien in het stelsel van ziektekostenverzekeringen hun bedrijfsrisico toeneemt, steeds meer geïnteresseerd raken in gezondheidsbevorderende activiteiten. Het kan ook een mogelijkheid zijn zich op een krappe verzekeringsmarkt van de concurrentie te onderscheiden. De (individuele) polis kan afspraken bevatten over gedrag en gezondheid.

De ontwikkelingen in de samenleving en de reacties van betrokkenen plaatsen ons voor strategische keuzen. Risico's willen wij nemen, maar ook mijden. Risico's zijn een kostenpost, maar kunnen ook batig zijn. Het is voor de overheid lastig hieruit een heldere boodschap aan de samenleving te destilleren. En naarmate in de samenleving het verzekeringsaspect belangrijker wordt – en daarmee het

verschijnsel risico – zal het lastiger worden de boodschap overtuigend te laten klinken. Dit heeft te maken met het doel van gezondheidszorg en zorgverzekering. Is dit doel uitsluitend ongezonderheid verhelpen? Of is het doel straks ook gezondheid bevorderen? Er kan zich hier een terminologisch probleem voordoen.

Gaat het om gezondheidsbescherming, om ziektebestrijding, om gezondheidsbevordering of om (ziekte-)preventie?

Een ander punt is dat van de gezondheid als norm. Indien niet meer de ongezonde toestand, maar de gezonde toestand voor de samenleving de norm is, moet de taakopdracht aan de gezondheidszorg veranderen. Tegelijkertijd zal ook de strategie van verzekeraars veranderen. Als gezondheid de norm is en daarmee een in principe op eigen kracht te realiseren toestand, dan zal de relatie tussen collectief en individu ingrijpend veranderen. De vraag is of iedere burger in staat zal zijn naar deze norm te leven. Is gezondheid een 'achievement' en is ongezonderheid 'man made'? Is ieder risico 'manufactured'?

Probleemstelling

Deze ontwikkelingen bieden nieuwe kansen om al lang bestaande beleidswensen op het vlak van de gezondheidsbevordering te realiseren. Voor de overheid kan in deze complexe werkelijkheid het probleem twee vormen aannemen:

- het benutten van deze kansen en
- het in goede banen leiden van de ontwikkelingen en het vermijden van ongewenste neveneffecten.

Dit kan problematisch zijn, omdat de rol van de overheid op dit terrein minder duidelijk gemarkeerd is dan vroeger. De overheid is minder dan vroeger gelegitimeerd om actief gezondheidsgedrag te beïnvloeden. Meer en meer verschuiven de verantwoordelijkheden op dit vlak naar burger, werkgever en verzekeraar. In dit transitieproces zal deels moeten worden geaccepteerd dat mensen hun eigen risicoafwegingen maken en daarvoor een eigen dekking zoeken. Dit kan leiden tot gezondheidsverschillen die theoretisch vermijdbaar zouden zijn.

Anderzijds houdt de overheid de grondwettelijke taak de gezondheidstoestand van de burger te bevorderen. Een strategische verkenning is nodig naar de mogelijkheden om deze taak effectief uit te voeren. Ook is er een bestuursethische kwestie. Bevat gezondheidsbevordering niet

de suggestie dat gezondheid beïnvloedbaar is? En is het daarmee niet een veroordeling van ongezondheid? Hier zal de overheid – ook in zijn aansturing van actoren in de zorgsector – uit elkaar moeten houden:

- het tegenover wettelijke zorgaanspraken van de burger stellen van verplichtingen verbonden aan daadwerkelijk gebruik van voorzieningen door de burger (aanspraak hebben – aanspraak maken);
- het daadwerkelijk gebruik (aanspraak maken) betitelen als een tekortschieten van de burger.

Adviesdomein en beleidsvragen

Het adviesdomein is de relatie tussen gezondheid en gedrag en dat van de gedragsbeïnvloeding. De Raad verkent de positie van de gezondheidsbevordering in al haar gedaanten ten opzichte van de zorgverlening en ten opzichte van het verzekeringsstelsel.

De door de minister van VWS aan de RVZ voorgelegde vragen kunnen als volgt worden geordend.

1. *Adviezen RVZ*

- Hoe kunnen de relevante begrippen (preventie, promotie, protectie, curatie) worden omschreven en toegepast op de te verwachten ontwikkelingen?
- Wiens taak is het de gezondheid te bevorderen?
- Welke mogelijkheden bestaan er gezondheidsgedrag effectief te beïnvloeden?

2. *Overheidsbeleid*

- Op welke wijze kan en moet de overheid verzekeraars, bedrijfsleven en onderwijs stimuleren om de gezondheid van burgers te bevorderen?
- In hoeverre moet de overheid hieraan grenzen stellen?
- Welke onderdelen van het sturingsinstrumentarium zijn bruikbaar als het gaat om gezondheidsbevordering: de zorgaanspraak, de WGBO, de verzekeraarsbudgettering, output-pricing, EU-zorgbeleid, wetgeving sociale zekerheid?

3. *Overig*

- Tot welke conclusies leidt deze beleidsverkenning: welke strategie verdient de voorkeur?
- Welke maatregelen moet de overheid nemen?

Functie advies

De Raad verkent in opdracht van de minister van VWS het anticiperend gedrag van actoren in de samenleving op het vlak van gezondheidsbevordering. Tegelijkertijd wil de Raad nagaan wat de werkelijke waarde is van gezondheidsbevordering. Hoeveel gezondheidswinst is er te behalen met 'brongericht beleid', vergeleken met een op cure en cure gericht beleid? Interessante nevenfunctie van het advies kan zijn onderzoek naar de haalbaarheid van een sturingsmethode gericht op prestaties, in dit geval gezondheid. Kunnen burgers, zorgaanbieders, verzekeraars door de samenleving worden beoordeeld op de mate waarin zij gezondheid produceren? Kan dat de huidige input-georiënteerde sturing vervangen?

Een tweede functie van het advies kan zijn het plaatsen van de interventie gezondheidsbevordering in het brandpunt van de stelsel discussie. Die zou idealiter niet alleen moeten gaan over verzekeringen en kosten, maar ook over gezondheidswinst.

Programmering

Gelet op het bovenstaande en rekening houdend met de programmering van andere adviezen, zal de Raad dit advies uitbrengen in mei 2002.

Relevante andere publicaties en instanties

Het advies borduurt voort op een thema dat de Raad in zijn advies Schaarste en eigen verantwoordelijkheid aansneemt: de verantwoordelijkheid van de burger voor de eigen gezondheid.

Dit werkprogramma bevat drie andere adviezen die relevant zijn: Volksgezondheid en zorg, Biowetenschappen en E-health care. Tijdens de adviesvoorbereiding zal de Raad de activiteiten voor de vier adviezen op elkaar afstemmen.

Literatuur

Adviezen RVZ

- Schaarste en eigen verantwoordelijkheid (november 2000);
- Patiënt en Internet (2000).

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

J. Franssen

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding

Vannit de Raad

Het advies is voorbereid onder verantwoordelijkheid van de raadsleden mevrouw prof. dr. I.D. de Beaufort, mevrouw prof. dr. J.P. Holm en de heer drs. J.C. Blankert. De raadsleden werden bijgestaan door een projectgroep van het secretariaat van de RVZ. Het advies is door de Raad vastgesteld in zijn vergadering van 17 oktober 2002.

Samenstelling ambtelijke projectgroep

- Mw. dr. A.J. Struijs, projectleider
- De heer J.B.J. Drewes, arts, projectmedewerker
- Mw. ir. E.O. Heseltine-Mok, projectmedewerker
- De heer drs. P.P.T. Jeurissen, projectmedewerker
- Mw. drs. T. Klompenhouwer, projectmedewerker
- Mw. dr. M.H.N. Schermer, projectmedewerker
- Mw. J.J. Lekahena-de Wolf, projectsecretaresse

Achtergrondstudies

Bij dit advies behoren de volgende achtergrondstudies:

- Renders, C.M., J.C. Seidell, W. van Mechelen, R.A. Hirasing. Het gezondheidsprobleem rond overgewicht bij kinderen en adolescenten,
- Singh, A.S., M.N.M. van Poppel, J.C. Seidell, R.A. Hirasing, W. van Mechelen. Lichamelijke inactiviteit en ongezond voedingsgedrag onder werknemers,
- Groot, W.N.J. en H. Maassen van den Brink. De economische effecten van (on)gezond gedrag.

Deze achtergrondstudies zijn samen met de verslagen van de debatten over gezondheid en gedrag (L. Lotterman) opgenomen in een aparte publicatie: *Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies*.

Debatten Gezondheid en gedrag

In het kader van de adviesvoorbereiding zijn drie debatten georganiseerd:

- Kinderen/jongeren en gezond voedings en bewegingsgedrag op 16 mei 2002;
- Gezondheidsbevordering op de werkplek op 28 mei 2002;

- Verzekering en bevordering van gezond gedrag op 28 mei 2002.

De verslagen en de namen van de deelnemers zijn opgenomen in de aparte publicatie *Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies*.

Geconsulteerde personen

Tijdens de verschillende voorbereidingsstadia van het advies is met deskundigen gesproken. Hieronder volgt een overzicht:

- De heer drs. P.C. Baart, Centrum GBW
- De heer A.C. van Bellen, Stichting Bloed Link
- Mw. prof. dr. D.I. Boomsma, VU, Amsterdam
- De heer ir. W. Bosman, Gezondheidsraad
- Mw. drs. M.J. Faas, Voedingscentrum
- Mw. mr. C.S. Frenkel, Vereniging VNO/NCW
- De heer dr. J.W. Fürer, KUN
- De heer prof.dr. W.N.J. Groot, Universiteit Maastricht
- De heer dr. W.F.M. de Haes, GGD Rotterdam
- De heer prof. dr. R.A. Hirasings, GGD Amsterdam; EMGO-Instituut VU Medisch Centrum Amsterdam
- Mw. drs. M. Hekman, Voedingscentrum
- Mw. dr. M. Janssens, ZonMw
- De heer prof. dr. H.C.G. Kemper, EMGO-instituut VU Medisch Centrum Amsterdam
- De heer D.J. Klein Hesselink, TNO-Arbeid
- Mw. drs. R. Kuppens, ZonMw
- De heer L. van Laarhoven, Stichting Bloed Link
- De heer drs. F.J.M. van Leerdam, TNO Preventie en Gezondheid
- De heer prof. drs. J. van Londen, TCAI
- De heer prof.dr. W.M.D. van Mechelen, EMGO-instituut VU Medisch Centrum Amsterdam
- De heer dr. J. Mos, College voor zorgverzekeringen
- Mw. dr. J. Ravensbergen, ZonMw
- De heer drs. E.C. Ruland, arts, GGD Zuidelijk Zuid Limburg
- De heer prof. N. de Vries, Universiteit Maastricht
- Mw. dr. L. Vaandrager, Centrum GBW
- De heer prof.dr.ir. J.C. Seidell, RIVM; VU Amsterdam
- Mw. dr. ir. M. Stasse-Wolthuis, Stasse Consultancy
- De heer mr. G.L.J.M. Straetmans, Zorgverzekeraars Nederland

- De heer R. Stegerhoek, NIGZ
- De heer A.H.J. Veneman, M.D., AKZO Nobel
- Mw. prof.dr. S.P. Verloove-Vanhorick, TNO Preventie en Gezondheid
- De heer dr. P.H.Verkerk, TNO Preventie en Gezondheid

Bijlage 4

Algemene ontwikkeling van de gezondheidsbevordering

J.B.J. Drewes, arts

In deze bijlage wordt een kort overzicht gegeven van de algemene ontwikkeling van de gezondheidsbevordering. De term gezondheidsbevordering is ontleend aan de Engelse term health promotion en maakt als zodanig onderdeel uit de bekende drieslag Prevention, Protection, Promotion. In Nederland wordt de term pas de laatste jaren algemeen gebruikt ter vervanging van het wat sleets geraakte Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). De voorgeschiedenis van de gezondheidsbevordering is dan ook vooral gelegen op dit vlak. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is in de vijftiger jaren van de vorige eeuw naar Nederland komen overwaaien vanuit de Health Education-movement in de Verenigde Staten (Rouwenhorst, 1977). Een eerste aanzet tot overheidsbemoediging op dit terrein is terug te vinden in een lijvig advies over GVO dat in 1960 werd uitgebracht door een voorloper van de RVZ: de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (CRV, 1960).

Gezondheidsbevordering onderdeel gezondheidszorg

De GVO ontwikkelde zich oorspronkelijk vooral ingebed in de bestaande gezondheidszorg, met name bij de toen nog bestaande kruisverenigingen en bij de GGD-en. Deze stelden aparte GVO-functionarissen aan. Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg was er belangstelling voor het GVO-concept. Er ontstond een Landelijk Centrum GVO, voorloper van het huidige Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en enige decennia maakte deze nieuwe tak in de gezondheidszorg een relatieve bloeiperiode mee. Belangrijke motor was daarbij de vaste commissie GVO van de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Leefstijl als gezondheidsdeterminant

Er kwam meer aandacht voor de gedragsaspecten van gezondheid door de introductie van het Lalonde-model van de determinanten van gezondheid van 1974. Dit model heeft ook in Nederland belangrijke invloed gehad, vooral tot uiting komend

in de Nota 2000 van 1984. Het vormt nog steeds de basis van het gezondheidsbeleid en de Volksgezondheidstoekomstverkenning. In dit model worden leefstijlfactoren uitdrukkelijk als belangrijke gezondheidsdeterminant aangemerkt.

Faalfactoren GVO

De aanvankelijk hoopvolle verwachtingen ten aanzien van GVO en later van beïnvloeding van leefstijlfactoren kregen in de tachtiger en vooral negentiger jaren een geduchte terugslag doordat in de praktijk een aantal belangrijke leefstijlfactoren zich (weer) in ongunstige zin ontwikkelden. Tevens lukte het de GVO-wereld slecht om de resultaten van haar activiteiten zichtbaar te maken. Daarvoor zijn in ieder geval zeven belangrijke redenen aan te voeren:

1. De effecten van veel gezondheidsbevorderende activiteiten komen vaak pas op langere termijn tot uiting, omdat deze inspelen op risicofactoren, die ook pas op langere termijn doorwerken in een verslechterde gezondheid.
2. De wetenschappelijke methoden om gezondheidsbevorderende programma's te evalueren op met name hun effecten zijn per definitie zeer complex van opzet en moeilijk uitvoerbaar.
3. De tegenkrachten zijn gigantisch geworden. De budgetten voor reclame en promotie van in principe ongezonde producten zoals sigaretten, alcohol en sommige voedingsmiddelen zijn enorm, voor tabak bijvoorbeeld meer dan \$ 5 miljard per jaar (Health & Behavior, 2001).
4. De mondige, calculerende burger wordt nauwelijks meer aangesproken door simpele voorlichtingsboodschappen en wil zelf beslissen over zijn gedrag, ook als dat risicovol is.
5. Gezondheidsboodschappen slaan alleen aan wanneer mensen al concrete gezondheidsbedreigingen aan den lijve ervaren, en dit is met name bij jongeren bijna nooit het geval.
6. Het inzicht heeft veld gewonnen, dat het menselijk gedrag niet alleen door rationele, maar ook door emotionele en aanlegfactoren wordt bepaald. Ook de sociale en fysieke omgeving is van grote en mogelijk steeds grotere invloed (Health & Behavior, 2001).
7. Er komen steeds meer mogelijkheden om de negatieve effecten van ongezond gedrag in een later stadium te compenseren of teniet te doen, bijvoorbeeld door leefstijlgenehmensmiddelen, liposuctie of operatie.

Nieuw elan voor gezondheidsbevordering

In weerwil van deze stagnatie van de GVO-ontwikkeling heeft het meer algemene thema van de gezondheidsbevordering in de negentiger jaren weer een nieuwe impuls gekregen. Ook hiervoor zijn een aantal belangrijke redenen aan te geven:

1. Er zijn nieuwe gezondheidsbedreigingen ontstaan, die eigenlijk alleen met een gericht beleid van gezondheidsbevordering en gedragsverandering effectief kunnen worden aangepakt. Meest in het oog springende voorbeeld daarvan is de opkomst van de aids-epidemie. Juist omdat de curatieve mogelijkheden aanvankelijk verwaarloosbaar waren, is de nadruk in de aidsbestrijding van meet af aan op voorlichting en gedragsbeïnvloeding gelegd. En met groot succes, al lijkt de toen behaalde winst nu weer deels verloren te gaan.
2. Door de toegenomen welvaart en maatschappelijke veranderingen is het volume aan potentieel ongezond gedrag en gedragsgerelateerde risicofactoren op een aantal terreinen duidelijk aan het toenemen (alcohol bij jongeren, beweging bij kinderen, voeding, roken bij vrouwen, etc.).
3. Er is steeds meer inzicht gekomen in de achtergrond van de begin tachtiger jaren ook in Nederland gesignaleerde sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV). Daarbij zijn gedragsverschillen als belangrijke verklaring naar voren gekomen. Gezondheidsbevordering lijkt voor de verkleining van deze verschillen een wezenlijk beleidsinstrument.
4. Tevens is er steeds meer inzicht ontstaan in de economische gevolgen van ongezond gedrag, zowel op microniveau in de vorm van bijvoorbeeld ziekteverzuim, als op macroniveau in de vorm van directe kosten (kosten voor gezondheidszorg) en indirecte kosten (verloren arbeidsjaren).

Overheidsbeleid gezondheidsbevordering

Al met al voldoende goede redenen voor de overheid om actief beleid op het terrein van gezondheidsbevordering te (blijven) voeren. De impuls van de Nota 2000 heeft ervoor gezorgd dat gezondheidsbevordering nooit geheel buiten het zicht van het overheidsbeleid is geraakt, zij het dat de aandacht wel af en toe tijdelijk was verminderd, doordat er geen acute dreigingen waren of omdat andere zaken de aandacht vroegen. Zowel het BRAVO-beleid, als het beleid ten aanzien van de SEGV en ten aanzien van specifieke problemen, zoals aids en nieuwe drugs, hebben gezorgd voor steeds nieuwe impulsen voor gericht gezondheidsbevorderingsbeleid.

Ook het probleem van overgewicht, onevenwichtige voeding en gebrek aan fysieke activiteit kan zo'n nieuwe impuls vormen (zie ook bijlage 5: Overheidsbeleid).

Effectiviteit gezondheidsbevordering

Al gesignaleerd is, dat er in het algemeen grote problemen zijn met de effectiviteit van gezondheidsbevordering. De redenen daarvoor zijn hiervoor al in zeven punten beschreven (faalfactoren GVO). Voor degenen, die zich wetenschappelijk of beleidsmatig met de effectiviteit van gezondheidsbevordering bezighouden, is dit vaak frustrerend en leidt dit vaak tot een sterk verdedigende houding. Vaak wordt er dan voor gepleit bij de effectevaluaties van gezondheidsbevordering minder strenge criteria te hanteren en eisen te stellen, dan in de curatieve en preventieve gezondheidszorg gebruikelijk is (WHO, 2001).

Toch vallen over de effectiviteit van gezondheidsbevordering over de langere termijn meer positieve resultaten te melden dan verwacht. Zo is in de afgelopen decennia in veel landen het roken sterk teruggedrongen door gecombineerde inspanning op het terrein van de opvoeding, de gezondheidszorg, het prijsbeleid, beperking van de beschikbaarheid, beperking van plaatsen waar roken is toegestaan, reclamebeperking en anti-propaganda en voorlichting.

Succesfactoren gezondheidsbevordering

Over het algemeen is de stand van de inzichten op dit moment zo ver gevorderd, dat voor succesvolle gezondheidsbevordering de volgende elementen moeten worden opgenoemd.

1. Gezondheidsbevordering moet altijd in de samenleving worden ingebouwd (community-based). Gezondheidsbevordering heeft de grootste kans van slagen, wanneer aangesloten wordt bij wat in de samenleving leeft.
2. Gezondheidsbevordering moet zich richten op alle niveaus (multi-level). Afhankelijk van het probleem moet de gezondheidsbevordering gericht worden op het individu, het gezin, het samenlevingsverband, de primaire groep (peer-group), de school- of werksituatie en de samenleving als geheel.
3. Gezondheidsbevordering is effectiever, wanneer het probleem langs verschillende lijnen wordt aangepakt (multi-strategy). Bij de aanpak moeten meerdere beleidsstrategieën tegelijkertijd worden toegepast, zoals hierboven voor roken is beschreven.

4. Gezondheidsbevordering heeft de beste kansen wanneer het uitgaat van het principe 'maak de gezonde keuze de makkelijke keuze' (make the healthy choice the easy choice). Zeker in de huidige tijd en zeker bij jongeren moet het maatschappelijk aantrekkelijk worden gemaakt om voor gezond gedrag te kiezen.
5. Mede gezien het bovenstaande kan gezondheidsbevordering alleen succesvol zijn, wanneer het is ingebed in een breed gezondheidsfacetbeleid (intersectoral health policy). Gezondheidsbevorderingsbeleid moet dus per definitie intersectoraal beleid zijn (zie RVZ-advies Gezond zonder zorg (RVZ, 2000).
6. Met de tendens van de burger die zelf wil beslissen, moet gezondheidsbevordering persoonlijk gericht zijn op het versterken (empowerment) van de keuze- en beslissingsmogelijkheden van deze burger.
7. Tenslotte moeten de gezondheidsbevordering en de (effect)evaluatie daarvan systematisch en planmatig worden aangepakt, bijvoorbeeld volgens het zogenaamde PRECEDE/PROCEED-model (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation/Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Ecological Development) (Green & Kreuter, 1999). Een dergelijke planmatige aanpak is ook voor Nederland uitgewerkt (Brug, et al., 2001).

Wanneer de gezondheidsbevordering langs deze lijnen wordt aangepakt, lijkt een succesvolle uitkomst weliswaar niet gegarandeerd, maar wel kansrijk.

Bijlage 5

Overheidsbeleid en gezondheidsbevordering

Mv. drs. T. Klompenhouwer

1 Ontwikkelingen overheidsbeleid vanaf 1992

Op het gebied van de gezondheidsbevordering is de gezondheidsvoorlichting sinds de tachtiger jaren van de vorige eeuw krachtig ontwikkeld. De algemene overtuiging was dat er een juiste balans dient te bestaan tussen datgene dat de burger vanuit de verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid kan doen en datgene dat tot de rol van de maatschappelijke organisaties, beroepsbeoefenaren en overheid behoort. Als vervolg op het beleid van de tachtiger jaren wordt de notitie Preventiebeleid voor de volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren negentig uitgebracht (zie voor een overzicht van deze en volgende nota's paragraaf 1.3).

De rol van de overheid in de jaren negentig moet volgens deze notitie financierend, regisserend, stimulerend en evaluerend zijn. Facetbeleid speelt hierbij een belangrijke rol en impliceert dat veel van de aangrijpingspunten voor gezondheid buiten het domein van het ministerie van VWS liggen en zodoende onder de verantwoordelijkheid van andere departementen of het lokale/regionale bestuur vallen.

In deze notitie worden drie werkgebieden van het preventiebeleid onderscheiden:

Het eerste werkgebied is *gezondheid en arbeid*, waarbij het preventiebeleid zou moeten bijdragen aan het verlagen van het ziekteverzuim en het aantal arbeidsongeschikten. Voor de jaren negentig hield dit in dat dit preventiebeleid moest aansluiten bij de arbeidsomstandighedenwet van het ministerie van SoZaWe. Daarnaast moest er in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning aandacht besteed worden aan de werksituatie als determinant van gezondheid. Sinds 1992 heeft het ministerie van VWS een bijdrage geleverd aan projecten met als doel gezond gedrag op de werkplek te bevorderen.

Het tweede werkgebied is *gezondheid en milieu*. Hierbij is het doel gezondheidseffecten van milieu-invloeden te beoordelen

en schadelijke effecten trachten te voorkomen. Het heeft gestalte gekregen door de samenwerking tussen de ministeries van VROM en WVC. In de nota 'Gezond en wel' wordt echter een lagere prioriteit gegeven aan de determinant milieu.

Het derde werkgebied zijn de *sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Het facetbeleid heeft als doel extra aandacht te schenken aan het verbeteren van de gezondheidssituatie van bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status. In januari 1995 is de programmacommissie Sociaal Economische Gezondheidsverschillen, tweede fase (SEGV II) gestart en deze commissie heeft haar taak afgerond in het jaar 2000.

In 1997 is het preventiebeleid, zoals geformuleerd in de nota 'Preventiebeleid voor de volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren negentig', geëvalueerd en heeft de minister van VWS een brief met de voortgangsrapportage van het preventiebeleid voor de jaren negentig aan de leden van de Tweede Kamer gezonden. In deze evaluatie wordt naast de eerder genoemde werkgebieden een vierde werkgebied, *'veiligheid op het werk en in het verkeer'* toegevoegd en toegelicht, omdat in de nota 'Gezond en wel' (1994-1995) was aangegeven dat ook dit thema interdepartementale benadering nodig heeft.

Over dit thema is in 1992-1993, met steun van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Verkeer en Waterstaat en Sociale Zaken en Werkgelegenheid een landelijke enquête naar ongevallen in Nederland uitgevoerd. In 1997/1998 werd deze enquête gekoppeld aan de permanente onderzoeken naar de leefsituatie uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek. Daarnaast is in 1993-1996 door de ministeries van VWS, Justitie en V&W een project gericht op de verbetering van hulpverlening aan verkeersslachtoffers ondersteund.

Vanaf 1998 wordt er in plaats van 'werkgebieden' over BRAVO-beleid gesproken. BRAVO staat voor de determinanten **B**ewegen, **R**oken, **A**lcoholgebruik, **V**eiligheid, **V**eilig vrijen, gezonde **V**oeding en **O**ntspanning. Aan de hand van de BRAVO-thema's worden de ontwikkelingen van het overheidsbeleid hier verder beschreven.

Bewegen

Voor de periode van 1998-2010 stelt het ministerie van VWS over het thema bewegen de volgende beleidsdoelstellingen:

Beleidsdoelstellingen 1998-2010

- Bevordering van voldoende bewegen uitgedrukt als toename van de normactiviteit van 40% (1998) naar 45% in 2005 en 50% in 2010.
- Bestrijding van bewegingsarmoede, uitgedrukt als een afname van de inactiviteit van 12% (1998) naar 10% in 2005 en 8% in 2010.
- Kennisvermeerdering bij burgers op het gebied van voldoende bewegen uitgedrukt als een toename van de kennis over de Nederlandse Norm Gezond Bewegen van 0% (1998) tot 50% in 2005 en 75% in 2010.
- Verbetering van de bereikbaarheid van sport -, recreatie - en groenvoorzieningen (inclusief groene en blauwe routes) met 5% in 2005 en 10% in 2010.

Het NOC*NSF neemt het initiatief tot de projecten Nederland in Beweging (NIB) en Jeugd in Beweging (JIB), gesubsidieerd door het ministerie van VWS. In 1998 start een campagne gericht op een grotere bewustwording bij burgers. Centraal in deze campagne is de jaarlijkse actieweek waarin burgers de Nationale Gezondheidstest kunnen laten afnemen en een gratis bewegeadvies krijgen. Het kabinet besluit via fiscale weg de toegankelijkheid van sportaccommodaties te vergroten.

Ook werd in 1998 de Nederlandse Norm Gezond Bewegen ontwikkeld, dat wil zeggen dat een half uur bewegen per dag tot richtlijn wordt aanbevolen. Om enig effect te sorteren op de mate waarin Nederlanders bewegen is voldoende, geschikte en veilige ruimte nodig. In de Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening (VROM, 2001) zijn hiervoor beleidsdoelstellingen geformuleerd.

In de periode 1999-2000 (Paars-II) is het sportbeleid van de rijksoverheid geïntensiveerd. De breedtesportimpuls is ontwikkeld met als doel het lokale sportaanbod duurzaam te verbeteren en te laten bijdragen aan het oplossen van maatschappelijke problemen, onder andere op het gebied van welzijn en gezondheid. NOC*NSF heeft namens de georganiseerde sport nieuwe ambities neergelegd in het manifest *Nederland Sportland*. Het ministerie van VWS heeft uit dit manifest een aantal prioriteiten overgenomen betreffende sport en onderwijs, de verenigingsinfrastructuur en het topsportklimaat.

Ook de lokale overheden als gemeenten en provincies hebben een rol in het bevorderen van sport en bewegen. De gemeente heeft expliciete taken op het gebied van volksgezondheid en heeft de regie- en uitvoeringstaken op het gebied van alle beleidsterreinen van het facetbeleid. De provincie heeft een sturende of ondersteunende rol en zij stimuleren intergemeentelijke samenwerking.

Roken

Het tweede thema van het BRAVO-beleid is roken. De overheids campagne 'Maar ik rook niet' had als resultaat dat meer jongeren zich hebben voorgenomen om niet te gaan roken. Het ministerie van VWS heeft een budget van EUR 1.4 miljoen gereserveerd voor de mogelijkheid de campagne te vervolgen. Op 15 juli 1999 heeft de ministerraad ingestemd met het voorstel van minister Borst om te komen tot verregaande beperking van tabaksreclame en tabakssponsoring in Nederland. De verwachting is dat beperking van tabaksreclame leidt tot geleidelijke afname van rookgedrag, waardoor ziekten als gevolg van roken afnemen en vroegtijdige sterfte en lager ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid verminderen. Deze Tabakswet is op 16 april 2002 door de Eerste Kamer aangenomen. Een onderdeel van deze tabakswet zijn de waarschuwingen die vanaf mei 2002 op de pakjes sigaretten staan. Dit initiatief is gebaseerd op Engels onderzoek. De waarschuwingen moeten als doel hebben, mensen af te schrikken en het stoppen met roken te bevorderen. In de zomer van 2002 wordt in een proef onderzocht welke voorlichting het meeste effect heeft op jongeren. Jongeren uit lage sociaal-economische klassen krijgen daarbij extra aandacht. De uitkomsten vormen de basis voor voorlichtingsaanpak over meerdere jaren.

De belangrijkste punten van de Tabakswet zijn:

- rookverbod in overheidsgebouwen, inrichtingen en personenvervoer;
- verkoopverbod in overheidsgebouwen, inrichtingen en personenvervoer;
- aan kinderen < 16 jaar mogen geen tabaksartikelen verkocht worden. De verkoper heeft het recht om naar legitimatie te vragen;
- werkgevers zijn verplicht ervoor te zorgen dat hun werknemers geen overlast of hinder ondervinden van roken;
- exploitanten van personenvervoer zijn verplicht ervoor te zorgen dat hun passagiers tijdens de reis geen hinder of overlast ondervinden van roken;

- elke vorm van tabaksreclame is verboden met uitzondering van de tabaksspecialzaak;
- sponsoring van evenementen door de tabaksindustrie is vanaf 31 juli 2002 verboden;
- tabaksartikelen mogen niet gratis (bijv. als promotie) worden verstrekt.

Met het oog op goede naleving van de nieuwe Tabakswet kunnen bestuurlijke boetes worden opgelegd aan personen die wettelijke bepalingen overtreden (hoofdpunten Tabakswet, persbericht, 18 april 2002).

Alcohol

Bij het thema alcohol speelt het facetbeleid een grote rol. Omdat een samenhangende aanpak belangrijk is, zijn diverse ministeries bij het alcoholbeleid betrokken. De minister van VWS is verantwoordelijk voor alcoholpreventie en alcoholzorg en de minister van Verkeer en Waterstaat is belast met het beleid rondom rijden onder invloed en de minister van Justitie met de strafrechtelijke handhaving. De campagnes in de massamedia worden uitgevoerd door het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en ziektepreventie (NIGZ). Sinds 1990 loopt in het voortgezet onderwijs het project 'de gezonde school en genotmiddelen'. Dit project van het Trimbos-instituut biedt onder meer lessen over genotmiddelen en begeleidt leerlingen in overleg met ouders. Producenten en importeurs van alcohol verzorgen ook zelf voorlichting. Zij zijn verenigd in de Stichting Verantwoord Alcoholgebruik (STIVA). De bekendste boodschap is 'Geniet, maar drink met mate'.

Veilig vrijen

Het beleid op het gebied van veilig vrijen wordt uitbesteed aan de Stichting SOA-bestrijding. Vanaf mei 2002 is een campagne gestart om jongeren te doordringen van het belang van veilig vrijen. Doelgroep zijn jonge mensen tussen 15 en 30 jaar. Allochtonen en homo's krijgen speciale aandacht omdat zij een groter risico lopen op het krijgen van een geslachtsziekte. Het NIGZ heeft een lespakket ontwikkeld voor jongerenwerkers, docenten en gezondheidsvoorlichters om interactieve werkvormen aan te bieden om op die manier SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen) en HIV/Aids met jongeren te bespreken.

Voeding

In 1998 is een grote nota 'Nederland: goed gevoed?' verschenen. In deze nota wordt onderscheid gemaakt tussen het

levensmiddelenbeleid, het gezondheidsbeschermingbeleid en het op gezondheidsbevordering en ziektepreventie gerichte voedingsbeleid. Er zijn enkele doelgroepen waarvoor specifieke, op hun situatie toegesneden beleid nodig is. Dit zijn de jongeren, de ouderen, de personen met een lage sociaal-economische status en allochtonen.

De 'Richtlijnen goede voeding', opgesteld door het Voedingscentrum, vormen de basis voor het beleid. De voorlichtingscampagnes zijn gevoerd door de Stuurgroep Goede Voeding, een samenwerkingsverband tussen de overheid en een aantal maatschappelijke organisaties. Op het gebied van het voedingsbeleid werkt de overheid verder nauw samen met externe instanties, waaronder het NIGZ en de Nederlandse Kankerbestrijding.

Het voedingsbeleid kan op drie manieren worden ingezet:

- bevorderen van goede voedingsgewoonten van de burger;
- realiseren van een hoog beschermingsniveau van de consument; dat wil zeggen door veilige voedingsmiddelen;
- stimuleren van het op de markt brengen van producten, die voor goede voedingsgewoonten van belang zijn en van de voorlichting daarover.

2 Analyse van het overheidsbeleid

In deze paragraaf zal een analyse van het beleid gemaakt worden waarin twee vragen beantwoord worden:

- Welke accentverschuivingen zijn in het beleid waar te nemen?
- Welke resultaten zijn er met dit beleid geboekt?

Accentverschuivingen in het beleid

Leefstijlfactoren werden in de eerste helft van de jaren negentig vooral gezien op het terrein van *gezondheid en arbeid, gezondheid en milieu, sociaal-economische gezondheidsverschillen en veiligheid op het werk en in het verkeer*. Kenmerkend voor het beleid van die jaren was een collectieve aanpak waarbij vooral omgevingsfactoren van gezond gedrag de aandacht kregen. Dit blijkt onder meer uit het gevoerde facetbeleid, waarbij diverse andere departementen betrokken worden bij gezondheidsbeleid. Aan het eind van de jaren negentig is dit accent verschoven naar het aanspreken van burgers op hun eigen verantwoordelijkheid voor gezond gedrag. Gezond gedrag wordt gestimuleerd door voorlichting gericht op determinanten als bewegen, roken, alcoholgebruik en gezonde voeding. Deze individuele beleidsbenadering komt tot uitdrukking in

het zogenaamde BRAVO-beleid en wordt in de Zorgnota 2001 en 2002 van het ministerie van VWS zelfs aangehaald als de belangrijkste aanpak voor gedragsverandering ten behoeve van gezond gedrag.

Een andere verschuiving is dat de lokale overheden steeds belangrijker rollen krijgen toebedeeld. Waar provincies en gemeenten voorheen voornamelijk werden aangestuurd door de centrale overheid, krijgt de gemeente nu meer een regie- en uitvoeringstaak op het gebied van alle beleidsterreinen van het facetbeleid. De provincie heeft een ondersteunende en sturende rol gekregen waarbij ze intergemeentelijke samenwerking moeten stimuleren. De centrale overheid trekt zich steeds meer terug. De rol van de overheid bij het beleid gericht op gezondheidsbevordering zou meer moeten liggen op het vlak van de stimulering en ondersteuning van burgers bij het maken van een bewuste keuze voor een gezonde leefstijl. Daarnaast zou de overheid meer moeten informeren over de te behalen gezondheidswinst door een gezonde leefstijl.

Een laatste verschuiving die waar te nemen is, is het gebruik van voorlichting als middel om een gezonde leefstijl te bevorderen. Toen in het begin van de jaren negentig veel onderzoek werd verricht naar de verschillende determinanten en hun effect op gezond gedrag, raakte het gebruik van voorlichting, een veel gebruikt middel in de jaren tachtig op de achtergrond. Vanaf de komst van het BRAVO-beleid - eind jaren negentig - wordt er weer meer aandacht besteed aan voorlichting, echter dan meer individugericht.

Resultaten van het beleid

Gezondheid en milieu

Over het thema *gezondheid en milieu* is gebleken uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1993 (VTV) dat milieu als determinant van gezondheid ondergeschikt is aan andere factoren als roken, voeding en sociale omgeving. In het beleid is er daarom minder aandacht aan besteed. Het is zelfs zo dat milieu als determinant van gezondheid niet meer terugkomt in het beleid. Terwijl bijvoorbeeld luchtverontreiniging wel degelijk een effect op de gezondheid heeft, waar vanuit het beleid aan gewerkt kan worden.

Gezondheid en arbeid

Er zijn ook positieve effecten van het beleid waar te nemen. Op het gebied van *gezondheid en arbeid* blijkt uit de VTV 1993 dat interventies de kans op blessures doen afnemen. Daarnaast

is er door TNO Preventie en Gezondheid onderzoek gedaan naar gezondheidsbevordering op de werkplek. Als resultaat hiervan is er een handleiding voor bedrijven en Arbo-diensten tot stand gekomen. Dit onderzoek is ook doorgegaan tijdens het BRAVO-beleid, dat heeft geleid tot wettelijke taken van de Arbo-diensten om sport en bewegen op de werkplek te stimuleren.

Bewegen

Er zijn verschillende initiatieven gestart, waaronder Nederland in beweging (NIB) en Jeugd in beweging (JIB). Het budget dat door de overheid aan gezondheidsbevordering wordt besteed, is op het gebied van sport en bewegen toegenomen. Naast de EUR 4,5 miljoen die in 1998 besteed is, wordt er voor nieuwe voornemens een bedrag gereserveerd oplopend van EUR 1,8 miljoen in 2001 en EUR 3,6 miljoen in 2002 tot EUR 5,45 miljoen in 2003.

Roken

De leefstijl factor roken heeft zich de laatste jaren ongunstig ontwikkeld. Ongeveer 8% van de 12-jarigen, 40% van de 15-jarigen en 52% van de 18-jarigen rookt regelmatig. Daarnaast beginnen iedere dag 250 mensen jonger dan 19 jaar met roken. Uit de VTV 2002 blijkt dat het rookgedrag bij de verschillende leeftijdsgroepen is afgenomen. De sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn in de tweede helft van de jaren negentig wel toegenomen. Dit kan verklaard worden door een afname van het aantal rokers met een hoge SES en een nageenough gelijkgebleven aantal rokers met een lage SES. Er is een wijziging van de Tabakswet totstandgekomen, waarin staat dat de sigarettapakjes vanaf 1 mei 2002 voorzien moeten zijn van een waarschuwingslabel. Het valt nog te bezien of dit effect heeft, immers, direct na de invoering van de wet bleek hoe inventief de rokers zijn. Er werden speciale hoesjes ontworpen om over de pakjes te schuiven er zijn zelfs teksten via Internet te verkrijgen die op stickers geprint kunnen worden zodat deze weer over het overheidslabel geplakt kunnen worden.

Veilig vrijen

Het blijkt dat ondanks de jaarlijkse campagnes van de Stichting SOA-bestrijding het aantal HIV-geïnfecteerden maar ook het aantal personen geïnfecteerd met een andere soa, toeneemt. Uit de VTV 2002 blijkt dat van de Nederlandse bevolking tussen 18 en 64 jaar, 5% van de mannen en 2% van de vrouwen seksueel risicogedrag vertoont. 11% van de jonge mannen

en 7% van de jonge vrouwen vrijt onveilig. Uit onderzoek bij 15-35-jarigen is gebleken dat het condoomgebruik bij contact met losse partners is gestegen van 30% in 1987 tot 60% in 1998. Echter, door het toegenomen aantal partners en de daling van de leeftijd waarop jongeren seksueel actief worden, is het percentage jongeren dat risico loopt op een soa gestegen van 6% in 1990 tot 10% in 1995. Daarom is in mei 2002 de nieuwe 'veilig vrijen' voorlichtingscampagne van start gegaan.

Voeding

Het voedingsbeleid bevindt zich in een complexe beleidsomgeving met veel actoren. Voeding is bij uitstek een zaak van het privé-domein. Het beleid zal meer gericht zijn op interventies waarbij meerdere determinanten, zoals roken en bewegen, betrokken zijn. De 'Richtlijnen goede voeding' vormen de basis voor het beleid. Van belang voor een effectief voedingsbeleid is de aanwezigheid van goede gegevens over de voedingsgewoonten en de voedingstoestand van de burgers. In Nederland bestaat een goed inzicht in de voedingsgewoonten als gevolg van landelijke voedselconsumptiepeilingen. De gezondheidswinst uit zich vooral in een verlaagde mortaliteit ten gevolge van bijvoorbeeld hart- en vaatziekten met ca. 10% tussen 1990 en 1994. Deze resultaten zijn het gevolg van een goede voorlichting, in combinatie met de ontwikkeling van het op de markt brengen van producten, die in overeenstemming zijn met de 'Richtlijnen goede voeding' door het bedrijfsleven.

3 Bronnen

Overzicht van kamerstukken waarop deze bijlage gebaseerd is.

Nota's en reacties

1992-1997

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Preventiebeleid voor de volksgezondheid: praktische keuzen voor de jaren 90. Rijswijk: Ministerie WVC, 1992.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Gezond en wel, kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1994-1995. No. 24126-24.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Den Haag: SDU, vergaderjaar 1996-1997. No. 22894-14.

(Evaluatie van de minister op de nota Preventiebeleid vergaderjaar 1992-1993 en voortgangsrapportage bij Gezond en wel, vergaderjaar 1994-1995.)

1998-2002

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Strategische notitie Public Health beleid. Den Haag: VWS, 1999.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2001. Den Haag: VWS, 2000.

(Jaarlijkse beleidsnota waarin de beleidsinhoudelijke en financiële ontwikkelingen binnen de zorgsector zijn beschreven.)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsagenda 2002. Den Haag: VWS, 2002.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002: Tijd voor gezond gedrag. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

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

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001a.

Specifiek naar leefstijlthema's

Bewegen

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Nota Sport, bewegen en gezondheid. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27841-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Nota Sport, bewegen en gezondheid. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27841-1

(Begeleidende brief van de staatssecretaris van VWS bij de nota Sport, bewegen en gezondheid.)

Roken

Staatsblad 2002, 83. Besluit van 21 januari 2002, houdende wijziging van het besluit teergehalte sigaretten en van het aanduidingenbesluit tabaksproducten.

Alcohol

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Alcoholnota. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 27565-2.

Voeding

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Nota Nederland: goed gevoed? Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1998-1999. No. 26229-1, 2.

Brieven

1998-2002

Roken

Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan GlaxoSmithKline BV aangaande vergoeding voor stoppen-met-rokenondersteuning. GZB/GZ-2251206, 25 januari 2002.

Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer aangaande toezeggingen tabaksontmoedigingsbeleid. GZB/GZ-2232403, 14 maart 2002.

Voeding

Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer aangaande de vastgestelde voedingsnormen. GZB/VVB 2254479, 11 februari 2002.

Persberichten en nieuwsbrief

1998-2002

Roken

Ministerraad besluit verdere tabaksreclamebeperking, persbericht, 15 juli 1999.

Rookverbod basisscholen slecht nageleefd, persbericht, 27 juni 2001..

Europese afspraken tegen roken, persbericht, 19 februari 2002.

Jongeren moeten niet-roker blijven, 27 maart 2002

Niet-rokers verdienen bescherming, 27 maart 2002.

VWS wil mensen helpen bij stoppen met roken, 27 maart 2002.

Hoofdpunten Tabakswet, 18 april 2002.

Alcohol

Toespraak minister Borst bij start campagne 'ben jij sterker dan drank', 14 juli 1999.

Veilig vrijen

Ministerie van Volksgezondheid , Welzijn en Sport. GZB
inkijk, nieuwsbrief van de directie Gezondheidsbeleid. Den
Haag: VWS, 10 april 2002.

Bijlage 6

De invloed van genen en omgeving op gezondheidsgedrag

Mv. drs. T. Klompenbouwer

1 Inleiding

Deze bijlage beschrijft de stand van zaken op het gebied van erfelijkheidsonderzoek, waarbij de vraag beantwoord zal worden in hoeverre bepaalde gedragingen door genen dan wel door de omgeving beïnvloed worden. De drie leefstijlthema's die de meeste gevolgen voor de gezondheid hebben, roken, alcoholgebruik en obesitas, staan in deze bijlage centraal. Daarnaast komt de rol van omgevingsinvloeden ter sprake.

2 Genetica

De evolutietheorie van Charles Darwin was de aanzet voor wetenschappers om zich bezig te houden met de erfelijkheid. Gregor Mendel ontdekte vervolgens in 1866 dat specifieke eigenschappen worden doorgegeven via 'erffactoren', die zich niet mengen maar gescheiden blijven. Verder stelt hij vast dat ouders slechts een helft van hun erffactoren aan hun nakomelingen geven en dat iedere nakomeling een verschillende set erffactoren ontvangt. Dat wat Mendel 'erffactor' noemt, wordt later 'gen' gedoopt (Eikelenboom, 2000).

De grote doorbraak in het DNA-onderzoek komt pas in 1953 wanneer James Watson en Francis Crick de dubbele helixstructuur van DNA presenteren. In 1962 ontvangen zij hiervoor de Nobelprijs voor medicijnen en fysiologie. De laatste grote doorbraak is die van het Human Genome Project, dat vanaf begin jaren '90 bezig is het menselijk genoom te ontrafelen. Dit onderzoek maakt de weg vrij om na te denken over de functies van de genen die in kaart zijn gebracht.

Genen

Een gen is een stukje DNA en bevat de code voor de aanmaak van een bepaald eiwit. Via eiwitten kunnen genen verschillende eigenschappen beïnvloeden. Zo kunnen genen gedrag, persoonlijkheid en ziekten beïnvloeden, maar ook uiterlijke ken-

merken. Een menselijke cel bevat 46 chromosomen, of te wel 23 paar. De ene helft hiervan wordt geërfd van de vader en de andere helft van de moeder.

Variaties in genen ontstaan door verschillen in de nucleotidenvolgorde en kunnen in de vorm van polymorfismen of mutaties voorkomen. Genvariaties worden bestudeerd opdat er meer geleerd kan worden over complexe aandoeningen en eigenschappen.

'Nature' en 'Nurture'

Het genotype is de verzameling van genen van een individu. Het fenotype van een individu is de verzameling uiterlijke kenmerken, dat zowel door het genotype als door de omgeving wordt bepaald. Eigenschappen worden dus mede door de omgeving bepaald. De invloed van de omgeving wordt 'nurture' genoemd en 'nature' is de invloed van de genen. Als omgevingsfactoren zijn niet alleen de sociale interacties met ouders, broers, zussen, vrienden en cultuur van belang, maar ook de fysisch-chemische factoren. Voorbeelden hiervan zijn vervuilende stoffen, farmaca, drugs, voeding en de hormonale omgeving in de baarmoeder. De relatieve bijdrage van beide kan met behulp van tweeling- en adoptieonderzoek worden vastgesteld (RVZ, 2002b).

Genetische component

De genetische component is dat deel van de variatie in een eigenschap binnen een populatie dat veroorzaakt wordt door genetische verschillen tussen de individuen. Overige variatie wordt veroorzaakt door verschillen in de omgeving. De genetische component is dus het genetisch aandeel voor een bepaalde populatie in een bepaalde omgeving. In verschillende populaties en in verschillende milieus kunnen de genetische en omgevingsinvloeden daarom verschillen. Daarnaast zijn de genetische component en de omgevingscomponent gemiddelden, berekend over een hele populatie. Dit betekent dat voor een individu de verhouding tussen genen en omgeving verschillend kan zijn ten opzichte van het gemiddelde van de populatie.

De genetische component heeft echter geen voorspellende waarde. Het beschrijft wat nu is en niet wat zal zijn. Als de genetische factoren veranderen (bijvoorbeeld door migratie) of als de omgevingsfactoren veranderen (bijvoorbeeld veranderingen in educatiemogelijkheden), dan zal het relatieve aandeel van de genen en van de omgeving veranderen (RVZ, 2002b).

3 Gedrag

Van veel gedragingen is een aanzienlijk deel van de variatie toe te schrijven aan de genen. In welke mate genen of omgevingsinvloeden een rol spelen is niet bekend. Deze kennis is echter wel van belang wanneer men invloed wil uitoefenen op risicogedrag voor de gezondheid, zoals roken of te weinig bewegen. De twee methoden die gebruikt worden om de grootte van de erfelijke of omgevingsinvloed te schatten op individuele verschillen in gedrag zijn het adoptie- en tweelingdesign (De Geus, et al.).

Voordat er in de volgende paragraaf wordt ingegaan op verschillende gedragingen en hun genetische component, wordt er in deze paragraaf eerst uitgelegd hoe gedrag in elkaar zit. Met andere woorden, hoe gedrag wordt aangestuurd en welke stoffen er bij betrokken zijn. Daarnaast wordt er uitgelegd op welke manier er onderzoek naar het verband tussen genen en gedrag gedaan wordt.

Aansturing van gedrag

Er is weinig bekend over hoe genen gedrag aansturen (Clark en Grunstein, 2001). De meeste gedragingen worden door meerdere genen beïnvloed en zijn dus complex. Het genetisch onderzoek is vaak nog maar in een stadium waarin afzonderlijke genen worden geïdentificeerd. Vaak hebben onderzoekers nog geen idee hoe de genen als groep functioneren en hoe de wisselwerking met de omgeving verloopt.

Adoptie- en tweelingdesign

Genetische informatie is identiek voor iedere cel, afkomstig van hetzelfde individu. Behalve bij identieke tweelingen, heeft ieder individu zijn eigen genetisch profiel (Lander, 1989). Een monozygote (MZ), eenéiige tweeling is dus genetisch identiek, terwijl een dizygote (DZ), tweeëiige tweeling de helft van de genen met elkaar deelt. De overeenkomst in genotype is voor tweeëiige tweelingen vergelijkbaar met een gewone broer en zus. Bij tweelingen gaat men ervan uit dat de variatie in omgeving voor zowel MZ- als DZ-tweelingen even groot is. Het enige verschil tussen deze twee is de genetische invloed. In tweelingonderzoek vergelijkt men de MZ-tweelingen met de DZ-tweelingen. Wanneer er meer onderlinge gelijkheid is tussen de MZ-tweelingen, dan is er sprake van een grote erfelijke invloed van het bepaalde kenmerk. Wanneer de DZ-tweelingen onderling meer gelijkheid vertonen, dan pleit dat voor een grotere omgevingsinvloed van het bepaalde kenmerk.

Echter, wanneer twee broers op elkaar lijken, is dat nog geen bewijs voor de invloed van genetische factoren. Ze kunnen namelijk ook op elkaar lijken als gevolg van het blootstaan aan dezelfde omgevingsfactoren. In het *adoptiedesign* worden daarom de overeenkomsten in gedrag vergeleken tussen mensen die genetisch niet met elkaar verwant zijn, maar wel onder dezelfde omgevingsinvloeden opgroeiden en mensen die wel genetisch verwant zijn, maar in een andere omgeving opgroeiden. Bij het *tweelingonderzoek* wil men achterhalen in hoeverre tweelingen een bepaalde eigenschap gemeen hebben. Dit wordt in vaktermen binnen-paar overeenkomsten genoemd. Dit wordt uitgedrukt in correlaties. De verschillen in de binnen-paar overeenkomsten geeft de maat voor de erfelijkheid van een eigenschap.

De invloed van omgevingsfactoren

Gedrag met slechte gevolgen voor de volksgezondheid wordt niet altijd door genen veroorzaakt. Ook omgevingsfactoren spelen een rol. Belangrijke omgevingsfactoren zijn het verschil in sociaal-economische status en opleidingsniveau.

Gezondheidsproblemen komen steeds vaker voor bij lager opgeleiden en mensen met een lagere sociaal-economische status (SES). Wat is de oorzaak daarvan? In het Gezondheid en Levensomstandigheden Bevolking Eindhoven en omstreken (GLOBE)-onderzoek is gezocht naar een verklaring voor deze verschillen in gezondheid (Schrijvers, et al., 2001). Voor roken, alcoholgebruik en overgewicht en obesitas is een causaal verband aangetoond tussen gezondheid en sterfte.

4 Roken

Roken is een belangrijke risicofactor voor vroegtijdige sterfte in ontwikkelde landen (Bergen, et al., 1999). Jaarlijks overlijden in Nederland ruim 24.000 mensen aan de gevolgen van roken (Stivoro, 1999). Nicotineverslaving wordt veroorzaakt door een combinatie van psychosociale en farmacologische factoren. Dit zijn beide aanknopingspunten voor preventie en behandeling. Nicotine is zeer verslavend en is wat betreft subjectieve en fysiologische beleving te vergelijken met cocaïne. Hiermee in verband staat de erfelijke aanleg. De afgelopen jaren is veel onderzoek verricht naar de genetische epidemiologie van roken (Willemsen, et al., 2001). Er is onderzocht in welke mate het wel of niet roken, het beginnen met roken, het aantal sigaretten dat men rookt en het stoppen met roken erfelijk bepaald is.

- *In hoeverre is roken erfelijk bepaald?*

Om te bepalen of het al dan niet roken beïnvloed wordt door genen, wordt er al vanaf de jaren '50 genetisch epidemiologisch onderzoek naar het tabaksgebruik verricht. Uit studies van 1958 bleek dat bij MZ-tweelingen vaker beide personen roken dan bij DZ-tweelingen (Fischer, 1959). Tweelingonderzoek laat zien dat variatie in roken voor ongeveer de helft genetisch bepaald is. Geconcludeerd mag worden dat het feit of iemand wel of niet rookt voor een groot deel erfelijk aangelegd is (Willemsen, et al., 2001).

- *In welke mate is beginnen met roken erfelijk?*

Beginnen met roken, wordt gemeten door te vragen of men ooit gerookt heeft. Beginnen met roken is sterker bepaald door omgevingsfactoren dan door genen. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat het beginnen met roken voor 31% tot 39% erfelijk bepaald is, terwijl 54% tot 59% aan omgevingsfactoren te wijten is (Boomsma, et al., 1994 en Koopmans, et al., 1999). In een Amerikaans onderzoek werden ongeveer dezelfde resultaten gevonden. Verder is gevonden dat de genetische component bij jongens groter is dan bij meisjes. Van de omgevingsinvloeden die van belang zijn, wordt er verondersteld dat het rookgedrag van de ouders een grote invloed heeft. Dit werd echter niet door onderzoek bevestigd (Boomsma, et al., 1994).

- *In hoeverre is de hoeveelheid gerookte sigaretten genetisch bepaald?*

Er is een groot verschil in de hoeveelheid sigaretten die door volwassenen gerookt worden. Ondanks de sterk verslavende eigenschap van nicotine blijken er mensen te zijn die roken, zonder daadwerkelijk verslaafd te zijn. Het aantal sigaretten dat gerookt wordt, blijkt in grote mate erfelijk bepaald te zijn. Uit tweelingonderzoek blijkt hoeveelheid sigaretten die 12- tot 14- jarigen roken, erfelijk bepaald is (Koopmans, et al., 1999).

Uit dit onderzoek is ook gebleken dat de genetische verschillen in de nicotinegevoeligheid bepalen hoeveel iemand gaat roken. Met andere woorden: de gevoeligheid voor nicotine is erfelijk. Volgens één theorie is het risico op nicotineverslaving afhankelijk van de mate waarin de persoon gevoelig is voor nicotine. Juist mensen die een overgevoeligheid voor nicotine vertonen, waarbij het lichaam harder moet werken om tolerantie voor nicotine op te brengen, raken het snelst verslaafd. Dit is in tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt. Bij mensen die weinig gevoelig zijn, is de omgeving van groot belang. Invloed van bijvoorbeeld leeftijdsgenoten bepaalt of iemand niet gaat roken

of juist beperkt gaat roken en dus een chipper wordt (Pomerleau, 1995 en Pomerleau et al., 1993).

- *In hoeverre is stoppen met roken erfelijk?*

Het stoppen met roken-onderzoek is voornamelijk in het buitenland uitgevoerd. Amerikaans tweelingonderzoek heeft uitgewezen dat er een grotere overeenstemming is in het stoppen met roken bij MZ-tweelingen dan bij DZ-tweelingen (Carmelli, et al., 1992). Er is een analyse uitgevoerd van data afkomstig uit Scandinavisch, Amerikaans en Australisch onderzoek, waaruit bleek dat stoppen met roken voor 69% erfelijk bepaald is (Bergen, et al., 1999).

Omgevingsfactoren

Zoals eerder is vermeld, blijkt voornamelijk het beginnen met roken voor ruim 50% door omgevingsfactoren beïnvloed te zijn. De invloed die ouders hebben op het rookgedrag van hun kinderen wordt verondersteld de grootste invloed te hebben. Dit wordt echter niet door onderzoek onderbouwd. Een andere omgevingsfactor die roken blijkt te beïnvloeden, is de beschikbaarheid en daarmee samenhangend de prijs van rookwaar. Hoge accijnzen blijken invloed te hebben op de verkoop van rookwaar (Groot en Maassen van den Brink, 2002).

Uit het GLOBE-onderzoek blijkt dat lager opgeleiden vaker roken dan hoger opgeleiden. Het blijkt ook dat jongeren uit de lage sociaal-economische klassen meer sociale druk voelen om te gaan roken dan jongeren uit de hogere sociaal-economische klassen (De Haes, et al., 2001).

Conclusie

Voor roken geldt dat het wel of niet roken voor ongeveer de helft genetisch bepaald is. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen het beginnen met roken, het aantal sigaretten dat gerookt wordt en het stoppen met roken. Beginnen met roken is sterker bepaald door omgevingsfactoren dan door genen. Daarentegen is de hoeveelheid die gerookt wordt voor het grootste deel erfelijk bepaald. Uit onderzoek is ook gebleken dat de gevoeligheid voor nicotine erfelijk is. De gevoeligheid voor nicotine beïnvloedt de mate van verslaving. Voor stoppen met roken, geldt dat het voor meer dan de helft erfelijk bepaald is.

De omgevingsfactoren die van invloed zijn op het roken, zijn voornamelijk terug te voeren tot de sociaal-economische klasse waarin men zich bevindt en de hoogte van de opleiding die

men genoten heeft. Voor preventie is het belangrijk rekening te houden met de beschikbaarheid van rookwaar en de daaraan gerelateerde accijnzen.

5 Alcohol

Tweeling- en adoptieonderzoek heeft aangetoond dat erfelijke aanleg van belang is, maar dat de mate waarin nog onduidelijk is (Koopmans, et al., 1996). De oorzaak hiervan is de complexiteit van de aandoening alcoholisme. Er zijn namelijk verschillende subtypes, verschillen in diagnostische systemen en verschillen in de manier van selectie van onderzoekspopulatie (Heath, et al., 1994). Om meer te weten te komen over de factoren die excessief alcoholgebruik en alcoholisme veroorzaken, is inzicht nodig in de factoren die normaal alcoholgebruik beïnvloeden, zoals het wel of niet consumeren van alcohol, de hoeveelheid geconsumeerde alcohol en de invloed van roken op het alcoholgebruik.

- *In hoeverre is alcoholgebruik erfelijk?*

Bij het meeste onderzoek naar alcoholgebruik is gebruik gemaakt van grootschalige registers van volwassen tweelingen. Resultaten van deze studies geven aan dat individuele verschillen in alcoholgebruik voor een belangrijk deel door erfelijke aanleg worden bepaald en in iets mindere mate door gedeelde omgevingsinvloeden. (Koopmans, et al., 1996). Uit de onderzoeken blijkt ook dat MZ- en DZ-tweelingen die veel contact met elkaar hebben, meer overeenkomsten vertonen in het alcoholgebruik. Dit zou erop kunnen duiden dat overeenkomsten binnen een familie vooral verklaard kunnen worden door de overeenkomsten in omgevingsfactoren, in plaats van door genetische overeenkomsten in de familie (Koopmans, et al., 1996). Dit is door Fins tweelingonderzoek bevestigd (Rose, et al., 1990). Uit dit Fins onderzoek komt wel naar voren dat er rekening gehouden moet worden met de verschillen in sociale contacten tussen tweelingen. Dit houdt in dat de genetische bijdrage aan de individuele verschillen toch significant is (Rose, et al., 1990).

Uit het Nederlandse tweelingonderzoek komt naar voren dat 79% van de totale variantie in alcoholgebruik bij 15- en 16-jarigen verklaard wordt door omgevingsinvloeden die broers en zussen gemeenschappelijk hebben, maar die niet direct beïnvloed worden door het alcoholgebruik van de ouders. Het alcoholgebruik van de ouders heeft echter maar voor 7% van de variantie invloed op dat van de kinderen (Koopmans, et al.,

1996). Maar naarmate adolescenten ouder worden, gaan de genetische factoren een grotere rol spelen. Voor tweelingen van 17 jaar en ouder wordt 43% door genetische factoren verklaard, terwijl de omgevingsinvloeden 37% voor hun rekening nemen. De kleine invloed van culturele factoren bij 15- en 16-jarigen is bij de 17-jarigen helemaal verdwenen (Koopmans, et al., 1996).

Het blijkt dat zowel voor mannen als voor vrouwen een genetische invloed op alcoholconsumptie wordt gevonden. Afhankelijk van geslacht en leeftijd ligt de genetische invloed tussen de 30% en 60%. Amerikaans en Fins onderzoek hebben aangetoond dat het patroon van alcoholconsumptie vrij stabiel is, wat toe te schrijven is aan de continue invloed van de genetische factoren (Carmelli, et al., 1993 en Kaprio, et al., 1992). Uit het Australische tweelingonderzoek is tevens naar voren gekomen dat de genetische factoren die de alcoholconsumptie beïnvloeden, correleren met de genetische factoren van invloed op problematisch alcoholgebruik (Heath, et al., 1994).

Om excessief alcoholgebruik, zoals onder de jongeren op vakantie op Terschelling, aan te kunnen pakken, moet er iets bekend zijn over de belangrijkste invloeden op alcoholgebruik onder adolescenten. In een Australisch tweelingenonderzoek met tweelingenparen in de leeftijd van 11 tot 18 jaar werd gevonden dat de alcoholconsumptie van jongens vooral door genetische factoren wordt bepaald, in tegenstelling tot meisjes waarbij omgevingsfactoren een grotere rol spelen (Hopper, et al., 1992). Het is dus mogelijk dat de mate waarin de genetische factoren een rol spelen in het alcoholgebruik van jongeren afhankelijk is van culturele factoren, zoals de beschikbaarheid van alcohol, de heersende gedachte aangaande alcoholgebruik en de verwachtingen van jongeren over de effecten van alcohol (Koopmans, et al., 1996)

- *In hoeverre is de hoeveelheid geconsumeerde alcohol erfelijk?*

Uit het Nederlandse tweelingenonderzoek blijkt dat het aantal glazen alcohol dat jongeren per week consumeren veel sterker door genetische factoren beïnvloed wordt dan het feit dat men alcohol drinkt (Koopmans, et al., 1996). In Amerika en Australië worden dezelfde resultaten voor volwassenen gevonden (Heath, et al., 1991 en Prescott, et al., 1994).

Roken en alcoholgebruik

Uit het Nederlandse tweelingonderzoek blijkt dat jongeren die alcohol drinken, veel vaker roken dan jongeren die niet drinken (Koopmans, et al., 1996). Voor jongeren van 15 en 16 jaar kan het verband tussen alcoholgebruik en roken voor een belangrijk deel verklaard worden door omgevingsfactoren die zowel aan roken als drinken toe te schrijven zijn. Voor 17-jarigen en ouder is dit verband toe te schrijven aan gecorreleerde genetische factoren (Koopmans, et al., 1996).

Omgevingsfactoren

Niet alleen zijn bij roken en alcoholgebruik waarschijnlijk dezelfde set genen van invloed, ook de omgevingsfactoren voor deze twee slechte gewoonten zijn hetzelfde. Voor het alcoholgebruik geldt ook dat de sociaal-economische klasse en de hoogte van de genoten opleiding een grote rol spelen. Lager opgeleiden en mensen met een lage sociaal-economische status blijken vaker excessief alcohol te gebruiken dan hoog opgeleiden en mensen uit een hoge sociaal-economische status (Schrijvers, et al., 2001).

Tabel 1 **Voorkomen (%) van ongunstige factoren naar opleiding, 1991, GLOBE onderzoek (Stronks, et al., 2001)**

	Opleiding			
	HBO, universiteit	HAVO, VWO, MBO	MAVO, LBO	basisonderwijs
>20 sigaretten/dag	4.5	5.3	7.5	10.3
Excessieve drinkers, mannen	11.0	14.0	18.2	24.5
Excessieve drinkers, vrouwen	1.0	3.7	3.4	3.9

Conclusie

Een belangrijke conclusie is dat verticale culturele transmissie van ouders op kinderen geen rol speelt bij het alcoholgebruik van jongeren. De invloeden vanuit de omgeving die kinderen samen delen, maar die niet direct afkomstig zijn van de ouders, zijn veel belangrijker. Verder kan er geconcludeerd worden dat

het rook- en drinkgedrag van jongeren ouder dan 17 jaar mogelijk door dezelfde genen beïnvloed worden.

Alcoholgebruik is een van de weinige eigenschappen waarvoor het belang van de gemeenschappelijke omgeving is aangetoond. Een voorbeeld hiervan is de invloed van religie op het alcoholgebruik. De invloed van de gemeenschappelijke omgevingsfactoren is het grootst tijdens de adolescentie en neemt af bij het ouder worden. Preventie zou daarom gericht moeten zijn op jongeren die beginnen met alcoholgebruik (Koopmans, et al., 1996). Sociaal-economische status en hoogte van de genoten opleiding spelen ook bij alcohol een grote rol. Ook hier drinken de mensen met een lagere opleiding en lagere sociaal-economische status meer dan mensen met een hogere opleiding en hogere sociaal-economische status.

6 Overgewicht en obesitas

Overgewicht en obesitas, extreem overgewicht, kunnen door een combinatie van leefstijl, genetische-omgevingsfactoren ontstaan. De prevalentie van obesitas is de laatste jaren sterk toegenomen. Daarentegen is er aan de genetische aanleg voor het ontwikkelen van obesitas niet veel veranderd. Daardoor worden omgevingsfactoren als de belangrijkste oorzaken gezien (Prentice, 1997).

Genetische factoren

De grote rol van genetische factoren is door het adoptie- en tweelingonderzoek naar boven gekomen. Er is een grotere samenhang tussen biologische ouders en hun kinderen dan tussen adoptiefouders en hun kinderen. Het blijkt namelijk niet uit te maken of een MZ-tweeling in dezelfde of in een verschillende omgeving opgroeit. Uit adoptiestudies blijkt dat wanneer zij volwassen zijn, zij een gelijke hoeveelheid lichaamsvet en -massa vertonen ondanks het verschil in dieetgewoonten en obesitasniveaus van de adoptiefouders. Daarnaast vertonen geadopteerde kinderen hetzelfde obese-beeld als hun biologische ouders, in plaats van hun adoptiefouders. Tweelingstudies laten zien dat er een grotere samenhang is tussen de Quetelet Index van MZ-tweelingen dan van DZ-tweelingen (Parsons, et al., 1999).

Omgevingsfactoren

Wanneer er meer energie-inname is dan dat er energie wordt verbrand, wordt het verschil in vet opgeslagen. Nederlands onderzoek laat zien dat de fysieke activiteit vooral tijdens de puberteit daalt. De fysieke activiteit bij 13-jarigen blijkt nog

vier uur in de week te zijn, bij 21-jarigen is dit nog maar een uur in de week (Kemper, 2002). Allochtone jongeren zijn bijna twee keer minder vaak lid van een sportvereniging dan autochtone jongeren (De Haan, 2000). De vrije tijd wordt steeds vaker voor de televisie of achter de computer doorgebracht. Uit een onderzoek uit Amerika is gebleken dat kinderen van 2 tot 7 jaar gemiddeld 2,5 uur voor de televisie of achter de computer doorbrengen (Renders, et al., 2002). Voor volwassenen geldt dat er een afname is van fysiek zwaar werk en een toename van computerwerkzaamheden. Er wordt bij hen dus ook een sterke mate van fysieke inactiviteit waargenomen.

Overgewicht en obesitas zijn het gevolg van een verstoorde balans tussen activiteit en voedingsgewoonten. Bij kinderen heeft een verschuiving in voedingsgewoonten plaatsgevonden. Er is een overconsumptie aan dierlijke vetten en eiwitten en een onderconsumptie aan vezels. Bovendien is de consumptie van groenten en fruit aanzienlijk gedaald.

Voedingspatroon is verder cultuurbepaald. Turkse en Marokkaanse vrouwen en kinderen voldoen meer aan de richtlijn goede voeding voor verzadigd vet dan Nederlandse vrouwen en kinderen. Toch blijkt het risico op overgewicht en obesitas bij hen wel groter te zijn dan bij de Nederlandse vrouwen en kinderen. Dit is waarschijnlijk toe te schrijven aan de geringe mate van lichamelijke activiteit.

De voedingsgewoonten van werkende en niet-werkende volwassenen verschillen niet veel. Wel is kenmerkend voor werkende volwassenen dat zij 's middags de lunch op het bedrijf nuttigen en dat de keuzes bepaald worden door het aanbod aan voedingsmiddelen. Ruim 50% van de maaltijden in kantines bevatten weinig of geen groenten en vleesproducten met een hoog vetgehalte.

Er wordt ook een sterke relatie waargenomen tussen een lage sociaal-economische status op jonge leeftijd en verhoogd lichaamsgewicht wanneer men volwassen is. Bij mensen met een lage sociaal-economische status komt overgewicht en obesitas bijna drie keer zoveel voor als bij mensen met een hoge sociaal-economische status (Singh, et al., 2002). Er is verder weinig onderzoek gedaan naar de invloeden van andere factoren, zoals familie grootte, of ouders thuis zijn tijdens de opvoeding of dat kinderen andere opvang hebben genoten (Parsons, et al., 1999).

Tabel 2 Voorkomen (%) van ongunstige factoren naar opleiding, 1991, GLOBE-onderzoek (Stronks, et al., 2001)

	Opleiding			
	HBO, Universiteit	HAVO, VWO, MBO	MAVO, LBO	Basisonder- wijs
Geen lich. act.	2.2	4.0	4.9	5.7
Gem QI, mannen	23.4	24.6	25.0	24.8
Gem QI, vrouwen	21.7	23.0	23.4	24.7

Zoals in de bovenstaande tabel te lezen is, speelt de opleiding ook bij overgewicht en obesitas een rol. Er is onder laag opgeleiden sprake van meer overgewicht dan bij hoger opgeleiden. Dit komt tot uitdrukking in een hogere Quetelet Index (QI) (Schrijvers, et al., 2001).

De media vormen ook een omgevingsfactor met een grote invloed. Uit een rapport dat in 1996 is verschenen, waarin televisiereclames gericht op kinderen worden geëvalueerd, blijkt dat het grootste deel van de reclames voor kinderen over snoep en fast food-ketens gaat. Er worden geen reclames gevonden over fruit, groente of vis (Renders, et al., 2002).

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat genen een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van obesitas, maar dat de omgevingsinvloeden groter zijn. Ook bij overgewicht en obesitas heeft de sociaal-economische klasse en de hoogte van de opleiding een zeer grote rol.

Preventie is van groot belang bij het voorkomen van overgewicht en obesitas. Preventieactiviteiten moeten voornamelijk gericht worden op het beïnvloeden van lichamelijke activiteit en het nuttigen van gezonde voeding. De wetenschappelijke kennis reikt nog niet zover dat er met preventieactiviteiten en behandelingen op ingespeeld kan worden (Van Rossum, 2002).

7 Conclusie

De erfelijke basis voor roken, alcoholgebruik en de ontwikkeling van obesitas is zeer complex. Waarschijnlijk is het niet één gen dat de veroorzaker is, maar een combinatie van genen. Wat het ook complex maakt is dat mogelijk dezelfde set genen verantwoordelijk is voor zowel het rookgedrag als het alcoholgebruik. Vervolgens gaat het niet alleen om de genetische variaties, maar is ook de interactie van de genen met de omgevingsfactoren van belang (Van Rossum, 2002).

Voor roken is de belangrijkste conclusie dat het wel of niet roken voor ongeveer de helft genetisch bepaald is en dat alleen het beginnen met roken meer door omgevingsfactoren bepaald wordt dan door genen. Dit is niet het geval voor de hoeveelheid die gerookt wordt en voor het stoppen met roken. Dat is voor het grootste deel erfelijk bepaald. Waarschijnlijk hebben ouders vooral invloed op het rookgedrag van hun kinderen. Dit wordt echter niet door onderzoek onderbouwd. De beschikbaarheid en daarmee samenhangend de prijs van rookwaar is ook van invloed op het rookgedrag. De belangrijkste omgevingsfactor die van invloed is, is de sociaal-economische status en het daarmee samenhangende opleidingsniveau.

Bij het alcoholgebruik van jongeren speelt verticale culturele transmissie van ouders op kinderen geen rol. De invloeden vanuit de omgeving die kinderen samen delen, maar die niet direct afkomstig zijn van de ouders, blijken veel belangrijker. Alcoholgebruik is een van de weinige eigenschappen waarvoor het belang van de gemeenschappelijke omgeving is aangetoond. De invloed van de gemeenschappelijke omgevingsfactoren is het grootst tijdens de adolescentie en neemt af bij het ouder worden. Preventie zou gericht moeten zijn op jongeren die beginnen met alcoholgebruik (Koopmans, et al., 1996). Omgevingsfactoren als sociaal-economische status en hoogte van de genoten opleiding spelen ook bij alcohol een grote rol.

Bij de ontwikkeling van obesitas spelen genen een belangrijke rol, maar de rol van de omgevingsinvloeden is groter. Ook bij overgewicht en obesitas heeft de sociaal-economische klasse en de hoogte van de opleiding een zeer grote rol.

Bijlage 7

Ethische aspecten van gezondheid en gedrag

Mw. dr. M.H.N. Schermer

1 Inleiding

In deze bijlage komen de ethische aspecten van het bevorderen van gezond gedrag aan bod. Er wordt gekeken naar:

1. de grenzen en reikwijdte van collectieve en individuele verantwoordelijkheid voor gezond gedrag, en de juiste verdeling van verantwoordelijkheid (par. 2);
2. de legitimering van mogelijke interventies ter beïnvloeding van gezondheidsgedrag (par. 3);
3. de ethische aspecten van gezondheidsbevordering op de werkplek (par. 4).

2 Verantwoordelijkheid voor gezond gedrag

Wie is verantwoordelijk voor gezondheidsgedrag? Achtereenvolgens wordt hier ingegaan op individuele verantwoordelijkheid voor gezond gedrag, de publieke verantwoordelijkheid van de overheid en de maatschappelijke verantwoordelijkheid van andere partijen.

2.1 Gezond leven als individuele verantwoordelijkheid

Eigen verantwoordelijkheid betekent dat individuen zich rekenschap geven van keuzen die ze maken én van de consequenties van die keuzen (Struijs, 2000). Er kan onderscheid worden gemaakt tussen prospectieve en retrospectieve verantwoordelijkheid (Ten Have, et al., 1998).

Retrospectieve verantwoordelijkheid betekent: aansprakelijk zijn voor de gevolgen van het eigen gedrag. Het gaat om verantwoordelijkheid en verantwoording achteraf.

Prospectieve verantwoordelijkheid is een verantwoordelijkheid vooraf. Het heeft betrekking op toekomstig gedrag: "Prospective responsibility is about what a person should care about

and what he should do. It is an action guide” (Verweij, 1998, p. 180). Iemand prospectief verantwoordelijk stellen betekent dan een dringend beroep doen op iemand om zich op een bepaalde manier te gedragen (Struijs, 2000).

In een eerder advies concludeerde de Raad dat eigen verantwoordelijkheid in de betekenis van aansprakelijkheid omstre- den is en veel bezwaren kent, bijvoorbeeld op het gebied van privacy, controleerbaarheid en onduidelijkheid over de (cau- sale) relatie tussen gedrag en ziekte (RVZ, 2000a). Prospec- tieve verantwoordelijkheid achtte de Raad wel verdedigbaar. Hier wordt dieper ingegaan op de prospectieve verantwoorde- lijkheid van individuen voor gezond gedrag. De vraag is: hoe kan een dergelijke verantwoordelijkheid gelegitimeerd worden, en wat zijn de grenzen ervan?

Argumenten voor eigen verantwoordelijkheid

1) *Het prudentiële argument.* Het ligt voor de hand dat mensen voor hun eigen gezondheid zorgen, want zij hebben daar zelf direct belang bij. Voor zover gedrag van individuen invloed heeft op hun gezondheid, lijkt het vanzelfsprekend dat ze daar ook zelf verantwoordelijkheid voor hebben.

2) *Het morele argument.* Volgens sommigen bestaat er een morele plicht om goed voor het eigen lichaam en de eigen gezondheid te zorgen. Een dergelijke plicht kan religieus geïnspireerd zijn, maar ook worden afgeleid van het grote belang dat de Neder- landse bevolking aan gezondheid toekent.

3) *Het rechtvaardigheidsargument.* Ongezonder gedrag kan de gezondheidszorg belasten en leiden tot hogere kosten. Als gezond levenden mee moeten betalen aan de kosten die onge- zond levenden veroorzaken is dat onrechtvaardig. De risico- solidariteit komt hiermee onder druk te staan. Deze argumen- tatie is echter alleen geldig als:
- ongezond gedrag inderdaad extra kosten met zich meebrengt,
- deze kosten door anderen moeten worden opgebracht én
- het ongezonde gedrag bewust en vrijwillig gekozen is.
Of aan deze voorwaarden wordt voldaan, is in de praktijk in veel gevallen onduidelijk. Het rechtvaardigheidsargument gaat dus niet altijd op.

4) *Het schade-aan-andere argument.* Ongezonder gedrag kan ook rechtstreeks schadelijk zijn voor anderen, zoals bij passief meerooken het geval is. Ook kan gedacht worden aan zogenaamde ‘intangibile costs’ (Groot en Maassen van den

Brink, 2002). Hoe ernstiger de schade en hoe groter de kans op schade, hoe groter ook de verantwoordelijkheid van individuen om hun gedrag aan te passen.

5) *Het burgerschapsargument*. Hierbij gaat het om de gevolgen van ongezond gedrag voor derden én voor de samenleving als geheel. De vooronderstelling hierbij is dat wij allen *als burgers* medeverantwoordelijk zijn voor zowel de volksgezondheid als voor het behoud van een goed en betaalbaar gezondheidszorgstelsel (Struijs, 2000). Bij het maken van individuele keuzes ten aanzien van gezondheidsgedrag zouden dan ook steeds de gevolgen voor gezondheidszorg en maatschappij in ogen-schouw moeten worden genomen.

Dit argument ligt in de lijn van hedendaagse theorieën over burgerschap, waarin aandacht wordt besteed aan de actieve verantwoordelijkheid van burgers voor het publiek belang (WRR, 1992; Hortulanus en Machielse, 2002). Op het vlak van gezond gedrag verdient het burgerschapsargument nog verdere uitwerking. Ook de rol van de burger als lid van de ‘civil society’ (belangen- en vrijwilligersorganisaties, sociale bewegingen) is daarbij van belang (zie ook par. 2.3).

Argumenten tegen eigen verantwoordelijkheid

1) *Autonomie en privacy*. Mensen hebben het recht om zelf te kiezen in hoeverre ze gezondheid belangrijk vinden en in hoeverre ze daar in hun gedrag rekening mee willen houden. Veel gezondheidsgedrag ligt binnen de persoonlijke levenssfeer en wordt beschermd door een recht op privacy.

2) *Pluraliteit van leefstijlen en leefstijlsolidariteit*. Velen beschouwen het bestaan van een pluraliteit aan leefstijlen en de vrijheid om een eigen leefstijl te kiezen als waardevol. Leefstijl is nauw verbonden met de eigen identiteit en levensvisie van mensen. Volgens Trappenburg is de meerderheid van de Nederlandse bevolking vóór leefstijlsolidariteit, maar zal deze solidariteit toch afnemen naarmate de verantwoordelijkheid voor gezondheid verschoven wordt naar burgers, verzekeraars en werkgevers (Trappenburg, 2000).

3) *Competentie van individuen*. Niet iedereen is in staat om verantwoordelijkheid voor het eigen gezondheidsgedrag te dragen. Verantwoordelijkheid veronderstelt een zekere competentie van individuen om het eigen gedrag te kiezen en te bepalen. Ook moeten er keuzemogelijkheden zijn. Een

gebrek aan capaciteiten en keuzevrijheid kan de mogelijkheden voor eigen verantwoordelijkheid beperken.

4) *Contingentie en overvloed van informatie*. Goede informatie is een voorwaarde voor eigen verantwoordelijkheid. Kennis en inzichten op het gebied van gezond gedrag veranderen echter snel. Informatie is niet altijd even correct en betrouwbaar en de boodschappen zijn soms zelfs tegenstrijdig. Het is voor burgers moeilijk de juiste informatie op te pikken uit het overvloedige aanbod.

5) *Blaming the victim*. Individuen geheel verantwoordelijk houden voor hun eigen gezondheid is een vorm van 'victim blaming' (Crawford, 1977). Een te grote nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van individuen gaat ten koste van aandacht voor andere determinanten van gezondheid, zoals sociaal-economische factoren, en van andere partijen, zoals zorgaanbieders of overheid.

6) *Medicalisering en 'gezondheidsideologie'*. Een grote nadruk op gezond gedrag kan leiden tot een verdere medicalisering van de samenleving. Dat is volgens velen ongewenst. Het sterk benadrukken van gezondheid als waarde en verantwoordelijkheid versterkt de 'gezondheidsideologie' (Rolies, 1988). Dit zou ten koste kunnen gaan van aandacht voor andere waarden in het leven. Is gezond en risico-arm leven hetzelfde als *goed* leven? (RIVM, 2002; Verweij en Van den Hoven, 2001).

Conclusies

Individuele verantwoordelijkheid voor het eigen gezondheidsgedrag is vooral een kwestie van prudentie. Van een *morele* verantwoordelijkheid om gezond gedrag te vertonen is maar zeer beperkt sprake. De sterkste argumenten hiervoor lijken te vinden onder de noemers rechtvaardigheid, schade-aan-anderen en burgerschap.

Tegen eigen verantwoordelijkheid voor gezondheidsgedrag pleit dat dit op gespannen voet kan komen te staan met autonomie, vrijheid en pluraliteit van leefstijlen. Zolang leefstijlen niet gedwongen worden opgelegd, is de kracht van deze tegenargumenten beperkt. Een te grote nadruk op individuele verantwoordelijkheid voor gezondheidsgedrag kan leiden tot ongewenste effecten als medicalisering, victim blaming en toenemende gezondheidsideologie.

2.2 Gezond leven als publieke verantwoordelijkheid

Publieke verantwoordelijkheid voor volksgezondheid

Bij publieke verantwoordelijkheid gaat het om de verantwoordelijkheid van de overheid. De overheid dient publieke belangen, waaronder volksgezondheid en gezondheidszorg, te bewaken, veilig te stellen en te bevorderen.

Juridisch is de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van de volksgezondheid vastgelegd in artikel 22 van de grondwet. De overheid dient de gezondheidstoestand van de bevolking in positieve zin te beïnvloeden. Deze verantwoordelijkheid strekt zich uit over een breed gebied. Ook preventie en gezondheidsbevordering horen hierbij, zoals ook blijkt uit de Wet collectieve preventie volksgezondheid.

Publieke verantwoordelijkheid voor gezond gedrag

Er is een onderscheid tussen publieke verantwoordelijkheid voor *(volks)gezondheid* en verantwoordelijkheid voor *gezondheidsgedrag*. Publieke verantwoordelijkheid voor gezondheidsgedrag is slechts een onderdeel van de publieke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid.

Ongezond gedrag is slechts één van de vele factoren die de volksgezondheid bepalen. Bij sociaal-economische gezondheidsverschillen is bijvoorbeeld slechts 30-40% bepaald door gedrag (Stronks, 1997). Dat betekent dat 60-70% van de verschillen door andere factoren verklaard moet worden, bijvoorbeeld door ongezonde arbeidsomstandigheden of slechte behuizing.

Het idee van publieke verantwoordelijkheid voor gezondheidsgedrag lijkt paradoxaal, aangezien het gaat om individueel gedrag. Hoe kan de overheid verantwoordelijk zijn voor het gedrag van individuen? Twee zaken zijn van belang:

Ten eerste: het gaat om prospectieve verantwoordelijkheid. Dat wil zeggen om de verantwoordelijkheid die de overheid kan nemen om gedrag van individuen op een positieve manier te beïnvloeden of te sturen. Het gaat niet om 'schuld' aan het gedrag van individuen.

Ten tweede: gedrag is nooit uitsluitend individueel bepaald, maar heeft het altijd ook een belangrijke contextuele component. Gedrag vindt plaats binnen een sociale en fysieke omgeving, tegen een bepaalde maatschappelijke achtergrond. Het is dan ook mogelijk om door collectieve interventies het gedrag

van individuen te beïnvloeden en te veranderen. De overheid kan bijvoorbeeld het bewegingspatroon van kinderen verbeteren door bewegingsonderwijs te stimuleren.

Legitimering van gedragsbeïnvloeding

Beïnvloeding van gedrag van burgers door de overheid is niet onproblematisch. In beginsel hoort een neutrale overheid zich niet met privé-gedrag van burgers te bemoeien. Waar het gaat om beïnvloeden van gezondheidsgedrag komen daar nog andere negatieve effecten bij (zoals medicalisering en victim blaming). Actieve betrokkenheid van de overheid bij bevorderen van gezond gedrag vraagt dan ook om een legitimering (Van de Vathorst, 2001). De motieven voor het beïnvloeden van gezondheidsgedrag moeten daarom helder en verdedigbaar zijn.

Motieven voor beïnvloeden van gezondheidsgedrag

Een belangrijk motief voor gedragsbeïnvloeding is uiteraard het volksgezondheidsbelang. Dit is als motief voor overheids-handelen overigens niet eenduidig. Volksgezondheid kan als intrinsiek goed worden beschouwd, maar ook als een economisch belang; als gemeenschappelijk belang, maar ook als optelsom van de belangen van individuen.

Wat betreft andere motieven voor de overheid om gezondheidsgedrag te beïnvloeden, valt te denken aan:

- Beschermen van burgers tegen zichzelf. Voorbeeld: verplichte autogordels en drugsverbod, maar ook voorlichtingscampagnes.
- Beschermen van burgers tegen andere burgers. Voorbeeld: verplichte quarantaine of behandeling bij besmettelijke ziekten.
- Beperken van kosten van de gezondheidszorg. Voorbeeld: ontmoedigen van geneesmiddelengebruik door eigen bijdrages; het terugdringen van kosten van curatieve zorg middels gedragsgerichte preventie.
- Verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en gezondheidsverschillen tussen etnische groepen. Voorbeeld: gerichte, specifieke aanpak van ongezond gedrag in betreffende groepen.
- Rechtvaardige verdeling van schaarse middelen.
- Verhogen solidariteit, sociale cohesie, gevoelens van rechtvaardigheid; grote verschillen in gezondheid en in gemaakte kosten voor gezondheidszorg tussen groepen en individuen kunnen bij burgers leiden tot gevoelens van onrechtvaardigheid en tot vermindering van onderlinge

solidariteit en sociale cohesie, met name als deze verschillen toegeschreven kunnen worden aan individueel gedrag.

Uit een Deense studie waarin het beleid op het gebied van gezondheidsbevordering in Engeland, Noorwegen, Zweden en Denemarken werd vergeleken bleek dat zowel maatschappelijke belangen als individueel belang werden aangevoerd ter legitimering van gezondheidsbevorderende activiteiten. In Engeland werden tevens rechtvaardigheid, gelijkheid en compassie beschouwd als belangrijke richtinggevende waarden (Vallgarda 2001).

Opvallend was dat in het beleid weinig tot geen aandacht werd besteed aan de spanning tussen idealistische en economische motieven. Het bevorderen van gezondheid en gezond gedrag zou wel eens meer geld kunnen kosten dan het oplevert (Groot en Maassen van den Brink, 2002). Een keuze tussen economische en andere belangen is dan nodig. Volksgezondheid is een economisch belang, maar dat wil niet zeggen dat het uitsluitend een belang is voor zover het economisch nut oplevert. Volksgezondheid is ook een belang in zichzelf en draagt bij aan het welzijn van de bevolking.

Conclusies

De overheid heeft een verantwoordelijkheid voor het bevorderen van de volksgezondheid, en het bevorderen van gezond gedrag maakt hier deel van uit. De motieven en doelen van gezondheidsbevordering dienen wel duidelijk omschreven te zijn. Volksgezondheid is het belangrijkste motief voor gezondheidsbevordering.

Het belang van gezondheidbevordering moet worden afgewogen tegen de nadelen van overheidsbemoeienis met gezondheidsgedrag, zoals de aantasting van de privé-sfeer en de persoonlijke vrijheid van burgers (zie ook par. 3).

2.3 Gezond leven als maatschappelijke verantwoordelijkheid

De laatste jaren is op allerlei terreinen sprake van een verschuiving van verantwoordelijkheden van de overheid naar andere partijen, zoals de markt of de 'civil society'. Ook op het vlak van volksgezondheid en gezondheidsgedrag ligt het voor de hand te kijken naar de verantwoordelijkheden van andere partijen. In hoeverre is het faciliteren of bevorderen van

gezond gedrag een kwestie van maatschappelijke verantwoordelijkheid?

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Met maatschappelijke verantwoordelijkheid wordt hier bedoeld de verantwoordelijkheid van groepen burgers, organisaties of bedrijven voor maatschappelijke belangen. Deze verantwoordelijkheid hangt vaak samen met een bepaalde rol of taak, waarbij een bepaalde 'sphere of responsibility' hoort (Verweij, 1998). Zo hoort bijvoorbeeld de zorg voor leerlingen tot de verantwoordelijkheidssfeer van scholen.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid gaat verder dan wat in wettelijke verplichtingen is vastgelegd en kan niet worden afgedwongen. De overheid kan organisaties wel aanspreken op hun maatschappelijke verantwoordelijkheden. Ook individuele burgers of andere organisaties kunnen dat doen. Bovendien gaat het om een verantwoordelijkheid die niet heel nauw omschreven is, maar grote beoordelingsvrijheid laat aan de betrokkenen. Dit in tegenstelling tot de publieke verantwoordelijkheid van de overheid die duidelijk wettelijk omschreven is.

Verantwoordelijkheid voor gezond gedrag

Bij maatschappelijke verantwoordelijkheid van burgers, organisaties en bedrijven voor gezondheidsgedrag gaat het om een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor faciliteren en stimuleren van gezond gedrag van individuen. Individueel gedrag wordt immers altijd mede bepaald door de sociale en fysieke omgeving waarin het individu zich bevindt.

Voor het inrichten van die omgeving, het gemakkelijk en aantrekkelijk maken van de keuze voor gezond gedrag en ook voor het beschikbaar maken van goede, betrouwbare en toegankelijke informatie kunnen verschillende partijen medeverantwoordelijk worden gehouden. Bijvoorbeeld zorginstellingen en zorgverzekeraars. Maar ook stichtingen, fondsen, scholen, sportverenigingen, werkgevers, fabrikanten van voeding en gezondheidsproducten, en diverse media. Het gaat hierbij vaak om zaken die collectieve actie vereisen, maar die niet door de overheid aangepakt kunnen of hoeven te worden. Bijvoorbeeld: gezonde voeding op school of in de bedrijfskantine.

Conclusie

Naast individuen en de overheid hebben ook andere partijen een verantwoordelijkheid ten aanzien van gezond gedrag. Deze maatschappelijke verantwoordelijkheid is niet afdwingbaar. Organisaties kunnen er door de overheid of door anderen wel op worden aangesproken.

3 Beïnvloeden van gezondheidsgedrag

Er bestaan verschillende methoden om gezondheidsgedrag te beïnvloeden. De centrale vraag in deze paragraaf is in hoeverre deze methoden ethisch te verantwoorden zijn.

3.1 Beoordelingskader

Ethische uitgangspunten

Twee belangrijke ethische principes zijn hier relevant, namelijk de principes van weldoen en respect voor autonomie. Enerzijds wordt met de gedragsbeïnvloeding beoogd gezondheid van mensen te bevorderen. Dat is een vorm van weldoen. Aan de andere kant dient daarbij, vanuit het oogpunt van respect voor autonomie, de eigen vrije keuze van mensen beschermd te worden. Over het algemeen geldt dat de vrijheid van mensen slechts mag worden ingeperkt voor hun eigen bestwil, wanneer het gaat om gedrag dat niet vrijwillig en bewust is.

Vrijwilligheid en welbewustheid

Gezondheidsgedrag is soms vrijwillig en welbewust gekozen, maar komt ook vaak voort uit gewoonte, routine, sociale druk, gemakzucht, verslaving of onwetendheid. Gedrag is *vrijwillig* als het niet het gevolg is van manipulatie of dwang. Gedrag is *welbewust* er op basis van voldoende en relevante informatie bewust voor is gekozen. Veel ongezond gedrag, met name voedings- en bewegingsgedrag, kan waarschijnlijk worden aangemerkt als routinegedrag: wel vrijwillig maar niet welbewust gekozen (De Vries, 2000).

3.2 Methoden van gedragsbeïnvloeding

Verbieden en verplichten

De overheid kan bepaalde vormen van ongezond gedrag verbieden. Dit is alleen te verantwoorden als het gedrag in kwestie onvrijwillig is en ernstige gezondheidsschade oplevert (bijvoorbeeld bij verslaving aan harddrugs) óf als het ongezonde gedrag ernstige schade aan anderen toebrengt.

Naast verbieden kan de overheid ook gebieden, dat wil zeggen bepaald gezond gedrag verplicht stellen. Dit is ethisch gezien

problematisch omdat het de vrije keuze van mensen beperkt (RVZ, 2000a). Bovendien zijn geboden op gebied van gezondheidsgedrag moeilijk te controleren en af te dwingen, verplicht tweemaal fruit per dag is geen haalbare kaart.

Stimuleren van gezond gedrag

Het stimuleren van gezond gedrag (of het ontmoedigen van ongezond gedrag) is moreel te verantwoorden aangezien het de gezondheid van mensen bevordert en tegelijkertijd hun autonomie respecteert. Toch zijn niet alle vormen van 'stimuleren' zonder problemen.

1) *Informereren.* De standaard methode ter beïnvloeding van gezondheidsgedrag, voorlichting, is ethisch verantwoord omdat die uitgaat van vrije keuze op basis van goede informatie.

2) *Veranderen omgevingsfactoren.* Anders structureren van de fysieke omgeving en van gedragsmogelijkheden is vaak effectiever dan voorlichting alleen. Het gaat om het faciliteren van gezond gedrag door meer gezonde opties aan te bieden; fruit en magere melk in de schoolkantine, sportvelden dichtbij in de wijk. Het makkelijker maken van (de keuze voor) bepaald gedrag is niet direct vrijheidbeperkend, mits een andere dan de 'gezonde' keus mogelijk blijft. Zolang frikadellen bij de snackbar te koop blijven, is er niets op tegen ze te weren uit de school. Ervoor zorgen dat 'de gezonde keus de gemakkelijkste keus wordt' kan mensen ook ondersteunen in het waarmaken van hun eigen goede voornemens.

3) *Marketingtechnieken.* Het gebruik van marketingtechnieken staat enigszins op gespannen voet met het ideaal van de autonome mondige burger. Mensen worden via reclame en marketing meestal niet aangesproken op eigen inzichten en capaciteiten maar ze worden 'verleid' en in zekere zin gemanipuleerd. Een argument vóór het gebruik van dergelijke technieken in het kader van gezondheidsbevordering is dat ze een tegenwicht bieden aan allerlei invloeden waar we toch al aan blootstaan (Verweij, 1999).

Bestrafen van ongezond gedrag

Dit wordt meestal in financiële termen vertaald, bijvoorbeeld hogere premies of eigen bijdragen voor mensen die zich 'schuldig' maken aan ongezond gedrag. Een probleem bij dergelijke maatregelen is de praktische uitvoerbaarheid. Meer principiële bezwaren liggen op het vlak van privacy (mag een

verzekeraar controleren of je rookt, drinkt of onveilig vrijt?), autonomie en rechtvaardigheid (Schermer, 1994).

Een health tax, extra belasting op ongezonde producten, geeft ook een rechtvaardigheidsprobleem. Bepaald gedrag wordt extra belast terwijl ander (even gezond en even kostbaar) gedrag dat niet wordt. Bijvoorbeeld: vet eten wordt wel belast, maar weinig bewegen - een minstens zo belangrijke oorzaak van overgewicht - blijft buiten schot. De meeste 'slechte' voedingsmiddelen leiden bovendien pas bij overmatig gebruik tot gezondheidsrisico's. Bij het heffen van een health tax betaalt iedere gebruiker in feite mee om het 'misbruik' van enkelen te ontmoedigen. Bovendien worden door een health tax de lagere inkomensgroepen relatief harder getroffen dan de hogere.

Ten aanzien van ongezond gedrag dat bewust en vrijwillig gekozen is zijn financiële prikkels en health tax moeilijk te verdedigen. Zolang dit gedrag geen hogere kosten met zich meebrengt, is ontmoediging via financiële prikkels paternalistisch en ligt het op de grens tussen drang en dwang.

Conclusie

Vanuit moreel gezichtspunt is het het beste om gedrag van mensen zo te beïnvloeden dat hun gezondheid wordt bevorderd, zonder dat hun keuzevrijheid en autonomie daarbij in het gedrang komen. Dit betekent dat gedragsveranderingen vrijwillig moeten zijn en dat beïnvloeding van gedrag bij voorkeur gericht zal moeten zijn op het bevorderen van bewuste en vrijwillige keuzes. Voorlichting is hierbij een belangrijk middel, evenals diverse vormen van 'empowerment'.

Verbieden van ongezond gedrag is alleen een optie als het gedrag onvrijwillig is (verslaving) of schade aan anderen toebrengt (passief meeroken). De gezonde keus makkelijker maken is ethisch aanvaardbaar, mits verschillende keuzes (ook ongezonde) mogelijk blijven. Wat betreft het gebruik van marketingtechnieken is terughoudendheid geboden. Financiële prikkels tot gedragsverandering stuiten op praktische bezwaren en problemen van privacy, rechtvaardigheid en paternalisme.

4 Gezondheidsbevordering op de werkplek

4.1 Inleiding

Gezondheidsbevordering op de werkplek is een mogelijke invalshoek voor gezondheidsbeleid. Het gaat dan om maatregelen die verder gaan dan de wettelijk vastgelegde Arbeids-eisen. Ethische vragen op dit gebiedspitsen zich toe op de verdeling van verantwoordelijkheid tussen werkgever, werknemer en overheid en op de grens tussen privé-sfeer en arbeidssfeer.

4.2 Verantwoordelijkheden

Twee belangrijke vragen omtrent de verantwoordelijkheidsverdeling zijn:

1. Is gezondheidsbevordering wel een taak voor werkgevers of is het veeleer een verantwoordelijkheid van de overheid?
2. Bij wie ligt binnen een bedrijf de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van werknemers, bij de werkgever of bij de werknemer zelf?

Overheid of werkgever?

Voor de *overheid* kan het aanspreken van werkgevers op de gezondheid van werknemers een belangrijke activiteit zijn voor realiseren van de volksgezondheidsdoelstelling. Gezondheidsbevordering op de werkplek heeft als belangrijk voordeel dat een groot deel van de bevolking op deze manier wordt bereikt. Grote kwetsbare groepen als langdurig werklozen, chronisch zieken of kinderen worden echter juist niet bereikt.

Een belangrijk motief voor *werkgevers* is de winst die te behalen valt door middel van gezondheidsbevordering. (zie de folders van VNO-NCW: Renderend gezondheidsbeleid en Gezondheidsbeleid: dat levert werkgevers veel op).

Deze winst is niet noodzakelijkerwijs van financiële aard.

Motieven voor gezondheidsbeleid binnen bedrijven zijn onder andere:

- verminderde arbeidsuitval en ziekteverzuim;
- vermindering productieverliezen;
- arbeidsproductiviteit verhogen en langer behouden (ook in verband met vergrijzing);
- verbetering werksfeer, productiviteit;
- welbevinden en welzijn van werknemers gaat omhoog;
- imago van het bedrijf.

Morele verantwoordelijkheid

Een ander argument voor gezondheidsbevordering is dat werkgevers tot op zekere hoogte een morele verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van de gezondheid van hun werknemers. Deze verantwoordelijkheid heeft betrekking op gezondheidsrisico's die voortvloeien uit (de aard van) de werkzaamheden. Tegenwoordig vergt veel werk nog maar weinig fysieke inspanning, maar leidt het juist tot lichamelijke inactiviteit. Dit draagt bij aan een disbalans tussen energie-inname en -verbruik en daarmee aan het probleem van overgewicht en obesitas. Juist omdat dit probleem deels veroorzaakt wordt door de arbeidsomstandigheden zijn werkgevers medeverantwoordelijk. Zij kunnen dus ook aangesproken worden op het vergroten van (mogelijkheden tot) lichamelijke activiteit op de werkplek.

Tegenargumenten

Er is ook een aantal argumenten tegen meer verantwoordelijkheid van werkgevers voor gezondheid en gezondheidsbevordering op de werkplek.

- gezondheidsbevordering hoort niet tot de 'core business' van werkgevers en valt dus niet in hun 'sphere of responsibility';
- werkgevers zijn al via de Arbo-wetgeving gehouden aan een aantal normen ten aanzien van de gezondheid van hun werknemers;
- gezondheidsbevordering door werkgevers kan in conflict komen met de vrijheid en de privacy van werknemers (zie 4.3).

Werkgever of werknemer?

Tot slot de vraag waar binnen een bedrijf de verantwoordelijkheid voor gezondheid en gezond gedrag ligt, bij de werkgever of bij de werknemers. Wat betreft de wettelijke Arbovoorschriften is het duidelijk. De werkgever dient voorwaarden te scheppen, de werknemer is medeverantwoordelijk voor een goede uitvoering (Singh, 2002).

Sommigen pleiten voor meer verantwoordelijkheid van werknemers. Werknemers zouden zelf meer aan kunnen en moeten geven welke (gezondheids-)problemen ze ervaren in of door het werk en waar hun prioriteiten liggen. Dit kan zowel op collectief niveau (bedrijf of afdeling) als op individueel niveau, bijvoorbeeld door middel van een periodiek arbeidsfunctioneringsgesprek.

Een voordeel van zo'n aanpak is dat werknemers meer betrokken worden bij gezondheidsbeleid en dat hun eigen perspectief serieus wordt genomen. Een nadeel is dat werknemers zo wellicht ook verantwoordelijk worden gemaakt voor zaken die eigenlijk bij de werkgever thuishoren. Het is bijvoorbeeld niet de verantwoordelijkheid van de individuele werknemer om op de naleving van Arbo-normen toe te zien. Werknemers hebben het recht hun werkgever aan te spreken op diens verantwoordelijkheden, maar het verschil in machtspositie kan dit in de praktijk moeilijk maken.

Conclusie

Werkgevers hebben de verantwoordelijkheid voor het naleven van wettelijke verplichtingen ten aanzien van een gezonde werkplek. Daarnaast is er een zekere morele verantwoordelijkheid voor zover de aard van het werk gezondheidsrisico's met zich meebrengt. De overheid kan werkgevers stimuleren deze verantwoordelijkheid te nemen. Werknemers zijn verantwoordelijk voor hun eigen gedrag en de gevolgen daarvan voor de arbeidsprestaties, maar niet voor het gezondheidsbeleid binnen een bedrijf.

4.3 Gedragsbeïnvloeding door werkgevers

Een belangrijke vraag die telkens terugkeert in discussies over gezondheidsbevordering op de werkplek is hoe ver de werkgever mag gaan met het reguleren en beïnvloeden van het gedrag van zijn werknemers. Hierbij spelen meestal drie vragen door elkaar heen:

1. Welke typen gedrag mogen onderwerp zijn van bemoeienis door de werkgever?
2. Over welke plaatsen en tijden mag de bemoeienis van de werkgever zich uitstrekken?
3. Welk type maatregelen mag de werkgever treffen?

Deze vragen worden hier in onderlinge samenhang besproken.

Privé-sfeer en werksfeer

Met name als het gaat om gedrag dat veel te maken heeft met leefstijl, zoals als sport en beweging, voeding, roken of alcoholgebruik, is de grens tussen privé en werk of tussen privé en publiek onduidelijk. Sporten, eten en het gebruik van genotmiddelen behoren typisch tot de privé-sfeer. Er zijn echter situaties waarin dergelijk gedrag van invloed is op de arbeidsprestaties, collega's, of het bedrijf en dus in haar effecten niet langer 'privé' is.

Enerzijds ligt het voor de hand de bemoeienis van de werkgever te beperken tot binnen de muren van het bedrijf en binnen werktijd. Anderzijds kan gedrag buiten werktijd ook invloed hebben op de arbeidsprestaties (alcoholgebruik) of het ziekteverzuim (sportblessure). Bepaalde maatregelen ter beïnvloeding van gedrag hebben bovendien effecten op zowel werk als privé gedrag: een cursus veilig autorijden voor werknemers die bedrijfsmatig veel in de auto zitten, werpt ook vruchten af in de privé-sfeer.

Privé en werk lijken, zowel qua type gedrag als naar tijd en plaats, niet altijd helemaal strikt te scheiden. Dit geldt in nog sterkere mate voor thuiswerkers; zowel in de meer traditionele vormen van thuiswerk als in het modernere 'telewerken' lopen werk en privé-sfeer door elkaar heen. Toch is het uitgangspunt dat mensen in de privé sfeer hun eigen gedrag mogen bepalen en dat werkgevers buiten de werksfeer zich niet met gedrag van werknemers mogen bemoeien over het algemeen zeker geldig.

Rechtvaardiging van gedragsbeïnvloeding

Er zijn vier argumenten die inmenging van de werkgever in het gezondheidsgedrag van zijn werknemers kunnen rechtvaardigen. Dit zijn:

1. arbeidsprestaties en bedrijfsbelang;
2. typische aard van het werk;
3. schade aan derden en
4. het welzijn van de werknemer.

ad 1. Arbeidsprestatie en bedrijfsbelang

Een werknemer kan door zijn werkgever worden aangesproken op zijn arbeidsprestaties. Als er sprake is van een duidelijk causaal verband tussen ongezond gedrag en verminderde arbeidsprestatie, is de werkgever gerechtigd om maatregelen te treffen. Een leraar die (regelmatig) met een kater voor de klas staat en daardoor niet goed lesgeeft kan daarop worden aangesproken.

ad 2. Typische aard van het werk

Veel werksituaties stellen eisen aan bijvoorbeeld de kleding, de persoonlijke verzorging of de omgangsvormen van werknemers. Voor sommige beroepen kan gesteld worden dat bepaald gedrag, of het nalaten daarvan, in zekere zin hoort bij de aard van het werk. Te denken valt bijvoorbeeld aan artsen en verpleegkundigen die, in ieder geval in bijzijn van patiënten,

niet behoren te roken in verband met het signaal dat daarvan uitgaat.

ad 3. Schade aan derden

Het recht van mensen om hun eigen gedrag te bepalen, wordt begrensd door schade die hun gedrag aan anderen kan toebrengen. Roken is het duidelijkste voorbeeld waarbij gedrag van werknemers aan banden kan worden gelegd om de gezondheid en het welbevinden van andere werknemers te beschermen.

ad 4. Welzijn van de werknemer zelf

Bemoeienis van de werkgever met het gedrag of de leefstijl van de werknemer kan als betuttelend worden ervaren. Het wordt paternalistisch op het moment dat de werkgever de werknemer bepaald gedrag verbiedt of oplegt uitsluitend voor diens eigen bestwil. Het welzijn van de werknemer zelf rechtvaardigt uitsluitend maatregelen waarbij vrijwilligheid van de werknemer voorop staat.

Drang, dwang en vrijwilligheid

Beïnvloeding van gezondheidsgedrag kent verschillende gradaties van dwingendheid. In de werksfeer bestaat de mogelijkheid voor werkgevers om bepaald gedrag te verbieden of te verplichten; zo kan sprake zijn van een rook- of alcoholverbod op de werkplek. Daarnaast staat werkgevers een scala aan maatregelen en interventies ter beschikking om gezond gedrag te stimuleren en ongezond gedrag te ontmoedigen.

De vrijwilligheid van werknemers om mee te doen aan dergelijke programma's en interventies kan onder druk komen te staan als er sprake is van impliciete drang of dwang vanuit de werkgever of sterke sociale drang van collega's. De enige werknemer in een bedrijf die weigert zich te laten inenten tegen griep, zal sterk in zijn schoenen moeten staan, helemaal als hij inderdaad toch griep krijgt.

Conclusies

De werkgever mag bepaald gezondheidsgedrag aan zijn werknemers verbieden of opleggen, indien dat rechtstreeks verband houdt met de arbeidsprestaties of indien er duidelijke schade voor anderen uit voortvloeit. Minder duidelijke nadelen voor de arbeidsprestaties of voor anderen, alsmede de aard van het beroep, kunnen reden zijn om de werknemer op zijn gedrag aan te spreken, of om gedragsverandering te stimuleren. Deze

argumenten wegen over het algemeen niet zwaar genoeg om gedrag te verbieden of op te leggen.
Het welzijn van de werknemer, tenslotte, kan geen reden zijn tot dwingende maatregelen; veeleer zijn hier interventies op hun plaats waar werknemers zelf om vragen.

Bijlage 8

Gezondheidsbevordering op de werkplek: een kennismaking in de praktijk

Centrum Gezondheidsbevordering op de werkplek

Vanuit het Centrum Gezondheidsbevordering op de werkplek (Centrum GBW) is voor leden van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een kennismaking georganiseerd met twee bedrijven: Siemens Nederland N.V. en Unilever Nederland B.V. Deze twee bedrijven zijn door het Centrum GBW vanuit het Europees Netwerk Gezondheidsbevordering op de Werkplek bekroond als Model of Good Practice voor hun gezondheidsbeleid.

De achtergrond van dit kennismakingsprogramma is gelegen in het advies Gezondheid en Gedrag dat de RVZ in voorbereiding heeft. In dit advies zijn de werkende populatie en gezondheidsbevordering op de werkplek aandachtsgebieden. Tijdens de kennismaking stonden een presentatie van het gezondheidsbeleid van het bedrijf en een discussie over gezondheidsbevordering op de werkplek centraal. Het beleid in de praktijk werd zichtbaar gemaakt door middel van een rondleiding door het bedrijf. De bedrijfsbezoeken zijn medio september 2002 afgelegd. In een bijlage zijn de deelnemers aan de bedrijfsbezoeken weergegeven.

Dit verslag geeft de opvallendste bevindingen van aandacht voor gezondheid bij de twee bezochte bedrijven weer en gaat in op de gevoerde discussies over gezondheidsbevordering op de werkplek. Voor de leesbaarheid wordt gezondheidsbevordering op de werkplek aangeduid met GBW en de vertegenwoordigers vanuit de deelnemende organisaties aangeduid met de organisatiennaam, zonder afbreuk te willen doen aan de persoon zelve. Het verslag begint met een korte impressie van uitspraken tijdens de bezoeken.

Bedrijven en gezondheidsbeleid: een korte impressie

De heer Blankert, raadslid RVZ: *“Preventie en investeren in gezondheid loont!”*

De heer Sanders, voorzitter van de Raad: *“Ziekteverzuimbeleid succesvol maken door het om te vormen naar een totaal sociaal integraal beleid.”*

De heer Sanders, voorzitter van de Raad: *“...De ingang verschilt. Richting werknemer dus zeggen: je veroorzaakt schade voor het bedrijf en voor je collega's.”*
(discussie over inmenging in privé-sfeer werknemer).

De heer Vos, directielid en algemeen secretaris RVZ: *“Er is sprake van 1. dienstverlening door interne Arbo-diensten en 2. door externe Arbo-diensten. Momenteel is er een scheiding tussen de eerste lijn en bedrijfsartsen. Een derde mogelijkheid zou zijn dat ziekenhuizen gezondheidsproducten aan bedrijven aanbieden.”*

De heer Vlasblom, directeur Personeelszaken Siemens: *“GBW is een organisatieverandering: gezondheid op de werkplek dient een vanzelfsprekendheid te zijn.”*

De heer Kuiper, hoofd Arbo- en Milieudienst Siemens: *“Insteek verleggen van ziekteverzuim naar actieve participatie, van kostenpost naar opbrengstenpost; 1% verzuim kost EUR 1,5 miljoen.”*

De heer Luten, Head Occupational Health Europe Unilever: *“Bedrijven geven zo min mogelijk geld uit aan een verplichting. Wat is het nut dan? Waarom verplicht dan? Gezondheidsbevordering betreft juist die zaken waar een werkgever niet wettelijk voor aansprakelijk is. Hierbij speelt met name het economisch belang (discussie over de verplichte aansluiting bij een Arbo-dienst).”*

De heer Van der Waaij, voorzitter directie Unilever: *“Een nieuw concept binnen Unilever is het vitaliteitsconcept, leeftijds specifieke insteek op gezondheid en vitaliteit ook buiten het werk. Mensen zijn veelzijdig, niet alleen werknemer maar bijvoorbeeld ook voorzitter van een duivenclub. Een mooie term hiervoor is ‘ronde mensen’.”*

De heer Baart, directeur Centrum GBW: *“De standaard voor gezondheidsbevordering op de werkplek die door het internationaal bedrijfsleven zoals Unilever wordt ingezet, kan een basis vormen voor een Europees beleid op het gebied van arbeid en gezondheid. Een zogenaamd Code of Conduct for health management.”*

Bedrijven en gezondheidsbeleid: het bezoek samengevat

Uit het bezoek van de RVZ aan voorbeeldbedrijven Siemens en Unilever komt naar voren dat aandacht voor gezondheid op het werk zijn vruchten afwerpt. Een gezondheidsbeleid zorgt onder meer voor een laag ziekteverzuim, een lage instroom in de WAO, een betere werksfeer, een positief effect op het imago van het bedrijf en een wervende werking op nieuw personeel. Beide bedrijven geven aan dat investeren in gezondheid loont, zeker nu bedrijven steeds meer financieel risico lopen bij ziekte van werknemers.

De door de bedrijven aangereikte succesfactoren van gezondheidsbeleid zijn: een mensgericht beleid, het gezondheidsbeleid moet de bedrijfscultuur onderschrijven en gezondheid moet onderdeel uitmaken van het bedrijfsbeleid en de uitgangspunten van het management. Verder is betrokkenheid en loyaliteit van werkgever én werknemer van belang.

De door de Raad bezochte bedrijven geven aan dat goed werkgeverschap en economische motieven ten grondslag liggen aan de aandacht voor gezondheid op het werk. De rol vanuit de overheid in gezondheidsbevordering op de werkplek zou dan ook een verdere voortzetting van het al ingezette beleid met financiële prikkels voor werkgevers zijn. Een andere belangrijke rol van de overheid zou het formeren van een Code of Conduct voor gezondheidsbevordering op het werk kunnen zijn: een algemene beschrijving voor het vormgeven van gezondheidsmanagement bij ondernemingen. Met name het inzetten van een dergelijke gedragscode via multinationals wordt als effectief beoordeeld: door de voorbeeldfunctie en machtspositie van multinationals kan binnen de grenzen van de wetgeving en de cultuur van een land het nodige bereikt worden op het gebied van gezondheidsbevordering op het werk.

Schets van het gezondheidsbeleid van de door de Raad bezochte bedrijven

Siemens Nederland N.V.

Siemens Nederland N.V. opereert breed op de elektrotechnische markt. Van een van oudsher productgerichte benadering (bijv. telefoontoestellen) naar steeds meer probleemoplossende complexe systemen (bijv. telecom/IT-oplossingen).

Bij Siemens Nederland N.V. werken binnen een negental bedrijven in totaal 3.500 werknemers. De insteek van het

gezondheidsbeleid bij Siemens is dat gezondheid een integraal en vanzelfsprekend onderdeel van het beleid vormt, waarbij een sterke rol is weggelegd voor de direct leidinggevende. De leidinggevendenden worden ondersteund door de interne Arbo- en Milieudienst. De gecertificeerde Arbo- en Milieudienst levert de noodzakelijke ondersteuning bij het vormgeven van het gezondheidsbeleid in de vorm van beleidsvoorstellen, preventie en op maat gesneden begeleiding en oplossingen, voor de leiding én de werknemers. Siemens heeft bewust gekozen voor een interne Arbo- en Milieudienst. Het door de Raad van Bestuur geformuleerde beleid kan samengevat worden als mensgericht en de visie dat iedere werknemer een potential is. Gezondheid wordt daarbij opgevat als een investering en niet (langer) als kostenpost. Het beleid werpt zijn vruchten af. De actieve participatie van werknemers bedraagt 97,4% (inclusief zwangerschap). Landelijk is dit 94%. De WAO instroom bedraagt circa 0,3%. Naast een hoge mate van participatie aan het arbeidsproces van werknemers, ervaart Siemens een wervende werking op nieuw personeel en een positief effect op het imago van het bedrijf door de het gevoerde gezondheidsbeleid.

Unilever N.V.

De RVZ heeft een bezoek gebracht aan het Corporate Centre van Unilever N.V. en aan Unilever Bestfoods Nederland, de grootste werkmaatschappij van Unilever Nederland N.V. Unilever Bestfoods Nederland is de grootste voedingsmiddelenfabrikant van Nederland. Het bedrijf heeft ruim 2.000 medewerkers en een omzet van EUR 1,1 miljard (consumentenprijzen). Ruim 90% van de omzet van Unilever Nederland B.V. wordt gerealiseerd door de verkoop van consumentenartikelen, zoals bijvoorbeeld margarine, ijsthee, wasmiddelen en parfums. In totaal werken ruim 5.000 medewerkers bij Unilever in Nederland.

De insteek van het gezondheidsbeleid van Unilever is dat gezondheidsbevordering (health promotion) wordt gezien als leefstijl in relatie tot work performance. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen Health Protection en Health Promotion.

Health Protection (verplicht)	versus	Health Promotion (vrijwillig)
relatie werk		relatie leefstijl
- voorkomen beroepsziekten		bevorderen gezondheid
Periodiek arbeidsgezondheidkundig onderzoek		check up
Arbowet en Unilever policy		Unilever policy
rol Arbo-dienst		Centrum GBW actief, Arbo-dienst zijlijn
werkgever aansprakelijk		goed werkgeverschap
uniformiteit wereldwijd (Unilever guidelines)		verschillend per land en per locatie

Op het gebied van Health Promotion biedt Unilever activiteiten aan op het gebied van alcohol, drugs, roken, voeding & werk, bedrijfsfitness, fysiotherapie, werkplezier en work-life balance. Het commitment van het management is hierbij van belang. Op dit moment maakt Unilever gebruik van drie externe Arbo-diensten voor drie diverse locaties: het hoofdkantoor, de productieafdeling en de Research & Development afdeling. Het ziekteverzuim binnen Unilever Nederland bedraagt gemiddeld 4,8% (exclusief zwangerschap). Dit is inclusief de productie afdeling. Het verzuim op het hoofdkantoor bedraagt 2,8%.

Gezondheidsbevordering op de werkplek (GBW): een discussie in de praktijk

Wat zijn de effecten van wet- en regelgeving op het gebied van arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim?

Siemens: We voldoen vaak al aan nieuwe wet- en regelgeving op dit gebied. Daarmee heeft nieuwe wet- en regelgeving voor Siemens geen groot effect en wordt het al in gang gezette beleid voortgezet. De enige invloed betreft vaak administratieve handelingen.

Wat verwachten bedrijven vanuit de overheid?

Siemens: Voor werkgevend Nederland wegen economische motieven zwaar om te investeren in gezondheid. Financiële prikkels via wet- en regelgeving zullen bedrijven zeker aanzetten tot gezondheidsbeleid. Sociale prikkels zijn eveneens van belang, maar zijn minder zwaarwegend voor werkgevers dan financiële prikkels. De lijn van reeds ingezette wetgeving

zoals de Pemba dient voortgezet te worden om de resultaten van dergelijk overheidsbeleid zichtbaar te maken.

Overheidsbeleid als een Code of Conduct?

Unilever: Er is wereldwijd eenzelfde health promotion policy vanuit Occupational Health. De invulling verschilt per land afhankelijk van hetgeen in dat land van belang is en past binnen de cultuur van dat land. Altijd speelt het economisch belang mee; een bedrijf moet het kunnen waarmaken om eerder ingezet beleid duurzaam te kunnen uitvoeren. Een voorbeeld van een recente ontwikkeling is de aanzet tot het beschikbaar stellen van HIV-remmende middelen aan werknemers in Afrika. Door dergelijk beleid wordt de band tussen werknemers en het bedrijf verstevigd: het bedrijf investeert in de werknemer, de werknemer is loyaal naar het bedrijf. De health promotion policy maakt deel uit van een gedragscode, een Code of Conduct. Auditors checken de naleving van deze code bij de diverse Unilever bedrijven. Unilever gaat alleen contracten aan met leveranciers die Code of Conduct van Unilever onderschrijven. Gezien de marktpositie van Unilever kan Unilever dit ook 'afdwingen'.

Centrum GBW: De overheid zou in navolging van grote multinationals een algemene beschrijving kunnen geven van gezondheidsbeleid binnen ondernemingen, een soort Code of Conduct voor arbeid en gezondheid. Multinationals hebben een grote rol hierbij. Zij zetten de standaard binnen landen en hebben in deze een voorbeeldfunctie. Via een Code of Conduct hebben zij ook een uitwerking naar andere bedrijven, zoals de subcontractors. Het effect van gezondheidsimpuls via multinationals is duurzaam, omdat zij vaak langdurig binnen het land blijven. Op deze manier kan bereikt worden dat meer bedrijven, binnen de grenzen van de wetgeving en cultuur van het land, aan gezondheid op het werk gaan doen.

Unilever: De hiervoor beschreven visie van een algemene Code of Conduct voor gezondheidsbevordering op de werkplek wordt onderschreven. Zeker het duurzame is van belang: Als Unilever in een land begint, dan is dit met de intentie om niet meer weg te gaan. Verder wordt aangegeven dat bij het opstellen van de Code of Conduct de voorschriften van de branche meegenomen moeten worden.

Hoe gezondheidsbeleid binnen ondernemingen vorm te geven?

Siemens: Veranderingsprocessen dienen op een projectmatige manier in gang te worden gezet. De projecten dienen genuan-

ceerd en gedoseerd te worden aangeboden, dus niet 10 projecten tegelijk. Goede communicatie, herhaling van het belang van gezondheid én het betrekken van werknemers zijn belangrijke randvoorwaarden. Een voorbeeld is het rookbeleid van Siemens. Dit is op projectmatige basis gebeurd met een rokende werknemer als projectleider. Rookruimten en het gesubsidieerd aanbieden van een cursus stoppen met roken aan werknemers maakten onderdeel uit van dit beleid. Binnen driekwart jaar stond dit beleid. Sindsdien zijn er geen klachten meer over tabaksrook op het werk. Vanuit Siemens wordt aangegeven dat de uitgangspunten van dergelijk gezondheidsbeleid overdraagbaar zijn naar andere bedrijven.

Onderneming of gezondheidsclub?

Deze discussie kwam voort uit het onderscheid health protection versus health promotion bij Unilever, waarbij de nadruk ligt op health promotion. Vanuit de Raad wordt opgemerkt dat er bij Unilever voldoende middelen zijn om een dergelijk gezondheidsbeleid op te zetten.

Unilever: Nee. Het gaat gewoon om verantwoord ondernemerschap. Deze onderneming is juist succesvol vanwege de standpunten van health promotion. Het gaat om de 'mindset' van de werkgever. De filosofie van het bedrijf bepaalt wat er aan gezondheid wordt uitgegeven. Unilever is eigen risicodragers voor ziektekosten. Er zijn goede contacten met de eerstelijnszorg om werknemers snel terug te laten keren in het arbeidsproces. Hierbij wordt altijd wel de noodzaak voor een prioriteitsbehandeling bekeken. Dit is bijvoorbeeld wel aan de orde bij een monteur met een tennisarm, maar niet bij een manager waarbij dezelfde aandoening minder een belemmering vormt voor het uitoefenen van de functie.

In hoeverre bijten ongezonde producten het imago van het bedrijf?

Unilever: Het uitgangspunt is lekkere producten maken, maar vanuit een breder maatschappelijk kader. De minder gezonde producten van Unilever zijn niet optimaal ongezond. Het wordt ook als taak gezien om de consument voor te lichten over voeding en gezondheid. Verder ligt er sterke nadruk op voedselveiligheid: 'Food you can trust'.

Bij producten wordt ook gekeken naar het milieu en is het uitgangspunt duurzaamheid. Vissticks worden gemaakt van bijvoorbeeld geteelde vis, zodat er geen nadelige effecten op de visstand zijn.

In hoeverre betreft GBW de privé-sfeer van werknemers? Wat zijn de grenzen?

Siemens: Vanuit het bedrijf wordt niet ingegrepen in de privé-sfeer. Bij bijvoorbeeld bedrijfsmaatschappelijk werk wordt alleen ingegaan op de aan werkgerelateerde oorzaken en de invloed van werk op de ontstane situatie. Bij algemeen maatschappelijk werk dat niet direct werkgerelateerd is, zoals werknemers met alcoholproblemen, wordt doorverwezen naar en samengewerkt met het reguliere circuit zoals de huisarts en een consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD). Indien nodig, bezoekt de bedrijfsmaatschappelijk werker de werknemer thuis. Vanuit Siemens heeft men wel de ervaring dat het gezondheidsbeleid op het werk eveneens uitstraalt naar de privé-situatie, zeker als de aandacht voor gezondheid op het werk met goede argumentatie gebeurt.

Unilever: Er wordt op werknemers geen druk uitgeoefend. De insteek is gezondheid bespreekbaar maken. Bijvoorbeeld het organiseren van een gezondheidsweek om gezondheid als thema zichtbaar te maken. Verder wordt commitment gecreëerd. Zo wordt bij de stoppen met roken-cursus een financiële bijdrage van medewerkers gevraagd. Dit geld komt niet in de kas van Unilever, maar wordt in dit geval naar de Nederlandse Hartstichting overgemaakt. Vanuit de Centrale Ondernemingsraad (COR) wordt aangegeven, dat de COR bij alle zaken, dus ook wat betreft het gezondheidsbeleid, wordt betrokken.

Gezondheid en angstcultuur. Door al die aandacht omtrent gezondheid zou je als werknemer niet meer eens ziek dárven te melden.

De reactie vanuit Siemens is dat het beleid erop gericht is begrip te tonen voor de ziekmelding en de ziekmelding te zien als een signaal. Leidinggevenden richten zich niet op het ziektebeeld en de oorzaken (dat doet de interne Arbo-dienst) maar vragen aan betreffende werknemer welke werkzaamheden er nog op zijn of haar bord liggen en wie die eventueel zouden kunnen overnemen tijdens zijn of haar afwezigheid. Op deze manier wordt de zieke werknemer niet 'gestraft' met een vol bureau bij terugkeer en wordt contact onderhouden met de zieke werknemer.

Verder wordt vanuit de Raad van Bestuur van Siemens toegelicht dat Siemens een open organisatie is waarbij er een goed werkend medezeggenschapsorgaan actief is. Werknemers hebben ook wat betreft gezondheidsbeleid inspraak.

Ziekteverzuim versus actieve participatie

Het beleid bij Siemens betreft minder een ziekteverzuimbeleid dan een gezondheidsbeleid. Bij een gezondheidsbeleid ligt de nadruk op de werkenden en minder op de verzuimenden. Het percentage werknemers dat participeert in het arbeidsproces (actieve participatie i.c. 97,4%) geeft namelijk meer informatie dan het verzuimpercentage (i.c. 2,6% excl. zwangerschap). De insteek ligt namelijk op de mogelijkheid om te kunnen werken en niet op ziekte. Ook met een kleine gezondheidsbeperking is werken mogelijk. Over het algemeen gaat de aandacht bij Siemens uit naar het grootste percentage werknemers en naar mogelijkheden om hen gezond te houden.

Ziekteverzuim en persoonlijke levenssfeer: sport- en privé-ongevallen

Bij Siemens vindt registratie plaats van sport- en privé-ongevallen als oorzaak van ziekteverzuim. De laatste categorie is te klein om trends uit te halen. Het uitgangspunt is dat werknemers medeverantwoordelijk zijn voor ziekteverzuim en daarom ook aangesproken mogen en kunnen worden op gedrag dat leidt tot ziekteverzuim. Vanuit deze visie worden werknemers door leidinggevenden ook aangesproken op gedrag dat leidt tot ziekteverzuim. Een voorbeeld is het geval van ziekteverzuim als gevolg van rugklachten veroorzaakt door overgewicht. De insteek is wel een motiverende en een stimulerende; in het geval van overgewicht wordt de werknemer gestimuleerd tot sportbeoefening via het bedrijf.

Interne versus externe Arbo-dienst

Centrum GBW: Siemens heeft een interne Arbo-dienst, Unilever maakt gebruik van externe Arbo-dienstverlening. Beide bedrijven zijn succesvol op het gebied van gezondheidsbeleid.

Unilever: Vanuit de Centrale Ondernemingsraad (COR) wordt aangegeven dat Unilever voorheen een interne Arbo-dienst had en dat er per bedrijf een arts aanwezig was op de werkvloer. Deze arts kwam ook bij werknemers thuis. Dat was meer vertrouwd voor de werknemers. Werknemers hebben behoefte aan een echte dokter op de werkvloer. Vanuit Occupational health wordt toegelicht dat de huidige arbo-wetgeving dit niet mogelijk maakt. Er is nu een scheiding tussen de eerste lijn en bedrijfsartsen. Van belang is een breed georiënteerde bedrijfsarts, met hart voor mensen.

Interne Arbo-dienst

Siemens: Een interne Arbo-dienst is winstgevend. Voor het inschakelen van de deskundigheid van de kerndisciplines (bedrijfsarts, veiligheidskundige, arbeidshygiënist en arbeids- en organisatiedeskundige) hoeven geen aparte offertebesprekingen plaats te vinden; dergelijke afspraken zijn in het abonnement opgenomen. Een ander voordeel is de korte lijnen tussen bijvoorbeeld bedrijfsmaatschappelijk werk en de bedrijfsarts. Hierdoor kan snel actie worden ondernomen bij ontstane problemen en hoeft niet afgewacht te worden op het reguliere circuit. De extra kosten van een interne Arbo-dienst worden terugverdiend door een snelle terugkeer van werknemers in het arbeidsproces. De divisies binnen Siemens maken jaarlijks een Service Level Agreement (SLA) met de interne Arbo-dienst. Verder wordt het verzekeringsprincipe gehanteerd; bij een groter beroep op de Arbo-dienst gaan de kosten voor arbo-dienstverlening voor een divisie omhoog. Dit fungeert als financiële prikkel voor de leidinggevende van desbetreffende divisie.

Externe Arbo-dienst aan de zijlijn bij health promotion?

Unilever: De externe Arbo-dienst is vooral gefocust op het voorkomen van beroepsziekten, ziekteverzuim en reïntegratie perikelen. Ze beschouwen gezondheidsbevordering niet zozeer als haar taak. Op dit terrein is behoefte aan andere aanbieders zoals het Centrum GBW.

Met dank voor de gastvrijheid en medewerking aan dit bezoek:

- Siemens Nederland N.V.
Werner von Siemensstraat 1, 2712 PN Zoetermeer
Contactpersoon: de heer drs. W. Vlasblom en
de heer ing. H.J.M.L. Kuypers
Tel. 070 333 25 24

- Unilever N.V.
Weena 455, 3013 AL Rotterdam
Unilever Best Foods Nederland
Nassaukade 3, 3071 JL Rotterdam
Contactpersoon: de heer drs. B. Luten
Tel. 010 217 49 89

Deelnemers aan de bedrijfsbezoeken

Siemens Nederland N.V. 13 september 2002

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

- de heer drs. F.B.M. Sanders, voorzitter
- de heer drs. J.C. Blankert, raadslid
- mevrouw dr. A.J. Struijs, adviseur
- de heer J.B.J. Drewes, arts, adviseur
- de heer L. Ottes, arts, adviseur
- mevrouw dr. M.H.N. Schermer, projectonderzoeker
- de heer W.M.B. Bramer, informatiespecialist
- mevrouw. J.J. Lekahena-de Wolf, projectsecretaresse

Siemens Nederland N.V.

- de heer drs. W. Vlasblom, directeur Personeelszaken
- de heer ing. H.J.M.L. Kuyper, hoofd Arbo- en Milieudienst
- de heer T.S.H.W. Rijpstra, bedrijfsarts
- de heer J. van der Spek, bedrijfsmaatschappelijk werk

Centrum Gezondheidsbevordering op de Werkplek (Centrum GBW)

- de heer drs. P.C. Baart: directeur
- mevrouw drs. T.A.J. Raaijmakers: projectmedewerker

Unilever N.V. en Unilever Best Foods Nederland 6 september 2002

Raad voor Volksgezondheid en Zorg:

- mevrouw prof. dr. I.D. de Beaufort, raadslid
- mevrouw dr. A.J. Struijs, adviseur
- de heer drs. P. Vos, algemeen secretaris
- de heer drs. F.J.B. Bruins, adjunct algemeen secretaris a.i.

EMGO-Instituut:

- mevrouw dr. M. van Poppel, onderzoeker

Unilever Bestfoods Nederland:

- de heer drs. B. Luten, head occupational health Europe
- de heer drs. P.A.R. Nijs, bedrijfsarts corporate centre
- de heer drs. C.W. van der Waaij r.a, voorzitter directie Unilever Nederland B.V.
- mevrouw H.J. van Essen, trainee human resources
- mevrouw M.J. van der Mijle, human resource manager
- de heer drs. H.E. Drop, bedrijfsarts
- mevrouw M.G. Abbekerk, bedrijfsverpleegkundige

Centrum Gezondheidsbevordering op de werkplek (Centrum GBW):

- de heer drs. P.C. Baart, directeur
- mevrouw drs. T.A.J. Raaijmakers, projectmedewerker

Bijlage 9

Lijst van begrippen

BRAVO-leefstijlfactoren

Bewegen, Roken, Alcohol, Veiligheid, Veilig vrijen, Voeding, Ontspanning.

Gezondheidsbevordering

Maatregelen die een dringend beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van burgers om verstandig met de eigen gezondheid om te gaan en ziekte te voorkomen, en maatregelen die gericht zijn op het gunstig beïnvloeden van omgevingsfactoren en gezond gedrag gemakkelijker maken. De term gezondheidsbevordering is ontleend aan de Engelse term health promotion, en maakt als zodanig onderdeel uit de bekende drieslag Prevention, Protection, Promotion. In Nederland wordt de term pas de laatste jaren algemeen gebruikt ter vervanging van het wat slechts geraakte Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO).

Gezondheidsgedrag

Gedrag om gezondheid te bevorderen en gezondheidsrisico's, ongezondheid en ziekte te voorkómen. In sommige definities wordt ook het hulpzoekgedrag in geval van ziekte tot het gezondheidsgedrag gerekend (ziektegedrag), maar in dit advies worden de termen gezondheidsgedrag en gezond gedrag exclusief gebruikt in bovengenoemde zin.

Gezondheidsrisico's

Gezondheidsrisico's kunnen worden onderscheiden in externe en interne gezondheidsrisico's. Onder externe gezondheidsrisico's worden die risico's verstaan, die van buiten af op mensen inwerken, zoals infectieziekten, rampen en ongevallen, milieu- en klimaatveranderingen en arbeidsomstandigheden. Voor een volledig overzicht van deze externe risico's wordt verwezen naar het RVZ-advies Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren (RVZ, 2001b). De interne gezondheidsrisico's kunnen als volgt worden omschreven. Mensen lopen op grond van aanlegfactoren een verschillend risico voor hun gezondheid. Deze factoren werden in het verleden vooral aangeduid als familiale of erfelijke aanleg en waren af te leiden uit individuele of familiale ziektegeschiedenissen. Ten dele konden deze worden verklaard vanuit erfelijkheidstheorieën,

maar voor een groot deel waren ze onverklaarbaar. Deze factoren zijn in latere jaren verder in kaart gebracht via epidemiologische studies waarin ze tegenwoordig worden aangeduid als biologische determinanten. Daarbij blijkt het vaak moeilijk om deze biologische determinanten in onderzoek te (onder)scheiden van andere determinanten, met name waar het gaat om de externe fysieke en maatschappelijke determinanten, waaronder sociaal-economische gezondheidsverschillen (SES), en leefstijlfactoren. Vaak gaat het in de praktijk om een wisselwerking tussen interne en externe gezondheidsbeïnvloedende factoren. Recent heeft het onderzoek naar interne gezondheidsrisico's een grote impuls gekregen door de ontrafeling van het menselijk genoom. De ontcijfering daarvan is weliswaar ver gevorderd, maar dat betekent nog niet dat daaruit de volledige aanleg voor ziekte en gezondheid en alle interne gezondheidsrisico's kunnen worden afgelezen. Toch zijn enige aanlegfactoren inmiddels gelokaliseerd en kunnen zij, behalve in preventieve en therapeutische zin, ook mogelijk toepassing voor individuele risico-inschatting krijgen.

Preventie

Preventie kan gedefinieerd worden als 'het aanbieden van een interventie teneinde ziekten of gezondheidsproblemen te voorkomen en zodoende gezondheidswinst te bereiken.' (ZonMw) Preventie kan onderscheiden worden in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Bij *primaire preventie* gaat het om de situatie waarin er nog geen gezondheidsproblemen zijn ontstaan. Om te voorkomen dat deze zullen ontstaan, worden een of meer schakels in het causale netwerk beïnvloed. Hiervoor is het noodzakelijk dat een of meer determinanten van het gezondheidsprobleem bekend en beïnvloedbaar zijn.

Secundaire preventie betreft het in een vroeg stadium opsporen en kunnen behandelen van risicofactoren, dan wel van (de beginfase van een) ziekte, vóórdat deze tot symptomen of klachten heeft geleid. *Tertiaire preventie* richt zich op het voorkomen van verergering en complicaties bij reeds bestaande ziekte.

Er is nog een andere indeling van preventie mogelijk, waarin *gezondheidsbevordering* zich richt op gedrags-, leefstijl- en maatschappelijke determinanten van gezondheid en ziekte. Kort gezegd gaat het hierbij om het promoten van gezond gedrag en het tegengaan van risicofactoren. *Gezondheidsbescherming* bestaat in deze indeling uit (overheids)maatregelen die zonder rechtstreekse bemoeienis van individuele burgers gezondheidschade voorkomen of tegengaan door beïnvloeding van de omgeving. Met *ziektepreventie* tenslotte worden in deze indeling

die preventieve interventies bedoeld die gericht zijn op het voorkomen van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen. Karakteristiek voor deze indeling is dat de maatregelen vaak ongevraagd worden aangeboden en dat er sprake is van een programmatische organisatie. De eerste indeling definieert de fase waarin het ziekteproces zich bevindt; de tweede de determinanten waarop aangegrepen kan worden. Er bestaat vanzelfsprekend overlap, omdat het allebei manieren zijn om preventie te classificeren.

Protoprofessionalisering

Naar professionele categorieën ordenen van alledaagse ervaringen en professionele grondhoudingen toepassen in het leven van alledag (Fürer, 2001).

Eigen verantwoordelijkheid

Eigen verantwoordelijkheid betekent dat individuen zich rekenschap geven van keuzen die ze maken én van de consequenties van die keuzen (Struijs, 2000). In dit advies gaat het om eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen prospectieve en retrospectieve verantwoordelijkheid (Ten Have, et al., 1998).

Retrospectieve verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid in de betekenis van aansprakelijk zijn voor de gevolgen van het eigen gedrag. Het gaat om verantwoordelijkheid voor gedrag ‘achteraf’.

Prospectieve verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid dat aan het handelen ‘vooraf’ gaat. Het heeft betrekking op toekomstig gedrag: “Prospective responsibility is about what a person should care about and what he should do. It is an action guide” (Verweij, 1998).

Publieke verantwoordelijkheid

Bij publieke verantwoordelijkheid gaat het om de verantwoordelijkheid van de overheid. De overheid dient publieke belangen, waaronder volksgezondheid en gezondheidszorg, te bewaken, veilig te stellen en te bevorderen.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Hiermee wordt bedoeld de verantwoordelijkheid van groepen burgers, organisaties of bedrijven voor maatschappelijke belangen. Deze verantwoordelijkheid hangt vaak samen met een bepaalde rol of taak, waarbij een bepaalde 'sphere of responsibility' hoort (Verweij, 1998). Zo hoort bijvoorbeeld de zorg voor leerlingen tot de verantwoordelijkheidssfeer van scholen.

Bijlage 10

Lijst van afkortingen

BRAVO	Bewegen, Roken, Alcohol, Veiligheid, Veilig vrijen, Voeding, Ontspanning
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
GBW	Gezondheidsbevordering op de Werkplek
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GLOBE	Gezondheid en Levensomstandigheden Bevolking Eindhoven en omstreken
GVO	gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
HBM	Health Belief Model
JGZ	jeugdgezondheidszorg
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheids- bevordering en Ziektepreventie
OC&W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Weten- schappen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEGV	sociaal-economische gezondheidsverschillen
SES	sociaal-economische status
SoZaWe	Ministerie van Sociale Zaken en Werk- gelegenheid
STIVA	Stichting Verantwoord Alcoholgebruik
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast natuur- wetenschappelijk onderzoek
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg

Bijlage 11

Literatuur

Atkinson, R.L. and S.A. Nitzke. School based programmes on obesity: increase knowledge about nutrition but do not change eating habits by much. *British Medical Journal*, 323, 2001, p. 1018-1019.

Barsh, G.S., I.S. Farooqi and S. O'Rahilly. Genetics of body-weight regulation. *Nature*, 404, 2000, p. 644-651.

Bartholomew, L.K., et al. *Intervention Mapping: designing theory- and evidence-based health promotion programs*. Mountain View, California: Mayfield Publishing Company, 2001.

Bergen, A.W., Caporaso N., Cigarette smoking, *J. Nat. Can. Inst.*, 1999, no. 91, p. 1365-1375.

Bertheke Post, G., et al. Longitudinal trends in and tracking of energy and nutrient intake over 20 years in a Dutch cohort of men and women between 13 and 33 years of age: the Amsterdam growth and health longitudinal study. *British Journal of Nutrition*, 2001, no. 85, p. 375 - 385.

Birkenhäger, W.H. en P.W. de Leeuw. 'Survival of the fittest': invloed van geregelde lichaamsbeweging op gezondheid en levensverwachting. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 2002, no. 32, p. 1479-1483.

Boomsma, D.I., Koopmans, J.R., Doornen, L.J.P. van. Genetic and social influences on starting to smoke: A study of Dutch adolescent twins and their parents. *Addiction*, 1994, no. 89, p. 219-226..

Bourn, J. *Tackling Obesity in England*. Londen: National Audit Office, 2001.

Brandt, E. Kankeronderzoek: te veel, te vet. *Volkskrant*, 7 maart 2001

Bray, G.A. and L.A. Tartaglia. Medicinal strategies in the treatment of obesity. *Nature*, 404, 2000, p. 672-677.

Brug, J., et al. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak. 2^e druk. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V., 2000.

Bundred, P., D. Kitchener and I. Buchan. Prevalence of overweight and obese children between 1989 and 1998: population based series of cross sectional studies. *British Medical Journal*, 322, 2001.

Carmelli, D., Heath, A.C., Robinette, D. Genetic analysis of drinking behavior in World war II veteran twins, *Genetic Epidemiology*, 1993, no. 10, p. 201-213.

Carmelli, D., Swan, G.E., Robinette, D. Genetic influence on smoking: a study of male twins. *The New England Journal of Medicine*, 1992, no. 327, p. 829-833.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Themanummer Voeding. Index, 8, 2001, no. 8.

Chinn, S en R.J. Rona. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974 - 1994. *British Medical Journal*, 322, 2001, p. 24-26.

Clark, W.R., Grunstein, M., Are we hardwired? The role of genes in human behavior. Oxford: University Press, 2000.

Cole, T.J., et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 2000, p. 1240.

Comer, R.J. Fundamentals of abnormal psychology, 2nd edition. New York USA: W.H. Freeman and Co., 1999.

Commers, M. en E. de Leeuw. Hoe oordeelt de bevolking over gezondheidsdeterminanten?: inventarisatie en beschouwing. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 79, 2001, no. 1, p. 39 - 48.

Committee on Health and Behavior. Health and Behavior: the interplay of biological, behavioral, and societal influences. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.

Crawford, R., The ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 1977, no. 7, p. 663-681.

Dietz, W.H. The obesity epidemic in young children: reduce television viewing and promote playing. *British Medical Journal*, 322, 2001, p. 313-314.

Ebbeling, C.B., D.B. Pawlak en D.S. Ludwig. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360, 2002, August 10, p. 473-482.

Eikelenboom, S. De genetische vingerafdruk. De waarde van DNA als opsporingsmateriaal. Amsterdam: Uitgeverij L.J. Veen, 2000.

Everdingen, J.J.E. van, N.P. Kleijwegt en D. Kromhout. Risico's voor hart en vaten. Alphen aan den Rijn: Belvédère/Medidact, 2002.

Fischer, E.B., Lichtenstein, E., Haire-Joshu, D. Multiple determinants of tobacco use and cessation. In: Orleans, C.T. and J. Slade. *Nicotine Addiction: principles and management*, p.59-88. New York: Oxford University Press, 2000.

Fredriks A.M., et al. Signaleren van overgewicht en obesitas bij kinderen van Nederlandse, Turkse en Marokkaanse afkomst in Nederland aan de hand van internationale criteria. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde*, 2001, p. 69:30.

Frederiks, A.M., et al. Body mass index measurements in 1996-7 compared with 1980. *Archives of disease in childhood*, 82, 2000, no. 2, p. 107-112.

Frederiks, A.M., et al. Continuing positive secular growth change in the Netherlands 1995-1997. *Pediatric Research*, 47, 2000, no. 3, p. 316-323.

Frederiks, A.M., et al. De Quetelet-index ('body mass index') bij jongeren in 1997 vergeleken met 1980; nieuwe groeidiagrammen voor de signalering van ondergewicht, overgewicht en obesitas. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 2001, no. 27, p. 1296-1303.

Frederiks, A.M., et al. Voortgaande toename van de lengte-groei bij Nederlandse kinderen in de periode 1955-1997. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 2001, no. 27, p. 1308-1315.

Friedman, J.M. Obesity in the new millenium. *Nature*, 404, 2000, p. 632-634.

Fürer, J.W. Protoprofessionalisering: een empirisch onderzoek naar de validiteit van protoprofessionalisering en naar haar verbanden met gezond(heids)gedrag, ziektegedrag en gezondheidstoestand. Proefschrift Nijmegen. S.l.: Ponsen & Looijen B.V., 2001.

Geus, E.J.C. de, Boomsma, D.I., Orlebeke, J.F. Tweelingen, genen, omgeving en gedrag. S.l.: s.n., s.a.

Gezondheidsraad. Enkele belangrijke ontwikkelingen in de voedselconsumptie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.

Goey, H. de en J. van Kasteren. Van peen, preek en zweep naar werkende weg: gezondheidsbevordering is soms meer gebaat bij de gezonde chaos aanpak. In: Stronks, K. en J. Hulshof (red.). *De kloof verkleinen: theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V., 2001.

Griffiths, A.J.F., et al. *An introduction to genetic analysis*, 6th edition. New York USA: W.H. Freeman and Co, 1996.

Groot, W. en H. Maassen van den Brink. De economische effecten van (on)gezond gedrag. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies*. Zoetermeer: RVZ, 2002b.

Haan, J. de, Breedveld, K. Trends en determinanten in de sport. Eerste resultaten uit het AVO 1999. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2000.

Haes, W.F.M. de en L. Vaandrager. Bevorderen van gezond gedrag bij lage sociaal-economische groepen: wat werkt en wat niet? In: Stronks, K. en J. Hulshof (red.). *De kloof verkleinen: theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V., 2001.

Have, H.A.M.J. ten, R.H.J. ter Meulen en E. van Leeuwen. *Medische ethiek*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

Heath, A.C., et al. The inheritance of alcohol consumption patterns in a general population twin sample. II determinants of consumption frequency and quantity consumed. *Journal of studies on alcohol*, 1991, p. 52, p. 425-433.

Heath, A.C., Martin, N.G. Genetic influences on alcohol consumption patterns and problem drinking: results from the Australian NH&MRC twin panel follow-up survey. *Annals New York Academy of Sciences*, 1994, no. 708, p. 72-85.

Heath, A.C., Martin, N.G. Genetic models for the natural history of smoking: evidence for a genetic influence on smoking persistence. *Addictive Behaviors*, 1993, no. 18, p. 19-34.

Hirasing, R.A., et al. Toegenomen prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse kinderen en signalering daarvan aan de hand van internationale normen en nieuwe referentiediagrammen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 145, 2001, no. 27, p. 1303-1308.

Hopper, J.L., et al. Alcohol use, smoking habits and the junior Eysenck Personality Questionnaire in adolescent Australian twins. *Acta genetica med gemellol*, 1992, no. 41, p. 311-324.

Hortulanus, R.P. en J.E.M. Machielse (red.) *Modern burgerschap*. Den Haag: Elsevier, 2002.

Houtepen, R. en R. ter Meulen. New types of solidarity in the European welfare state. *Health Care Analyses*, 2000, no. 8, p. 329-340.

Houtepen, R. en R. ter Meulen. The expectation(s) of solidarity: matters of justice, responsibility and identity in the reconstruction of the health care system. *Health Care Analyses*, 2000, no. 8, p. 355-376.

International Union of Health Promotion and Education. *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*. Brussels – Luxembourg: ECSC-EC, 1999.

Jansen, S., F. v.d Lucht en H. Giesbers. Regionale gezondheidsverschillen: minder goede gezondheid in de vier grote steden en in Zuid-Limburg. *Index*, 2001, no. 9, p. 9-11.

Kaprio, J., et al. Consistency and change in patterns of social drinking: a 6-year follow-up of the Finnish twin cohort. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 1992, no. 16, p. 234-240.

Kemper, H.C.G. Amsterdam growth and health longitudinal study (AGAHLS) plans for the second generation: unraveling the relationships between genes, lifestyle, psyche and health by combining longitudinal and offspring research (2003 - 2008). Unpublished paper.

Kemper, H.C.G. Relationship of physical activity and fitness in youth. *Science & Sports*, 2001, no. 16, p. 7 - 11.

Kemper, H.C.G., et al. A fifteen-year longitudinal study in young adults on the relation of physical activity and fitness with the development of the bone mass: the Amsterdam growth and health longitudinal study. *Elsevier*, 27, 2000, no. 6, p. 847 - 853.

Kemper, H.C.G., et al. The Amsterdam growth and health longitudinal study: the past (1974-1996) and future (1997-2000). *Sportkinetics*, 1999, p. 3 - 14.

Kemper, H.C. Validation of a physical activity questionnaire to measure the effect of mechanical strain on bone mass. *Bone*, 2002, no. 30, p. 799-804.

Kenchaiah, S., et al. Obesity and the risk of heart failure. *The New England Journal of Medicine*, 347, 2002, no. 5, p. 305-313.

Koopmans J.R., Boomsma D.I. Individuele verschillen in alcoholgebruik: de rol van de erfelijke aanleg en de omgeving, *De Psycholoog*, maart 1996.

Koopmans, J.R. The genetics of health-related behaviors: a study of adolescent twins and their parents. Proefschrift Amsterdam VU. Enschede: Print Partners Ipskamp, 1997.

Koopmans, J.R., Heath, A.C., Neale, M.C. The genetics of smoking initiation and quantity smoked in Dutch adolescent and young adult twins. *Behavior gen*, 1999, no. 29, p. 383-393.

Kopelman, P.G. Obesity as a medical problem. *Nature*, 404, 2000, p. 635-643.

Kries, R. von. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *British Medical Journal*, 319, 1999, p. 147-150.

Lander, E.S. DNA fingerprinting on trial. *Nature*, 339, 1989, p. 501-505.

Van Leest, L.A.T.M., S.J. van Dis, W.M.M. Verschuren. Hart- en vaatziekten bij allochtonen in Nederland. Een cijfermatige verkenning naar leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Bilthoven: RIVM rapport 261858006/2002.

Mechelen, W. van. A physically active lifestyle - public health's best buy? *British Journal of Sports Medicine*, 31, 1997, p. 264-265.

Mechelen, W. van. *Bedrijfsgezondheidszorg in Beweging*. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2000.

Mul, D., et al. Pubertal development in the Netherlands 1965-1997. *Pediatrics Res*, 2001, 50, 479-486.

Nutbeam, D. Evidence-based public policy for health: matching research to policy need. Paris: International Union of Health Promotion and Education, 2001.

Parsons, T.J., et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal Related Metabolic Disorders*, 1999, 23, suppl 8, S1-107.

Plomin, R. *Behavioral genetics*, derde editie. New York USA: W.H. Freeman and Co., 1997.

Pomerleau, O.F. Individual differences in sensitivity to nicotine: implications for genetic research on nicotine dependence. *Behavior Gen.*, 1995, no. 25, p. 161-177.

Pomerleau, O.F., Collins, A.C., Shiffman, S., Why some people smoke and others do not: new perspectives. *Journal of consult Clin Psych*, 1993, no. 61, p. 723-731.

Prentice, A.M. Obesity- the inevitable penalty of civilisation? *British medical bulletin*, 1997, no. 53, p. 229-237.

Prescott, C.A. Environmental and genetic influences on alcohol use in a volunteer sample of older twins. *Journal of studies on alcohol*, 1994, no 55, p. 18-33.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld: Burger, ondernemer en overheid in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000a.

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

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren. Zoetermeer: RVZ, 2001b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Biowetenschap en beleid. Zoetermeer: RVZ, 2002a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Biowetenschap en beleid: achtergrondstudie. Zoetermeer: RVZ, 2002b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002c.

Rek, W. de. Met liefde overvoerd. Het Volkskrant Magazine, 27 oktober 2001.

Renders, C.M., et al. Het gezondheidsprobleem rond overgewicht bij kinderen en adolescenten. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. De Zutphen Studie: dertig jaar onderzoek naar de oorzaken van hart- en vaatziekten en kanker. Bilthoven: RIVM, 1990.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Tijd voor gezond gedrag: bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. Bilthoven: RIVM, 2002.

Rolies, J. (red.) De gezonde burger: gezondheid als norm. Nijmegen: SUN, 1988.

Rootman, I., et al. (ed). Evaluation in health promotion: principles and perspectives. World Health Organization, 2001.

Rose, R.J. Social contact and sibling similarity: facts, issues and red herrings. *Behavior gen*, 1990, no. 20, p. 763-778.

Rossum, C. van. Erfelijke aanleg van overgewicht bij kinderen. Niet gepubliceerd. Bilthoven: RIVM, 2002.

Rouwenhorst, W. Leren gezond te zijn: proeve van plaatsbepaling en verklaring van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding als functie van gezondheidszorg, binnen het geheel van welzijnsbehartiging. Proefschrift Utrecht. Alphen aan den Rijn: Samsom Uitgeverij, 1977.

Rudolf, M.C.J., et al. Increasing prevalence of obesity in primary school children: cohort study. *British Medical Journal*, 322, 2001, p. 1094-1095.

Sahota, P., et al. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *British Medical Journal*, 323, 2001, p. 1027.

Schermer, M.H.N. en J. Keulartz. Mag gevaarlijk leven bestraft worden? *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, 1993, maart, p. 4-6.

Schermer, M.H.N. Sancties op ongezond gedrag? *Tijdschrift voor Gezondheid en Ethiek*, 4, 1994, no. 1, p. 1-5.

Schwartz, M.W., et al. Central nervous system control of food intake. *Nature*, 404, 2000, p. 661-671.

Singh A.S., et al. Lichamelijke inactiviteit en ongezond voedingsgedrag onder werknemers. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies*. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Stivoro. Jaarverslag 1999. Den Haag: Stivoro, 2000.

Stronks, K. en J. Hulshof (red.). De kloof verkleinen: theorie en praktijk van de strijd tegen sociaal-economische gezondheidsverschillen. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V., 2001.

Stronks, K. Socio-economic inequalities in health: individual choice or social circumstances? Proefschrift Rotterdam. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.

Struijs, A. Burgerschap en eigen verantwoordelijkheid. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2000.

The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Obesity – problems and interventions: a systematic review. Stockholm Sweden: SBU, 2002.

Trappenburg, M. Lifestyle solidarity in the health care system. Health Care Analyses, 2000, no. 8, p. 65-75.

Vallgarda, S. Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. European Journal of Public Health, 2001, no. 11, p. 386-392.

Vathorst, S. van de. Your money or my life: justice, solidarity & responsibility in Dutch health care. Proefschrift Amsterdam. VU. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2001.

Vente, W. de, et al. Original communication. Effects of health measurements and health information in youth and young adulthood in dietary intake - 20-y study results from the Amsterdam Growth and Health Longitudinal Study. European Journal of Clinical Nutrition, 55, 2001, p. 819-823.

Verweij, M. en M. van den Hoven. Gezond leven of goed leven? Tijdschrift Sociale Geneeskunde, 2001, no. 79, p. 272-273.

Verweij, M. Medicalization as a moral problem for preventive medicine. Bioethics, 13, 1999, no. 2, p. 89-113.

Verweij, M. Preventie is niet vanzelfsprekend goed. Tijdschrift voor gezondheidsvoorlichting, 1999, no. 16, p. 6-8.

Verweij, M. Preventive medicine between obligation and aspiration. Proefschrift Utrecht. Utrecht: Zeno, the Leiden-Utrecht Research Institute of Philosophy, 1998.

Voedingscentrum. Beschrijvingen van diverse projecten; delen uit het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, s.a.

Vries, N. de. Het hart, de ruggengraat en de hersenpan. Perspectieven op gezondheidsgedrag. Inaugurale rede. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 2000.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Eigentijds burgerschap. WRR-publicatie vervaardigd onder leiding van H.R. van Gunsteren. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1992.

WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Health Promotion Evaluation: recommendations to policymakers. Denmark Copenhagen: WHO, 1999.

Willemsen, M., Vink, J., Boomsma D.I. Roken en erfelijkheid. Tijdschrift Sociale Geneeskunde, 2001, no. 79, p. 79-85.

World Health Organization. The World health report : 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland: Marketing and Dissemination WHO, 2002.

Wright, Ch.M. et al. Implications of childhood obesity for adult health: findings from thousand families cohort study. British Medical Journal, 323, 2001, p. 1280-1284.

Zimmet, P., K.G. M.M. Alberti and J. Shaw. Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature, 414, 2001, p. 782-787.

Zorgonderzoek Nederland. Themanummer Gezond Leven, Pre-Post, 2001.

Bijlage 12

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer. M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (Verslag debatten en achtergrondstudies bij Gezondheid en gedrag)	EUR	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	EUR	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	EUR	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	EUR	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	EUR	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	EUR	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	EUR	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/05	E-health in zicht	EUR	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	EUR	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	EUR	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	EUR	13,61

01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/08	Verzekerbare van nieuwe gezondheids- risico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	EUR	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	EUR	11,34
01/04E	Healthy without care	EUR	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	EUR	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	EUR	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	EUR	13,61
00/03	De rollen verdeeld	EUR	13,61
99/26	Care en cure	EUR	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	EUR	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/22	Allochtonen cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	EUR	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	EUR	15,88
99/17E	The Patiënt and the Internet	EUR	11,34
99/17	Patiënt en Internet	EUR	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	EUR	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34

99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	EUR	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/10E	Europe and health care	EUR	13,61
99/09	Ethiek met beleid	EUR	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	EUR	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	EUR	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	EUR	11,34
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	EUR	11,34
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	EUR	11,34
98/08	Zelftests	EUR	11,34
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	EUR	11,34
98/06	Tussen markt en overheid	EUR	9,08
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	EUR	9,08
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	EUR	11,34
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	EUR	13,61
97/20	Besturen in overleg	EUR	13,61
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	EUR	9,08
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	EUR	9,08
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	EUR	9,08
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	EUR	4,54
97/15	Betalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	EUR	11,34
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	EUR	11,34
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	EUR	18,15

97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	18,15
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	EUR	9,08
97/10	Medische hulpmiddelen	EUR	13,61
97/09	De toekomst van de AWBZ	EUR	13,61
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	EUR	9,08
97/06	Beter (z)onder dwang	EUR	11,34
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	11,34
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	EUR	11,34
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	EUR	11,34
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/12	Thuis in de ggz	EUR	13,61
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	EUR	11,34
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	EUR	6,81
96/09	Informatietechnologie in de zorg	EUR	13,61
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/07	Preventie en ouderen	EUR	11,34
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	EUR	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	EUR	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	EUR	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	EUR	9,08
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	EUR	6,81
96/01	Programmatische jeugdzorg	EUR	9,08
<i>Bijzondere publicaties</i>			
01M/01E	E-health in the United States	EUR	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	EUR	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	EUR	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	EUR	9,08
01/01	Management van beleidsadvisering	EUR	11,34
99/24	Evaluatie en actie		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie		gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	EUR	13,61
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	EUR	6,81
- -	Volksgezondheid met beleid		gratis

Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	EUR	17,92
Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	EUR	17,92

De publicaties *Zorgarbeid in de toekomst* zijn te bestellen bij:
SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop
Postbus 200014, 2500 EA Den Haag
Telefoonnummer: 070 378 98 80, fax: 070 378 97 83

Werkprogramma's

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002	gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

Jaarverslagen

02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ	gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ	gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ	gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	EUR	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	EUR	1,59

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2002
ISBN: 90-5732-104-1

U kunt deze publicatie onder vermelding van publicatienummer 02/14 bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11). De prijs van de publicatie is EUR 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg