

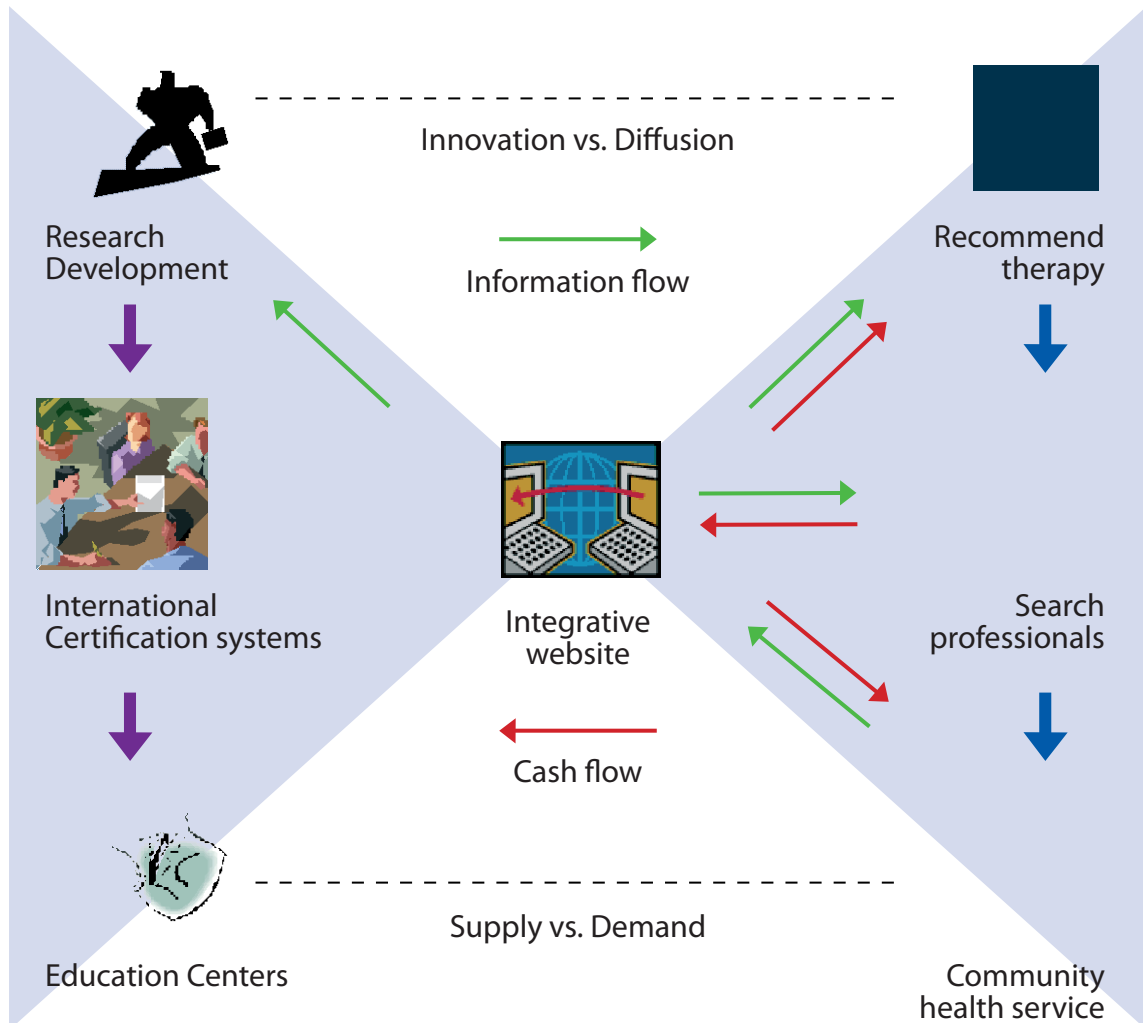
NATIONAAL CONVENANT

Preventieve Gezondheid

Editie 2009

Arnaud van der Veere
Hsiao-Ting Lee
Yan Yan Luh
ISBN/EAN: 978-90-809244-5-1

■ **Totaal overzicht preventie informatiestromen**



■ Voorwoord

Preventieve Gezondheidszorg is een heet hangijzer in de gehele maatschappij. Alle regeringsleiders ter wereld buigen zich over dit belangrijke onderwerp. De grote vraag voor iedereen is of de invoering ervan nuttig, acceptabel en vooral besparend is. U, als maatschappelijke deelnemer, heeft er groot belang bij dat alle zaken in uw voordeel geregeld worden. In dit convenant hebben wij de grondslag gelegd voor duidelijke positionering van betrokken partijen. Door positionering scheppen wij duidelijkheid. Hierdoor krijgt U de mogelijkheid geeft om beleidsvoerders te controleren.

Doel van dit convenant is duidelijkheid te scheppen over de positie van de belangrijkste partners. Met de duidelijkheid over die rol, investeerders en financiële participanten inzicht te geven wat er met geld gebeurt en waar winsten te behalen zijn. Maar het belangrijkste onderdeel van dit convenant is het opzetten van een paraplu organisatie met geregistreerde / door deze organisatie gecertificeerde deelnemers die bedrijfsmatig en maatschappelijk worden ingezet en waarvan de standaard / kwaliteit bekend is.

Met de uitwerking van het convenant is in 2008 gestart in Taipei / Taiwan. Hierbij is de samenwerking met National Yang-Ming University*, National Taiwan University*, het National Taiwan University Hospital (NTUH)*, Wan Fang University* en Department of Information Technology Taipei City Government* geformaliseerd en zijn er diverse projecten geïnitieerd.

De medische zorg in Taiwan loopt, in veel opzichten, (ver) voor op Nederland. Het Elektronisch Patiënten dossier is er ongeveer tien jaar geleden ingevoerd. Iedereen beschikt over een eigen Medical ID card en kan direct met de specialist afspraken maken, een ziekenhuis bezoeken of medicijnen verkrijgen.

De problemen in de gezondheidszorg in Azië zijn, in veel opzichten, te vergelijken met deze in Nederland. Ook in Azië is in toenemende mate sprake van een tekort aan gekwalificeerd personeel, steeds meer artsen openen een privé praktijk naast hun overheidswerk, de kosten voor aanschaf medische apparatuur groeien dramatisch en de patiënt wordt mondiger en eist steeds meer.

Preventie blijkt in alle gevallen de oplossing te zijn. Ook in Azië groeien de verschillende problemen door overeten (obesitas), computer verslaving, te weinig beweging en veroudering. Alleen door preventie kunnen deze problemen verholpen worden. Het is onmogelijk om ziekten door beleid te voorkomen.

Maar Preventie is op dit moment een versnipperd en ongeorganiseerd geheel. Er zijn te veel partijen die een eigen inbreng willen hebben en alleen het eigen doel dienen. Met een geheel nieuw op te zetten wereld overkoepelende organisatie (QRPH = Quality Register Preventive Health) is Preventie een voorbeeld rol toebedeeld.

De opzet van de organisatie is in lijn met de door de WHO (World Health Organisation) gepubliceerde voorstellen in de diverse rapporteringen over de jaren heen.

U heeft een keuze. Dit convenant beschrijft een gezondere toekomst en hoe wij die kunnen realiseren. Om het waar te maken is ook uw steun nodig. Teken de bijgesloten verklaring en stuur die naar Postbus 693, 2501CR Den Haag en laat blijken dat ook uw gezondheid u aan het hart gaat!

■ Inhoudsopgave

Totaal overzicht preventie informatiestromen	4
Voorwoord	5
Overzicht samenwerking in Tapei/Taiwan	8
Voor wie is dit convenant?	9
De status van de Gezondheidszorg in Nederland	10
De status van de huisarts	12
Massamediale campagne	15
De effectiviteit van campagnes	18
Het ziekenhuis	19
Wet op het bevolkingsonderzoek	21
De verschillen in conventionele gezondheidsaanpak in Nederland en Taiwan.	23
Omschrijving der taken binnen het convenant	25
Omschrijving van het beroep	30
Opleiding Preventie Assitant (GeHA) - curriculum	32
Het QRPH	35
CAM	39
De Beroepscode	41
De maatschappij	43
Overzicht van de verschillende onderdelen van het preventief medisch onderzoek	46
De rol van de Farmacie bij Preventie	49
De rol van IT in Preventie	50
De rol van de verzekeringsmaatschappij IN Preventie	52
Advies gecombineerde aanpak van Medische research, Farmacie en cosmetica	53
Positie van de sportschool in de Preventie	54
Visualisatie	57
Rol van de Thuiszorg in preventie	57
Rol van de Arbo – diensten / re-integratie / verzuimdiensten	61
Wet Wmo, wet maatschappelijke ondersteuning (kort)	65
Conclusie	66
<i>Bijlagen:</i>	
Literatuur	68
Overzicht publieks campagnes Postbus 51	72
Financiële overzichten preventie	76
Kosten van preventie	81
Contact QRPH Nederland	86
<i>Losse bijlage:</i>	
Intentie verklaring “steun dit convenant” TERUG STUREN AUB	

■ Overzicht samenwerking in Tapei/Taiwan

[National Yang-Ming University](#) is a public medical University in Taiwan and was established in 1974, previously known as National Yang-Ming College of Medicine. The University has fully grown in teaching and research. In the area of teaching, they have trained many skilled physicians and excellent researchers. Graduates devote their comprehensive knowledge, skill and humanity to Taiwan society. In 1994, NYMU became the first university in Taiwan dedicated to biomedical education and research. With respect to research, the University established 15 research centers including Genomic Medicine, Brain Research, Health Informatics and so on. NYMU received an award for its research quality as well as quantity. Their extraordinary research achievements are obviously head of other Universities in Taiwan. Internationally, their published research paper can be found in well known Journals like Nature and Science.

National Yang-Ming University

- <http://nymu-e.web.ym.edu.tw/front/bin/ptlist.phtml?Category=11>
- http://www.ilan.tpg.gov.tw/ilanWeb_EN/Default.asp
- http://en.wikipedia.org/wiki/National_Yang_Ming_University

Taiwan was colonized by Japan from 1895 to 1945. During 50 years rule, Although the Japanese brought harsh rule, they contributed to Taiwan's economic and educational development. The establishment of [National Taiwan University](#) in 1928 was one of examples. Like every University, each colleague was set up over time. The college of Medicine was added in 1936. NTU was formerly known as Taipei Imperial University. After World War II, in 1945 Taiwan government renamed it National Taiwan University. NTU is considered most historical and prestigious University in Taiwan. They are ranked as the top University.

National Taiwan University

- <http://www.ntu.edu.tw/engv4/about/about.html>
- http://en.wikipedia.org/wiki/National_Taiwan_University

The operation of [National Taiwan University Hospital](#) started under Japanese rule in 1895. The current name was adopted in 1949. NTUH is highly regarded as the best and renowned medical center in Taiwan. Their advanced skills for liver disease and heart transplant have spread internationally.

National Taiwan University Hospital (NTUH)

- <http://www.ntuh.gov.tw/en/AboutUs/About%20Us.aspx>
- http://en.wikipedia.org/wiki/National_Taiwan_University_Hospital

[Wang Fang Hospital](#) is a regional hospital and also is first public hospital owned by Taipei city government while run by Taipei Medical University. After a few years preparation, Wang Fang Hospital was officially inaugurated in 1997. It's relatively new hospital. In 1998, an evaluation targeted all city hospitals island wide, Wang Fang was awarded the best management performance. Their efficient management was in the spotlight.

Wan Fang University

- <http://www.wanfang.gov.tw/W402008web/english/index.html>
- <http://www.taiwanhealthcare.com/english/thc0202d.aspx>

Adopting health IC card contributes to Taiwan National health insurance rapid development. Looking back the process of promoting of health IC card, it actually took 7 years before health IC card was used island wide in 2001. In fact, the reason Taiwan could integrate its information technology into health care system was because Taiwan had shifted to information technology infrastructure in 1980. Overall Taiwan economic transformation is roughly divided into three phrases- from agriculture to manufacturing, from manufacturing cheap plastic toys to high quality electronics and computers. Taiwan's first Science Park, Hsinchu Science Park, the world-renowned Science Park was founded in 1980. In the 1990s, information technology business entered a new milestone and became the leading industry in Taiwan's manufacturing history. The engine behind Taiwan economic development highly depends on numberless vigorous enterprise's efforts. In order to improve our administrative efficiency and take advantage of our information technology, the bureau of National health Insurance applied our technology to health IC card design. Nevertheless, [the Taipei City Government Department of Information Technology \(DOIT\)](#) is in charge of information technology consultant.

Department of Information Technology Taipei City Government

- <http://english.taipei.gov.tw/doit/index.jsp>
- <http://www.roc-taiwan.org/ct.asp?xltem=71212&CtNode=2243&mp=1&xp1>
- <http://www.nhi.gov.tw>
- <http://www.taipeitimes.com/News/taiwan/archives/2007/11/24/2003389284>

■ **Voor wie is dit convenant?**

Dit convenant heeft het volgende doel voor de geïnteresseerde:

- U te informeren over wat er gaande is in de (preventieve) gezondheidszorg
- De ogen te open over de mogelijkheden van Preventieve Gezondheid
- Wat kan uw steun betekenen voor de toekomst van Preventie
- Wat kan uw aandeel zijn ?
- Indien u deel uitmaakt van de Preventie wat uw voordelen zijn

Voor de arts:

- Geeft u een duidelijke kijk op uw beroep
- Geeft inzicht in welke mogelijkheden u heeft met Preventie
- Wat u kunt verwachten en waarmee u uw voordeel kan doen
- Welke marktpartijen uw werk verlichten
- Welke positie u kan innemen binnen de organisatie van Preventie

Voor de investeerder:

- Wat kan u verwachten
- Wat zijn de mogelijkheden
- Waar zitten de investeringen
- Wat is de return on investment

Voor de instelling:

- Wat zijn de mogelijkheden voor de instelling
- Wat zijn de te verwachten kosten
- Waar zitten de verdiensten
- Hoe kan u deelnemen

Voor de CAM:

- Welke positie heeft CAM in preventie
- Hoe verloopt de communicatie
- Is er sprake van integratie of segregatie
- Zijn er paraplu organisaties binnen de preventie

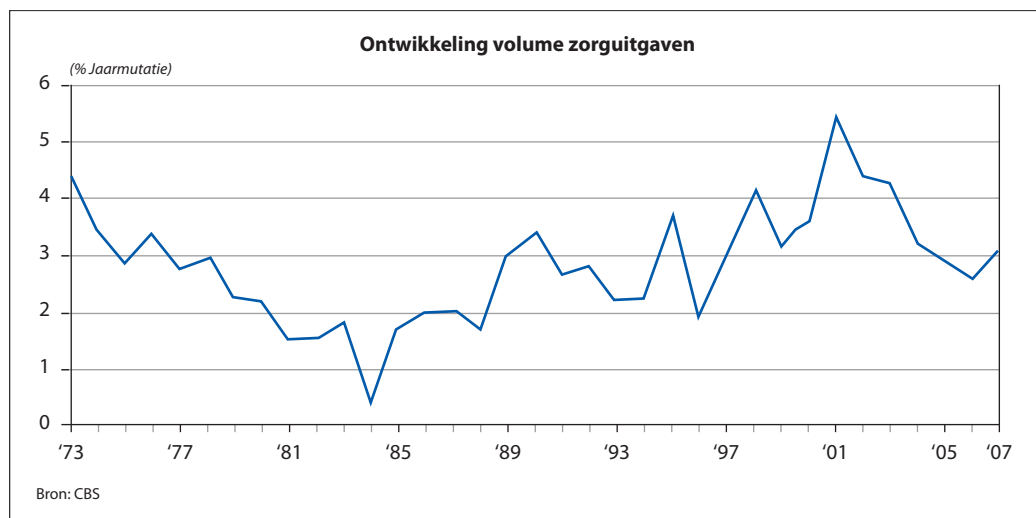
Voor allemaal:

- Is er een oplossing voor de fragmentatie in zorg / assistentie
- Is er een eenvormige opleiding en definitieve certificatie
- Is er een algemeen IT based oplossing mogelijk
- Wanneer kunnen wij beginnen

■ De status van de Gezondheidszorg in Nederland

Uitgaven aan zorg flink gestegen sinds 1972

Gecorrigeerd voor prijsveranderingen groeiden van 1973-2007 de uitgaven aan zorg jaarlijks met gemiddeld 2,8 procent. Vooral in de 70-er jaren en in de jaren vanaf 1998 groeide dit zorgvolume harder dan gemiddeld.



Bezuinigingen in de 80-er jaren

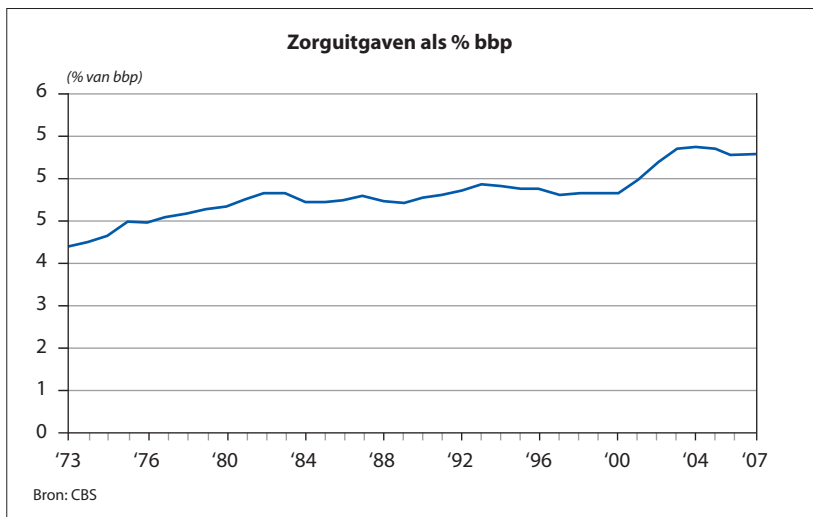
In de 80-er jaren lag de groei beduidend lager. In die periode was sprake van een reeks bezuinigingsoperaties die vooral ingrepen in de zorgaanbodkant. Zorginstellingen kregen te maken met vastgestelde budgetten, waardoor de prikkel om meer productie te leveren dan van tevoren was afgesproken ontbrak. Daarnaast kregen vrije beroepsbeoefenaren te maken met maximumtarieven.

Wegwerken wachtlijsten

Net na de eeuwwisseling lag de volumegroei flink hoger dan gemiddeld. Dat kwam omdat in de periode 2001–2003 extra middelen zijn ingezet voor het wegwerken van de sterk opgelopen wachtlijsten. Deze middelen kwamen vooral terecht bij verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg. Naarmate de wachtlijstproblemen afnamen, daalde ook de inzet van extra middelen.

Uitgaven zorg per hoofd van de bevolking sinds 1972 meer dan verdubbeld

Aangezien de omvang van de bevolking in de periode 1972-2007 ook toenam, is het volume van de uitgaven aan zorg per hoofd van de bevolking minder snel gestegen. Deze gemiddelde jaarlijkse volumegroei bedroeg 2,2 procent. Toch betekent dit dat per hoofd van de bevolking het zorgvolume sinds 1972 meer dan verdubbeld is.



Ook toename aandeel zorguitgaven in bbp

De uitgaven aan zorg als percentage van het bbp geeft een indicatie wat het beslag is van de zorguitgaven op de nationale welvaart. De zorguitgaven bedroegen in 2007 13 procent van het bbp. Dit aandeel liep in de periode 1972-1982 op van 8,7 procent naar 11,2 procent, waarna het tot en met 2000 min of meer stabiel bleef op dat niveau. Na 2000 nam het percentage in drie jaar tijd verder toe tot ruim 13 procent, waarna vanaf 2003 weer een stabilisatie volgt.

Abdul Jardini, Bron: StatLine, [Zorgrekeningen; uitgaven en financiering vanaf 1972](#) / CBS

Conclusies

Door de OECD zijn indicatoren ontwikkeld om de kwaliteit te meten van de gezondheidszorg. Voor 10 van deze indicatoren is nagegaan wat in Nederland de ontwikkeling is geweest in de periode 1995–2005. De conclusie is dat er sprake is van gunstige ontwikkelingen voor vijf indicatoren, namelijk overleving na acuut hartinfarct, herseninfectie en hersenbloeding, amputaties bij diabetes mellitus en postoperatieve heupfracturen.

Ongunstig zijn de ontwikkelingen voor ziekenhuisopnamen voor astma bij vrouwen en ziekenhuisopnamen voor hypertensie. Bij de overige indicatoren, ziekenhuisopnamen voor astma bij mannen, astmasterfte, bloedtransfusie-reacties en operatie binnen twee dagen na een heupfractuur, is er geen duidelijke verandering waarneembaar.

Ondanks de beschikbaarheid van informatie over diagnoses en verrichtingen op patiëntniveau blijkt het niet eenvoudig om veranderingen in het niveau van de indicatoren toe te schrijven aan veranderingen in de kwaliteit van de zorg. Soms kunnen factoren van buiten de zorg meespelen bij de geobserveerde trends. Nadere onderbouwing van de relatie van de indicatoren met kwaliteit van zorg is dan ook gewenst. Ook is meer informatie nodig over ontwikkelingen in factoren die samenhangen met de onderzochte indicatoren. Zo is het voor een betere interpretatie van de trend in 'sterfte binnen 30 dagen na opname voor hartinfarct' van belang om meer te weten over mogelijke veranderingen van zorgprocessen bij ambulancediensten.

Verder is het wenselijk om tot een meer precieze afbakening van de indicatoren te komen, zeker ook om de internationale vergelijkbaarheid van de cijfers te bevorderen. Hoewel niet alle relevante achtergrondinformatie beschikbaar is kan toch worden geconcludeerd dat dit onderzoek opvallende resultaten heeft opgeleverd. Op een aantal terreinen lijkt de kwaliteit van zorg verbeterd te zijn, terwijl er op andere terreinen mogelijk sprake is van achterblijvende of verslechterende kwaliteit van zorg. Hiermee wordt bereikt wat de OECD voor ogen had bij het ontwikkelen van indicatoren: het signaleren van mogelijk achterblijvende kwaliteit en het aangeven van terreinen waarop nader onderzoek nodig is.

■ **De status van de huisarts**

Voorgaand artikel is direct uit de analen van het CBS gehaald. De kosten zijn voor de meeste groepen nog erg rooskleurig weergegeven. Voor velen in onze maatschappij blijken de kosten een veel grotere druk op het inkomen te hebben gelegd dan uit de statistieken blijkt.

Niet alleen de kosten binnen de gezondheidszorg leggen een druk op de zorg er zijn nog veel meer ontwikkelingen aan de te geven die problemen veroorzaken. De arts, een der belangrijkste schakels in de zorgketen, wordt dagelijks geconfronteerd met een groeiend aantal problemen.

- Het wordt steeds moeilijker gekwalificeerd personeel te krijgen
- De salarissen staan niet in verhouding met het bedrijfsleven
- De hiërarchische verhoudingen binnen de zorg creëren veel spanningen
- Het toenemende aantal mondige en opdringerige patiënten
- Een constante stroom van veranderingen binnen het zorg beleid
- Snelle veranderingen op het technische vlak
- Invloed van belendende sectoren o.a. farmacie

Kosten voor de artsen (en natuurlijk veel andere zorgverleners) die een directe invloed hebben en een steeds grotere druk (gaan) leggen op de financiële huishouding zijn o.a. :

- Kosten van gebouwen en vervoer (koop / huur / belastingen / onderhoud)
- Stijgende loonkosten
- Stijgende kosten aanschaf medische apparatuur
- Beveiliging van gebouwen en vervoer
- Bedrijfskosten (o.a administratie / communicatie)

Binnen de conventionele zorg is er een groeiende vraag naar hulpmiddelen om de dagelijkse zorg praktisch goed te laten blijven functioneren. Op dit moment is er een toenemend aantal factoren die er voor zorg dragen dat de geleverde algemene (huisartsen) zorg minder goed functioneert. Enkele voorbeelden zijn:

- **Personele problemen**, het wordt steeds moeilijker gediplomeerd en gekwalificeerd personeel te krijgen
- **Overname problemen**. Het overnemen van een praktijk is erg kostbaar. Een eigen praktijk opzetten stuit op een toenemend regel netwerk. Blijft over het toetreden tot een bestaande praktijk, dit loont minder en is vaak niet bevredigend doordat er vervang diensten moeten worden gedraaid en er geen sprake is van eigen “cliënten binding”.
- **Tijdgebrek**. De vergoeding per cliënt noodzaakt de dokter tot het houden van 10 minuten consulten. Een grote groep patiënten heeft meer tijd nodig en eist dit op toenemende toon. Door deze tijdsproblemen ontstaat er meer wrijving tussen patiënt en dokter.
- **Bijscholingstijd**. Artsen moeten met een regelmaat worden bijgeschoold. Door drukte wordt de scholing vaak uitgesteld of geheel niet genomen. Hierdoor ontstaan hiaten in kennis en blijkt de patiënt vaak eerder en beter op de hoogte van eigen situatie dan de arts. Daarnaast is het financieren van scholing een eigen verantwoordelijkheid geworden. Vroeger werden deze scholing en reiskosten min of meer door de farmacie vergoed.
- **Aanschaf apparatuur**, inkoop preventie materiaal en verantwoordelijkheid eerste lijns preventie. Elke artsen praktijk krijgt te maken met modernisering van de meet apparatuur. Waar vroeger de handbloeddruk meter genoeg was moet op nu de digitale meting plaatsvinden. Artsen moeten steeds sneller conclusies kunnen trekken en kopen daarom meet “ instrumenten” voor diverse ziekten aan. Hiermee zijn kosten gemoeid die tot voorraden leiden. Voorraad legt een druk op de cashflow.
- **Toenemende kosten van gebouw en vervoer**. De kosten van huisvesting stijgen per jaar. Niet alleen de directe maar ook indirecte kosten , als belastingen, nemen toe. Deze kosten werken steeds sterker door op de balans van de praktijk waardoor de inkomsten onder druk komen. Ook het vervoer, een verplichte factor voor de praktiserend arts, neemt in kosten toe. In crisis periodes nemen de kosten onregelmatig toe en af. Hierdoor ontstaat een grillig patroon in de cashflow.
- **Stijgende veroudering zorgt voor grotere zorgdruk**. Binnen veel praktijken neemt door veroudering van het cliëntenbestand het aantal huisbezoeken toe. Deze huisbezoeken brengen additionele kosten met zich mee en leveren “verloren” tijd op (reistijd).
- **Toename allochtonen zorgt voor diversificatie binnen de praktijk**. In de stedelijke praktijk neemt het aandeel van niet-westerse patiënten toe. Veel van deze patiënten zijn of niet bekend met de westerse gewoonten of weigert deze te accepteren. Veel tijd gaat er voor de arts verloren met het oplossen van communicatie problemen.
- **Aanwas van taken**. Artsen krijgen vaak taken toebedeeld die niet ingecalculerd worden. Taken als deelname in buurt preventie plannen, deelname in bevolkingsonderzoeken, bij het ontstaan van een epidemie moet de arts de eerste lijn zijn voor inenting.
- **Toenemend gebruik automatisering** (vooral een probleem voor de oudere artsen). Automatisering van o.a. patiënt systemen zet steeds verder door. Veel artsen hebben nu al moeite om alle elektronische gegevens naar behoren vast te leggen. Communicatie met andere instel-

lingen, bijvoorbeeld ziekenhuizen, gebeurt vaker elektronisch. Gegevens worden verpakt in bestandsformaten die weer programma's nodig hebben om ze te kunnen lezen. Wanneer er weer nieuwe ontwikkelingen zijn kunnen de drukbezette artsen het niet altijd volgen en worden gegevens steeds vaker gemist.

- **Taak verzwarende van dokters assistenten.** De assistenten worden meer taken toebedeeld zoals bloedprikken, opname van bloeddruk, meten van bloedsuikers en het controleren van voorgeschreven medicijnen.
- **Groter internet gebruik onder patiënten.** Het internet gebruik leidt steeds vaker tot problemen tijdens de spreek uren. De patiënt denkt zich goed te hebben ingelezen op zijn / haar ziekte beelden en komt de arts vertellen wat hij / zij mankeert. Voor de arts wordt het steeds moeilijker om de argumenten en het eigen onderzoek los te koppelen om een goede diagnose te stellen. Wanneer de diagnose afwijkt van wat de patiënt wenst te horen kunnen er conflicten optreden.
- **Toenemende agressie van patiënt en bezoekers.** Een steeds grotere bedreiging voor de arts praktijk is de patiënt of de begeleiders die met agressie proberen de arts te laten doen wat zij wensen. Soms gaat dit zelfs met geweld gepaard.

Voorgaande zijn slechts enkele van de vele factoren die het dagelijks bestaan van de reguliere artsen praktijk verzwaren. Een verzwarende die zeker verminderd wordt wanneer er een partij komt die voor de arts al een selectie maakt en informatie vergaard die bruikbaar is voor het stellen van een diagnose. De Preventieve Gezondheids assistent is hiervoor de aangewezen persoon.

Binnen de dagelijkse praktijk worden veel artsen geconfronteerd met publieke campagnes. Het wordt van hen verwacht dat zij en ruchtbaarheid aan deze campagnes geven, materiaal verspreiden en de patiënt er nogmaals in persoon op alert maken. Maar hoe effectief zijn al deze campagnes nu eigenlijk ? Werken deze campagnes preventief of informatief? Kan de arts en de patiënt door de bomen het bos nog wel zien ?

In de wachtruimte van elke arts treffen wij een groot display met een variëteit aan folder materiaal aan. Folder van verschillende voor en tegen campagnes door elkaar heen. Zoveel dat elke bezoeker maar een kleine keuze zal maken.

Het lezen van de brochures begint in de wachtkamer maar wordt zelden thuis of op het werk verder gezet. Volgens de Jaarevaluatie Postbus 51 (uitgave 2008) neemt de effectiviteit van de campagnes steeds meer af. Er is een aantal redenen voor de toenemende afname van effectiviteit te noemen:

- Men leest steeds minder gedrukt materiaal
- Er zijn veel te veel campagnes waardoor er steeds minder tot de kijker / lezer doordringen
- Door de toenemende informatie stroom in het algemeen scannen mensen of het materiaal gewenst is
- Vroeger was het juist de herhaling die de effectiviteit van een campagne verhoogde , tegenwoordig levert veel herhalen een verhoogde irritatie en het daaruit voortvloeiende verzet op
- Campagnes moeten zeer origineel zijn,
- Campagnes moeten doelgroep specifiek zijn
- Campagnes moeten Multi mediaal zijn

Aan welke campagnes “moet” de arts meewerken binnen de dagelijkse praktijk?

- Anti-rook campagnes
- Anti-alcohol
- Anti-drugs
- Tegen kindermishandeling
- Voorlichting diabetes

- Hart en vaat ziekten
- Voorlichting medicijngebruik
- Geslachtsziekten
- Huiselijk geweld
- Voeding
- Zwangerschap bij tieners
- Nierziekten
- Hepatitis C
- Aids / HIV
- Minderheden (zie overzicht achterin dit boek)

Dit is slechts een selectie ! Voor de arts rijst de vraag hoe hij zich effectief kan inwerken op elke campagne naast zijn dagelijkse werk waarbij hij / zij zich moet inlezen in de veranderingen op vakgebied, aanbiedingen en informatie van de farmacie en de patiënten dossier.

Zoals nu duidelijk is kan de taak van de arts en niet alleen door de arts verricht worden en is de omvang der taken zo groot dat er sprake moet zijn van een geheel ondersteuningsteam. Voor de arts is dit onmogelijk daar de inkomsten van de meeste activiteiten of niets zijn of zo laag dat het inhuren van extra mensen de totale kosten niet dekken.

■ **Massamediale campagne**

Een massamediale voorlichtingscampagne is een communicatieproject, dat gebruik maakt van massamedia (tv, radio en/of een combinatie van middelen met landelijk bereik), dat (mede) namens de rijksoverheid wordt gevoerd of (gedeeltelijk) wordt gefinancierd door de rijksoverheid. Er is een onderscheid te maken tussen campagnes die gebruik maken van Postbus 51-zendtijd en -middelen en de campagnes die hier géén gebruik van maken.

Vanwege mijn verantwoordelijkheid als zendgemachtigde van de rijksoverheid voor Postbus 51, worden alleen de campagnes die Postbus 51-middelen inzetten aangemeld via deze brief. Campagnes die geen gebruik maken van Postbus 51 dienen door de ministeries rechtstreeks via begrotingsstukken of beleidsnota's aan de Tweede Kamer te worden gemeld.

Toetsingsprocedure en selectiecriteria

De interdepartementale commissie Publiekscommunicatie en Informatie (PCI) heeft de Postbus 51-aanmeldingen voor 2009 getoetst en een advies aan de Voorlichtingsraad/dgRVD opgesteld. Op basis daarvan is een besluit genomen. Bij de toetsing zijn de volgende criteria gehanteerd:

- A Kerncriteria Is het onderwerp van de campagne onderdeel van kabinetsbeleid of regeerakkoord?*
- Dient de campagne een algemeen maatschappelijk belang of is er een maatschappelijk risico als de campagne niet wordt gevoerd?
 - Gaat de campagne over beleid dat - op het moment dat de campagne start - door het parlement is aanvaard?
 - Is het inzetten van Postbus 51-zendtijd (massamediale middelen) voor deze campagne perse noodzakelijk?

Op de volgende vragen moet negatief worden geantwoord:

- Is werving een doel van de campagne?
- Is imagoverbetering van een institutie/organisatie (corporate communicatie) het primaire doel van de campagne? Als de campagne een maatschappelijk probleem wil oplossen - dus als het gaat om de beeldvorming van het beleidsthema - is imagoverbetering als doel wel toegestaan.

Voldoet de campagne niet aan alle kerncriteria, dan wordt de aanvraag afgewezen. Als de campagne daar wel aan voldoet, dan vindt hieronder het vervolg van de toets plaats.

B Passendheid

Om te kunnen beoordelen of het campagneonderwerp geschikt is voor Postbus 51, moeten de volgende vragen worden beantwoord:

- Is de informatie relevant voor de burger?
- Is het algemeen Nederlands publiek de doelgroep?
- Biedt de campagne een handelingsperspectief?
- Draagt de campagne bij aan de beleidsdoelstellingen?

C Prioritering

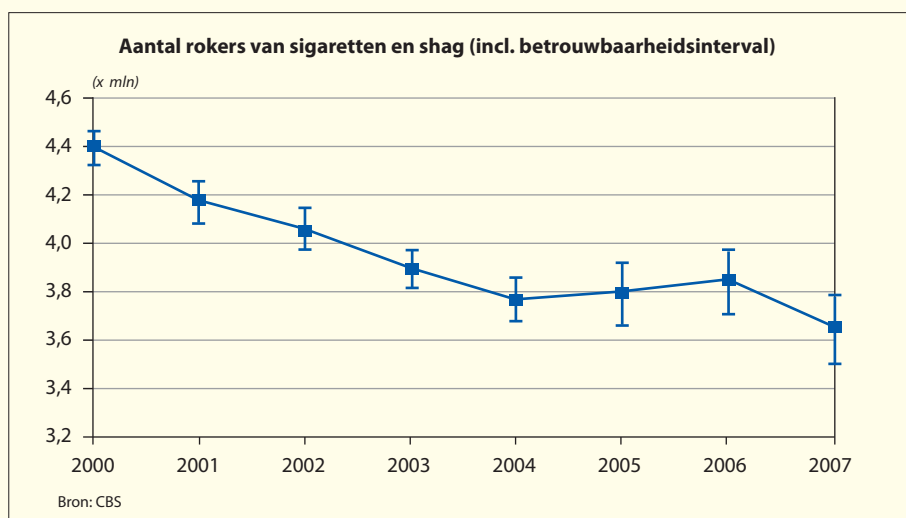
Indien bij B meer dan 20 campagnes zijn goedgekeurd, vindt prioritering plaats op basis van de volgende criteria:

- Is het campagneonderwerp een prioriteit van het kabinetsbeleid en/of regeerakkoord?
- Is er een evenwichtige 'weergave' van het regeringsbeleid (spreiding campagneonderwerpen)?

Webmagazine, maandag 23 juni 2008 9:30

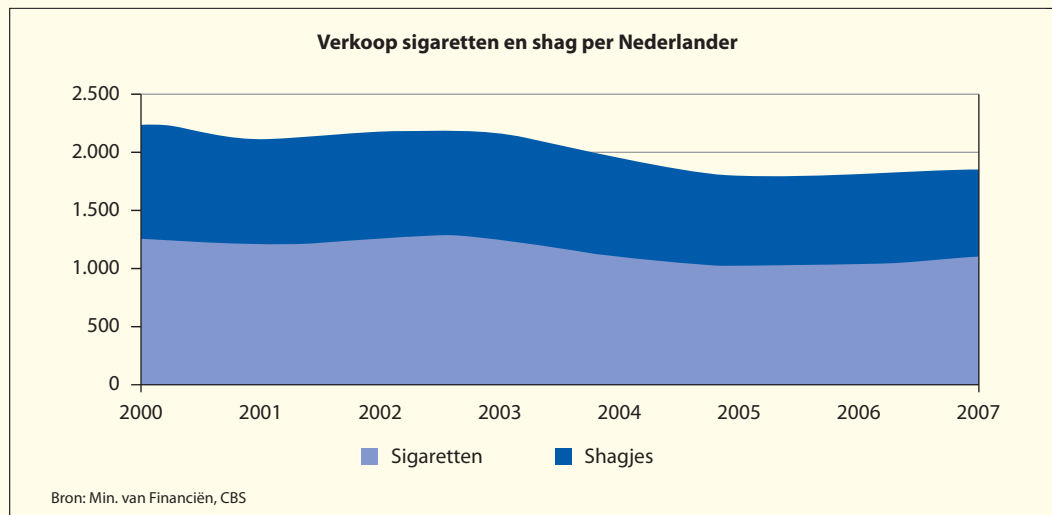
Aantal rokers daalt nog steeds, de verkoop van sigaretten echter niet meer

Sinds de eeuwwisseling is het aantal rokers van sigaretten en shagjes in Nederland met 17 procent verminderd. De verkoop van sigaretten en shagjes was in 2007 ongeveer 20 procent lager dan in 2000. De afgelopen twee jaar daalde de verkoop van sigaretten en shag echter niet meer.



Minder rokers

In de afgelopen acht jaar is het aantal rokers met bijna 100 duizend per jaar afgenomen. Eind 2007 rookte ruim een kwart van de Nederlanders van 12 jaar en ouder sigaretten en shag.

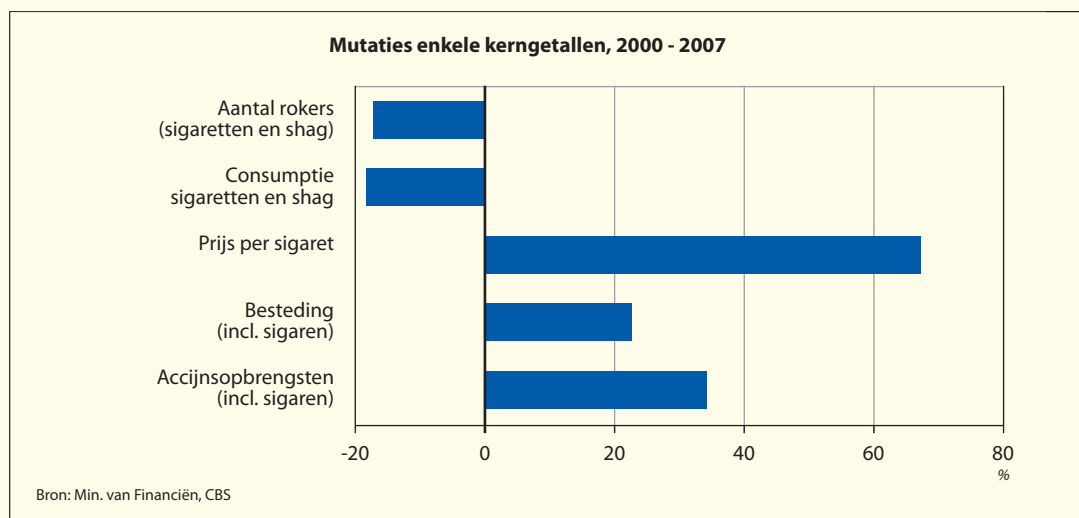


Minder sigaretten en shag

In 2007 was de verkoop van sigaretten en shagjes flink lager dan in 2000. Dit ging samen met een aantal forse aanscherpingen van de Tabakswet, voorlichtingscampagnes tegen roken en diverse accijnsverhogingen op rookwaren. Zo waren sigaretten in 2007 bijna 70 procent duurder dan in 2000.

In 2007 zijn 9 procent minder sigaretten verkocht dan in 2000. De verkoop van shag daalde in hetzelfde tijdvak met bijna een kwart. De daling van de consumptie van sigaretten en shag zette echter de afgelopen jaren niet door.

Sinds 2006 stijgt de verkoop van sigaretten in Nederland weer licht. De afgelopen jaren waren sigaretten in Nederland een stuk goedkoper dan in België en Duitsland. Dit kan de verkoop in de grensstreek positief hebben beïnvloed.



Rokers spekken schatkist

Ondanks de daling van het aantal rokers en een lagere verkoop zijn de bestedingen aan tabakswaaren in de periode 2000-2007 met een kwart toegenomen. Dit komt vooral doordat rookwaren steeds duurder worden. Afgelopen

jaar was met de verkoop van tabakswaaren circa 3,9 miljard euro gemoeid. Een belangrijk onderdeel van de prijs is de accijns. De accijnsopbrengsten namen in acht jaar met een derde toe tot ruim 2,1 miljard euro in 2007. Op 1 juli 2008 is er opnieuw een accijnsverhoging.

Hans Draper, Frans Frenken

Bron: Verkoop van sigaretten en shag

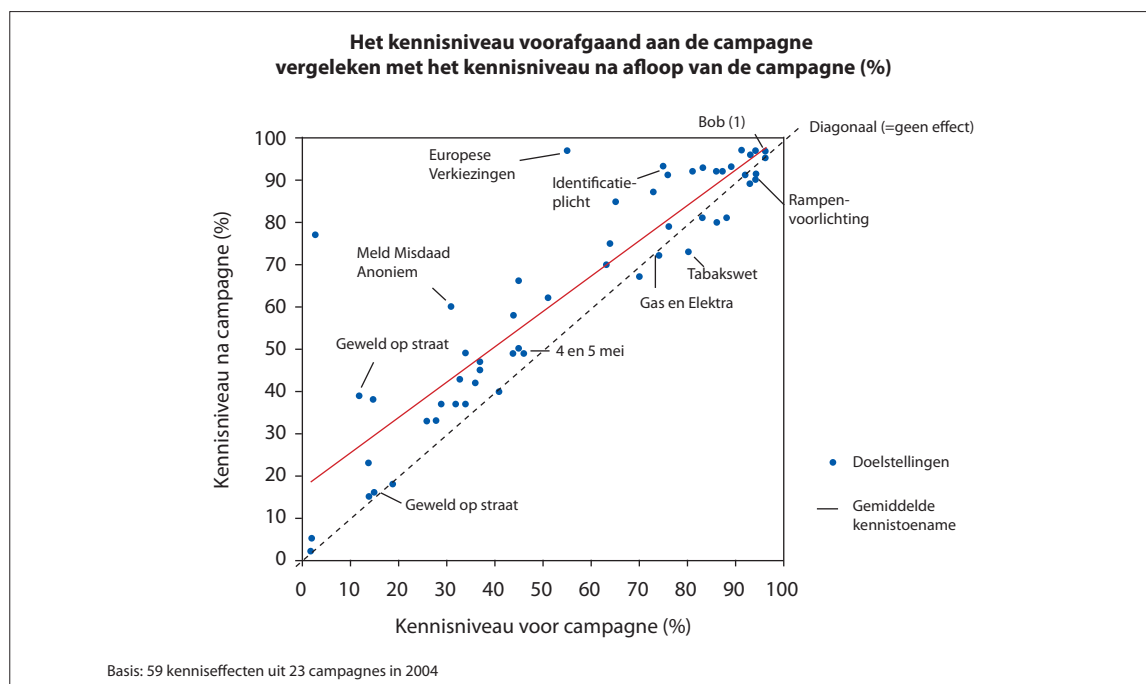
■ De effectiviteit van campagnes

Publiek en artsen worden geconfronteerd met toenemend aantal campagnes. De vraag reist of deze campagnes wel effectief zijn. Hierover is weinig bekend. Na onderzoek blijkt dat alleen de verkeersorganisaties bezig zijn permanente effectiviteit rapportages op te zetten.

Dit feit doet het ergste vermoeden. Campagnes kosten honderd duizenden euro en hebben een grote organisatie nodig. Deze organisaties hebben er, blijkbaar, geen belang bij te weten wat er met het geld gedaan wordt en welke effecten de acties bij de doelgroepen hebben.

Tabel 1: Postbus 51-campagnes 1999-2002, 2003 en 2004

	1999-2002	2003	2004
Aantal campagnes	93	21	27
Gemiddeld mediabudget	€ 537.000	€ 475.000	€ 431.000
Campagnebereik	81%	92%	90%
Herinnering	44%	51%	55%
Rapportcijfer	6,8	7,0	7,0



Critici beweren dat de gelden verspild worden omdat er geen resultaat en effectiviteits rapporteringen worden gegeven. In wetenschappelijke bladen, kranten en tijdschriften laten vooraanstaande, die direct bij de diverse campagnes zijn betrokken, zich bezorgd uit over deze gang van zaken.

Bij het opzetten van de Preventieve Gezondheidsmonitor – dit is het computer programma waarin de gegevens van deelnemers worden opgeslagen – is een resultaat en effectiviteitsonderzoek ingebouwd. Bij de Preventie is het resultaat bepalend en niet de campagne. In de Preventieve Gezondheidsmonitor zijn effectiviteits meters ingebouwd voor de diverse overheids campagnes zoals o.a. voor roken, drank, seksuele acties, gokverslaving, diabetes, hart en vaatziekten en drugs. De antwoorden op vragen in de monitor kunnen geanonimiseerd worden doorgegeven aan de betrokken campagne bureaus waardoor er inzicht in de effectiviteit kan komen.

Hoe kan de effectiviteit van een massa campagne gemeten worden ?

Om te kunnen meten zijn objectieve meetpunten nodig. Deze meetpunten kunnen alleen personen uit de doelgroep zijn. De doelgroep wordt niet of zelden bereikt door de reguliere gezondheidszorg. Hiervoor is een goede reden. Veel mensen vinden zichzelf geen doelgroep. Bij een bezoek aan de reguliere arts zal zelden een verslaving of een beginnende verslaving gemeld worden, eerder het tegendeel. Een arts kan hierdoor geen betrouwbare meting verrichten. De patiënt bekend een verslaving alleen wanneer het niet anders meer kan. Het meten kan alleen plaats vinden door:

- Een een-op-een gesprek met de patiënt waarbij deze met de vragen geconfronteerd wordt
- Antwoord op de vragen worden zonder enig commentaar in het programma gevoerd
- De antwoorden zijn onderdeel van de gehele vragenlijst en komen als onderdeel in de eind indicatie / advies terug
- Wanneer er sprake is van boven matig gebruik van een specifiek product kan de Preventie Assistent (GeHA) hiervan aantekeningen maken en deze overhandigen aan een arts die de cliënt kan benaderen voor een vertrouwelijk gesprek.

Vraag is of de massale campagnes weggegooid geld zijn ?

Absoluut niet ! Al deze campagnes, mits gekoppeld aan een centraal effectiviteits onderzoek zoals de Preventieve Gezondheidsmonitor, kunnen effectief worden ingezet. Na de informatie moet onmiddellijk vervolg acties plaatsvinden die de campagne effectief maken. [Informatie – opvolging – effectiviteits meting](#) is een marketing strategie die al bewezen heeft te werken.

De OPLOSSING voor effectiviteits meting van alle campagnes met betrekking tot gezondheid, veiligheid, gezin en voorlichting is de PREVENTIEVE GEZONDHEIDS MONITOR.

■ **Het ziekenhuis**

De huisarts verwijst voor gespecialiseerde behandeling en controle door naar het ziekenhuis. Anders dan bijvoorbeeld in Taiwan kan de patiënt niet direct zelf naar de specialist gaan. Iedereen moet eerst de huisarts bezoeken voor een verwijskaart. Al vorens de arts de verwijskaart afgeeft stelt hij diagnose en schrijft een brief met daarin de reden van verwijzing. Dit is een omslachtige handeling. Het is veel sneller wanneer een ziekenhuis geselecteerd wordt en het bericht naar de postbus van de specialist of de specifieke afdeling wordt verzonden met daaraan een code gekoppeld, bijvoorbeeld het burger service nummer van de patiënt of beter nog het Elektronisch Patiënten Dossier.

Met deze actie vervallen de volgende handelingen;

- Na diagnose tikt de huisarts zijn aantekeningen in de computer
- Hierna print hij deze uit op een voorbedrukt stuk papier
- Dit papier wordt in een envelop gestopt
- De patiënt moet een afspraak maken met het ziekenhuis
- Aan de balie in het ziekenhuis overhandigd de patiënt de brief
- De brief wordt gelezen en in het dossier bijgevoegd / ingescanned
- Hierna wordt het geheel papiermatig opgeslagen in een dossierruimte

Het bezoek aan de specialist levert de patiënt niet altijd de informatie op die gewenst is. Om de omslachtigheid te bevorderen wordt de patiënt meegedeeld dat de uitslag alleen via de huisarts kan worden verkregen. Door deze gang van zaken worden er door alle partijen onnodig veel kosten gemaakt. Kosten die worden gedeclareerd bij de verzekering. Een verzekering is geen charitatieve instelling en berekend deze, voor zover mogelijk, door in de premie.

De rol van het ziekenhuis in Preventie komt duidelijk naar voren bij medische preventie, zoals bij bevolkingsonderzoeken (b.v. prostaat- en borst kanker), revalidatie (bij hart en vaat ziekten), inentingsacties (b.v. tegen griep, virussen, epidemieën) en bloed onderzoeken. Het is de rol zoals de wetgever bepaald heeft.

Maar deze rol is te beperkt. Juist het ziekenhuis is de meest ideale plaats om Preventieve Gezondheid als doel te gaan exploiteren. In het ziekenhuis is veel parate kennis aanwezig, er zijn complexe mogelijkheden tot testen en valideren van de persoonlijke gezondheid en veel mogelijkheden tot zowel persoonlijke als groepsvoorlichting. Eigenlijk zijn ziekenhuizen de basis voor een goed functionerende Preventieve Gezondheids aanpak naast de echte zorg taak !

In elk ziekenhuis zouden de volgende zaken moeten worden aangeboden om de Preventie te bevorderen:

- Algehele onderzoekskamers die Preventieve Gezondheids controles aanbieden.
 - Bloeddruk / Hartslag
 - Conditietest
 - Oog en oor werking
 - Bloedtest
 - Spierfunctie en coördinatie (motoriek)
 - Longfunctie
 - Psychische test / stress test
- Bewegen onder toezicht, hierbij is de doelgroep mensen die geen patiënt zijn maar wel onder begeleiding moeten leren bewegen (b.v. beginnende obesitas zonder medische indicatie)
- Voedingsvoorlichting bureau. Een plaats waar voorlichting wordt gegeven met als doel gezonde voeding.

■ **Wet op het bevolkingsonderzoek**

INTERMEZZO (overgenomen uit het Rapport Toezicht op preventief medisch onderzoek, Den Haag, mei 2008, Inspectie Volksgezondheid)

Samenvatting

In 1996 is de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) in werking getreden. Deze wet heeft als doel mensen te beschermen tegen de risico's van bevolkingsonderzoek en maakt bepaalde onderzoeken vergunningplichtig. Onderzoek is vergunningplichtig indien het onder één van de drie volgende categorieën valt: onderzoek met behulp van ioniserende straling, onderzoek naar kanker en onderzoek naar ernstige aandoeningen, waarvoor preventie of behandeling niet mogelijk is. Indien een vergunning wordt verstrekt, betekent dit dat het onderzoek wetenschappelijk deugdelijk is, dat deze in overeenstemming is met wettelijke regels voor het medisch handelen en dat het te verwachten nut van het bevolkingsonderzoek opweegt tegen de risico's ervan voor de gezondheid.

Er is een duidelijke groei te zien in het aanbod van preventief medische onderzoeken in Nederland. Een preventief medisch onderzoek of een 'health check' is een geneeskundig onderzoek dat instellingen aanbieden aan een bepaalde groep mensen met het doel om meerdere aandoeningen of risicofactoren vroegtijdig op te sporen. Preventief medisch onderzoek valt daarmee onder de WBO.

Het vermoeden dat er instellingen zijn die vergunningplichtig onderzoek aanbieden zonder te beschikken over de vereiste vergunning, is voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aanleiding geweest om een uitgebreid onderzoek hiernaar te beginnen. Bijkomende redenen voor het onderzoek zijn de groei van het aanbod aan preventief medische onderzoeken in Nederland en de maatschappelijke en politieke belangstelling voor dit onderwerp.

Dit rapport geeft een overzicht van de preventief medische onderzoeken die instellingen in Nederland aanbieden. Er is gekeken of deze onderzoeken daadwerkelijk te beschouwen zijn als bevolkingsonderzoek in de zin van de WBO. Verder geeft het rapport aan of deze onderzoeken onderdelen bevatten die vergunningplichtig zijn. Indien bleek dat een instelling vergunningplichtige onderdelen aanbood en uitvoerde, is nagegaan of de daarvoor vereiste vergunning binnen de instelling aanwezig is.

Tot slot geeft dit rapport inzicht in de handhavingmogelijkheden van de WBO. Er zijn in totaal 22 instellingen onderzocht. Deze instellingen zijn betrokken bij dit onderzoek omdat de inspectie met een uitgebreide zoekactie via websites, advertenties en/of artikelen, het vermoeden heeft gekregen dat deze instellingen mogelijk vergunningplichtig bevolkingsonderzoek aanbieden.

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op de schriftelijke informatie van deze instellingen en de interviews die tijdens de inspectiebezoeken zijn afgenomen indien de schriftelijke informatie ontoereikend was.

De inspectie komt naar aanleiding van het onderzoek tot de volgende vijf conclusies:

- 1 Bijna alle onderzochte instellingen verrichten vergunningplichtig bevolkingsonderzoek zonder vergunning. Ten tijde van de inspectiebezoeken bieden 20 van de 22 instellingen preventief medisch onderzoek aan waarin onderdelen WBO-vergunningplichtig zijn. Geen enkele instelling was op dat moment in het bezit van een WBO-vergunning.
- 2 Alle onderzochte instellingen bieden bevolkingsonderzoek aan, maar zijn zich hier vaak niet van bewust. Uit het onderzoek blijkt dat alle betrokken instellingen met hun aanbod van preventief medisch onderzoek een aanbod doen van bevolkingsonderzoek. De instellingen zijn daarentegen zelf vaak in de veronderstelling dat zij geen bevolkingsonderzoek aanbieden, omdat zij het begrip 'aanbod van bevolkingsonderzoek' onjuist interpreteren. Ook het 'Preventief Medisch Onderzoek van werkenden' aangeboden door werkgevers en het sportmedisch onderzoek vallen onder het bevolkingsonderzoek in de zin van de WBO.

Als tijdens een preventief medisch onderzoek blijkt dat een cliënt een verhoogd risico heeft op een bepaalde aandoening, verricht de instelling vaak zelf het aanvullend of vervolgonderzoek. Indien de instelling dit aanvullend of vervolgonderzoek als onderdeel van het preventief medisch onderzoek uitvoert, is dit getrapte screening en valt dit ook onder het bevolkingsonderzoek.

- 3 De WBO is op onderdelen lastig te handhaven De inspectie signaleert twee problemen ten aanzien van het handhaven van de WBO.
 - Het is voor sommige onderdelen van het preventief medisch onderzoek niet altijd duidelijk of deze vergunningplichtig zijn. Instellingen geven in het aanbod van het preventief medisch onderzoek dan wel aan welke onderzoeksmethoden zij gebruiken en soms ook om welke organen het gaat, maar kunnen niet aangeven welke aandoeningen zij daarmee kunnen opsporen. Het gaat hierbij om de volgende onderdelen van het preventief medisch onderzoek (onderzoeksmethoden): vragenlijst, anamnese, lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek (met uitzondering van tumormarkers), echo's (met uitzondering van de echo van de borsten, hart en vaten) en de MRI-scans. Het is voor de inspectie niet te beoordelen of de instellingen bij deze onderdelen zoeken naar (risicofactoren van) kanker of ernstige aandoeningen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is. De inspectie kan over deze onderdelen dan ook geen uitspraak doen of al dan niet sprake is van vergunningplichtig onderzoek.
 - De wijze van strafbaarstelling van de WBO vormt een belemmering om te handhaven bij aanbieders in Nederland en met name als het geneeskundig onderzoek in het buitenland plaatsvindt. In artikel 3 van de WBO wordt immers verboden vergunningplichtig bevolkingsonderzoek te verrichten zonder vergunning van de Minister. In artikel 13 van de WBO wordt overtreding daarvan strafbaar gesteld. In de praktijk komt het voor dat het in artikel 1, eerste lid onder c bedoelde aanbod zich richt op de Nederlandse bevolking, maar het daadwerkelijke onderzoek wordt verricht in het buitenland. In dat geval vormt de formulering van genoemd artikel 3 juncto artikel 13 van de WBO een belemmering voor de vervolging van dergelijke handelswijze.
- 4 Instellingen informeren de klant niet altijd volledig De klant weet lang niet altijd op welke (risicofactoren van) aandoeningen de instelling screent met de verschillende onderdelen van het preventief medisch onderzoek. De meeste instellingen informeren hun klanten onvoldoende over het doel en de te verwachten gevolgen en risico's daarvan. De instellingen voldoen hiermee niet aan de eis van 'informed consent' conform artikel 448 en 450 van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), boek VII.
- 5 Er ontbreekt in Nederland een multidisciplinaire richtlijn die eisen stelt aan het preventief medisch onderzoek De inhoud van de onderzoeken varieert enorm. Er is vaak sprake van ongericht screenen, aangezien onduidelijk is welke (risicofactoren van) aandoeningen de instellingen met bepaalde onderdelen van het preventief medisch onderzoek kunnen opsporen. Ondanks diverse initiatieven ontbreekt een Nederlandse multidisciplinaire richtlijn waarin de kwaliteitseisen voor preventief medisch onderzoek staan beschreven en inzicht geeft in welke onderzoeken zinvol zijn als onderdeel van een preventief medisch onderzoek en welke (risicofactoren van) aandoeningen men met deze onderzoeken kan opsporen.

Follow-up en maatregelen

Gedurende het onderzoek bleek dat veel instellingen bereid waren om het aanbod en de werkwijze aan te passen om niet meer in strijd te handelen met de WBO. Diverse instellingen hebben intussen maatregelen getroffen, zoals het verwijderen of aanpassen van de website. Dit heeft er nog niet toe geleid dat geen enkele instelling meer in strijd handelt met de WBO. Eén instelling heeft een WBO-vergunning aangevraagd. De inspectie heeft de desbetreffende instellingen gevraagd om in een plan van aanpak aan te geven welke maatregelen zij wanneer nemen om de WBO niet meer te overtreden. Instellingen die hun klanten onvoldoende informeren, is gevraagd aan te geven hoe zij dit aanpakken. De inspectie zal medio 2008 gaan handhaven wanneer uit de gevraagde plannen van aanpak blijkt dat betrokken instellingen onvoldoende maatregelen treffen om te handelen in overeenstemming met de vigerende wet- en regelgeving. Zo nodig zal de inspectie aangifte doen bij de Officier van Justitie.

Overige maatregelen en aanbevelingen

Begrippen uit de WBO verhelderen Voor het veld moet duidelijk zijn wat de begrippen ‘aanbod van bevolkingsonderzoek’ en ‘getrapte screening’ betekenen. Via het publiceren van dit rapport zet de inspectie een eerste stap om verduidelijking te geven over deze begrippen. Geadviseerd wordt dat ook de betrokken (wetenschappelijke) beroepsverenigingen en koepels de begrippen verder verduidelijken aan hun leden. Daarnaast nemen de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en de Federatie van Sportmedische Instellingen in hun richtlijnen/handboeken op dat de WBO van toepassing is op respectievelijk het ‘Preventief Medisch Onderzoek van werkenden’ en het sportmedisch onderzoek

Reikwijdteadvies opstellen

De inspectie adviseert de minister van VWS om de Gezondheidsraad te vragen een reikwijdte-advies op te stellen over de onderdelen waarvan niet duidelijk is of deze vergunningplichtig zijn. Zolang de Gezondheidsraad geen advies uitbrengt over deze onderzoeken zal de inspectie geen uitspraak hierover doen richting de instellingen.

Aanbieder strafbaar stellen

Indien de wet wordt herzien, adviseert de inspectie dat in artikel 3 en artikel 13 van de WBO helder wordt aangegeven dat naast de uitvoerder ook de aanbieder van vergunningplichtig bevolkingsonderzoek strafbaar is, indien deze niet beschikt over de benodigde vergunning.

Klanten beter informeren

Ook instellingen die niet bij het onderzoek zijn betrokken, zouden hun klanten beter moeten informeren over welke (risicofactoren van) aandoeningen opgespoord kunnen worden met het preventief medisch onderzoek en wat de eventuele gevolgen en risico's hiervan (kunnen) zijn.

Multidisciplinaire richtlijn ontwikkelen

De inspectie acht het zeer wenselijk dat betrokken koepels en (wetenschappelijke) beroepsverenigingen een multidisciplinaire richtlijn opstellen over kwaliteitseisen van het preventief medisch onderzoek. In deze richtlijn moet duidelijk vermeld staan welke onderdelen wetenschappelijk deugdelijk zijn, in overeenstemming zijn met wettelijke regels voor het medisch handelen en waarvan het te verwachten nut van het onderzoek opweegt tegen de risico's ervan voor de gezondheid. De onderdelen die aan deze eisen voldoen, kunnen de instellingen dan opnemen in hun preventief medisch onderzoek. In de richtlijn zou tevens moeten staan dat instellingen hun klanten goed moeten informeren. De inspectie raadt aan om het reikwijdteadvies van de Gezondheidsraad te gebruiken bij het opstellen van deze richtlijn.

De inspectie beveelt ook aan de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing te verklaren op de instellingen die het preventief medisch onderzoek aanbieden en uitvoeren. Als deze bovengenoemde richtlijn is aan te merken als veldnorm ter invulling van het begrip verantwoorde zorg als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, is ongericht screenen niet meer mogelijk.

■ *De verschillen in conventionele gezondheidsaanpak in Nederland en Taiwan.*

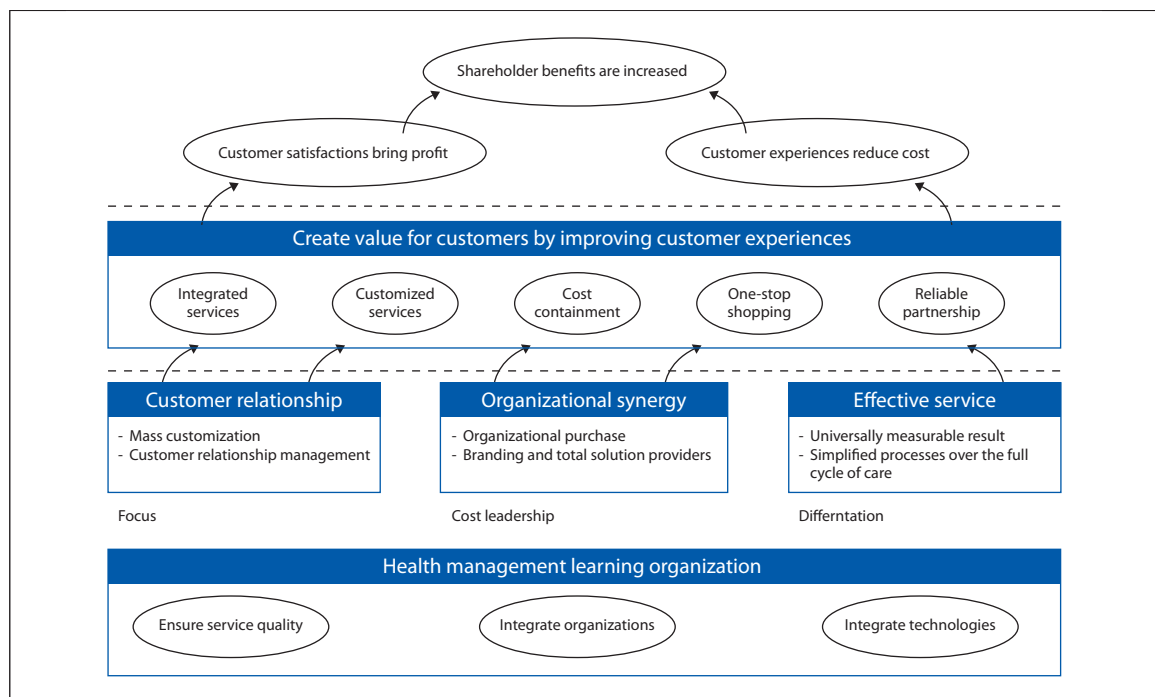
Het belangrijkste verschil is de huisarts. In veel landen ontbreekt de huisarts als schakel in de keten. Hier zijn voor en nadelen aan verbonden. De voordelen zijn dat de huisarts relatief snel benaderbaar is en een eerste opvang biedt. Over het algemeen – in ongeveer 80% van de gevallen – is daarmee het leed voor de patiënt geleden. Alleen de zaken die de huisarts zelf niet “vertrouwt” worden doorgezonden. Dit verlicht de druk op het ziekenhuis.

Het voordeel kan in sommige gevallen (ongeveer 20 %) ook het nadeel zijn. Door tussenkomst van een huisarts worden zaken iets vertraagt. In Taiwan wendt de patiënt zich direct tot het ziekenhuis en kan daardoor snel algeheel op de klachten gecontroleerd worden. Dit levert een snelle afhandeling van klachten op met, wanneer er echt iets aan de hand is, snelle behandelingsaanpak. Ook hier geldt dat het voordeel in ongeveer 80% van de gevallen een nadeel is.

De conventionele geneeskunde in Nederland blijft strak vasthouden aan rigide conventionele methoden en laat zich niet in met de zogenaamde CAM ook al is er veel bewijs geleverd. In Taiwan is integratie van westers conventionele methoden en CAM een dagelijkse praktijk. Echter heeft dat ook aldaar veel interne strijd opgeleverd en werden generatie conflicten bestreden.

Het ziekenhuis in Nederland richt zich uitsluitend op de conventionele gezondheid technieken. In Taiwan wordt een breed spectrum aan mogelijkheden geboden waaronder ook CAM methoden. De Taiwanese ziekenhuizen ogen steeds vaker "healthcenters" waar sprake is van comfort, gezondheidszorg en preventie. In veel gevallen is het ziekenhuis ook een ontmoetingsplaats van mindervalide en bejaarden.

Ziekenhuizen in beider landen zijn ook research centra voor zowel gezondheidszorg als medicamenten (in veel mindere mate). In Taiwan is daar ook voeding en supplementen bijgekomen. Deze keuze is gemaakt om patiënten bij het naar huis gaan de mogelijkheid van thuisvoeding van hoge kwaliteit te bieden van een hoogwaardige kwaliteit met de zekerheden van zuiverheid en gebalanceerde samenstelling. Sommige ziekenhuizen hebben de stap naar een eigen productieketen al genomen.



■ **Omschrijving der taken binnen het convenant**

Doel

Preventieve gezondheid is het enige alternatief voor kosten beheersing in de gezondheidszorg. Het doel van dit convenant is het bepalen welke rol de Preventieve service verleners hebben. Hier is omschreven wat de taakverdeling is tussen medische zorg en niet medische assistentie. De samenstellers van dit convenant beogen een consistent beleid te scheppen ter bevordering van de Preventieve assistentie, kwaliteitsbeleid, registratie en opleiding.

Elke organisatie heeft belang bij goede Preventieve Assistentie (Engels : Preventive Healthcare). Wij staan aan het begin van nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg en uw steun daarbij is van doorslaggevend belang.

Wat is Preventieve Gezondheid ?

De wetgever heeft bepaald dat preventieve gezondheidszorg verdeeld is in twee segmenten:

- 1 de preventieve zorg verleend door de gevestigde daarvoor gecertificeerde medische orde
 - 2 de assistentie die verleend wordt door de groep professionals en andere krachten zoals omschreven in dit convenant
-
- 1 De preventie van de reguliere (conventionele) westerse geneeskunde bestaat uit het nemen van voorzorgsmaatregelen om het uitbreken van wel of niet besmettelijke ziekten te voorkomen. Denk hierbij aan de DKPT (Difterie, Kinkhoest, Polio en Tetanus) injecties die de kinderen krijgen of de griepvaccinatie voor ouderen. Onder deze taak valt geen voorlichting, activering en motivering van de patiënt. Door de westerse geneeskunde wordt gewerkt aan het voorkomen van ziekten uitbraken in het algemeen belang en niet in het individueel belang. Met andere woorden de westerse geneeskunde handelt preventie af in het kader van het algemeen belang. De westerse geneeskunde verleend dus zorg.
 - 2 Dit zijn alle activiteiten van (niet medisch geregistreerde) personen met als doel bewustwording van de algemene gezondheid, het activeren van mensen tot beweging, verbeteren van het voedingspatroon, het aanzetten tot bewust gedrag en verandering van het directe milieu. In tegenstelling tot de westerse geneeskunde is preventie voor deze groep een zaak van individueel belang. Er wordt gewerkt aan de verbetering van de positie van het individu. De taak van de preventie professional is aanvullend op die van de medicus en kan deze daarom niet vervangen.

Feitelijk levert de Preventie Professional geen ZORG maar is er sprake van assistentie / begeleiding / advisering en verwijzing, niet van zorg. In dit kader ligt de zorgtaak bij de geregistreerde medici, dit is wettelijk hun niet aantastbare taak.

Waarom preventieve assistentie ?

Uit onderzoeken blijkt dat het individu steeds minder in staat is zijn bestaan bewust onder controle te houden. Dit gedrag botst met het algemeen belang. Het algemeen belang van de maatschappij is gebaseerd op een aantal belangrijke factoren. Allereerst moeten de eerste levensbehoeften voor een ieder gegarandeerd worden (eten en drinken, kleding en onderkomen, werk en inkomen). Daarnaast moeten deze behoeften binnen het bereik van een ieder blijven.

Door een verhoging van kosten voor deze behoeften komt deze garantie steeds meer onder druk te staan. Over het algemeen zijn de kosten van verzekeringen met tientallen en in sommige gevallen

(waaronder de ziektekosten verzekering) met honderden procenten omhoog gegaan. De kosten van het algemeen levensonderhoud zijn ook met vele procenten gestegen.

Voorbeeld: in 2000 waren de ziektekosten verzekering rond 44 Gulden voor een gezin met twee kinderen vanaf invoering nieuwe wet zijn de kosten per persoon rond € 122

De stijging der kosten voor het individu gaan door overheidsmaatregelen nog steeds langzamer dan de stijging van de maatschappelijke kosten. De nationale en internationale overheden moeten steeds verder gaan om de kosten aspecten weer in balans te krijgen. Hierdoor ontstaat steeds meer druk op het individu.

Er worden maatschappelijk meer eisen aan het functioneren, de gezondheid en de financiën van het individu gesteld. Deze eisen zijn vertaald in praktische regels (wetten en richtlijnen) die door het individu moeten worden toegepast om een positief maatschappelijk resultaat te verkrijgen.

Leefstijl Onderzoek West-Friesland

Afgelopen februari is in het Diabetes Onderzoek Centrum van het VU medisch centrum Amsterdam een grootschalig wetenschappelijk onderzoek gestart. Er wordt een methode onderzocht om hart- en vaatziekten en suikerziekte te voorkomen. In dit 'Leefstijl Onderzoek West-Friesland' wordt onderzocht hoe risicogroepen ongezonde gewoontes over boord kunnen zetten en werkelijk gezonder gaan leven.

VU medisch centrum



In Nederland neemt het aantal mensen met hart- en vaatziekten en suikerziekte jaarlijks toe. Dit komt veelal omdat mensen te weinig bewegen, ongezond eten en roken. Door de leefstijl te verbeteren, wordt de kans op het krijgen van deze ziekten aanzienlijk kleiner. Omdat het erg lastig is gebleken om de leefstijl aan te passen, start het Diabetes Onderzoek Centrum samen met het VU medisch centrum Amsterdam een grootschalig wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van een methode om mensen hierbij te ondersteunen. De verwachting is dat het onderzoek een werkwijze oplevert die op landelijk niveau kan bijdragen aan het voorkomen van deze chronische ziekten.

12.000 inwoners van West-Friesland ontvangen een meetlint en een antwoordformulier. Uit de respons wordt een selectie uitgenodigd voor een lichamelijk onderzoek in het Diabetes Onderzoek Centrum in Hoorn of Enkhuizen. De mensen die een aantoonbaar verhoogd risico lopen op hart- en vaatziekten en suikerziekte worden vervolgens ingedeeld in twee groepen. De ene groep krijgt persoonlijke begeleiding bij het verbeteren van de leefstijl. Er wordt daarbij uitgegaan van wat de mensen zelf willen, waarna gezamenlijk met de deelnemer een op maat gesneden oplossing gekozen wordt. De andere groep krijgt schriftelijke informatie en foldermateriaal over afvallen, stoppen met roken, gezonde voeding en lichaamsbeweging. Het lichamelijk onderzoek wordt herhaald na 6, 12 en 24 maanden. De eerste uitkomsten van het onderzoek worden eind volgend jaar verwacht.

Hoe verdelen wij Preventieve Assistentie ?

Preventieve assistentie is te verdelen in twee volwaardig gelijke categorieën.

- 1 passieve preventieve methoden. Hieronder verstaan wij
 - fysieke behandelingen (bv. Massages),
 - hulpmiddelen (bv. Sauna, whirlpool etc.),
 - therapieën (bv. Aroma, licht- en geluidstherapie),
 - meditatie.

Onder passief verstaan wij elke assistentie waarbij er een persoon is die de behandeling ondergaat en een specialist die het op deze persoon toepast.

- 2 actieve preventieve methoden. Deze zijn onder te verdelen in
 - beweging (o.a. sportieve prestaties maar ook wandelen en fietsen),
 - voeding (cursus koken, labels interpreteren enz.)
 - levens stijl verandering (algehele gezondheid maar ook werk en transport)

Actief duidt aan dat de persoon waarvoor de assistentie is bedoeld zelf alle activiteiten uitvoert en hiervoor de energie levert, daarbij geassisteerd door deskundige begeleiding.

Wie levert Preventieve assistentie ?

Preventie is het werk van specialisten. Onder specialisten verstaan wij die personen die zich door middel van opleiding en ervaring bekwaamd hebben in een of meer specifieke methoden waarbij er een duidelijk verschil tussen een begin en eind situatie kan worden geregistreerd. Buiten de kennis van eigen praktisch kunnen, dit kan zowel een der omschreven actieve of passieve activiteiten zijn, moet de assistent een basis diploma Preventieve Vaardigheden beschikken.

De hier beschreven opleiding heeft tot doel een brugfunctie en bindende factor te zijn voor zowel de medische als de CAM (zie verderop). Om dit te bereiken moet er sprake zijn van maar 1 opleiding en 1 registratie platform voor het gehele land. Consistentie in opleiding heeft tot gevolg dat er controleerbare protocollen gevolgd worden, er een gelijk georiënteerde werk aanpak is, eenheid komt in administratieve systemen en er sprake is van een platform waar de enorme variatie binnen zorg en assistentie niet langer van belang is.

Sportmedisch onderzoek is ook bevolkingsonderzoek

Sportmedisch onderzoek dat instellingen aanbieden aan een specifieke doelgroep (zoals sporters of mensen die van plan zijn te gaan sporten) is te beschouwen als bevolkingsonderzoek. Voor de vergunningplichtige onderdelen van dit sportmedisch onderzoek is een WBO-vergunning vereist.

Sportkeuringen die wettelijke verplicht zijn voordat men de sport mag uitoefenen, vallen niet onder de WBO.

Wie rekenen wij tot de Preventie aanbieders ?

Preventie is divers. Zoals uit voorgaande duidelijk is er sprake van een passieve en een actieve tak. Binnen beide takken zijn er weer groepen aan te wijzen die wel dan wel niet tot de Preventie aanbieders behoren. Om duidelijkheid te scheppen zijn hier enkele voorbeelden van zowel niet - participant als participant:

- kok (niet) en dieet kok (wel)
- chyropractor (niet) en masseur (wel)
- apotheker (niet) en kruiden specialist (wel)
- gymleraar (niet) en fitness trainer (wel)

Tot de Preventie aanbieders worden die beroepen gerekend die als doel bewustwording van de algemene gezondheid, het activeren van mensen tot beweging, verbeteren van het voedingspatroon, het aanzetten tot bewust gedrag en verandering van het directe milieu. Er moet sprake zijn van een duidelijke cliënt / aanbieder relatie, waarbij een bewuste keus vanuit de cliënt voor een specifieke aanbieder wordt gedaan. Er is sprake van een onderlinge afspraak waarbij de ene partij diensten verleend en de andere partij deze, tegen vergoeding, afneemt.

Cross branche aanbieders

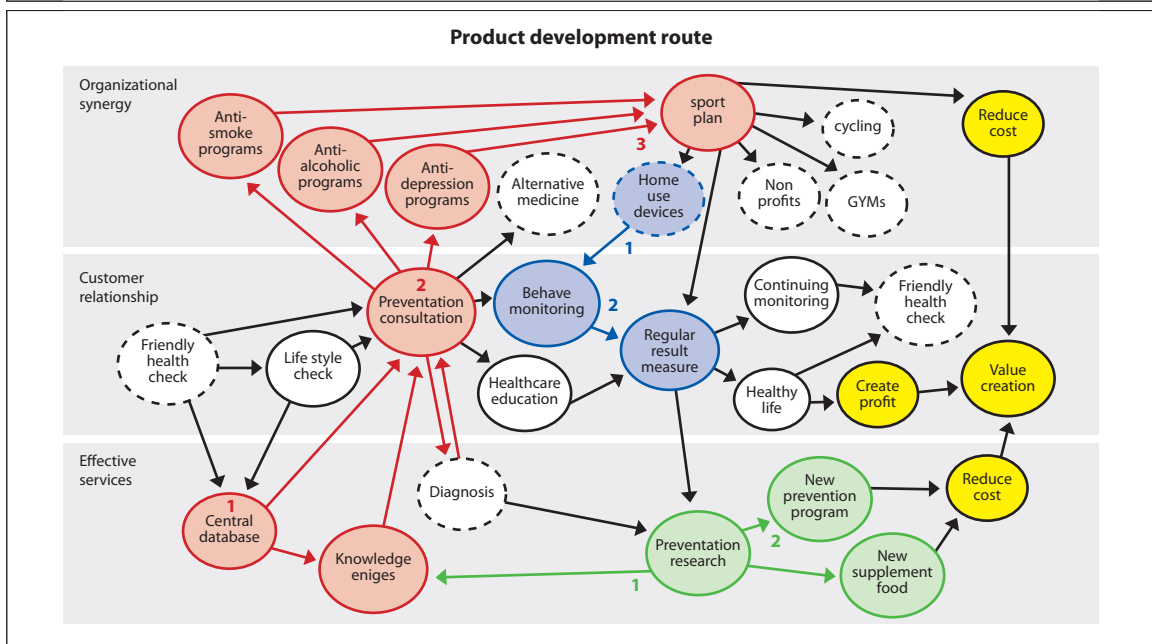
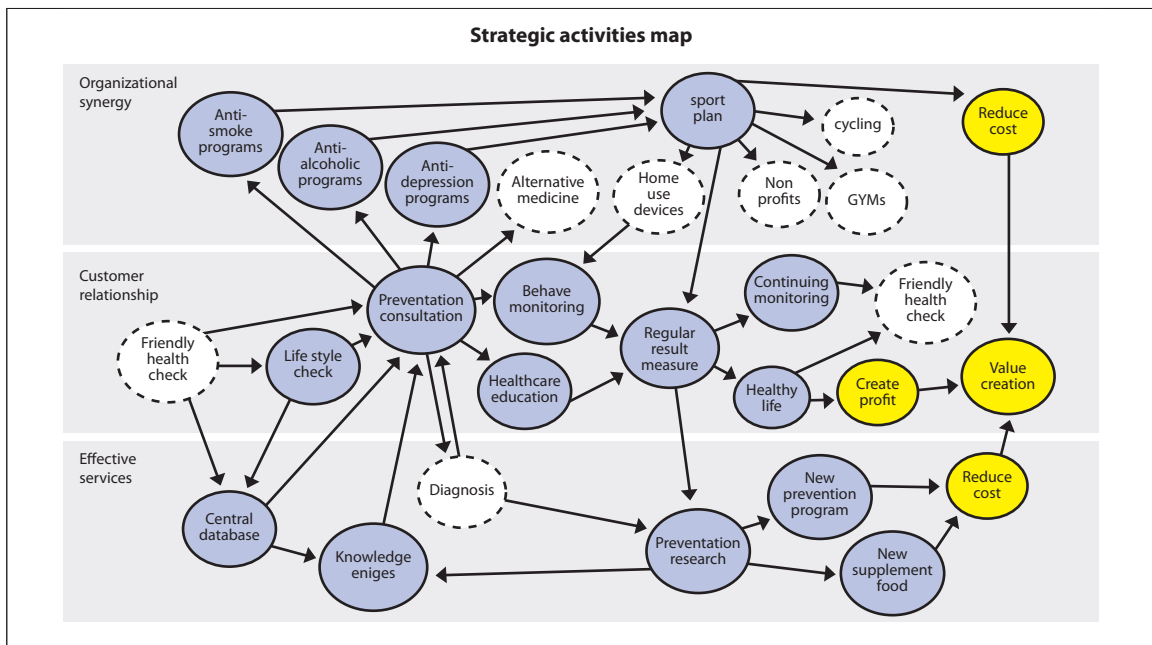
In de Preventie zijn er aanbieders die zich cross branching bewegen. Onder cross branching wordt, in dit verband, verstaan, een persoon of organisatie die actief is op zowel medisch als preventief vlak. Deze aanbieders zijn bijvoorbeeld:

- dokters assistenten
- medewerkers van apotheken

- leraren met speciale medisch preventief georiënteerde richting
- artsen met specifieke preventieve doelen

Voor deze aanbieders geldt dat zij zich alleen binnen hun taakbeschrijving mogen begeven zonder het *basis diploma preventie*. Voor vernoemde cross banchers is er een duidelijke beroepsbeschrijving die tevens de grenzen van bevoegdheden aangeven. Op overschrijding van deze bevoegdheden moeten sancties komen te staan.

Een duidelijk voorbeeld van begrenzing van de bevoegdheid is wanneer doktersassistenten / medewerkers van apotheken zich uitlaten over bewegingsbegeleiding anders dan in algemene termen. Zij moeten naar gediplomeerde vakmensen verwijzen voor persoonlijk advies, tenzij zichzelf bekwamen door middel van het behalen van het Basis Diploma Preventieve Vaardigheden.



Opleiding tot Preventie Assistent (GeHA)

Preventie is een vak. Voor elk vak moet de uitoefenaar vakkennis hebben. Deze vakkennis is alleen te behalen door het doorlopen van een goede opleiding. In Nederland is dit de opleiding Basis Diploma Preventieve Vaardigheden.

Het doel van de opleiding is tot een eenduidige aanpak te komen van preventie op nationaal niveau. Hierbij is de inhoud van de opleiding afgesteld op goede communicatie met medische beroepsgroepen en duidelijke rapportage naar de overige.

Beroepscode

Preventie Assistent (GeHA)en werken over het algemeen in een een-op-een situatie, tenzij de aantekening groepsvaardigheden is behaald. Deze werkwijze vraagt een beroepscode die door elke beoefenaar ondertekend moet worden. De veiligheid, integriteit en vertrouwelijkheid van cliënt en gegevens moeten ten alle tijden gewaarborgd worden. Ieder gediplomeerde / geregistreerde moet de beroepscode ondertekenen en komt daardoor direct onder de Preventie Tuchtraad te vallen. Deze commissie handelt alle klachten van partijen en consumenten af met de beroepscode en de wet Preventieve gezondheidszorg als leidraad

Basis Diploma Preventieve Vaardigheden

Om succesvol mensen te begeleiden is naast de eigen vakkennis algemene kennis over Preventie nodig. Deze kennis is verzameld in de basis opleiding Preventieve Vaardigheden. In het kader van efficiency, regelgeving, structuur, eenvormige voorschriften en de toepassing daarvan door de grote variëteit aan beroepsgroepen is het van nationaal belang om een eenvormige opleiding te hebben waarvan het curriculum, examen en registratie gecentraliseerd is.

Preventieve vaardigheden geven inzicht in het toepassen van de preventie in de breedste zin des woords:

- het opstellen van een assistentie plan waarbij zowel individuele als groepsfactoren een rol spelen,
- communiceren met vak genoten, rapporteren naar zowel cliënt als medische begeleiders,
- kennis van de ontwikkeling van levensbedreigende aandoeningen en ziekten,
- het doen van metingen en testen en de registratie daarvan.

Tijdens de (1) een jaar durende opleiding komen deze en andere onderwerpen ruimschoots aan de orde.

De basis opleiding omvat 4 segmenten. Elk segment duurt drie maanden en wordt afgerond met een tentamen die, bij behalen van een positief resultaat, tot een certificaat leidt. Na het verkrijgen van alle certificaten ontvangt met het Diploma en de registratie in de QRPH.

De opleiding bestaat uit:

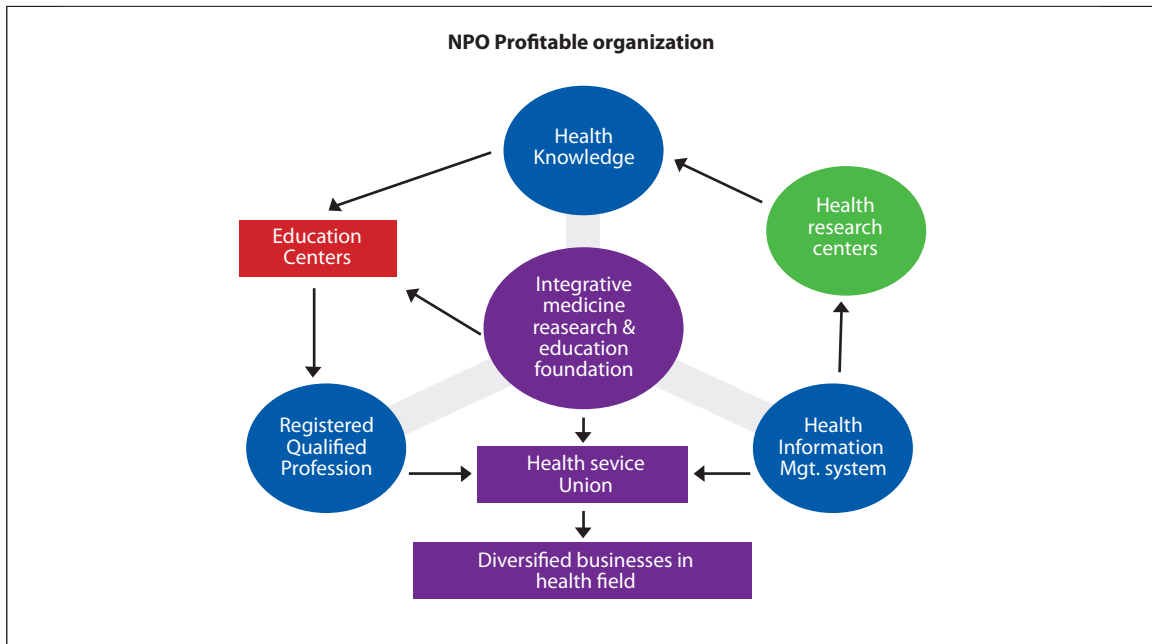
- 1 algemene gezondheidsleer
- 2 gezonde en gezondheidsvoeding
- 3 bewegingsleer (praktijk en theorie)
- 4 communiceren en consulteren

Voor elk onderdeel is, bij overleggen van erkende diploma's en certificaten, vrijstelling te krijgen.

Let op ; ook bij het verkrijgen van een vrijstelling kan verzocht worden een test van bekwaamheid af te leggen. Het QRPH hecht veel waarde aan de praktijkkennis van de Preventief assistent en telt dit zwaarder dan theoretische kennis.

Het basis diploma Preventie wordt geëxamineerd door een officiële vertegenwoordiging van het QRPH register met daarin nationale en minimaal een internationale vertegenwoordiger. Het examen is gestandaardiseerd over de gehele wereld.

Na behalen van het diploma vindt registratie plaats in het QRPH register (Quality Register Preventive Health). In dit register wordt een ieder opgenomen die aan de basis kwalificatie heeft voldaan en zich daarnaast een specialisatie heeft aangemeten waarin hij of zij exalteert.



■ Omschrijving van het beroep

Preventief Assistent

Een preventief assistent houdt zich bezig met de bevordering en het behoud van de algemene gezondheid in de ruimste zin des woords. Gezondheid is hierbij gedefinieerd als een staat van lichamelijk en geestelijk welbevinden waarbij de persoon zo optimaal mogelijk kan functioneren in het milieu waar hij of zij verblijft dit ongeacht de SES (Sociaal Economische Status).

Hoe wordt je Preventief Assistent ?

De enige mogelijkheid om dit te worden is door het volgen van de opleiding voor het basis diploma Preventie. Na het succesvol afsluiten van de opleiding wordt een certificaat ontvangen en een officieel registratie nummer. Kort daarna volgt de registratie en publicatie op de QRPH website. Hierna mag men zich Preventief assistent noemen.

Waar oefent de Preventief Assistent het beroep uit ?

Een Preventief Assistent kan zich als zelfstandig ondernemer vestigen of in loondienst betrekking gaan. Dit kan in ZZP vorm of in maatschap verband. Een maatschap is een groep van verzamelde specialisten (zoals dit ook het geval is bij artsen en advocaten) die, om bijvoorbeeld de individuele kosten te verlagen, de eigen specifieke diensten aanbied als onderdeel van de groep. De maatschap heeft een centrale organisatie van waaruit de administratie, communicatie en coördinatie plaatsvindt. Over het algemeen werken niet alle "maten" op het zelfde adres.

Binnen een dienst betrekking oefent de Preventief Assistent zijn functie uit ten dienste van de organisatie. De invulling van het beroep is hierbij afhankelijk van de organisatie structuur en de hoedanigheid. Een Preventief Assistent in een artsen praktijk heeft een geheel andere werkwijze dan iemand in een sportinstelling. Tijdens de opleidingen komen deze diversiteiten ter sprake.

Voorbeelden van specialisaties binnen de Preventie Maatschap zijn :

Voedingsspecialisten (bv. diëtisten als supplementen experts), beweging & correctie (bv. fysiotherapeuten, fitness instructeurs, Personal trainers), ontspanning (bv. Massage, therapeuten, stress specialisten) en personen die zich meer op de geestelijke begeleiding richten (bv. Meditatie en aanverwante zaken. Een deel van deze beroepen vallen onder CAM.

Voordelen van lidmaatschap QRPH

- Registratie is internationaal
- Uniformiteit in beroeps procedures en uitoefening
- Duidelijk beroepsbeeld bij de consument / gebruiker van de diensten
- Groot samenwerkings- en verwijs kader
- Brugfunctie conventionele medische zorg, CAM, sport en voeding
- Standaard test protocollen direct te gebruiken online
- Medische en sub-medische vragenlijsten met uitslagen online
- Controle mogelijkheid voor derden op registratie van Preventie Assistent (GeHA)
- Erkenning en registratie vereenvoudigen financiële procedures
- Samenwerking met verzekeringsmaatschappijen
- Uitwisselen van kennis
- Bedingen van kortingen
- Positie versterking leden t.o.v. andere marktpartijen en politiek
- Ontwikkeling van producten en diensten voor de specifieke doelgroep
- Het werven van cliënten door erkenningslogo

Een der belangrijkste voordelen is de officiële registratie. Deze registratie is internationaal en kan overal ter wereld gelezen worden. Door duidelijke extra vermelding kunnen buitenlandse partijen in contact treden met potentiële gegadigden voor werkzaamheden in het buitenland. Door deze internationale uitwisseling, die tevens bevordert wordt door actieve inzet van het QRPH, worden er bijdragen geleverd aan de kennis pool. Een ander voordeel van internationalisering is dat salariëring een internationaal karakter krijgt.

Binnen het netwerk van Preventief Assistenten wordt kennis uitgewisseld op de QRPH website en worden vrije publicaties ter beschikking gesteld. Wereldwijde publicaties die voor de Preventie van belang zijn worden aangekocht en op de gesloten afdeling van de site geplaatst waarbij ze alleen toegankelijk zijn voor leden.

Vanuit het QRPH register worden toeleveranciers van producten benaderd om kortingen te onderhandelen. R&D afdelingen worden verzocht om producten alleen door QRPH geregistreerde leden te laten uitproberen. Als organisatie sluiten wij contracten met overheid voor het leveren van Preventie Assistent (GeHA)en. Uitwisseling van vraag & aanbod van personeel heeft sterk de attentie van het QRPH. Het QRPH register streeft naar een basis tarief voor alle QRPH geregistreerde personen. Dit basis tarief gaat gelden voor loondienst betrekkingen en als richtlijn voor ondernemers. Het tarief verschilt per regio en land.

De opleiding

Iedereen die Preventieve assistentie verleend of gaat verlenen moet beschikken over een gestandaardiseerd basis diploma. De reden van goede standaardisatie is de communicatie naar medische en andere beroepsgroepen en de controle door toezicht organen op de kwaliteit van geleverde diensten.

De opleiding bestaat uit vier (4) segmenten die elk ongeveer drie (3) maanden in beslag nemen. Elk segment bestaat weer uit drie (3) kern delen die ook weer in vier (4) subdelen zijn onderverdeeld. Door gebruikmaking van een overzichtelijk curriculum zijn vrijstellingen snel te bepalen en is standaardisering eenvoudig.

Leefstijlonderzoek VUmc om chronische ziekten te voorkomen

Hoorn, 14 Februari 2008 /EZPress/ - Op donderdag 14 februari start het Diabetes Onderzoek Centrum van het VU medisch centrum Amsterdam met een grootschalig wetenschappelijk onderzoek naar een methode om hart- en vaatziekten en suikerziekte te voorkomen. In dit 'Leefstijl Onderzoek West-Friesland' wordt onderzocht hoe risicogroepen ongezonde gewoontes over boord kunnen zetten en werkelijk gezonder gaan leven. Univé Zorgverzekeringen maakt het onderzoek mede mogelijk.

In Nederland neemt het aantal mensen met hart- en vaatziekten en suikerziekte jaarlijks toe. Dit komt veelal omdat mensen te weinig bewegen, ongezond eten en roken. Door de leefstijl te verbeteren, wordt de kans op het krijgen van deze ziekten aanzienlijk kleiner. Omdat het erg lastig is gebleken om de leefstijl aan te passen, start het Diabetes Onderzoek Centrum samen met het VU medisch centrum Amsterdam een grootschalig wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van een methode om mensen hierbij te ondersteunen. De verwachting is dat het onderzoek een werkwijze oplevert die op landelijk niveau kan bijdragen aan het voorkomen van deze chronische ziekten. Univé Zorgverzekeringen ondersteunt het onderzoek.

De aankomende maanden ontvangen 12.000 inwoners van West-Friesland een meetlint en een antwoordformulier. Uit de respons wordt een selectie uitgenodigd voor een lichamelijk onderzoek in het Diabetes Onderzoek Centrum in Hoorn of Enkhuizen. Donderdag 14 februari wordt de eerste groep onderzocht. De mensen die een aantoonbaar verhoogd risico lopen op hart- en vaatziekten en suikerziekte worden vervolgens ingedeeld in twee groepen. De ene groep krijgt persoonlijke begeleiding bij het verbeteren van de leefstijl. Er wordt daarbij uitgegaan van wat de mensen zelf willen, waarna gezamenlijk met de deelnemer een op maat gesneden oplossing gekozen wordt. De andere groep krijgt schriftelijke informatie en foldermateriaal over afvallen, stoppen met roken, gezonde voeding en lichaamsbeweging. Het lichamelijk onderzoek wordt herhaald na 6, 12 en 24 maanden. De eerste uitkomsten van het onderzoek worden eind volgend jaar verwacht.

Dit is een origineel persbericht. EZPress® News Distribution BV. www.ezpress.eu

■ **Opleiding Preventie Assitant (GeHA) - curriculum**

Het curriculum van de opleiding

Opleiding Preventie Assistent (GeHA)

Deel 1: Algehele gezondheid

Deel 1: Introductie

- a. Theorie en praktische kennis van gezondheid deel (1)
- b. Theorie en praktische kennis van gezondheid deel (2)
- c. Omgang en interpretatie van statistieke gegevens
- d. Verschillen tussen Curatieve zorg en Preventie

Deel 2: Meten van gezondheid

- a. Hoe meten wij de mate van gezondheid, welke methoden
- b. Het lezen en interpreteren van gezondheids rapporteringen
- c. Chronische ziekten, aanleidings factoren en ontwikkeling
- d. Levensbedreigende ziekten, ontwikkeling en preventie

Deel 3: Praktijk

- a. Wat is Preventieve Assistentie
- b. De plaats van Preventie in de maatschappij
- c. Uw rol in de Preventie en de Maatschappij
- d. Informatie vergaring, verwerking en toepassing

Tentamen certificaat algehele gezondheid

Deel 2 : Gezonde en gezondheids voeding

Section 1: Introductie

- a. Wat is voeding ?
- b. Basis begrippen voedingsleer (1)
- c. Voedingsleer gevorderd (2)
- d. Voedingsvertering en opname

Section 2: Gevorderd

- a. Invloeden van tijd en plaats op voeding (patronen)
- b. De juiste voeding deel (1)
- c. De juiste voeding deel (2)
- d. Alternatieve voeding en supplementen

Section 3: Praktijk

- a. Koken, theorie en praktijk
- b. Professioneel koken, selectie en waarderingen
- c. Speciale doelgroepen (o.a. diabetes, obesitas)
- d. Voedsel als therapie

Tentamen certificaat voeding

Deel 3 : Sport en beweging

Section 1: Introductie

- a. Bewegingsleer deel (1)
- b. Bewegingsleer deel (2)
- c. Verschillen indoor en outdoor bewegen
- d. Actief en passief bewegen

Section 2: Gevorderd

- a. Anatomie en fysiologie
- b. Anatomie van de beweging
- c. Blessures
- d. Beweging en veroudering

Section 3: Praktijk

- a. De praktijk van bewegen
- b. Oefenen in gecontroleerde omgeving
- c. Oefenen in de vrije ruimte
- d. Ontwerpen en schrijven van een oefen plan

Tentamen certificaat beweging

Deel 4 : Communicatie en consultatie

Section 1: Introductie

- Communicatie in theorie en praktijk (1)
- Communicatie in theorie en praktijk (2)
- Lichaamstaal
- Doel communicatie

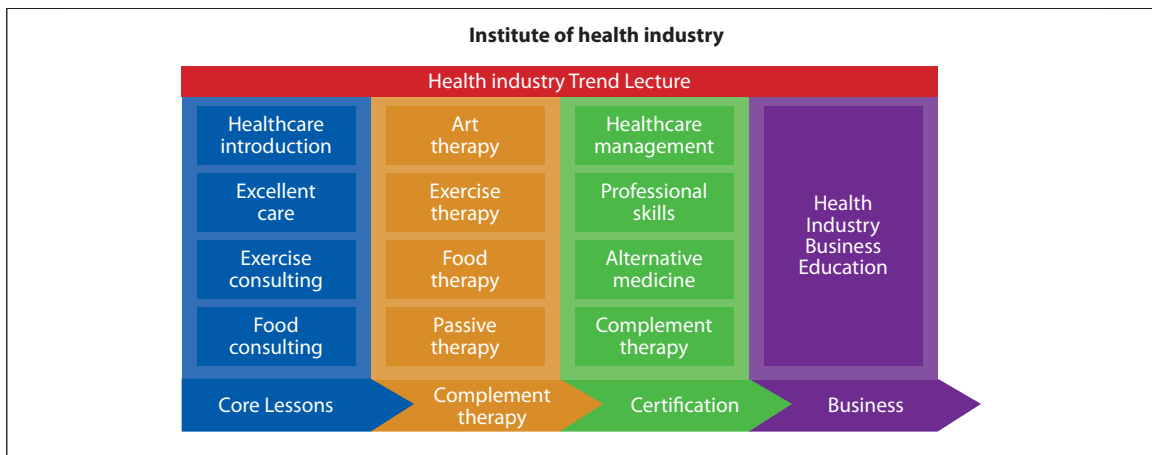
Section 2: Gevorderd

- Doelgroep ; gezonde mensen
- Doelgroep ; niet – gezonde personen
- Doelgroep ; minder validen
- Doelgroep ; medisch geregistreerden

Section 3: Praktijk

- Administratie, registratie en beroepscode
- Inter culturele communicatie
- Verantwoordelijkheden bij communicatie
- Teamwerk (praktijk training)

Deel certificaat communicatie



Het opleiding instituut

De basis opleiding wordt onder andere via de website QRPH aangeboden. Het is voor alle opleidingsinstituten mogelijk om de basis opleiding op te nemen in de eigen studierichtingen. Elk opleidingscentrum kan zich bij het QRPH voegen voor het verkrijgen van het definitieve curriculum.

Het opleiden van studenten gaat via de examenrichtlijnen maar is vrij betreffende de inhoud van de opleiding. Elk opleidingscentrum krijgt een specifieke code toegewezen onder welke elke student deelneemt aan het examen. De kwaliteit van de opleidingscentra wordt weerspiegeld door het aantal geslaagde personen. Bij de QRPH geregistreerde centra staat het percentage geslaagde studenten ten opzichte van het aantal ingeschreven deelnemers aan het examen. Bij een hoog slagingspercentage staat het opleidingscentrum hoger in de kwaliteitscatalogus.

Tijdens de opleiding mag het opleidingscentrum zelf kiezen voor het afnemen van tentamen en testen. Voor geregistreerde opleidingscentra is het mogelijk om deeltijds examens aan te vragen tot het verkrijgen van deel certificaten.

Het examen

Het examen kan worden opgesplitst in deel certificaten. Elk deel certificaat heeft een beperkte geldigheid van zes (6) maanden. Binnen deze periode moet de opleiding voor het vervolg certificaat hervat

zijn anders verliest het voorgaande certificaat zijn geldigheid. Een deel examen is alleen theoretisch. Het praktijkdeel moet van iedereen worden afgenomen ongeacht de vrijstellingen die verkregen zijn.

Een totaal examen bestaat uit twee delen. Het theoretische deel wordt centraal afgenomen en bestaat uit een schriftelijk online of centraal examen en een praktijk test.

Het schriftelijk examen bestaat uit de diverse onderdelen die in het curriculum zijn omschreven, voor onderdelen waarvoor vrijstelling is verleend vult de geëxamineerde een daarvoor verkregen code in. Om het examen met positief resultaat af te leggen moet er minimaal 60 % van de gestelde vragen goed beantwoord worden.

Naast het theorie deel moet er een praktijk test in daarvoor aangewezen centra worden gedaan. Deze centra krijgen van het QRPH schriftelijke instructies over de te examineren punten. Van het examen worden bewegende beelden vastgelegd die later door de examen commissie at random bekeken worden. Voor het passeren van de praktijk vereisten moet de geëxamineerde minimaal een score van 70% hebben. Het QRPH stelt hoge eisen aan de praktijkvaardigheden van de geëxamineerden.

Praktijk

In de opleiding zit een praktijkdeel waar geen vrijstelling voor verkregen kan worden. Vrijstelling voor dit deel is alleen mogelijk door het doen van een persoonlijke vaardigheidstest bij een der aangewezen centra onder leiding van een onafhankelijke examinerator of bij bewezen prestaties. Onder bewezen prestaties verstaan wij de vaardigheden die ondersteunt worden door onweerlegbaar bewijsmateriaal zoals coaching praktijk, erkende PT (Personal Trainer) of gelijke opleiding en erkende trainers certificaten.

Tuchtraad

Elke zich zelf respecterende beroeps groep heeft een tuchtraad. De tuchtraad Preventie handelt op basis van de wet en de beroepscode. In de tuchtraad nemen vertegenwoordigers zitting die gekozen worden door de deelnemers. Elke vertegenwoordiger dient een termijn van vijf (5) jaar. Bij tussentijds aftreden mag de vertegenwoordiger alleen vervangen worden door een kandidaat die op de verkiezingen stemmen heeft gekregen. Het aantal stemmen is afhankelijk van de opkomst bij de verkiezingen met een minimum van 10 stemmen.

De tuchtraad vergaderd online en komt alleen dan tezamen wanneer daar uitdrukkelijk om verzocht is , een overheidsopdracht voor bestaat of er speciale omstandigheden zijn die daartoe aanleiding geven. Leden van de tuchtraad krijgen alleen reis & onkosten vergoeding voor de tijd die zij aan een specifieke zaak besteden. Hierbij moet opgemerkt worden dar het maximum aantal uren dat aan een specifieke zaak besteed mag worden niet de 7 werkdagen mag overschrijden.

Financiering curriculum en examen eisen

Voor de volledige ontwikkeling van het curriculum zijn er specialisten nodig. Iedere specialist ontwerpt en schrijft een cursusplan volgens het principe van Geerlig's & van der Veen (uitgave van Gorcum ISBN 978 90 232 3129 5). Hierbij gaat de schrijven uit van duidelijk meetbare feiten van het aangeleerde.

■ Het QRPH

Het QRPH is het Kwaliteits Register Preventieve Gezondheid (in Engles : Quality Register Preventive Health).

De organisatie is een internationaal initiatief met de volgende doelstellingen.

Onze Missie :

- Het onderzoek naar de integratie en professionalisering van Preventieve Gezondheid in relatie tot zowel de medische en niet-medische beroepsgroepen
- Wetenschappelijk onderzoek naar Preventieve Gezondheid methoden en het registreren, catalogiseren en initiëren daarvan
- Het opleiden van vak professionals en het ontwikkelen van nieuwe methoden ter verbetering van de kwaliteit van de beroepsgroep
- Verstrekken van algemene informatie naar de consument
- Rapporteren en informeren van geregistreerde professionals

Onze visie

Preventieve Gezondheid is een belangrijke aanvulling op de reguliere zorg. QRPH werkt aan het bundelen van zowel reguliere methoden als additieve en alternatieve vormen tot een gezamenlijk doel, het bevorderen van de algehele gezondheid en welzijn van ieder individu. Hierbij neemt het QRPH een leidende rol tot registratie, coördinatie en opleiding van een professionele vakgroep.

Onze prioriteiten

Om Preventieve Gezondheid consistent te krijgen en continuïteit te garanderen organiseert het QRPH opleidingen, seminars, wetenschappelijke onderzoeken en promoties. Alle activiteiten hebben tot doel om de Preventie te professionaliseren, te stimuleren en promoten.

Speerpunten :

- Opleiden , examineren en verzorgen van vervolg opleidingen
- Het examineren van een ieder die de Basis Opleiding Preventie en alle vervolgoopleidingen doet
- Registratie van kandidaten en promoten van het register
- Wetenschappelijke ondersteuning Preventieve Gezondheid en het stimuleren van onderzoeken
- Juridische adviezen op het gebied van Preventie en verwijzing naar specialisten op dit gebied
- Integratie Medische en preventieve activiteiten

Korte termijn strategie

Als internationale organisatie hebben wij er voor gekozen om elk land een eigen strategisch plan te laten ontwikkelen dat gebaseerd is op de lokale omstandigheden. Binnen de korte en lange termijn doelen is er sprake van enige overlapping.

In Nederland zijn de belangrijkste korte termijn strategische doelen :

- Realiseren van een goed functionerende website in het Nederlands
- Omzetten van de Engelstalige opleiding in het Nederlands
- Examen commissie samenstellen
- Opleidingen uitzetten over verschillende instellingen en doelgroepen
- Back up office opzetten voor vragen van studenten en opleiders
- Opzetten van integraal wetenschappelijk instituut met als doel Preventieve Gezondheid data te verzamelen, interpreteren en implementeren in lange termijn strategieën.

Lange termijn strategie

De lange termijn plannen bestaan uit een internationale stroomlijning van werkschema's, data collectie, interpretatie en wetenschappelijk onderzoek.

Het doel van deze aanpak is om de opleidingen in alle landen op het zelfde niveau te brengen, dat er onderling uitwisseling van gegevens (alle soorten data) komt en dat er uitwisseling van Preventieve experts komt.

Door het bevorderen van internationalisering en fysieke verplaatsing c.q. vestiging van internationale experts bevorderen we de communicatie en interpretatie van gegevens ter bevordering van een globale aanpak. Hiervoor worden de richtlijnen van het WHO gehanteerd.

Netherlands

In its policy document Living longer in good health 2004–2007, the Dutch Government sets itself the task of halting the increase in the number of overweight adults and, in the case of children, to reverse the trend.

National policy documents addressing physical activity include Sport action plan against obesity (2005), Time for sport (2005) and Towards an active policy (2003). To tackle the problem of obesity from a wide range of perspectives, the Ministry of Health, Welfare and Sport drew up a Covenant on Overweight and Obesity towards the end of 2004.

The Covenant (signed in January 2005) is an important pillar of the Ministry's policy to address overweight. The quantitative goals include halting the increase in the number of overweight adults and reducing the number of overweight children by 2010. The Covenant is not enforceable by law, and was chosen to be the platform in the Netherlands to promote certain characteristics that are different from more traditional policy-making and implementation instruments. It emphasizes communication, self-regulation, self-implementation, self-enforcement, implementation based on "real life" scenarios, networks of mutually dependent actors, knowledge and information for effective action (<http://www.convenantovergewicht.nl>).

Parties to the Covenant include the Minister of Health, Welfare and Sport and the Minister of Education, Culture and Science, who act as an administrative authority. Other parties include the Dutch Food Industry Federation, the Royal Association of Business in the Hospitality and Related Sectors, the Food Retail Board, the Association of Dutch Care Insurers, the Association of Dutch Catering Organizations, the Confederation of Netherlands Industry and Employers, the Royal Association of MKB-Netherlands (small- and medium-sized enterprises), the Netherlands Olympic Committee and the Netherlands Sport Confederation. In 2006, three new members joined the Covenant: the association for the vending machine sector (refreshments and snacks), the Association of Dutch Water Companies and the Holland Produce Promotion for potatoes, vegetables and fruits.

The parties to the Covenant each look for ways to contribute, through their own activities and roles in society, to achieving the government targets on overweight. Their individual plans have resulted in an action plan entitled "Striking the right energy balance". The general goals in the action plan are to provide a positive stimulus for organizations and individuals to act, to increase the knowledge of partners and the population, and to facilitate making "the healthy choice the easy choice".

An example of a Covenant activity is the introduction of an energy value logo on packed food products by the Dutch Food Industry Federation. An example of a joint action are cooking lessons in primary schools, which were the result of cooperation among the hospitality industry, supermarkets, the food industry, dietitians and schools.

The Minister of Health, Welfare and Sport has set up a project office to facilitate and support the parties to the Covenant in organizing activities and ensuring cohesion and synergy. Civil society partners and other parties can apply to this project office to join the Covenant. In the implementation programme "Together for sport" (2006) of the policy paper Time for sport, special attention is paid to health-enhancing physical activity. The target for 2010, an increase of 5% (to 65% of the population) in those who participate in sports at least three times a week or have at least 30 minutes of healthy exercise almost daily, will contribute to stabilizing and reducing the obesity problem. The available budget will rise to over €13 million a year. A more intensive information and education campaign to promote healthy exercise will be launched, and subprogrammes will be set up for the school, sport, workplace, health care and home/neighbourhood settings. Emphasis will be placed on low-threshold activities such as cycling, walking and swimming.

An example of fruit and vegetable promotion is a project in poor urban areas with a logo asking "Are you eating

fruit (or vegetables) twice a day?”, which can be used on packages both to remind the consumer and to benefit retailers. “The Netherlands in motion” is a national campaign motivating the population to be more physically active (<http://www.sport.nl/nib>).

The Minister of Health, Welfare and Sport also contributes financially to The Netherlands Nutrition Centre, one of whose tasks is the prevention of obesity. In 2005, the Nutrition Centre published The Netherlands in balance: Preventing Obesity Master Plan 2005–2010. Central to this Plan is the promotion of a healthy energy balance (healthy eating and exercise) in Dutch consumers. The mass media campaign “Don’t get fat”, which began in 2003, is one of the important elements of the Plan. This campaign has proved very successful in raising consumers’ awareness of the problem of obesity.

In January 2006, the Netherlands Nutrition Centre introduced a mass media campaign entitled “Balance Day”. The public is very aware of the danger that obesity poses to health and of the importance of a healthy diet and sufficient daily exercise. Yet people find it difficult to put their knowledge into practice. Balance Day is an innovative and effective approach to obesity prevention. It is a quick personal tool to keep a healthy body weight: compensate for a day of overeating by spending a day eating less and taking more exercise. The first results of this campaign are encouraging.

A successful way of reaching the parents of young children is the magazine Smak (literally “the sound of eating”) issued by the Netherlands Nutrition Centre. This magazine, which educates parents to raise their children on a healthy energy balance, is distributed through the primary health care sector.

Examples of health promotion campaigns specifically addressing schools are the “Healthy school canteen” project of 2002 and the “School fruit” project of 2003. Information on these and other projects can be found at <http://www.voedingscentrum.nl>.

Other successes include the change to using healthier oil for deep frying food in schools, cookery and tasting lessons in schools, bringing sports clubs into schools, encouraging employers to promote healthy lifestyles, and providing “physical activity on prescription”, tailor-made physical activity available for individuals from their doctor. A food survey is currently being carried out among young children, and food-based dietary guidelines are to be introduced.

Definities

- Preventie – het streven naar een maximale veiligheid en bescherming van de gezondheid in de breedste zin des woords
- Assistentie – de ondersteuning van het individu door een gediplomeerd Preventie specialist
- Zorg – de werkwijze met als doel patiënten een zo dragelijk mogelijk leven te geven of ondersteunen in een genezingsproces
- Additief – zorg en preventie methoden die aanvullend zijn op de reguliere gezondheidszorg
- Alternatief – zorgmethoden die zich in de plaats stellen van reguliere zorg maar waarvan de werkingskracht niet onder alle omstandigheden is aangetoond
- CAM – Complementary and alternative medicines, met deze benaming duiden wij een groep van medische en gezondheids georiënteerde toepassingen en producten aan die niet behoren bij de conventionele gezondheidszorg behoren. Binnen deze zorgmethoden zijn er toepassingen die al door wetenschappelijk bewijs ondersteund worden, echter is er veel lopend onderzoek die de diverse therapieën, toepassingen en producten nog met bewijs moeten ondersteunen.
- Integrated medicine – bij deze zorg en behandel methode wordt zowel gebruik gemaakt van de conventionele en CAM methoden waarvan wetenschappelijk bewijs is geleverd.

Additionele Zorgmethoden (complementary)

Hiermee worden alle zorgmethoden gecatalogiseerd die aanvullend werken op conventionele gezond-

heidszorg. Voorbeelden hiervan zijn aroma therapie, diverse soorten massage, delen van acupunctuur of oefen therapieën (bv. manipulatie e.d.), homeopathie, traditionele Chinese medicijnen leer en Ayurveda.

Alternatieve Zorgmethoden (alternative)

Deze zorgmethoden komen in de plaats van de conventionele zorg. Hierbij worden alternatieve behandelmethoden gebruikt voor die zoals in de conventionele therapie gehanteerd word. Een voorbeeld hiervan is een specifieke dieetmethode bij kankerbehandelingen in plaats van bestraling of chemokuur.

■ CAM

CAM , informatie van Het National Center for Complementary and Alternative medicine

Introduction

There are many terms used to describe approaches to health care that are outside the realm of conventional medicine. Medicine as practiced by holders of M.D. (medical doctor) or D.O. (doctor of osteopathy) degrees and by their allied health professionals such as physical therapists, psychologists, and registered nurses, as practiced in the United States. This fact sheet explains how the National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), a component of the National Institutes of Health, defines some of the key terms used in the field of complementary and alternative medicine (CAM). A group of diverse medical and health care systems, practices, and products that are not presently considered to be part of conventional medicine. Complementary medicine is used together with conventional medicine, and alternative medicine is used in place of conventional medicine. Terms that are underlined in the text are defined at the end of this fact sheet.

What is CAM?

CAM is a group of diverse medical and health care systems, practices, and products that are not generally considered to be part of conventional medicine. While scientific evidence exists regarding some CAM therapies, for most there are key questions that are yet to be answered through well-designed scientific studies—questions such as whether these therapies are safe and whether they work for the purposes for which they are used.

Are complementary medicine and alternative medicine different from each other?

Yes, they are different.

- *Complementary medicine* is used *together with* conventional medicine. An example of a complementary therapy is using aromatherapy. A therapy in which the scent of essential oils from flowers, herbs, and trees is inhaled to promote health and well-being. to help lessen a patient's discomfort following surgery.
- *Alternative medicine* is used *in place of* conventional medicine. An example of an alternative therapy is using a special diet to treat cancer instead of undergoing surgery, radiation, or chemotherapy that has been recommended by a conventional doctor.

What is integrative medicine?

Integrative medicine combines treatments from conventional medicine and CAM for which there is evidence of safety and effectiveness. It is also called integrated medicine. An approach to medicine that combines treatments from conventional medicine and CAM for which there is some high-quality scientific evidence of safety and effectiveness.

What are the major types of complementary and alternative medicine?

NCCAM groups CAM practices into four domains, recognizing there can be some overlap. In addition, NCCAM studies CAM whole medical systems, which cut across all domains.

Whole Medical Systems

Whole medical systems are built upon complete systems of theory and practice. Often, these systems have evolved apart from and earlier than the conventional medical approach used in the United States. Examples of whole medical systems that have developed in Western cultures include homeopathic medicine¹ a whole medical system that originated in Europe. Homeopathy seeks to stimulate the body's ability to heal itself by giving very small doses of highly diluted substances that in larger doses would produce illness or symptoms (an approach called "like cures like"). and naturopathic medicine. A whole medical system that originated in Europe. Naturopathy aims to support the body's ability to heal itself through the use of dietary and lifestyle changes together with CAM therapies such as herbs, massage, and joint manipulation.. Examples of systems that have developed in non-Western cultures include traditional Chinese medicine. A whole medical system that originated in China. It is based on the concept that disease results from disruption in the flow of qi and imbalance in the forces of yin and yang. Practices such as herbs, meditation, massage, and acupuncture seek to aid healing by restoring the yin-yang balance and the flow of qi. and Ayurveda. A whole medical system that originated in India. It aims to integrate the body, mind, and spirit to prevent and treat disease. Therapies used include herbs, massage, and yoga..

Mind-Body Medicine

Mind-body medicine uses a variety of techniques designed to enhance the mind's capacity to affect bodily function and symptoms. Some techniques that were considered CAM in the past have become mainstream (for example, patient support groups and cognitive-behavioral therapy). Other mind-body techniques are still considered CAM, including meditation² a conscious mental process using certain techniques—such as focusing attention or maintaining a specific posture—to suspend the stream of thoughts and relax the body and mind., prayer, mental healing, and therapies that use creative outlets such as art, music, or dance.

Biologically Based Practices

Biologically based practices in CAM use substances found in nature, such as herbs, foods, and vitamins. Some examples include dietary supplements, herbal products, and the use of other so-called natural but as yet scientifically unproven therapies (for example, using shark cartilage to treat cancer).

Manipulative and Body-Based Practices

Manipulative and body-based practices in CAM are based on manipulation³ The application of controlled force to a joint, moving it beyond the normal range of motion in an effort to aid in restoring health. Manipulation may be performed as a part of other therapies or whole medical systems, including chiropractic medicine, massage, and naturopathy. and/or movement of one or more parts of the body. Some examples include chiropractic or osteopathic manipulation⁴ A type of manipulation practiced by osteopathic physicians. It is combined with physical therapy and instruction in proper posture., and massage⁵ Pressing, rubbing, and moving muscles and other soft tissues of the body, primarily by using the hands and fingers. The aim is to increase the flow of blood and oxygen to the massaged area..

Energy Medicine

Energy therapies involve the use of energy fields. They are of two types:

- Biofield therapies are intended to affect energy fields that purportedly surround and penetrate the human body. The existence of such fields has not yet been scientifically proven. Some forms of energy therapy manipulate biofields by applying pressure and/or manipulating the body by placing the hands in, or through, these fields. Examples include qi gong⁶ A component of traditional Chinese medicine that combines movement, meditation, and controlled breathing. The intent is to improve blood flow and the flow of qi., Reiki⁷ A therapy in which practitioners seek to transmit a universal energy to a person, either from a distance or by placing their hands on or near that person. The intent is to heal the spirit and thus the body., and Therapeutic Touch⁸ A therapy in which practitioners pass their hands over another person's body with the intent to use their own perceived healing energy to identify energy imbalances and promote health..
- Bioelectromagnetic-based therapies involve the unconventional use of electromagnetic fields, such as pulsed fields, magnetic fields, or alternating-current or direct-current fields.

What is NCCAM's role in the field of CAM?

NCCAM is the Federal Government's lead agency for scientific research on CAM. . NCCAM's mission is to explore complementary and alternative healing practices in the context of rigorous science, train CAM researchers, and disseminate authoritative information to the public and professionals.

Web site: nccam.nih.gov

E-mail: info@nccam.nih.gov

Nationaal en internationaal werk

Preventieve Assistentie kent geen grenzen maar wel nationale en culturele aanpassingen. In de Preventie werken wij vanuit de Macro – meso – micro visie.

Macro – de wereldwijde ontwikkelingen, hierbij vooral gericht op verzameling en verwerking van data tot integrale Preventieve methoden

Meso – de interactie tussen geïntegreerde beroepsgroepen, samenwerking tussen medische en preventieve professionals en regel & richtlijnen opstellen om deze samenwerkingen en interacties te bevorderen

Micro – de interactie cliënt – preventief assistent – conventionele geneeskunde. Bij deze acties gaan we dieper in op de verschillende culturele, religieuze en milieu aspecten van de preventie.

QRPH is internationaal

Het hoofdkwartier van het QRPH register is zowel in Nederland als Taiwan gevestigd. Deze decentrale manier van werken is mogelijk door internet communicatie. Andere belangrijke vestigingen van waaruit wij het register en de deelnemers promoten zijn : Willemstad / Curaçao, Bangkok / Thailand , Hong Kong, Singapore, Shanghai / China.

Het doel van onze internationale oriëntatie is geregistreerde leden de mogelijkheid geven om in andere landen te werken. Op de website QRPH worden leden gestimuleerd deel te nemen aan het uitwisselingsforum waarbij het doel is om internationaal zowel contacten te leggen als kennis uit te wisselen.

Nederland is een belangrijk centrum voor de internationale verspreiding van Preventieve Assistentie. Door de aanwezigheid van vele volken en culturen is Nederland de spil geworden in het verzamelen van cultuur dossier en de interculturele communicatie. Binnen het QRPH stimuleren wij de internationalisering en blijven wij op zoek naar personen en instellingen die deze werkwijze ondersteunen. Wanneer u als lezer zich geroepen voelt om ook zich in te zetten voor deze internationalisering verzoeken wij u om zo spoedig mogelijk contact met ons op te nemen.

Internationalisering is noodzakelijk. Mensen kennen geen grenzen. Toerisme brengt de mensen naar "vreemde" landen en onbekende streken. Ook in deze streken en landen moet het Preventieve principe toegepast en waar mogelijk uitgedragen worden. Door het uitwisselen van lokale kennis en deze in een database te verzamelen wordt er waardevolle kennis voor het nageslacht en voor praktische wetenschappelijke toepassing verzameld en verwerkt.

■ De Beroepscode

De Preventie Assistent (GeHA) werkt met mensen. Voor het werken met mensen moeten bepaalde afspraken worden gemaakt. Alle afspraken hebben tot doel om de veiligheid, integriteit en gegevens van elk betrokken persoon optimaal te beschermen.

- De Preventie Assistent (GeHA) zal de persoonlijke ruimte van de cliënt ten alle tijden respecteren
- Onder persoonlijke ruimte verstaan wij zowel de fysieke als psychische ruimte die elk persoon, ongeacht ras, geloof of cultuur wenst te behouden. Met ruimte bedoelen wij de mate van vrijheid waarbinnen de persoon zich veilig en ongedwongen voelt.
- De Preventie Assistent (GeHA) is verantwoordelijk voor haar eigen handelen, bejegeningen en gedrag
- Bij Preventieve assistentie van minder validen moet ook bij deze de ruimte bij aanvang worden aangegeven
- De Preventie Assistent (GeHA) neemt geen persoonlijke giften en of geschenken aan
- Indien de Preventie Assistent (GeHA) handelingen niet wenst te verrichten op basis van geloofsovertuiging en/of gewetens bezwaren draagt deze de taken over aan een collega of derden
- Indien er sprake is van geestelijke onvolkomenheden in elke vorm of aard en de persoon niet in staat is om de gevolgen van, om het even welke, acties te overzien moet er ten alle tijden een derde persoon in de ruimte aanwezig zijn als getuigen van goed verloop
- Naast het respect dat de Preventie Assistent (GeHA) voor zijn cliënt heeft moet deze ook zijn eigen ruimte aan cliënt duidelijk maken.
- De Preventie Assistent (GeHA) zal zich gedurende de beroepsmatige omgang met de cliënt steeds in voorkomende termen uitdrukken en zich daarbij realiseren dat de gebruikte taal en lichaamsbewegingen binnen de beroepslijnen vallen
- Een Preventie Assistent (GeHA) mag geen onbevoegde medische handelingen verrichten
- De Preventie Assistent (GeHA) voert alle metingen en controles uit in een toegankelijke ruimte zonder deze af te sluiten. Het afsluiten van een ruimte mag alleen na uitdrukkelijk verzoek of toestemming van de cliënt
- De Preventie Assistent (GeHA) heeft een observerende functie. Wanneer er zaken geconstateerd worden waarbij de Preventie weinig of geen functie heeft of kan hebben zal de Preventie Assistent (GeHA) de cliënt direct doorverwijzen.
- De Preventie Assistent (GeHA) verwijst alleen maar door naar geregistreerde medici dan wel vakgenoten met een erkende opleiding en een registratie als Preventie Assistent (GeHA).
- Het doorverwijzen geschied uitsluitend door middel van een begeleidend schrijven of aantekening in het digitale rapport van de cliënt.
- Rapportage van cliënten historie mag alleen met toestemming van de cliënt aan geregistreerde personen.
- Preventie Assistent (GeHA)en hebben geheimhoudingsplicht
- Preventie Assistent (GeHA)en hebben registratie plicht. Van elk cliënt bezoek moet een rapportage worden gemaakt. Deze registratie moet voldoen aan de voorwaarden zoals deze in de opleiding is aangegeven.
- Preventie Assistent (GeHA)en mogen aanbevelingen doen met betrekking tot behandeling, voeding en suppletie. Bij de aanbevelingen laat hij / zij zich leiden door het belang van de cliënt en niet door een commercieel of ander belang.
- De Preventief Assistent schikt zich ten alle tijden in uitspraken van de tuchtraad.
- De Preventief Assistent heeft een kritische houding ten opzichte van eigen functioneren, dat van collega's en andere beroepsbeoefenaren. Het geven en krijgen van feedback door betrokken partijen van belang.

De beroepscode moet door een ieder die werkzaam is als Preventief Assistent gedragen worden. Het is van groot belang voor de beroeps uitoefening dat de code zowel bekend is bij de uitvoerende assistent als de cliënt.

(overgenomen uit het Rapport Toezicht op preventief medisch onderzoek, Den Haag, mei 2008, Inspectie Volksgezondheid)

Preventief Medisch Onderzoek van werkenden aangeboden door werkgever is ook bevolkingsonderzoek

Uit het onderzoek komt naar voren dat ook werkgevers een aanbod doen van 'Preventief Medisch Onderzoek van werkenden'. De werkgever stuurt de werknemers door naar instellingen zoals Arbodiensten en privé-klinieken. Deze instellingen voeren het onderzoek uit. De werkgever doet hier het daadwerkelijke aanbod, maar dit aanbod is ook terug te vinden op de website van de Arbodiensten en privé-klinieken.

Voor de inspectie was in eerste instantie niet duidelijk of het aanbod van de werkgever enkel onder de Arbowet valt of dat hierop ook de WBO van toepassing is. In de Leidraad 'Preventief Medisch Onderzoek van werkenden' uit 2005 van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) staat niets vermeld over de WBO. Tijdens het onderzoek is dan ook overleg geweest met de Arbeidsinspectie en de NVAB. De inspectie heeft daarna het volgende standpunt ingenomen:

- Het 'Preventief Medisch Onderzoek van werkenden' dat de werkgever aanbiedt, valt te beschouwen als bevolkingsonderzoek. Het 'Preventief Medisch Onderzoek van werkenden' gaat namelijk verder dan het Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (PAGO) dat volgens artikel 18 van de Arbowet verplicht is om aan te bieden aan werknemers. Het PAGO kijkt naar de in de arbeid gelegen gezondheidsrisico's waarbij de risicoinventarisatie en -evaluatie als uitgangspunt geldt. Het 'Preventief Medisch Onderzoek van werkenden' kijkt verder dan de PAGO, namelijk ook naar de persoonsgebonden gezondheidsfactoren. Voor de vergunningplichtige onderdelen van dit
- Preventief Medisch Onderzoek is een WBO-vergunning vereist. De Arbeidsinspectie houdt toezicht op de Arbowet en controleert of de werkgever een PAGO aanbiedt. Indien de werkgever (in samenspraak met de Arbodienst) meer aanbiedt dan op grond van artikel 18 van de Arbowet vereist is, heeft de Arbeidsinspectie daar verder geen bemoeienis mee. Het onderzoek dat verder gaat dan de PAGO, moet aan de WBO voldoen en daar houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht op.

■ **De maatschappij**

Noodzaak van de Preventie Assistent (GeHA)

De gezondheidszorg (kosten) heeft in de laatste decennia een grote groei doorgemaakt. De groei is te verklaren door de volgende factoren :

- De toegenomen vraag naar medische zorg door toename aan ziekten die zich over een langere termijn ontwikkelen en alleen door controle in goede banen kunnen worden geleid. Hierbij denken wij aan de toenemende aantallen van onder andere Hart en vaatziekten, diabetes, obesitas, kanker, neurologische (bv. MR en MA) en psychische aandoeningen.
- Het toenemende personeel tekort binnen de medisch verzorgende beroepen, de stagnatie bij opleidingen en de toegenomen vraag naar betaalbare thuis en kliniek verzorging
- De toenemende kosten van de apparatuur in de medische zorgsector
- Een toenemende druk op medische specialisten. Veel specialisten hebben meerdere functies, hierbij moet gedacht worden aan functies in de publieke en particuliere sector. Door de toenemende financiële trekkracht van de particuliere medische zorg gaan veel specialisten over tot privé praktijken waardoor en minder tijdseenheden voor de publieke sector beschikbaar blijven.

- Er is een constante stijging te verwachten voor verzekeringen van medische kosten. In diverse landen zijn de kosten al ver boven de in rekening gebrachte kosten in Nederland gestegen. In Nederland zelf zijn de kosten in enkele jaren ruim zeshonderd (600) procent gestegen.
- Door toenemende consumptie van “convenience or fast Foods” zijn er diverse generaties met consumenten ontstaan die het continue consumeren tot gewoonte hebben verheven. Door deze gewoonte verandering en de samenstelling van vermelde voeding ontwikkelen zich specifieke ziekten en aandoeningen binnen deze groep. Binnen deze groep is een vraagdruk op de medische zorg ontstaan en het is te verwachten dat deze druk in de komende jaren zal gaan stijgen.
- Het is een maatschappelijk fenomeen dat de werk- en relatie druk voor vele mensen boven de persoonlijke draaglast is gestegen. Hierdoor ontstaat een stijgende groep met psychische aandoeningen. Het aantal personen dat door deze aandoeningen niet meer maatschappelijk kan functioneren stijgt al jaren.
- De kosten voor het opzetten van een artsen praktijk of het overnemen van een praktijk zijn tot grote hoogte gestegen. Voor veel beginnende artsen is een loondienstverhouding aantrekkelijker geworden. Hierdoor vestigen zich minder algemene artsen en ontstaat er een grotere druk op bestaande praktijken.
- Door overheidsmaatregelen wordt de druk op de farmacie sterk verhoogd en de winsten van dit industrie segment verminderen. Controle op bestedingen en investeringen zijn verhevigd waardoor de stimulatie naar de medische zorg verminderd is.
- De wet & regelgeving is door de dicht- en veelheid ervan onoverzichtelijk geworden voor alle betrokken beroepsgroepen. Om toch inzicht te hebben moeten specialisten worden ingehuurd die op zich weer kostenverhogend werken op het algehele functioneren van een organisatie.

Voornoemde oorzaken zijn aanleiding tot de organisatie van een Preventieve Beroepsgroep. Deze beroepsgroep moet gebruik maken van de al bestaande kennis en specialisaties van zowel medische en niet-medische beroeps beoefenaren. Om dit te bereiken moet er een uniformiteit gecreëerd worden die kenmerkend is voor de beroepsgroep en tevens een specifieke garantie geeft aan de consument voor zowel de wetenschappelijke, theoretische en praktische kennis van de assistentie.

De functie van de Preventief assistent is zich te bewegen op alle in voorgaande beschreven terreinen waarbij hij of zij zich ten doel stelt de medische zorg te ontlasten, de consument te assisteren zich een gezondere levensstijl aan te meten, motiveren tot (meer) beweging en advisering over voeding en voedingsgewoonte.

De maatschappelijke waarde van de functie Preventief Assistent is als volgt te omschrijven :

- *Gezondheidscontinuïteit.* Mensen hebben gewoonten. Of deze gewoonten ook gezond zijn is vaak niet bekend. Over het algemeen is de mens niet bekend met de gevolgen van specifieke gewoonten op de lange termijn. Veel gewoonten leveren lange termijn schade op. Deze schade is te beperken of zelfs te voorkomen door bewustwording. Dit voorkomt uitvallen van de persoon uit de maatschappelijke of bedrijfsmatige functies. Hierdoor wordt gezondheidscontinuïteits bevordering een kosten besparing.
- *Uitvalbeperking.* Waar gezondheidscontinuïteit zich richt op de lange termijn is uitval beperking gericht op de korte termijn. Waar mensen werken komen situaties voor die uitval bewerkstelligen, echter kunnen leefstijl, sportbeoefening, relaties en gezondheid ook directe aanleiding zijn tot uitval. Met de Preventie Assistent (GeHA) wordt een risico beeld gemaakt op de korte termijn op individuele basis.
- *Verzekeringsschade.* Uitval van mensen brengt kosten met zich mee. Deze kosten komen in de vorm van vervanging, taakopvulling door aanwezig personeel en bijvoorbeeld uitkeringen. Het voorkomen van uitval beperkt deze schade of voorkomt deze. De Preventie Assistent (GeHA) herkend uitvals oorzaken, spoort bronnen op en neemt actie om de bronnen te elimineren.

- *Bedrijfs functioneren.* Bedrijven waar meer gezonde mensen werken zijn productiever. Gezondere mensen werken in een betere sfeer. Zowel productiviteit en sfeer zijn kosten verlagend en opbrengst verhogend. Tevens hebben beide een imago verhogende werken daar cliënten beter worden behandeld. Van regelmatige bezoeken door Preventie Assistent (GeHA)en gaat een stimulerende invloed uit die het totaal functioneren ten goede komen.
- *Bedrijfs cultuur.* Veel bedrijven fuseren. Fusies leveren binnen bedrijven cultuurproblemen op. Deze problemen hebben effect op het functioneren van personeel en gezondheid. De Preventie Assistent (GeHA) maakt effect rapportages en analyses van wat er gedaan moet worden om de voornoemde schades aan het nieuwe bedrijf te voorkomen.
- *Testen en onderzoeken.* Voor elk bedrijf is continuïteit belangrijk. Door regelmatig het personeel en vooral het management aan zowel lichamelijke als psychische testen te onderwerpen worden analyses van functioneren en het verbeteren daarvan gemaakt. Tezamen met of de bedrijfsarts of een behandelend arts worden termijn prognoses opgesteld omtrent gezondheid en functionerings verbetering. Door continue registratie ontstaat een duidelijk bedrijfsbeeld dat sterk kosten besparend is en risico's in beeld brengt. Hierdoor kan actie volgen.
- *Arbeidsvreugd.* In veel bedrijven een is het ontbreken van arbeidsvreugd een grote factor. Een Preventief Assistent analyseert en adviseert over verbetering van de arbeidsvreugd ter bevordering van productiviteit en gezondheid.
- *Leefstijl consulent.* Uit alle voorgaande activiteiten van de Preventief Assistent komt een gezamenlijke actie naar voren. De acties hebben betrekking op de leefstijl van werknemers en werkgevers als individu, werkomgeving en gezin. Tijdens consulten komen veel leefstijl vragen naar voren. De Preventief Assistent neemt nota en specificeert de leefstijl op risico en kansen en rapporteert deze terug naar de cliënt.
- *Consulent zelfstandigen.* In Nederland zijn veel kleine en middelgrote bedrijven gevestigd. Vooral kleine bedrijven hebben, vaak ter bescherming, een maal per jaar een leefstijl onderzoek nodig als reflectie. Dit onderzoek geschiedt in persoonlijke sfeer en het doel is om tot risico bepaling te komen. Veel ondernemers werken te hard, hebben een ongezonde leefstijl en komen door druk veelal geestelijk in een isolement te staan. Het advies is om een maal per jaar een consult zelfstandigen plaats te laten vinden, dit gestimuleerd vanuit overheid en verzekeringen.

(overgenomen uit het Rapport Toezicht op preventief medisch onderzoek, Den Haag, mei 2008, Inspectie Volksgezondheid)

Er ontbreekt in Nederland een multidisciplinaire richtlijn die eisen stelt aan de onderdelen van het preventief medisch onderzoek De inhoud van de onderzoeken varieert enorm. Zo voeren alle betrokken instellingen een bloedonderzoek uit. Echter de ene instelling voert een beperkt bloedonderzoek uit en de andere instelling voert juist een heel uitgebreid onderzoek uit. Twintig instellingen voeren zowel een lichamelijk onderzoek als een longfunctieonderzoek uit. Daarnaast voert de ene instelling bijvoorbeeld een urineonderzoek, oogonderzoek, echo en/ of MRI uit en de andere instelling niet. Er is ook sprake van ongericht screenen, aangezien onduidelijk is welke aandoeningen de instellingen met bepaalde onderzoeksmethoden kunnen opsporen. Uit de inspectiebezoeken blijkt dat sommige instellingen wel Nederlandse of buitenlandse richtlijnen hanteren voor het opsporen van één bepaalde aandoening.

Er ontbreekt een Nederlandse multidisciplinaire richtlijn die de kwaliteitseisen van preventief medisch onderzoek beschrijft en inzicht geeft in welke onderdelen zinvol zijn voor een preventief medisch onderzoek en welke (risicofactoren van) aandoeningen instellingen daarmee kunnen opsporen. Nu ontbreekt nog de kennis over welke onderzoeken wetenschappelijk deugdelijk zijn, in overeenstemming zijn met wettelijke regels voor het medisch handelen en waarvan het te verwachten nut van het onderzoek opweegt tegen de risico's ervan voor de gezondheid.

Er zijn al wel diverse initiatieven door de beroepsgroepen ondernomen. Zo is de richtlijn 'Preventief Medisch Onderzoek van werkenden' door de NVAB ontwikkeld en is het NHG momenteel bezig met het ontwikkelen van een richtlijn voor het preventieconsult.

Tabel 1: Soorten organisaties die preventief medisch onderzoek aanbieden

<i>Soort organisatie</i>	<i>Aantal instelling</i>
Privé-kliniek (als onderdeel van een ziekenhuis of als ZBC)	16
Arbodienst	3
Tussenpersoon of bemiddelaar	2
Ziekenhuis	1
Totaal	22

Tabel 2: Wijze van aanbieden van het preventief medisch onderzoek

<i>Manier van aanbieden</i>	<i>Aantal instelling</i>
Website	21
Mond-tot-mond reclame	12
Folder in wachtkamer, brochure	6
Via bedrijfsarts, Arbodienst of werkgever	7
Via huisarts	3
Advertentie in dagblad	2
Huis aan huisblad	3

■ **Overzicht van de verschillende onderdelen van het preventief medisch onderzoek**

Bijlage 3: Overzicht van de verschillende onderdelen van het preventief medisch onderzoek

<i>Onderdelen preventief medisch onderzoek</i>	<i>Vergunningplichtig</i>	<i>Aantal instelling</i>
<i>Beginonderdelen van een preventief medisch onderzoek</i>		
Anamnese	Onduidelijk	20
Vragenlijst	Onduidelijk	18
Lichamelijk onderzoek	Onduidelijk	20
– Huidonderzoek als onderdeel van het lichamelijk onderzoek	Onduidelijk	1
– Onderzoek van hart, longen en buikorganen als onderdeel van lichamelijk onderzoek	Onduidelijk	1
– Onderzoek van gewrichten, spieren en pezen als onderdeel van lichamelijk onderzoek	Onduidelijk	1
<i>Gewichtsbepaling</i>		
Lengte en gewicht	Nee	6
BMI bepaling	Nee	5
Vetmeting	Nee	4
Biometrie	Nee	3
Meting taille omvang	Nee	2
Meting vetpercentage (huidplooi)	Nee	1

<i>Conditie, inspanningstest en/of krachttesten</i>		
Longfunctie onderzoek	Nee	20
Inspanningstest	Nee	6
Conditietest	Nee	1
Krachttest	Nee	1
Onderzoek naar lenigheid	Nee	1
Handknijpkracht	Nee	1
Aeroob uithoudingsvermogen	Nee	1
Coördinatie	Nee	1
Fitheidsscan	Nee	1
<i>Laboratoriumonderzoek</i>		
Bloedonderzoek	Onduidelijk	22
Tumormarker PSA	Ja	20
Andere tumormarkers, zoals CA 15-3, CA 125, CEA, AMAS	Ja	8
Bloedonderzoek naar leukemie	Ja	2
Urine-onderzoek	Nee	18
<i>Echo's</i>		
Echografie boven- en onderbuik	Onduidelijk	6
Echografie onderzoek van het hart / Echocardiografie	Nee	4
Echo buik	Onduidelijk	3
Echo niet gespecialiseerd	Onduidelijk	2
Echo buik, lever, milt, nieren, aorta, halsslagaders, blaas, alvleesklier, schildklier, prostaat, eierstokken	Onduidelijk	2
Echografie van de borst bij vrouwen	Ja	2
Echografie blaas, prostaat en baarmoeder	Onduidelijk	1
Echografie schildklier en halsslagader	Onduidelijk	1
Echo buik (incl. aorta)	Onduidelijk	1
Echo buik en liezen	Onduidelijk	1
Echo halsslagader	Nee	2
Echo halsbloedvaten	Nee	1
Echo hart- en bloedvaten	Nee	1
Echo AAA	Nee	1
Vaatonderzoek met echoapparatuur	Nee	1
<i>MRI</i>		
MRI (niet gespecificeerd)	Onduidelijk	4
MRI hals en hoofd	Onduidelijk	2
MRI gewrichten en buik	Onduidelijk	1
Urine-onderzoek	Onduidelijk	1
<i>Oog- en oortesten</i>		
Gehoortesten (Audiogram/metrie)	Nee	9
Oogtest/Visustest	Nee	6
Oogboldrukmeting	Nee	3
Gezichtsvermogen (lezen en beeldschermen)	Nee	2
Oogheelkundig onderzoek	Nee	2
Onderzoek van gezichtsscherpte	Nee	1
<i>Onderzoek met behulp van ioniserende straling</i>		
Thoraxfoto/longfoto	Ja	13
Dexa methode/dexametrie	Ja	6
CT-scan	Ja	5

Mammografie	Ja	5
Röntgenonderzoek van het hart	Ja	2
Röntgen lendenwervels	Ja	1
Röntgen bekken	Ja	1
Röntgen heupen en wervelkolom	Ja	1
Röntgenfoto	Ja	1
<i>Onderzoek voor de vrouw</i>		
Gynaecologisch onderzoek	Ja	4
Uitstrijkje	Ja	4
Lichamelijk borstonderzoek	Ja	1
Borstonderzoek	Ja	1
Vrouwelijke hormoonspiegels	Nee	1
<i>Onderzoek voor de man</i>		
PSA bepaling (zie ook bij laboratorium onderzoek)	Ja	20
Prostaatonderzoek	Ja	4
<i>Onderzoek naar hart- en vaatziekten</i>		
ECG	Nee	22
Bloeddrukmeting	Nee	9
Meting (rust)hartslag	Nee	4
Dopplerdrukmeting	Nee	4
Cardiologische screening	Nee	2
Onderzoek cardio vasculaire functies	Nee	1
Luisteren naar hals- en buikslagader	Nee	1
Meting bloeddruk, cholesterol en glucosespiegel	Nee	1
IMT-meting (Vaatwanddikte, Intima Media Thickness)	Nee	1
<i>Maag/darm-onderzoek</i>		
Bloed in feaces (FOB test)	Ja	8
Sigmo- of coloscopie	Ja	4
Darmonderzoek	Ja	3
Gastroscopie	Nee	1
<i>Overige onderdelen</i>		
Enkel/arm index	Nee	2
Onderzoek inwendige organen	Onduidelijk	1
Speekselhormoontest	Nee	1
Neurologisch onderzoek	Nee	1
KNO onderzoek	Nee	1
Allergiemeting	Nee	1
Testen van vocht in benen	Nee	1
Onderzoek bewegingsapparaat	Nee	1
Q-index	Nee	1
Prognos-basismeting (energetische problematiek)	Nee	1
Vetzurenspectrum	Nee	1
Stresstest	Nee	1
Lever en nierfunctie screening	Nee	1
Diabetes en metabool syndroom risico screening	Nee	1
Leefstijlonderzoek	Nee	1
Psychologisch onderzoek	Nee	1

■ *De rol van de Farmacie bij Preventie*

Farmacie is van groot belang in de preventie. In de media komt de rol van de farmacie vaak dubieus over. Er mag niet vergeten worden dat, dank zij de inspanning van de farmacie, enorm veel research wordt gedaan ter ontwikkeling van nieuwe medicamenten en preventie middelen in de medische zin des woords.

Voor de farmacie is Preventieve Assistentie nog geen prioriteit omdat er binnen de bedrijfstak geen personen en organisaties zijn die de plaats en functie van de farmacie binnen deze ontwikkeling duidelijk heeft omschreven.

Ondanks het feit dat de farmacie zich met schijnbaar ongrijpbare zaken als ziekten bezighoudt is de bedrijfstak uiterst concreet en wetenschappelijk gefundeerd, niets wordt aan het onzekere overgelaten. Voordat iemand binnen de branche zich zal inzetten voor de Preventie in de vorm van assistentie moet daarom een duidelijk plan van aanpak gemaakt worden.

Binnen de Preventieve assistentie is de rol van de farmacie van groot belang voor :

- Het onderzoeken, wetenschappelijk bewijzen en funderen van de productie, het gebruik en de lange termijn werking van algemeen verkrijgbare supplementen en medicijnen
- De ontwikkeling van nieuwe supplementen met wetenschappelijk bewezen lange termijn werking (hierbij denken wij aan cholesterol verlagende producten, bloed druk regulatoren, concentratie verhoging, energie regulatie, stofwisselings beïnvloeding – bv. Anti-oxidanten, vitaminen en mineralen, eiwitproducten)
- Opsporingsmethoden voor termijn ziekten als allergie, dierinvloeden (steken & beten van muggen / teken), huisstof, zuurstof samenstelling / gehalte in de woonomgeving, vervuilingsgraad meters voor bv. De werkplek, eigen energie meters voor werknemers en zo nog veel meer.
- De doorontwikkeling van Preventie producten binnen de consumptie voedingsproducten. Bijvoorbeeld vitaminen in dranken. Hierin kan door ontwikkeld worden door meer aandacht te besteden aan kant en klaar producten, maaltijden voor de eenpersoons huishoudingen, bedrijfsmaaltijd samenstelling. Voorbeeld hiervan is de calorische samenstelling voor een maaltijd voor bouwvakkers of kantoor personeel. Binnen deze maaltijden is de toevoeging van vitaminen en mineralen in beroeps afhankelijke proporties van belang. Voor bestrijding van obesitas kan de toevoeging van "fatblockers" aan maaltijden een nieuwe impuls zijn.
- Doelgroep kleine ondernemer. Voor deze doelgroep is snelle indicatie van een aanwezige ziekte (verkoudheid of griep) van belang met betrekking tot het openen van de eigen zaak en / of het regelen van vervanging. Indicatoren kunnen in een uiteenlopend spectrum worden uitgebracht zodat elk farmaceutisch bedrijf de eigen niche markt kan afdekken met specialiteiten.

Preventie kan enorm veel voor de Farmacie betekenen. Bij goede administratie verzameld te Preventie Assistent (GeHA) enorm veel critical data over het individu. Deze data kunnen in geanonimiseerde vorm worden aangeleverd waardoor het statisch onderzoek kan plaatsvinden naar ontwikkelingen van zowel de gezondheid, de beïnvloeding van beweging op gezondheid, effecten van farmaceutische producten in combinatie met andere dagelijkse factoren.

Andere belangrijke data zijn inspannings frequentie versus ziekte, de effecten van sport / bewegen op de gezondheid, welke factoren hierbij een rol spelen en wat de energetische aspecten zijn. Het effect van de dagelijkse voeding op de gezondheid met betrekking op stofwisselings veranderingen bij wisselingen van het dieet. Zo zijn er nog vele dagelijkse onderwerpen te noemen.

De farmacie is een commerciële bedrijfstak. Het doel van onderzoek is niet alleen de bestrijding van ziekten maar vooral de ontwikkeling van een praktisch toepasbaar veilig product. Het uiteindelijke product moet na productie winsten opleveren die en al het voorgaande onderzoek terugverdiend en een zekere winst genereert om de organisatie in stand te houden en de aandeelhouders uit te keren. Hiermee moet ook bij de ontwikkeling van Preventie middelen rekening worden gehouden.

Adviezen aan de farmacie met betrekking tot een directe betrokkenheid tot de Preventieve Gezondheid zijn:

- Supplementen voor OTC met betrekking tot bloeddruk, cholesterol, slapeloosheid, artrose, stress, energie niveau, maag en darm stoornissen, doorbloeding, spierherstel na inspanning, hiervan zijn diverse producten al op de markt maar niet allen gebaseerd op wetenschappelijke achtergrond en / of gemaakt van chemisch zuiver materiaal of met de juiste bio-availability (basis orthomoluculair)
- Deelname in opleiding met betrekking tot OTC test middelen voor cholesterol, bloedsamenstelling, diverse ziekten beelden. Goede voorlichting heeft het voordeel dat de Preventie Assistent (GeHA) de eigen interpretatie van test-resultaten kan controleren en voor vervolg of verwijst naar een arts of alternatieven aanbied.

Taak van de farmacie deelname opleiding Preventie Assistent (GeHA) met betrekking tot de eigen productie Preventieve medicamenten, deelname in IT platform i.v.m. invoer en verwerking data (geanonimiseerd) en controle / ontwikkeling OTC middelen.

■ **De rol van IT in Preventie**

IT krijgt een min of meer centrale rol in de Preventie. Allereerst word IT ingezet in de meest eenvoudige vormen zoals documentatie en administratie. Daarnaast heeft IT een toenemend belangrijke rol in registratie, coördinatie, planning en communicatie.

Op dit moment zijn er programma's op de markt die als instrument voor Preventie worden ingezet. Het programma werkt doormiddel van een vragen lijst die men thuis kan invullen. Bij het invullen wordt uitgegaan van eerlijkheid. Achter de vragen werkt een geanonimiseerde database die via statische markers en biometrische analyse (bioalgoritmies) methoden een risico patroon samenstelt. De database is gericht op bepaalde doelgroepen. Na het invullen van de vragen volgen controle methoden waarvan de gegevens ook in het programma worden ingevoerd. Tot voor kort werden deze metingen extern gedaan, maar met het upgraden van het systeem is er een toolbox op de markt gebracht die de metingen binnen de thuis sfeer brengen. Deze geïntegreerde systemen bieden als voordeel een direct inzicht maar als nadeel dat er vaak verkeerde conclusies aan de resultaten verbonden worden.

Er zijn duidelijke voor en nadelen van de persoonlijke metingen door niet professionele mensen. De voordelen zijn dat de metingen in eigen tijd en plaats worden uitgevoerd, de nadelen dat er sprake kan zijn van onzorgvuldigheid en zelfinterpretatie van gegevens. De test word geadviseerd om eens in een of twee jaar af te nemen.

Na afloop van de test krijgt de persoon een uitslag rapport met diverse adviezen. Deze adviezen kan de persoon naar eigen inzicht gaan uitvoeren. Aan deze testvorm zijn veel open mogelijkheden, de geteste persoon heeft geen enkele druk om tot verandering of aanpassing te komen. Naast deze vrijwilligheid kan er sprake zijn van "aangepaste" beantwoording van vragen. De internet testen worden aangeboden door bedrijven aan personeel en in veel gevallen tevens gestimuleerd door verzekerings-

organisaties. Deze achtergrond informatie zal de geteste persoon in veel gevallen stimuleren tot min of meer geprogrammeerde antwoorden om tot een positief resultaat te komen.

Doordat het systeem internet gebaseerd is zal de geteste persoon gemakkelijk met anderen kunnen communiceren over de vraagstelling en beantwoording aanpassen, dit gebeurt in real time zodat er geen delay time in antwoorden ontstaat.

Het idee voor dit systeem is basaal goed en de uitvoering kan heel sterk worden toegepast indien er een aantal aanpassingen worden gemaakt. Allereerst is het te adviseren om invulling alleen onder toezicht in een beschermde computer omgeving te laten plaats vinden, hierdoor wordt aangepast antwoorden niet mogelijk. Verder moet er een menselijke test factor voor o.a. bloed testen, bloeddruk, hartslag e.d. aanwezig blijven om eigen interpretatie te voorkomen en als laatste punt moet er een externe opvolging zijn van de uitslag bij negatieve factoren.

Het blijkt dat mensen die worden geconfronteerd met negatieve testresultaten uit computer testen deze of niet serieus nemen of en een te grote waarde aan hechten. In beide gevallen is er sprake van een "ontkenningssituatie". Een vervolg op dit proces door menselijk overleg (confrontatie) en bespreking haalt deze ontkenning en de negatieve gevolgen die er van uit gaan, weg. Dit wordt dagelijks bewezen door internet winkels waarbij adviesverkoop producten zelden online verkocht worden. In 90% van de gevallen belt de a.s. koper met de leverancier voor persoonlijk contact / advies. Is dit onmogelijk dan gaat de koop niet door.

Preventie programma's van medische en niet medische aanbieders kunnen een schat aan data opleveren. Op dit moment is er te weinig Preventie data voor een goed indicatief inzicht. Data is noodzakelijk voor algemene berekening van risico dragende factoren, genetische aanleg, omgevings dreiging, voedingspatronen en leefstijlen. Het verzamelen van de lokale data is van belang om binnen bepaalde regio's de directe invloeden van het milieu te kunnen berekenen.

Preventieve data is noodzakelijk voor o.a. de farmacie ter ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen en supplementen. Door inzicht in data kunnen er voorspellingen worden gedaan die inzicht geven in toekomstige ontwikkelingen betreffende ziekten, verouderingsverschijnselen en aandoeningen.

Een ander punt van belang is de mogelijkheid IT in te zetten bij algemene "monitoring" van mensen. Door personen dagelijks, of in andere tijdsvlakken verdeeld, aan te sluiten op controle toestellen kunnen er meer lichaamsfunctie over een langere termijn worden vastgesteld en via programmatuur worden afwijkingen geanalyseerd en bij overschrijden van gestandaardiseerde parameters, alarm geslagen. Een goed voorbeeld is het Bio-feedback project*.

IT in de toekomst kan buiten monitoring van mensen ook worden ingezet door de Preventie Assistent (GeHA) door het programmeren van activiteit-, eet- en drink- en slaap/rust momenten. In de sport zijn hierover al veel gegevens voorhanden. Het koppelen van gegevens bestanden is een noodzaak om maximaal resultaat te verwerven.

- Bio-feedback* is een project waarbij mensen werden gekoppeld aan een computer waarbij de verschillende lichaamsfuncties werden bijgehouden. Doel van het project was dat mensen via de eigen controle vaardigheden ontwikkelde om de lichaamsfuncties te beïnvloeden. Het belangrijkste resultaat was de grote controle die mensen op de hart functies kregen na enige oefening.

Praktische invloeden van IT binnen de Preventie:

- Ontwikkelen van administratieve geanonimiseerde databases waarbij het doel is gegevens in verbanden te rangschikken voor onderzoek
- Hulpmiddel bij Preventief gezondheidsonderzoek, hierbij denkende aan vragenlijsten

- Ontwikkelen van volgsystemen (zoals bijvoorbeeld al in gebruik in de medische wereld) om ontwikkelingsziekten te voorkomen (obesitas, diabetes, verslavingen etc.)

Taken van IT in Preventie zijn deelname in het department “IT Prevention project” waarbij het accent ligt op een directe participatie in innovatieve software voor de totale Preventie gekoppeld aan de gezondheidszorg. Hierbij is het streven naar een systeem zoals bijvoorbeeld in de Luchtvaart / toerisme wordt gehanteerd. (BV Galileo, Amadeus en andere).

■ **De rol van de verzekeringsmaatschappij IN Preventie**

De bevolkingdichtheid neemt jaarlijks toe. Door de groei wordt de verzekeringsdruk groter. In de ziektekostenverzekering is er een toenemende druk van de jonge en oude generatie op de uitkeringen en uitbetalingen te signaleren. Deze druk zal nog meer toenemen bij de huidige groei en leefstijl van de bevolking.

Ziektekosten verzekeraars krijgen een beperkte vergoeding voor jongeren onder 18 jaar van de overheid. Binnen deze groep stijgt het aantal chronisch zieken sterk. De toename is te verklaren uit een verslechterde leefstijl. Te weinig lichaamsbeweging, slecht voedingspatroon, eentonige dagindeling, slechte indrukken van opvoeders en leef milieu en andere factoren leveren een toestand op die de opgroeiende persoon negatief beïnvloeden.

Vanuit verzekerings oogpunt leven deze personen risico dragend. Door het grote aantal risico factoren is de kans op het ontwikkelen van meerdere aandoening groot. Leefstijl aanpassingen en professionele (persoonlijke) begeleiding kunnen de risico factoren te verminderen. Door analyse en begeleiding van familie en omgeving kan er preventief gewerkt worden aan verandering. Voor de Preventief Assistent is vooral het elimineren van negatieve invloeden en daarvoor positieve in de plaatst stellen, de drijfveer.

Wat zijn de voordelen van Preventie vanuit verzekerings perspectief ;

- Op de korte termijn, professionele samenstelling van risico patroon, advies van Preventief Assistent over behandelingstraject aan de cliënt.
- Kosten calculatie van gepland traject, doelstelling en termijn planning. Geanonimiseerd rapport naar verzekering. Maatschappij kan op korte termijn een budgettering maken.
- Invoer van geanonimiseerde data worden door Preventie Assistent (GeHA) in de centrale database van de verzekeringsmaatschappij.
- Door invoer van data kan maatschappij duidelijkere risico profielen ontwerpen. Door detail inzicht in risico profielen is detaillering van de premie mogelijk.
- Koppeling van ziektekosten risico's aan andere data waardoor versterkte verzekeringsprofielen ontstaan die als pakket kunnen worden aangeboden
- Uitkeringen van ziekten kosten kunnen door data verzameling verminderen omdat er directer berekend kan worden hoelang een ziekte duurt, een blessure nodig heeft te behandelen of een wat een patiënt kan doen om zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan. De hoge kosten van bezoek aan medisch specialisten worden verminderd tot alleen de gevallen die werkelijk worden doorverwezen.
- Preventie Assistent (GeHA)en zijn goedkoper in te zetten als verpleegkundigen bij begeleiding van de oudere generatie. Hierbij moet wel aangemerkt worden dat bij het verrichten van verpleegkundige taken hiervoor ook de juiste kwalificaties en certificaties aanwezig moeten zijn.

- De Preventie Assistent (GeHA) kan het vervolg traject van een fysiotherapeut, onder zijn deskundige supervisie en verplichte terug rapportage, overnemen waardoor kosten gereduceerd worden en er uiteindelijk een beter resultaat verkregen wordt.
- De verzekeraar kan preventie convenanten sluiten met de farmacie betreffende toepassing suppletie door Preventie Assistent (GeHA)en waardoor er kostenbesparing op kan treden.

De rol van de verzekeraar kan zich nog specifiek maken door combinaties aan te gaan van Preventieve controles, begeleiding en eindanalyses. De gegevens worden dan over de gehele periode van probleem geval / vaststelling van het probleem / probleem analyse / oplossingsfase, worden vastgelegd. Uit het oogpunt van de gegevens verzameling is het van belang om de Preventie Assistent (GeHA) systematisch in te zetten in buurt en regio onderzoeken. Hierbij kan de maatschappij inzicht krijgen in gezondheidsrisico's in bepaalde wijken. Het verkrijgen van deze bevolkingsgegevens is waardevol voor zowel verzekeringsmaatschappij, woningbouwvereniging als thuiszorg organisatie. Deze maatschappelijke driehoek vormen de ruggengraat voor een sociaal economisch beleid.

Veel verzekeringen sponsoren ook sportwedstrijden. Hier kan Preventie een promotionele rol aannemen. Door de gesponsorde eenheden ook de gehele Preventie protocollen te laten doorlopen is er sprake van investeringsbescherming met grote voordelen van de gesponsorde sporters.

Niet elke cliënt wenst te sporten. Op veel manieren worden mensen gestuurd om te gaan sporten. Er zijn heel veel mensen die absoluut niet willen sporten. Het opdringen van een abonnement bij een sportschool of sportvereniging is verspild geld. Een persoonlijk onderhoud met een Preventie Assistent (GeHA) kan dat voorkomen. De Preventie Assistent (GeHA) zoekt bewegings alternatieven die door de cliënt wel aanvaard worden en binnen een financieel pakket blijven.

In het kort zijn de voordelen van deelname aan de Preventie Assistent (GeHA) voor de verzekeringsmaatschappij:

- Verzamelen van belangrijke data
- Indiceren van termijnproblemen op korte en lange termijn
- Probleem specificatie tot op buurt en regio niveau
- Invoeren van gezondheidsprotocollen
- Ondersteuning van cliënten om gezond te blijven
- Voorkomen onnodige uitgaven

Taak van de verzekeringsmaatschappij; participatie in de opleiding (vooral gericht op regelgeving, implementatie van theorie en praktijk), volgen van IT ontwikkeling en sturing daarvan, stimulering van artsen tot deelname Preventie en aannemen van Preventie Assistent (GeHA), sturing farmacie tot bevordering preventieve OTC producten.

■ **Advies gecombineerde aanpak van Medische research, Farmacie en cosmetica**

Onzichtbaar voor de consument zijn de medische wetenschap, de farmacie en de cosmetische industrie al jarenlang bezig de raadselen van veroudering op te lossen. Dat veroudering een complex proces is weten deze wetenschappers als geen ander.

Voor de buitenstaander schetsen wij hier een schematisch (niet compleet) overzicht van de samenwerking.

- In de farmacie is veel bekend over grondstoffen en de werking ervan. Doormiddel van zo duidelijk mogelijke product en werking omschrijvingen worden ander partijen geïnformeerd. Hoe een product werkt wordt op veel manieren onderzocht. Dit onderzoek is op basis van literatuur onderzoek, laboratorium testen, soms weefsel onderzoek op levende en niet levende organismen.
- Medische research spitst zich toe op ziekten. Over het algemeen is het doel van onderzoek de ontstaan, ontwikkeling en verdere groei van een ziekte beeld te analyseren. Binnen dit patroon wordt er gekeken naar de chemische invloed (reactie en markers) die kenmerkend zijn voor de ziekte. Het registreren van deze markers en hun chemische samenstelling is van belang voor de farmacie om medicijnen te maken die op deze elementen reageren.
- In de cosmetica gaat het hoofdzakelijk om de uiterlijke mens. De reden hiervan is dat de wet de cosmetica limiteert tot het lanceren van veel effectievere inside / out methoden. Hierbij worden er stoffen oraal ingenomen die de werking van de, op het oppervlak, aangebrachte producten ondersteunen.

Bij een integratie van deze drie werkgroepen is het mogelijk producten op de markt te brengen die een sterke en betere werking hebben dan welke nu op de markt zijn. Uiterlijke verzorging van binnen uit hebben een groot psychologisch effect. Dit positieve effect leid tot verbeterde psychologische toestand en heeft daardoor een directe invloed op de gezondheid op de korte en lange termijn. Een bewijs hiervoor is o.a. de enorme verkoop van energie en gezondheids drankjes.

Cosmetica werkt vooral psychologisch. De mens wil er goed uitzien, lekker ruiken en zichzelf een identiteit verschaffen. Bij het ouder worden neemt de rol van cosmetica gradueel toe. Van belang hierbij is dat ook de kansen op allergie stijgen en de gevolgen van cosmetica gebruik niet altijd duidelijk zijn. Een voorbeeld hiervan is het ontstaan van kanker door dichtslibbing van haarzakjes en de daarop volgende ontstekingen en tumor ontwikkeling.

Het werk van de Preventie Assistent (GeHA) kan veel gegevens opleveren die ten gunste kunnen komen van alle drie vermelde bedrijfstakken. Deze anonieme gegevens besparen alle bedrijfstakken enorme sommen research geld en leveren wel directe resultaten op.

Taken: gecombineerde aanpak ziekten als bijvoorbeeld allergie en andere “termijn ontwikkelings ziekten”, deelname in het Preventie IT project voor het verkrijgen van (geanonimiseerd) data, deelname in opleiding Preventieve Assistent (GeHA).

■ **Positie van de sportschool in de Preventie**

De sportschool wordt door velen een belangrijke rol binnen de Preventie toebedeeld. Alvorens dit te doen achten wij het verstandig de sportschool situatie en het aanwezige personeel te analyseren.

Mensen gaan naar de sportschool met een doel, zij willen sporten. Dit is ongeacht of men individueel of in groepsverband wenst te sporten. Bij ontvangst in de doorsnee sportschool gaat de receptie er van uit dat de bezoeker weet wat de vervolg stappen zijn. Er wordt niet of nauwelijks over gezondheid gecommuniceerd en zelden ondergaat de nieuwkomer fysieke testen om de graad van gezondheid te bepalen. Er zijn uitzonderingen !

De instructeur op een sportschool is over het algemeen een min of meer fanatieke sporter. Het is meestal een persoon met passie voor wat hij of zij doet. Een belangrijk element voor de instructeur is dat de bezoeker de gegeven instructies zo nauwkeurig mogelijk uitvoert. Sommige instructeurs offeren zelfs hun vrije tijd op om mensen op een hoger niveau van sport te brengen. Maar instructeurs zijn sport mensen en denken als sportmens en niet in het kader van Preventie. Het doel is plezier in je sport. Zij weten dat je door sporten veel gezonder voelt, dat sport je gelukkiger maakt en dat je zowel fysiek als psychisch sterker wordt.

Maar sport is iets heel anders dan Preventie. Het Preventief denken is een heel andere wijze van aanpakken dan wanneer er naar sportieve prestaties gewerkt wordt. Bij het Preventieve handelen is vooral de intake en de regelmatige opvolging, het testen, motiveren, begeleiden en plannen van belang. Niet de sportieve prestatie maar de gezonde gerichte vordering is van belang. Sport is daarom niet voor iedereen weggelegd.

Onze overheid heeft heel zwaar op sport ingezet. Er worden miljoenen euro's subsidie vergeven maar het meten van geboekte resultaten is niet mogelijk. Resultaatmeting moet door een onafhankelijke instantie worden gedaan. Alleen de Preventie Assistent (GeHA) kan deze onafhankelijke metingen verrichten omdat niet sport als doel telt maar het resultaat van de interventie. Voor veel mensen is de gang naar de sportinstelling geen enkel probleem. De pauzes die vallen tussen de bezoeken door een veranderende prioriteitstelling zijn het begin van een terugval tot de oude situatie. Zonder controle is een jaar abonnement binnen een tot drie maanden weggegooid geld. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat minimaal 80% van de verkochte jaar abonnementen op fitness scholen niet of nauwelijks gebruikt wordt.

Er zijn bewegingen binnen de sportwereld gaande die werken naar een meer op Preventie gerichte werkwijze. Hierbij moet opgemerkt worden dat ook in dit geval de Basis Opleiding Preventieve Assistentie een belangrijk instrument is.

De professionele (fitness) sportwereld is groot. Het is nu een industrie waar miljarden euro's (zie intermezzo) in omgaan. In de dienstverlening behoren zij tot de grootste in de gehele Europese Unie. Door integratie van sportschool en Preventie ontstaat er een Totaal markt bereik. Dit bereik kan nog groter worden wanneer de scholen openstaan voor samenwerkingsovereenkomsten. De combinatie sportschool – fysiotherapeut – Preventie Assistent (GeHA) – arts levert een belangrijke datastroom op die na analyse voor alle partijen veel bruikbare gegevens geeft. Hierbij gaat de Preventie Assistent (GeHA) de link leggen tussen de BIG / medisch geregistreerde beroepsbeoefenaren en de sport. In fitness kan hier sprake zijn van EREPS professionals (of PT club).

Taken van de sportschool; binnen de organisatie werkplaatsen creëren voor op ZZP basis werkende Preventie Assistent (GeHA)en, ondersteunen en begeleiden van de opleiding tot nieuwe assistenten, ondersteunen van Preventie Assistent (GeHA) en cliënt door het openstelling faciliteiten (tegen vergoeding), opnemen van Preventie Assistent (GeHA)ie als onderdeel eigen service aanbod, deelname en faciliteren van IT programma's voor de Preventie.

De sportschool zal in de toekomst zich meer gaan toeleggen op het fenomeen "Health center" en om als zodanig te functioneren moet de uitstraling hierop worden aangepast. Er zijn – en blijven – veel ontwikkelingen op het gebied van bewegen en sport waarbij de nieuwste trends vaak door de sportscholen worden opgemerkt. Door directe communicatie lijnen – het Preventief IT Netwerk – kunnen deze gegevens binnen bereik komen van andere bedrijfssectoren zodat deze de activiteiten van de sportscholen effectief kunnen ondersteunen. Deelname aan dit project is voor sportscholen een deel van de overlevingsstrategie.

Economische en Sociale Betekenis van de H&F Sector in Europa (Deloitte/IHRSA Global Report)

- 40.000.000 Leden
- 390.000 Medewerkers
- 40.000 Vestigingen
- 20.200.000.000 Omzet (€) in 2008
- 450 Leveranciers
- 21 Nationale Federaties

The European H&F Market –Overview

UK 4,64,300 members

Market Size in 2007- (in million Euro)

- Total size of fitness market in Europe: € 20.2 billion (EU25) = Larger than North America... Professional Football is € 12 Billion ; Golf –incl real estate- € 15 Billion
- 40 million members
- Top 4: UK, Germany, Italy and Spain, Netherlands # 6- Highest Penetration
- Fitness chains are key drivers of growth
- The largest corporate chain in Europe is Fitness First

Source: IHRSA Deloitte Analysis with 370 clubs; # 2 is SATS and #3 is Healthcity

Relatief goede penetratie (hoogste in EU ; 16% -IHRSA / 12 % totale bevolking zegt Mulier Inst.)

- +/- 2.000 clubs / 1 op 8.000 inwoners (1/3 NL bevolking sport niet!)
- 2+ miljoen leden / 1,3 Miljard omzet / 12.000 FTE
- Prijsstelling rond EU gemiddelde; € 43,- (BTW laag tarief 6%)
- Ketens (intern./nat./regionaal) groeiend; markt zeer gefragmenteerd (80% zelfstandig)
- Overheid en Verzekeraars positief t.o.v. Fitness

(Min. Klink; Fitness op recept...? / Achmea health centers/ RIVM / Vrije Univ. A'dam / NISB / Mulier Instituut, etc.)

(overgenomen uit het Rapport Toezicht op preventief medisch onderzoek, Den Haag, mei 2008, Inspectie Volksgezondheid)

Het lichamelijk onderzoek

Een veel voorkomend onderdeel van het preventief medisch onderzoek is het lichamelijk onderzoek, vaak uitgevoerd door een arts of een internist. 20 van de 22 instellingen voeren dit onderdeel uit. Onduidelijk is welke (risicofactoren van) aandoeningen de instellingen met het lichamelijk onderzoek kunnen of willen opsporen. Hierdoor is ook voor het lichamelijk onderzoek niet vast te stellen of deze vergunningplichtig is in de zin van de WBO.

Soms zijn de instellingen explicieter:

- Een arts geeft aan tijdens het lichamelijk onderzoek standaard een borstonderzoek bij vrouwen te verrichten.
- In andere situaties voert men bij mannen boven de 50 jaar een rectaal toucher uit (al dan niet in combinatie met een PSA (Prostaat Specifiek Antigeen) bepaling) om afwijkingen van de prostaat vast te stellen.

In deze situaties is wel sprake van vergunningplichtig onderzoek, omdat deze onderzoeken gericht zijn op het opsporen van kanker. Zie ook verder bij de onderzoeken speciaal voor de vrouw en de man.

Gewichtsbepaling

Negen instellingen voeren diverse methoden uit, zoals de BMI, tailleomvang of huidplooiemeting, die de mate van overgewicht meten. Dit zijn geen vergunningplichtige onderdelen.

Longfunctieonderzoek, conditie, inspanningstest en krachttesten

Met het longfunctieonderzoek zoekt men naar een eventuele vernauwing van de luchtwegen, zoals kan voorkomen bij aandoeningen zoals astma, chronische bronchitis en emfyseem. 20 van de 22 betrokken instellingen voeren als onderdeel van het preventief medisch onderzoek een longfunctieonderzoek uit. Dit onderdeel is niet vergunningplichtig in de zin van de WBO.

Eenderde (7) van de onderzochte instellingen voert een conditie, inspanningstest en/of krachttesten uit. Ook zijn er instellingen die de lenigheid met handknijpkracht meten. Deze onderdelen van het preventief medisch onderzoek zijn niet vergunningplichtig.

■ **Visualisatie**

De mens reageert sneller wanneer er sprake is van bewegende beelden. TV is hiervan het grote voorbeeld. Kijken doet volgen. Ook in de Preventie is dit het geval. Om hierop in te spelen wil het QRPH al bij aanvang duidelijke instructie DVD's maken.

Voor de opleiding Preventie Assistent (GeHA) zijn er de volgende opties gepland ;

- Algemene fitness oefeningen vrije gewichten (CD rom)
- Informatie over voeding
- Dynamic Weight control , low budget Total body work out
- Meten is weten , DVD over bloeddruk en veel andere meetmethoden
- Communicatie , instructie klantgericht werken
- Gezond ouder worden begint jong
- Verslaving , wat is het waard ?
- Van bewegen naar sport, gezonde richtlijnen.

Voor het maken van deze trainingsfilms moet een gespecialiseerde organisatie worden ingehuurd. Films worden gecoördineerd vanuit het opleidingscomité.

■ **Rol van de Thuiszorg in preventie**

Thuiszorg

De thuiszorg instellingen hebben binnen de Preventieve Gezondheid een aparte positie. Volgens het Ministerie VWS is thuiszorg, zorg zonder verblijf. Hierbij gaat het om mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben of hulp bij de huishouding. Het doel van zorg zonder verblijf is het individu te ondersteunen en stimuleren tot zelfstandigheid.

De doelgroepen van de thuiszorg zijn ouderen, mensen met chronische ziekten of aandoeningen of mensen met een geestelijk- danwel lichamelijk handicap. Andere doelgroepen van incidentelere aard zijn mensen in de terminale fase (stervensbegeleiding) en mensen die net uit een ziekenhuis ontslagen zijn en nog enige tijd hulp nodig hebben.

De thuiszorg levert veel verschillende vormen van zorg waarbij een deel onder de wet Wmo valt en een deel onder het AWBZ. Deze situatie levert een duidelijk probleem in de huidige stand van zaken betreffende de financieringsonzekerheid. Hierdoor moeten veel thuiszorg organisaties fuseren, gaan of staan op de rand van faillissement of zich laten overnemen door bedrijven en organisaties die niet branche gerelateerd zijn. In Den Haag is een afdeling toegevoegd aan een schoonmaak bedrijf.

In tegenstelling tot wat men verwachtte verdwijnen de duidelijke definities over wat de medewerkers wel en niet mogen of moeten doen binnen de thuiszorg. Steeds vaker is er sprake van vage instructies. De cliënt van de thuiszorg bevindt zich in een onzekere en vaak afhankelijke positie.

Er is voor de thuiszorg een nieuwe impuls nodig. Een duidelijke beroeps definiëring en groeimogelijkheden binnen het vak. Hiervoor biedt de Preventieve Gezondheid assistent een reële mogelijkheid. Binnen de opleiding moeten aanpassingen gemaakt worden om de mogelijkheden van de medewerkers ten volle te benutten en voor te bereiden op een taak die verder gaat dan verzorging en schoonmaak.

Opvallend is dat binnen de thuiszorg veel latent talent loopt. Dit talent moet een mogelijkheid krijgen om zich te ontwikkelen. Een opleiding tot Preventie Assistent, GeHA, geeft een ongekende mogelijkheid voor deze talenten.

Taken van de thuiszorg in de Preventie:

- Achter de voordeur – bij de cliënt thuis is er sprake van preventie op meerdere niveaus hierbij moet gedacht worden aan (beperkt aantal voorbeelden),
 - Voorzorgsmaatregelen tegen huiselijke ongelukken (oude alpha hulpen)
 - Preventieve informatie over besmettingsziekten en inentingen, mogelijk directe begeleiding tot het verkrijgen ervan (verpleegkundigen)
 - Oefeningen tot verbetering algemene fitheid of de informatie verstrekking hierover (bv door aanbieden van Dvd's, oefenschema's) deze taak werd soms aan de fysiotherapeuten gegeven
 - Informatie over termijn en chronische ziekten (roken, diabetes, alcohol e.d.)
- Als community medewerker heeft de thuiszorger een goede positie en kan worden ingezet naast bijvoorbeeld arts of verpleegkundige om de informatiestroom naar het publiek te krijgen. De thuiszorger staat over het algemeen veel dichterbij de zorggroep dan de medisch gecertificeerde. In sommige wijken kan de thuiszorg medewerker door aanwezige talenkennis nog veelzijdiger worden ingezet, dit vooral na een goede bijscholing.
- Begeleiding buitenshuis. Een thuiszorg medewerker kan de cliënt ook buiten het huis begeleiden in bijvoorbeeld oefeningen, cliëntspecifieke fitness maar vooral voor beweging en eenzaamheid bestrijding. Dit laatste punt moet meer aandacht in de toekomst krijgen ter bestrijding van toenemende psychische klachten, zelf mutilaties of zelfs zelfmoorden.
- Thuiszorgers zijn gewent mobiel te zijn. Deze mobiliteit brengt uitgebreide kennis van de omgeving met zich mee. Met deze kennis kan er, door gebruikmaking van digitale vastlegging, aan buurtrapportages worden meegewerkt. De ingevoerde informatie past geheel binnen het kader van Wet Wmo en levert overige diensten – bv groenvoorziening, opvoedingsondersteuning, politie, brandweer – bruikbare signaleringen op.

De thuiszorg moet gemoderniseerd worden. In bijna alle onderzochte gevallen is er nog steeds sprake van schriftelijke vastlegging van gegevens in dossiers. Deze methode is buitengewoon onhandig daar er geen gegevens op afstand beschikbaar zijn (bv voor de alarmcentrale), er eerst ingelezen moet worden ter plaatse waardoor er niet direct actie kan worden ondernomen, er altijd over gegevens worden heen gelezen omdat gegevens van minder belang de aandacht hadden getrokken en het belangrijkste punt is toch wel dat de gegevens gemakkelijk zoek raken.

Voorgaande kan voorkomen worden door de thuiszorg op het Preventie programma aan te sluiten

waardoor de gegevens ook op afstand bereikbaar zijn en er geen sprake meer is van kwijtraken. Voor de thuiszorg levert deze situatie ook nog de mogelijkheid om gebruik te maken van interactieve informatie voorziening en de lokale taak te verbeteren / verlichten.

Taak thuiszorg in preventie: het opleiden van medewerkers afhankelijk van niveau en inzet doel tot Basis Preventie Assistent GeHA. Zittingname in de opleidings adviescommissie met als doel een aangepaste versie van de opleiding te maken voor directe inzetbaarheid binnen alle kaders.

Voor de thuiszorg is een belangrijke taak achter de voordeur weggelegd, maar ook als signalering is de thuiszorg medewerker van vitaal belang in de Preventie keten. Hierbij moet opgemerkt worden dat de niveau verschillen binnen de diverse thuiszorg instellingen beter in kaart moeten worden gebracht om opleidingen op het juiste niveau aan te kunnen bieden. Het is mogelijk dat bij de basis opleiding in dit geval ook lessen met de computer en een cursus tekstverwerken moet komen. Voor iedere thuiszorg medewerker is bij opstart van de Preventie regeling een laptop een noodzakelijk instrument.

Ziekteverzuim en gedrag

Ziekteverzuim is meestal geen medisch probleem. Werkbelasting en beleving van arbeidsomstandigheden spelen een belangrijke rol. Daarnaast zijn de eigen sociale omgeving en het gedrag belangrijk. Gedrag ontstaat door interactie tussen verschillende partijen waaronder de privé- en arbeids sfeer.

Belangrijk is het daarom om vast te stellen:

- welke werkzaamheden kunnen mensen wel verrichten ?
- hoe functioneert de mens in zijn omgeving (privé en werk) ?
- hoe dragen arbeidsomstandigheden bij een goed werkklimaat ?
- welke investeringsbereidheid is er bij werkgever en werknemer ?
- welke actieve rol kan een arbodienst hierin nemen ?

Wet Reintegratie arbeidsgehandicapten (REA)

Met deze wet probeert de overheid het voor werkgevers aantrekkelijk te maken arbeidsgehandicapten in dienst te nemen. De wet REA is bedoeld voor iedereen die door ziekte of gebrek een verminderde kans p de arbeidsmarkt heeft. Per 1 januari 2002 met de invoering van het nieuwe belastingstelsel is er gepoogd de REA instrumenten te vereenvoudigen. Zo is het plaatsings-, herplaatsingsbudget en het pakket op maat vervangen door premie kortingen op de WAO en WW.

REA instrumenten werkgever

Premie korting

Indien er een arbeidsgehandicapte werknemer in dienst genomen word (oude plaatsingsbudget) krijgt u gedurende drie jaar een korting van xxxx Euro per jaar. Als de arbeidsgehandicapte werknemer in dienst blijft (oude herplaatsingsbudget) krijgt u gedurende een jaar een korting van xxxx Euro. Deze korting krijgt de werkgever ongeacht de werkelijk kosten die er gemaakt worden om de werknemer in dienst te nemen / houden. Indien de werkgever kan aantonen dat de werkelijke kosten hoger zijn dan de premie korting kan hij de meer kosten vergoed krijgen (het oude pakket op maat). De premiekorting vervangt de korting op de WAO-premie als de ondernemer tenminste 3% arbeidsgehandicapte werknemers in dienst neemt.

Tenslotte is er een korting van 2% op de basis WAO premie als de werknemer van 58 jaar of ouder in dienst komt / blijft.

Artikel 29b ziekewet

Als een arbeidsgehandicapte werknemer uitvalt binnen vijf jaar na in dienst treding dan neemt de UWV de loon-doorbetaling over. Ook telt deze werknemer niet mee voor de premie vaststelling van de WAO.

No-risk polis

Met de invoering van de wet PEMBA is de WAO-premie afhankelijk van de WAO-instroom. Om te voorkomen dat werkgevers geen arbeidsgehandicapte werknemers meer aannemen i.v.m. de hogere kans op arbeidsongeschiktheid is er de no-risk polis. Indien een arbeidsgehandicapte werknemer binnen 6 jaar na in diensttreding arbeidsongeschikt raakt telt deze werknemer niet mee voor de WAO-premie.

Voorzieningen

Werkgevers kunnen een voorziening aanvragen om de werknemer te behouden voor eigen functie of te herplaatsen in een aangepaste functie. De voorziening kan bestaan uit een werkplekaanpassing, hiervoor moet een duidelijke medische noodzaak zijn en niet onder de algemeen gebruikelijke middelen vallen.

REA instrumenten voor werknemers

Premie korting

Mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering komen in aanmerking voor een toelage van xxx Euro als zij vanuit een gesubsidieerde werkplek ander werk aanvaarden. Deze korting strekt over een periode van 3 jaar.

Proef plaatsing

Arbeidsgehandicapte werknemers kunnen, indien zij dat wensen, maximaal een half jaar op proef bij een werkgever gaan werken. In deze periode krijgen zij i.p.v. WW een re-integratie uitkering.

Aanvulling loon

Om te stimuleren dat arbeidsgehandicapten weer gaan werken ook als is dit voor een lager loon kunnen zij een aanvulling op hun loon krijgen zodat zij er in inkomen niet op achteruit gaan.

Reintegratie uitkering

Een arbeidsgehandicapte werknemer kan een re-integratie uitkering krijgen tijdens omscholing tot een geschikte functie. Inplaats van ww krijgt de werknemer dan een re-integratie uitkering waarmee de sollicitatieplicht in de periode van scholing komt te vervallen.

Persoonsgebonden budget

Arbeidsgehandicapte werknemers kunnen in overleg met de UWV zelf bepalen waar zij re-integratiediensten inkoop. Doel van het persoonsgebonden budget is re-integratie bij een andere dan de eigen werkgever.

Voorzieningen

Het gaat hier om de zogenaamde persoonsgebonden voorzieningen die de arbeidsgehandicapte werknemer zelf kan aanvragen. Te denken valt aan hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen die de werknemer mee kan nemen naar een volgende werkgever.

De connectie Re-integratie en Preventie

Werkloosheid is in veel gevallen de aanleiding voor veel ziekten. De effecten van arbeidsongeschiktheid of werkloosheid kunnen enorm zijn. Activiteit is noodzaak. Bij voldoende activiteit is de wil om gezond te zijn en te blijven sterk aanwezig. Hierbij is motivatie en stimulatie de motor tot een gezonde levensstijl.

(bron <http://www.arbo-advies.nl/>)

■ **Rol van de Arbo – diensten / re-integratie / verzuimdiensten**

Dit is (een deel van) de Arbo wet.

Voor het begrip Preventie medewerker is het van belang inzicht te hebben in deze wet.

- Artikel 1
 1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
 - a. werkgever:
 - 1°. degene jegens wie een ander krachtens arbeidsovereenkomst of publiekrechtelijke aanstelling gehouden is tot het verrichten van arbeid, behalve indien die ander aan een derde ter beschikking wordt gesteld voor het verrichten van arbeid, welke die derde gewoonlijk doet verrichten;
 - 2°. degene aan wie een ander ter beschikking wordt gesteld voor het verrichten van arbeid als bedoeld onder 1°;
 - b. werknemer: de ander, bedoeld onder a.
 2. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt mede verstaan onder:
 - a. werkgever:
 - 1°. degene die zonder werkgever of werknemer in de zin van het eerste lid te zijn, een ander onder zijn gezag arbeid doet verrichten;
 - 2°. degene die zonder werkgever of werknemer in de zin van het eerste lid te zijn, een ander niet onder zijn gezag arbeid in een woning doet verrichten, in bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen gevallen;
 - b. werknemer: de ander, bedoeld onder a, met uitzondering van degene die als vrijwilliger arbeid verricht.
 3. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
 - a. Onze Minister: Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;
 - b. ondernemingsraad: de ondernemingsraad, bedoeld in de Wet op de ondernemingsraden;
 - c. personeelsvertegenwoordiging: de personeelsvertegenwoordiging, bedoeld in de Wet op de ondernemingsraden;
 - d. toezichthouder: de toezichthouder, bedoeld in
 - e. psychosociale arbeidsbelasting: de factoren seksuele intimidatie, agressie en geweld, pesten en werkdruk in de arbeidssituatie die stress teweeg brengen;
 - f. stress: een toestand die als negatief ervaren lichamelijke, psychische of sociale gevolgen heeft;
 - g. arbeidsplaats: iedere plaats die in verband met het verrichten van arbeid wordt of pleegt te worden gebruikt;
 - h. arbeidsmiddelen: alle op de arbeidsplaats gebruikte machines, installaties, apparaten en gereedschappen;
 - i. arbeidsongeval: een aan een werknemer in verband met het verrichten van arbeid overkomen ongewilde, plotselinge gebeurtenis, die schade aan de gezondheid tot vrijwel onmiddellijk gevolg heeft gehad en heeft geleid tot ziekteverzuim, of de dood tot vrijwel onmiddellijk gevolg heeft gehad;
 - j. arbodienst: een dienst als bedoeld in artikel 14a, tweede en derde lid;
 - k. zelfstandige: degene die zonder werkgever of werknemer te zijn in de zin van het eerste of tweede lid arbeid verricht;
 - l. vrijwilliger: de persoon, die niet bij wijze van beroep arbeid verricht voor een privaatrechtelijk of publiekrechtelijk lichaam dat niet is onderworpen aan de vennootschapsbelasting dan wel voor een sportorganisatie en die geen werknemer is in de zin van artikel 2 van de Wet op de loonbelasting 1964, met uitzondering van de persoon die arbeid verricht:
 - a. ter voorbereiding op beroepsmatige arbeid;

- b. in het kader van een taakstraf dan wel in het kader van het voldoen aan voorwaarden ter voorkoming van strafvervolgung als bedoeld in artikel 74, tweede lid, onderdeel f, of artikel 77f, eerste lid, onderdeel b, van het Wetboek van Strafrecht dan wel in het kader van deelneming aan een project als bedoeld in artikel 77e van het Wetboek van Strafrecht;
 - c. als bedoeld in artikel 16, zesde lid, onderdeel c.
4. Waar in deze wet en de daarop berustende bepalingen de woorden «bedrijf» en «inrichting» worden gebruikt om een plaats aan te duiden, omvatten deze mede een andere plaats waar arbeid wordt verricht of pleegt te worden verricht.

De totale tekst van deze wet kunt u verder vinden op : http://wetten.overheid.nl/BWBR0010346/geldigheidsdatum_23-07-2009

Wat zijn arbocatalogi?

In een arbocatalogus beschrijven werkgevers en werknemers op eigen initiatief hoe te voldoen aan doelvoorschriften van de overheid voor veilig en gezond werken. In de nieuwe Arbowet wordt een onderscheid gemaakt tussen het publieke domein en het private domein.

Meningen uit bedrijfsleven en overheid over de noodzaak van Preventie en goede structurering hiervan. Onderstaand artikelen of delen daaruit.

Leo Hartveld (FNV) onderstreepte namens de drie vakcentrales het belang van de privacy en vrijwilligheid. Werknemers zullen alleen enthousiast meedoen aan gezondheidsbeleid als ze er zeker van zijn dat gevoelige informatie over hun gezondheid niet terecht komt bij werkgever of verzekeraar. En alleen als de deelname vrijwillig is, kan een breed gezondheidsbeleid succesvol zijn. Sancties zijn niet aan de orde, vond hij, tenzij de leefstijl het functioneren in het werk aantoonbaar negatief beïnvloedt. Verder bepleitte hij een integrale aanpak: arbozorg en gezondheidsmanagement moeten onderdeel zijn van een goed personeelsbeleid. Het heeft weinig zin een periodiek medisch onderzoek aan te bieden, als de arbeidsomstandigheden niet op orde zijn. Ook vond hij dat werknemers moeten kunnen beschikken over het Risico-Inventarisatie en Evaluatie-document (RI&E) van hun bedrijf. Helaas, zo stelde Hartveld, wil minister Donner, om voor de vakbeweging onbegrijpelijke redenen, dit recht niet erkennen.

Het kroonlid Ferdinand Grapperhaus, lid van de commissie van voorbereiding van het advies, ziet veel waarde in het advies, maar vond het een gemiste kans dat het advies niet voorstelt om periodieke gezondheidstoetsen verplicht te stellen. Hij noemde in dit verband de Balanced Score Card (BSC) en de Work Ability Index (WAI). De BSC houdt enkele wezenlijke elementen voor de gezondheid bij, zoals de bloeddruk en het cholesterolgehalte. De WAI is een vragenlijst die de medewerker zelf invult en die gaat over zijn arbeidsvermogen en inzetbaarheid. Zo kunnen latente risico's tijdig in beeld worden gebracht en worden teruggedrongen, betoogde hij. Dat kunnen risico's zijn voor de werknemer, maar ook voor de werkgever. Een werknemer kan door een slechte gezondheid eerder bezwijken onder werkdruk; de werkgever loopt het risico aansprakelijk gesteld te worden. Grapperhaus wilde niet zo ver gaan dat er aan de gezondheidsscores juridische consequenties verbonden worden. Er is al zo veel te winnen met alleen het monitoren van de gezondheid van werknemers, vond hij.

Commissievoorzitter Robin Linschoten gaf aan dat de commissie uitgebreid heeft gesproken over alle mogelijkheden, ook over monitoring van de gezondheid en inzetbaarheid van werknemers. Daar zijn veel best practices over bekend. Maar noch de werkgevers- noch de werknemersvertegenwoordigers in de commissie wilden dit verplicht stellen. Ook meldde hij dat de positie van de bedrijfsarts en zijn relatie tot de reguliere zorgsector wordt onderzocht in het verband van de Commissie Arbeidsomstandigheden van de SER. De bedrijfsarts dreigt soms in een spagaat te komen: hij is een vertrouwenspersoon voor de werknemer, maar heeft tegelijkertijd een adviserende rol voor diens werkgever als het gaat om de verplichting tot doorbetalen van loon tijdens ziekte.

Het kroonlid Leo Stevens vond het een mooi advies, maar miste de [belangrijke rol die het onderwijs bij preventie](#)

kan spelen. Gezond gedrag kun je immers op school leren, betoogde hij. Linschoten zei daarop dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg samen met de Onderwijsraad en de Raad voor het Overheidspersoneel binnenkort met een advies over hetzelfde onderwerp komen. Daarin zal ook de rol van het onderwijs worden behandeld

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden

Staatsblad 2006 351 1

Wet Wmo = Wet Maatschappelijke ondersteuning.

De uitvoering van deze wet ligt bij de gemeenten. Wat houdt deze wet in :

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
 - a. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
 - b. mantelzorg: langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar overstijgt;
 - c. maatschappelijke opvang: het tijdelijk bieden van onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die, door een of meer problemen, al dan niet gedwongen de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving;
 - d. vrouwenopvang: het tijdelijk bieden van onderdak en begeleiding aan vrouwen die, al dan niet gedwongen, de thuissituatie hebben verlaten in verband met problemen van relationele aard of geweld;
 - e. openbare geestelijke gezondheidszorg: het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg;
 - f. verslavingsbeleid: maatschappelijke zorg gericht op verslaafden, alle individuele geneeskundige verslavingszorg daaronder niet begrepen, en preventie van verslavingsproblemen, met inbegrip van activiteiten in het kader van de bestrijding van overlast door verslaving;
 - g. maatschappelijke ondersteuning:
 - 1°. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
 - 2°. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
 - 3°. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
 - 4°. het ondersteunen van mantelzorgers daar onder begrepen steun bij het vinden van adequate oplossingen indien zij hun taken tijdelijk niet kunnen waarmaken, alsmede het ondersteunen van vrijwilligers;
 - 5°. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
 - 6°. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer;
 - 7°. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en het voeren van beleid ter bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd;
 - 8°. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
 - 9°. het bevorderen van verslavingsbeleid;
 - h. huishoudelijke verzorging: het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het

- verzorgen van het huishouden van een persoon dan wel van de leefeenheid waartoe een persoon behoort;
- i. steunfunctiewerk: activiteiten die het uitvoeren of voorbereiden daarvan, ondersteunen van het door de gemeente te voeren beleidbetreffende maatschappelijke ondersteuning.
 2. Voor de toepassing van deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt gelijkgesteld met:
 - a. echtgenoot: geregistreeerde partner;
 - b. gehuwd: als partner geregistreerd.
 3. Voor de toepassing van deze wet en van de tot haar uitvoering genomen besluiten wordt:
 - a. als gehuwd of als echtgenoot mede aangemerkt de ongehuwde meerderjarige die met een andere ongehuwde meerderjarige een gezamenlijke huishouding voert, tenzij het betreft een bloedverwant in de eerste graad;
 - b. als ongehuwd mede aangemerkt degene die duurzaam gescheiden leeft van de persoon met wie hij gehuwd is.
 4. Van een gezamenlijke huishouding is sprake indien twee personen hun hoofdverblijf in dezelfde woning hebben en zij blijk geven zorg te dragen voor elkaar door middel van het leveren van een bijdrage in de kosten van de huishouding dan wel anderszins.
 5. Een gezamenlijke huishouding wordt in ieder geval aanwezig geacht indien de betrokkenen hun hoofdverblijf hebben in dezelfde woning en:
 - a. zij met elkaar gehuwd zijn geweest of eerder voor de toepassing van deze wet daarmee gelijk zijn gesteld,
 - b. uit hun relatie een kind is geboren of erkenning heeft plaatsgevonden van een kind van de een door de ander,
 - c. zij zich wederzijds verplicht hebben tot een bijdrage aan de huishouding krachtens een geldend samenlevingscontract, of
 - d. zij op grond van een registratie worden aangemerkt als een gezamenlijke huishouding die naar aard en strekking overeenkomt met de gezamenlijke huishouding, bedoeld in het vierde lid.
 6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt vastgesteld welke registraties, en gedurende welk tijdvak, in aanmerking worden genomen voor de toepassing van het vijfde lid, onderdeel d.
 7. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van hetgeen wordt verstaan onder het blijk geven zorg te dragen voor een ander, zoals bedoeld in het vierde lid.

Artikel 2

Er bestaat geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning voor zover met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning, een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat.

■ **Wet Wmo, wet maatschappelijke ondersteuning (kort)**

Work Ability Index

De Work Ability Index (WAI) is een instrument dat werkgevers en werknemers kunnen gebruiken om iemands inzetbaarheid nauwkeurig in kaart te brengen. De grondlegger van de WAI, professor Juhani Ilmarinen van het Finnish Institute of Occupational Health (FIOH), definieert werkvermogen als de mate waarin een werknemer zowel lichamelijk als geestelijk (psychisch) in staat is om zijn/haar huidige werk uit te voeren.

Omdat een veelheid aan factoren het individuele werkvermogen beïnvloeden, en de work ability betrekking heeft op de huidige functie, is het werkvermogen een dynamisch begrip dat gedurende de loopbaan van een werknemer sterk kan veranderen.

Het werkvermogen is een resultante van de interactie tussen de capaciteiten en de kenmerken van de werknemer enerzijds en kenmerken van het werk anderzijds. Voor de werknemer gaat het hierbij onder andere om zijn of haar functionele capaciteiten (lichamelijk, psychisch en sociaal), gezondheid, kwalificaties (opleiding) en competenties, maar ook om zijn of haar motivatie, normen en waarden. Bij het 'werk' gaat het om de lichamelijke en psychische eisen van het werk, de werkomstandigheden en de sociale werkomgeving.

De WAI wordt gemeten met behulp van een vragenlijst die de medewerker zelf invult. De vragen hebben betrekking op verschillende dimensies:

- 1 kenmerken van het werk
- 2 huidige werkvermogen vergeleken met beste werkvermogen
- 3 werkvermogen in relatie tot de eisen van het werk
- 4 aantal huidige aandoeningen
- 5 inschatting beperking werkuitoefening door aandoeningen
- 6 ziekteverzuim gedurende de afgelopen 12 maanden
- 7 eigen prognose werkvermogen over 2 jaar
- 8 vitaliteit

Het instrument heeft één enkel getal als uitkomstmaat voor het niveau van het werkvermogen.

De WAI is in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontwikkeld voor een grootschalig Fins onderzoeksproject, en wordt op dit moment in circa dertig landen ingezet bij vele organisaties.

Uit diverse wetenschappelijke onderzoeken blijkt de WAI een valide en betrouwbaar instrument te zijn.

Het gebruik van de WAI is geen doel op zich. De WAI is een ondersteunend middel dat toegepast kan worden binnen het gezondheids-, arbo- en personeelsbeleid van organisaties. Zo hanteert een aantal bedrijven het instrument bijvoorbeeld als onderdeel van het Preventief Medisch Onderzoek (PMO). Voordat het instrument wordt ingezet, dient de organisatie doelen te formuleren over wat met de uitkomsten van de metingen gebeurt.

De WAI is een screeningsinstrument en geen diagnostisch instrument. Dat betekent dat weliswaar met behulp van de WAI te constateren valt dat er een probleem bestaat over de mate van inzetbaarheid van een medewerker, maar niet wat de oorzaak van het probleem is. De uitkomsten van de WAI zijn zowel op individueel als op groepsniveau te gebruiken. Op individueel niveau gaat het om het monitoren van het werkvermogen in de tijd en het tijdig signaleren van een verminderd werkvermogen. Op groepsniveau kunnen de scores gebruikt worden voor het signaleren van risicogroepen. Deze kennis is bruikbaar voor beleidsontwikkeling en het evalueren van de effectiviteit van interventies op groepsniveau.

Ook kunnen determinanten van een verminderd werkvermogen worden onderzocht door middel van vergelijkingen van het gemiddelde werkvermogen tussen groepen. Bedrijven die willen deelnemen aan de WAI sluiten een contract (sublicentie) met de Stichting Blik op Werk, de licentiehouder voor het gebruik van de WAI in Nederland.

Blik op Werk introduceert, verspreidt, en promoot het gebruik van de WAI in Nederland, om een bijdrage te leveren aan duurzame inzetbaarheid van werknemers, en wordt daarbij ondersteund door het ministerie van SZW. Daarnaast faciliteert Blik op Werk een lerend netwerk in Nederland, door professionals bij elkaar te brengen die ervaringen delen en kennis uitwisselen. Ook stelt Blik op Werk zogenaamde spiegelinformatie beschikbaar aan deelnemende bedrijven, waarmee ze hun scores op de WAI kunnen spiegelen aan en vergelijken met die van andere bedrijven. Dit is mogelijk omdat een nationale databank wordt aangelegd met WAI-scores en persoonskenmerken van de werknemers die de vragenlijsten invulden.

Er is zowel een korte als een lange versie van de Nederlandstalige WAI-vragenlijst opgesteld. Blik op Werk biedt beide versies als standaard aan. Deelnemende bedrijven worden vermeld op de website van Blik op Werk www.blikopwerk.nl. Het aantal deelnemende en belangstellende bedrijven groeit.

Deelnemende bedrijven aan de WAI zijn, via de overeenkomst met Blik op Werk, gebonden aan een aantal spelregels. De belangrijkste spelregels zijn:

- Werknemers worden vooraf geïnformeerd over het doel en de uitvoering van de WAI (met name over de vrijwillige deelname, vertrouwelijkheid van gegevens en vervolgactiviteiten na afname van de WAI).
- De ondernemingsraad of medezeggenschapsraad in het bedrijf hebben instemmingsrecht voor het gebruik van de WAI.
- Het bedrijf mag de vragenlijsten niet bewerken zonder toestemming van Blik op Werk. Het is wel toegestaan om de WAI in combinatie met andere vragenlijsten te gebruiken.
- Het bedrijf kan zelf kiezen of het de korte of lange versie van de vragenlijst wil gebruiken.
- Het bedrijf beschikt over een adequate klachtenprocedure en een privacyreglement.
- De gegevens van een werknemer kunnen alleen met toestemming van de werknemer aan anderen worden verstrekt.
- De uitkomsten van de WAI mogen niet te herleiden zijn naar individuen.
- De verzamelde data levert het bedrijf geanonimiseerd aan Blik op Werk. In de overeenkomst staan de richtlijnen voor aanlevering en dataverwerking.
- Aan het gebruik van de WAI zijn kosten verbonden. De overeenkomst wordt aangegaan voor één kalenderjaar en wordt ieder volgend jaar met een jaar verlengd. Opzeggen (schriftelijk) kan uiterlijk twee maanden voor afloop van dat betreffende jaar.

Bronnen: www.blikopwerk.nl en www.workabilityindex.nl, Blik op Werk (2008) Work ability index (WAI) werkwijzer, Den Haag : Stichting Blik op Werk. SER rapport "Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties"

■ Conclusie

De Preventie Assistent (GeHA) als gecertificeerd beroepsbeoefenaar is een noodzaak in de totale ontwikkeling van de Preventieve Gezondheid.

In het kort komt het er op neer dat :

- Er moet een gespecialiseerde opleiding komen
- Registratie moet door een centraal orgaan worden gedaan

- De stichting (foundation) QRPH heeft de coördinatie in handen van de registratie, het wetenschappelijk onderzoek en de samenwerking tot de in dit rapport beschreven commerciële industrie segmenten
- De examens en curriculum ontwikkeling zijn in handen van een gespecialiseerd bedrijf dat onder toezicht staat van vernoemde stichting QRPH. Dit bedrijf legt verantwoording af aan de stichting voor zijn activiteiten.

De stichting QRPH beheert het ontwikkelingsfonds dat tot doel heeft :

- Preventieve Gezondheid wetenschappelijk te onderbouwen en ondersteunen
- Afgeven van certificaten na passage van het examen
- Registratie officieel gecertificeerde Preventie Assistent (GeHA)en op de website
- De controle op database bestanden in de Preventieve Gezondheid
- Het uitoefenen van tuchtrechtspraak
- Controle op opleiding en examen
- Het anonimiseren van wetenschappelijke data en deze ter beschikking stellen van derden

Het bedrijf Quality Health Prevention heeft tot doel ;

- Het ontwikkelen, uitwerken en actualiseren van het curriculum Preventieve Gezondheids assistent
- Het ter beschikking stellen van het curriculum aan opleidingsinstituten, controle op implementatie van de opleiding en certificering van het opleidingscentrum
- Het ontwikkelen van examens
- Het afnemen van examens
- Het beoordelen van het examen en afgeven van resultaten aan de Stichting
- Het organiseren van evenementen, seminars en trainingen

Voor deelname van voorgaande organisaties en bedrijfstakken moeten er de volgende comités worden opgezet ;

- IT platform Preventieve Gezondheid, hierin nemen deelnemers van alle genoemde bedrijfs en overheids segmenten plaats om de voorwaarden te stellen en het platform te creëren waar een (inter) nationaal programma centraal staat dat zowel door de preventie als de medische wereld gebruikt wordt en tevens voor alle sectoren geanonimiseerde data opleveren die gebruikt worden voor innovaties en doorontwikkelingen.
- Wetenschappelijk team. Dit team heeft tot doel ontwikkelingsthema's vast te stellen en hier door middel van wetenschappelijke bewijsvoering grond aan te geven.

■ Literatuur

Koppeling van LMR- en GBA-gegevens; methode, resultaten en kwaliteitsonderzoek. CBS, Voorburg/Heerlen

Gezondheid en zorg in cijfers 2007 43 CBS, 2006. Ziekenhuispatiënten naar diagnose, leeftijd en geslacht, statline.cbs.nl.

CBS, 2007. Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS), statline.cbs.nl.

CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2004. Richtlijn Bloedtransfusie.

CBO, Utrecht. CVZ, 2004. Verdiepingsmonitor Wachtlijst Verpleging en Verzorging. Peiling per 1 oktober 2003. College voor Zorgverzekeringen, Diemen.

CVZ, 2007. College voor zorgverzekeringen. Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Diemen, www.gipdatabank.nl.

Deckers JW, Merry AHH, Feskens EJM, Eysink PED, 2006. Wat zijn coronaire hartziekten en wat is het beloop? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, www.nationaalkompas.nl.

Hunsel F van & K Grootheest, 2005. Hypertensie als bijwerking van geneesmiddelen. Pharmaceutisch Weekblad 140(48), 1536–1537,1554.

Mattke S, Kelley E, Scherer P, Hurst J, Gil Lapetra ML, 2006. Health Care Quality Indicators Project. Initial Indicators Report. OECD Health Working Papers no. 22. OECD, Parijs.

Millar J & Mattke S, 2004. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. OECD Health Technical Papers no. 18. OECD, Parijs.

Kelley E, Hurst J, 2006. Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper. OECD Health working papers no. 23. OECD, Parijs. OECD, 2007. Health at a Glance. OECD, Parijs.

Ree J de & M van Sijl, 2005. Ophogen op opnameniveau van gegevens van de Landelijke Medische Registratie gekoppeld met de GBA. CBS, Voorburg, www.cbs.nl.

SijlMvan, Ree J de, 2005. Ophogen op persoonsniveau van gegevens van de Landelijke Medische Registratie gekoppeld met de GBA. CBS, Voorburg, www.cbs.nl.

Smit HA, Boezen HM, Poos MJJC, 2006a. Hoe vaak komt astma voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM, Bilthoven, www.nationaalkompas.nl.

Smit HA, Boezen HM, Poos MJJC, 2006b. Neemt het aantal mensen met astma toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. RIVM, Bilthoven, www.nationaalkompas.nl.

Stichting TRIP, 2006. Transfusie Reacties In Patiënten. Rapport 2005. Den Haag. Verschoor H, Stolker DHCM, Franke CL, 2004. Stroke Services anno 2003. Nederlandse Hartstichting, Den Haag.

Verweij G & L Slobbe, 2005. Meer mensen in ziekenhuis opgenomen. CBS-Webmagazine, 30 mei 2005, www.cbs.nl.

Verweij, GCG & A de Bruin, 2005. Trends in klinische prevalentie van ziekten In: Gezondheid en zorg in cijfers 2005, p 23–34. CBS, Voorburg.

Wever-Hess J, Wever AM, 1997. Asthma statistics in The Netherlands 1980–94. *Respir Med* 91: 417–422.

Gezondheid

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *Bmj* 2001;323(7315):719-25.

Byles JE, Francis L, McKernon M. The experiences of non-medical health professionals undertaking community-based health assessments for people aged 75 years and over. *Health Soc Care Community* 2002;10(2):67-73.

U.S. Department of Health and Human Services: Office of Disease Prevention and Health Promotion – Healthy People 2010. *Nasnewsletter* 2000;15(3):3.

Gausman Benson J, Forman WB. Comprehension of written health care information in an affluent geriatric retirement community: use of the Test of Functional Health Literacy. *Gerontology* 2002;48(2):93-7.

Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care* 2002;40(5):395-404. healthy ageing | preventive health services 133

Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns* 2003;51(3):267- 75.

Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J, Ray S. Use of a lowliteracy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates. A randomized controlled trial. *Jama* 1999;282(7):646-50.

Elkan R, Kendrick D. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? HEN Synthesis Report. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN); 2004.

van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *Bmj* 2000;320(7237):754-8.

Stephenie C. Lemon, Wendy Verhoek-Oftedahl, Edward F. Donnelly. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. July 2002, 11(6): 555-562. doi:10.1089/152460902760277912.

The Lancet, Volume 356, Issue 9238, Pages 1307-1312

D.Pittet, S.Hugonnet, S.Harbarth, P.Mourouga, V.Sauvan, S.Touveneau, T.Perneger

The evolving role of prevention in health care Contributions of the U.S. Preventive Services Task Force *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 20, Issue 3, Pages 13-20

Journal of Proteome research Systems Biology, Proteomics, and the Future of Health Care: Toward Predictive, Preventative, and Personalized Medicine

Andrea D. Weston†,‡ and Leroy Hood*,† *Institute for Systems Biology, 1441 North 34th Street, Seattle, Washington, 98103-8904* Received January 17, 2004

Improving Preventive Care by Prompting Physicians E. Andrew Balas, MD, PhD; Scott Weingarten, MD; Candace T. Garb, BS; David Blumenthal, MD; Suzanne Austin Boren, MHA; Gordon D. Brown, PhD *Arch Intern Med.* 2000;160:301-308.

Self Determination Theory and Preventive Care Delivery: A Research Involving Outpatient Settings Network (RIOS Net) Study, Andrew L. Sussman, PhD, MCRP, Robert L. Williams, MD, MPH, Robert Leverage, MD, Park W. Gloyd, Jr, MD, MPH, Benjamin F. Crabtree, PhD on Behalf of RIOS Net Clinicians, Department of Family and Community Medicine (ALS, RLW), University of New Mexico Department of Medicine (RL), University of New Mexico, Albuquerque Service Unit, US Indian Health Service (PWG), Albuquerque, Department of Family Medicine, Robert Wood Johnson Medical School, University of Medicine and Dentistry of New Jersey (BFC), Piscataway

First published February 28, 2008 as JAMIA PrePrint; doi:10.1197/jamia.M2555
J Am Med Inform Assoc. 2008;15:311-320. DOI 10.1197/jamia.M2555.

© 2008 American Medical Informatics Association Prompting Clinicians about Preventive Care Measures: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials

Judith W. Dexheimer, MSa, Thomas R. Talbot, MD, MPHb,c, David L. Sanders, MD, MSa, S. Trent Rosenbloom, MD, MPHa,c and Dominik Aronsky, MD, PhDa,d,*

First published April 23, 2009 as JAMIA PrePrint; doi:10.1197/jamia.M3128

J Am Med Inform Assoc. 2009;16:457-464. DOI 10.1197/jamia.M3128.

© 2009 American Medical Informatics Association The Relationship between Electronic Health Record Use and Quality of Care over Time

Li Zhou, BMed, PhDa,c,* , Christine S. Soranb, Chelsea A. Jenter, MPHc, Lynn A. Volk, MHSb, E. John Orav, PhDc, David W. Bates, MD, MSb,c and Steven R. Simon, MD, MPHd

Failure to Adopt Beneficial Therapies Caused by Bias in Medical Evidence Evaluation

Scott K. Aberegg, MD, MPH, The Ohio State University College of Medicine and Public Health, Department of Internal Medicine, Division of Pulmonary, Allergy, Critical Care, and Sleep Medicine; Johns Hopkins Medical Institutions, Department of Medicine, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Baltimore, MD; Hal Arkes, PhD The Ohio State University, Department of Psychology, Division of Health Sciences, Management and Policy, Center for Health Outcomes, Policy, and Evaluation Studies, Columbus, OH, Peter B. Terry, MD, MA Johns Hopkins Medical Institutions, Department of Medicine, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Baltimore, MD

A Practice-Sponsored Web Site to Help Patients Pursue Healthy Behaviors: An ACORN Study

Steven H. Woolf, MD, MPH1, Alex H. Krist, MD2, Robert E. Johnson, PhD3, Diane B. Wilson, EdD, MS, RD4, Stephen F. Rothemich, MD, MS2, Gregory J. Norman, PhD4 and Kelly J. Devers, PhD5

Jaen CR, Stange KC, Tumiel LM, Nutting P. Missed opportunities for prevention: smoking cessation counseling and the competing demands of practice. *J Fam Pract.* 1997;45:348–354.[[Medline](#)]

Jaen CR, McIlvain H, Pol L, et al. Tailoring tobacco counseling to the competing demands in the clinical encounter. *J Fam Pract.* 2001;50:859–863.[[Medline](#)]

Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. *Health Behavior and Health Education.* San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 60–84; 1997

Fotheringham MJ, Owies D, Leslie E, Owen N. Interactive health communication in preventive medicine: internet-based strategies in teaching and research. *Am J Prev Med.* 2000;19:113–120.[[Medline](#)]

Cifuentes M, Fernald DH, Green LA, et al. Prescription for health: changing primary care practice to foster

healthy behaviors. *Ann Fam Med*. 2005;3 Suppl 2:S4–11.[[Abstract/Free Full Text](#)]

Woolf SH, Chan EC, Harris R, et al. Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Ann Intern Med*. 2005;143:293–300.[[Abstract/Free Full Text](#)]

Tang PC, Lansky D. The missing link: bridging the patient-provider health information gap. Electronic personal health records could transform the patient-provider relationship in the twenty-first century. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24:1290–1295.[[Abstract/Free Full Text](#)]

Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140:557–568.[[Abstract/Free Full Text](#)]

Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, et al. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999–2002. *JAMA*. 2004;291:2847–2850.[[Abstract/Free Full Text](#)]

Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA*. 2005;293:1861–1867.[[Abstract/Free Full Text](#)]

The Decade of Health Information Technology: Delivering Consumer-Centric and Information-Rich Health Care, Framework for Strategic Action. Washington, DC: US Department of Health and Human Services

Kittler AF, Carlson GL, Harris C, et al. Primary care physician attitudes towards using a secure web-based portal designed to facilitate electronic communication with patients. *Inform Prim Care*. 2004;12:129–138.[[Medline](#)]

Balas EA, Austin SM, Mitchell JA, et al. The clinical value of computerized information services. A review of 98 randomized clinical trials. *Arch Fam Med*. 1996;5:271–278.

Harris LM. *Health and the New Media: Technologies Transforming Personal and Public Health*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1995

Street RL, Gold WR, Manning TE. *Health Promotion and Interactive Technology: Theoretical Applications and Future Directions*. London, England: Lawrence Erlbaum Associates; 1997

Tate DF, Jackvony EH, Wing RR. Effects of Internet behavioral counseling on weight loss in adults at risk for type 2 diabetes: a randomized trial. *JAMA*. 2003;289:1833–1836

■ **Overzicht publieks campagnes Postbus 51**

Overzicht Postbus 51 publiekscampagnes 2009

Kamerstuk | 16-09-2008

De minister-president heeft het overzicht van de voorgenomen publiekscampagnes naar de Tweede Kamer gestuurd.

Hierbij zend ik u, evenals voorgaande jaren, het overzicht van de voorgenomen publiekscampagnes, die volgend jaar gebruik maken van radio- en televisiezendtijd in Postbus 51. De lijst telt 20 campagnes. In bijlage 1 wordt elke campagne kort toegelicht.

Als zendgemachtigde beschikt de rijksoverheid over een vaste hoeveelheid radio- en televisiezendtijd bij de publieke zenders. Daarnaast wordt zendtijd voor Postbus 51 ingekocht bij de commerciële stations. Om deze zendtijd zo goed mogelijk te benutten, worden alle campagnes onderzocht op hun effectiviteit. De resultaten van dit effectonderzoek worden jaarlijks aan u toegezonden. Op 27 juni 2008 heeft u de Jaarevaluatie van de in 2007 gevoerde campagnes ontvangen.

Tijdens de begrotingsbehandeling van AZ op 10 oktober 2007 heb ik met de Tweede Kamer onder andere gesproken over de Postbus 51-campagnes. Naar aanleiding van vragen gaf ik toen aan dat door het groeiende aanbod van de campagnes de effectiviteit van de afzonderlijke boodschappen onder druk is komen te staan. Daarom is besloten de hoeveelheid campagnes te verminderen en de samenhang tussen campagnes te vergroten. Het kabinet heeft dit onderstreept in de nota 'Vernieuwing Rijksdienst'.

2009 en 2010 zijn overgangsjaren. In die periode zal het kabinet de volgende stappen zetten:

- De samenhang van de Postbus 51-campagnes wordt vergroot door deze onder een beperkt aantal thema's te communiceren. Deze 'thematische aanpak' wordt vormgegeven in het kader van het project Overheidscommunicatie Nieuwe Stijl (ONS). Ik streef er naar om in 2009 de eerste thema's in de Postbus 51-campagnes zichtbaar te maken. In 2010 volgen de overige thema's.
- Onder regie van de VoRa wordt een technische uitvoeringstoets ontwikkeld die de afweging ondersteunt in hoeverre het noodzakelijk is om voor een aangemelde campagne radio en televisie in te zetten. De uitvoeringstoets kan naar verwachting in 2009 als pilot worden ingezet (dus bij de toetsing van de Postbus 51-campagnes voor 2010).
- Het vernieuwde aanmeldings- en toetsingstraject is naar verwachting aan het eind van deze kabinetsperiode gerealiseerd. Daarmee dragen de Postbus 51-campagnes bij aan een grotere effectiviteit en herkenbaarheid van de communicatie en een grotere overzichtelijkheid voor de burger. De invoering van een rijksbrede huisstijl zal naar verwachting een positieve invloed hebben op de verdere uitwerking en implementatie hiervan.
- Indien u daar prijs op stelt, ben ik bereid te bevorderen dat leden van de Tweede Kamer uitgebreider worden geïnformeerd over de wijze waarop Postbus 51-campagnes worden voorbereid, uitgevoerd en onderzocht. Dit kan gebeuren door middel van een technische toelichting bij de Dienst Publiek en Communicatie van de Rijksvoorlichtingsdienst. Daarbij kan ook de methode van toetsing van de Postbus 51-campagnes en de selectie daarvan aan de orde komen.

Tot slot, als zendgemachtigde ben ik verantwoordelijk voor de uitzendingen in de zendtijd van Postbus 51, maar vervolgens is iedere minister verantwoordelijk voor de inhoud van campagnes die op zijn/haar beleidsterrein worden gevoerd. Dit betekent dat vragen of opmerkingen over individuele campagnes aan de orde kunnen komen bij de begrotingsbehandeling van het betreffende ministerie.

Voor de volledigheid treft u in bijlage 2 achtergrondinformatie aan over de definitie van massamediale campagnes, de toetsingsprocedure en de huidige selectiecriteria die gelden voor het inzetten van Postbus 51.

DE MINISTER-PRESIDENT,

Minister van Algemene Zaken,
mr.dr. J.P. Balkenende

Bijlagen:

- korte omschrijving aangemelde campagnes
- achtergrondinformatie toetsingstraject Postbus 51-campagnes

Bijlage 1

AZ – 4 en 5 mei

Vrijheid is niet vanzelfsprekend. Jaarlijks wordt aandacht besteed aan de (doden)herdenking op 4 mei en het vieren van de bevrijding op 5 mei. Deze massamediale campagne draagt bij aan het zo groot mogelijk maken en houden van het draagvlak voor de dodenherdenking en het vieren van de bevrijding en de waarde die aan vrijheid en democratie wordt gehecht. De activiteiten, waar de Postbus 51-spot deel van uitmaakt, worden in nauwe samenwerking met het Nationaal Comité 4 en 5 mei en de ministeries van BZK, Defensie, Justitie, OCW, VWS uitgevoerd.

BZK – Verkiezingen Europees Parlement

BZK richt zich in deze campagne op het verkiezingsproces. Zo wordt de datum van de verkiezing gecommuniceerd en worden kiezers opgeroepen om gebruik te maken van hun stemrecht. Deelname aan verkiezingen en een goed verloop van het proces is in het belang van de rechtstaat. BZK voert deze campagne alleen, maar stemt af met BZ in verband met de communicatie activiteiten van dat departement in het kader van de verkiezing van het Europees parlement.

BZK – 112, als elke seconde telt

Het noodnummer 112 kampt met groot misbruik en oneigenlijk gebruik van het nummer. Hier is jaarlijks sprake van bij meer dan de helft van 5 miljoen telefoontjes. De afhandeling van de echte noodoproepen kan hierdoor vertraging oplopen. Vanaf 2009 is het mogelijk misbruikers effectief te traceren. Daarnaast wordt de bekendheid van de 'heterdaadfunctie' door middel van deze campagne bevorderd. Communicatie over het landelijk noodnummer is een verplichting van de EU.

Defensie – Veteranen; ingezet in dienst van de vrede

Veteranen hebben zich ingezet in opdracht van de Nederlandse regering om elders vrede en veiligheid te brengen. Om die reden verdienen ze erkenning en waardering. Het vergroten van kennis over veteranen en hun werk en het creëren van erkenning en waardering voor hun inzet, is het doel van deze campagne. Voor deze campagne wordt nauw samengewerkt met het Comité Nederlandse Veteranendag.

EZ – Maak jezelf ConsuWijzer

Er is gebleken dat consumenten slecht op de hoogte zijn van hun rechten en plichten bij de aankoop van producten en diensten. Door middel van deze campagne worden consumenten gewezen op het bestaan van het loket ConsuWijzer, waar ze deze informatie kunnen vinden. ConsuWijzer is het informatieloket van de toezichthouders Consumentenautoriteit, NMa en OPTA. Het loket is erop gericht consumenten bewuster en assertiever te maken. Anderzijds is het loket voor de toezichthouders een bron over waar in de markt de problemen zitten. Een assertieve consument die zijn rechten kent, is minder vatbaar voor oneerlijke handelspraktijken.

Financiën – Controlethema aangifte inkomstenbelasting 2008

De Belastingdienst controleert jaarlijks de inkomstenbelasting op een bepaald thema. Belastingplichtigen worden daarover onder andere via deze Postbus 51-campagne vooraf geïnformeerd. Het controlethema bij de IB-aangifte 2008 is de aftrekpost giften.

Financiën – Voorlopige Aanslag

De term ‘voorlopige teruggaaf’ wordt gewijzigd in ‘voorlopige aanslag’. Dat kan bij het grote publiek tot verwarring leiden. De Belastingdienst wil middels deze campagne duidelijk maken dat het om dezelfde procedure gaat en dat men nog steeds maandelijks geld terug kan krijgen. Cijfers van vorig jaar laten zien dat zo’n 1,5 miljoen mensen mogelijk recht hebben op voorlopige teruggave, maar dit niet aanvragen. Het is mogelijk dat dit aantal door de naamswijziging nog groter wordt. De Belastingdienst heeft de plicht burgers hierover te informeren. Indien ze ervoor in aanmerking (wensen te) komen, geeft de campagne aan waar de aanvraag gedaan kan worden.

Justitie – Huiselijk geweld

Geweld in de privé-sfeer is de omvangrijkste geweldsvorm in de Nederlandse samenleving. Meer dan 40% van de Nederlandse bevolking heeft ooit in zijn/haar leven te maken met huiselijk geweld. Jaarlijks komen naar schatting 100.000 kinderen als getuige in aanraking met huiselijk geweld. Deze campagne is erop gericht burgers te informeren over de mogelijkheden om hulp te verkrijgen. Dit geldt voor slachtoffers, daders en omstanders. Justitie werkt bij deze campagne samen met de ministeries van BZK en VWS.

Justitie – Voorkom cybercrime

Cybercrime is een groeiend probleem. Deze ontwikkeling ondermijnt het gevoel van veiligheid. Daarom is het van belang dat burgers weten welke risico’s ze lopen bij het gebruik van internet en welke maatregelen ze kunnen nemen om zich daartegen te beschermen. De campagne richt zich op iedereen die gebruik maakt van internet. Daarbinnen is speciale aandacht voor jongeren, ouderen en lager opgeleiden. Justitie werkt bij deze campagne samen met de ministeries van BZK, EZ en OCW.

OCW – Leren & Werken

Om de dynamiek op de arbeidsmarkt te verhogen moeten arbeidsparticipatie en opleidingsniveau omhoog. Een middel daartoe is het ‘Ervaringscertificaat’ (EVC). Dat houdt in dat mensen hun werker-
varing laten certificeren, waardoor ze verkort een erkend diploma kunnen halen. Het EVC is er op mbo, hbo en universitair niveau. De campagne heeft als doel de bekendheid van het EVC en de maatschappelijke acceptatie ervan te vergroten. Ook wordt verwezen naar de site waarop de mogelijkheden beschreven staan en via welke contact opgenomen kan worden met aanbieders van het EVC of een regionaal leerwerkloket. De campagne wordt gevoerd in samenwerking tussen OCW en het ministerie van SZW.

SZW – Blijf positief: preventie schulden

Het aantal mensen dat een beroep doet op schuldhulpverlening is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Problematische schulden kunnen vergaande consequenties met zich meebrengen. De campagne Blijf Positief richt zich op het voorkomen van problematische schulden en wil de risico’s en gevolgen van schulden zichtbaar, bespreekbaar en hanteerbaar maken. Burgers moeten zich ervan bewust zijn dat ze iets kunnen doen aan hun situatie en gedrag. Dit jaar richt de campagne zich vooral op de risico’s van rood staan. Mensen krijgen informatie en handvatten aangereikt om bewuster om te gaan met hun inkomen.

V&W – Nederland leeft met water

Het huidige watersysteem is niet in staat de toekomstige ontwikkelingen van het klimaat op te vangen. Droge voeten, maar ook schoon water zijn op langere termijn geen vanzelfsprekendheid. Daarom worden er nu maatregelen genomen voor een duurzaam en klimaatbestendig Nederland. Water moet steeds meer een sturende factor in de inrichting van het Nederlandse landschap worden. De genoemde

maatregelen grijpen steeds meer in in het dagelijkse leven van de inwoners van Nederland. Het doel is dat de betrokkenheid rondom water en klimaat vergroot wordt en mensen bewuster omgaan met water. Voor deze campagne wordt samengewerkt met de Unie van Waterschappen, IPO, VNG en de ministeries van LNV en VROM.

V&W – Daar kun je mee thuis komen: verkeersveiligheid

Het doel van deze koepelcampagne is de bevordering van veilig verkeersgedrag en de daarbij horende mentaliteit. Binnen het overkoepelende thema 'verkeersveiligheid' worden concrete onderwerpen gecommuniceerd. Thema's die in de Postbus 51-spots terug zullen komen, zijn het tegengaan van rijden onder invloed, het bevorderen van respectvol rijgedrag, en het vergroten van het bewustzijn van het gevaar van de dode hoek. Net als voorgaande jaren wordt een mix van instrumenten ingezet waarbij communicatie en handhaving zoveel mogelijk zijn gekoppeld. De campagne is onderdeel van een meerjarige communicatiestrategie.

V&W – Van A naar Beter

Mobiliteit en filedruk nemen nog steeds toe. Wanneer er niets gebeurt, is de verwachting dat de files in de toekomst alleen maar zullen groeien. Het doel van deze campagne is om de doorstroming van het verkeer te bevorderen. Hiervoor is het noodzakelijk dat de weggebruiker zijn of haar weggedrag aanpast en slimme reiskeuzes maakt. Door middel van de campagne wordt de weggebruiker duidelijk gemaakt op welke manieren die zelf kan bijdragen aan minder files.

VROM – Klimaat en energie: schoon en zuinig

Klimaatverandering heeft een grote impact op mens en natuur. Veel mensen zijn overtuigd van het feit dat het klimaat verandert. Dit bewustzijn en daadwerkelijke verandering in gedrag moeten verder worden uitgebouwd. Deze themacampagne is erop gericht burgers bewuster te maken van de gevolgen van klimaatverandering en mogelijkheden te bieden voor meer duurzaam gedrag. Boodschap is: wanneer je energiezuiniger gedrag vertoont bespaart je dit geld en het is goed voor het klimaat. De campagne wordt voorbereid in afstemming met de ministeries van EZ, LNV en V&W.

VROM – Deltaplan Inburgering (De Nederlandse taal verbindt ons allemaal)

Om te kunnen participeren in de samenleving is kennis van de Nederlandse taal een vereiste. Deze campagne is erop gericht het brede publiek te informeren over hoe inburgering werkt in Nederland. De campagne benadrukt dat meedoen in Nederland begint met het spreken van de Nederlandse taal. De focus ligt op de doelgroepen inburgeraars, burgers en werkgevers. In de campagne wordt verwezen naar de site hetbegintmettaal.nl, met meer informatie over de genoemde onderwerpen. De campagne wordt afgestemd met de departementen die betrokken zijn bij het Deltaplan Inburgering: BZK, OCW, SZW en VWS.

VROM – Anti-discriminatie: melden helpt!

Iedereen die te maken heeft met discriminatie op basis van godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras en geslacht, seksuele geaardheid of een handicap, kan met een klacht of vraag terecht bij een anti-discriminatiebureau voor deskundige hulp, advies en begeleiding. Veel gevallen van discriminatie worden nu niet gemeld. Met ingang van 1 januari 2009 is er een landelijk dekkend netwerk van toegankelijke, lokale anti-discriminatievoorzieningen. Deze campagne informeert burgers over het recht op gelijke behandeling en het bestaan van dit landelijke netwerk. De campagne wordt voorbereid in afstemming met BZK, Justitie, OCW en SZW.

VWS – Orgaandonatie

Ieder jaar sterven mensen, omdat er voor hen geen orgaan beschikbaar is. De wachtlijst voor organen is lang. Als meer mensen zich registreren als donor, of meer nabestaanden toestemming geven voor donatie, kan daar wat aan gedaan worden. De campagne is erop gericht meer organen beschikbaar te krijgen voor transplantatie door meer mensen ervan te overtuigen donor te worden en zich als zodanig te registreren in het Donorregister.

VWS – Alcohol en opvoeding

Het alcoholgebruik van Nederlandse jongeren is de afgelopen jaren flink toegenomen. Nederlandse jongeren drinken - ook in vergelijking met andere Europese landen - te veel, te vaak en te jong. Alcoholgebruik door jongeren is schadelijk voor de ontwikkeling. De campagne heeft tot doel burgers bewust te maken van de schadelijke effecten van alcohol voor kinderen. De campagne richt zich vooral op ouders en opvoeders en biedt duidelijke adviezen. Het ministerie werkt samen met het Trimbos-instituut.

VWS – Vrij veilig

Het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) - waaronder HIV - is de afgelopen jaren gestegen. De meeste jongeren starten met condoomgebruik binnen een nieuwe relatie, maar stoppen daar snel mee vanwege vertrouwen in de nieuwe partner. De campagne richt zich op het bevorderen en volhouden van condoomgebruik binnen een nieuwe relatie en het stimuleren van mensen om zich te laten testen voordat ze stoppen met condoomgebruik. De campagne richt zich vooral op jongeren en jong-volwassenen. Het ministerie werkt samen met SOA Aids Nederland.

■ Financiële overzichten preventie

Financiële bijlage

Verzekeringcomité 25/09/06

Begrotingsdoelstelling 2007 geneeskundige verzorging: voorstel van de ziekenfondsen.

	In 1000 €
Objectief 2006	18.473.130
Exogeen 2006	-46.041
Algebraïsche verschillen 2006	- 2.428
<i>Basis</i>	18.424.661
Norm 4,5%	829.110
<i>Subtotaal</i>	19.253.771
Inflatie 1,92%	369.672
<i>Subtotaal</i>	19.623.443
Algebraïscheverschillen 2007	- 43.468
<i>Objectief 2007 zonder exogeen</i>	19.579.975
Exogeen 2007	33.497
Objectief 2007	19.613.472
BD2007/BD2006	6,17%

De groeionorm van 4,5% wordt niet overschreden. De groei bedraagt zonder inflatie 4,25%, met inbegrip van een aantal exogene factoren. De belangrijkste exogene factor is de integratie van de kleine risico's voor zelfstandigen voor starters en gepensioneerde zelfstandigen met IGO (Inkomensgarantie Ouderen) op 1/7/06.

Het verschil tussen de herziene TR 2007 en de het objectief bedraagt 293.645 miljoen €. In dit bedrag is reeds een stabiliteitsprovisie voorzien van 80.368 miljoen €. In het voorstel wordt deze provisie verhoogd tot 100 miljoen €.

Blijft een marge van 247.013 miljoen € voor nieuwe initiatieven.

Voorstel nieuwe initiatieven:

Chronisch zieken: 43,8 miljoen €

- Geen remgeld voor bezoek palliatieve patiënten in stelling: 0,6 miljoen €
- Geen remgeld voor verplaatsingsvergoeding verpleegkundige bij palliatieve patiënten: 0,133 miljoen €
- Geen remgeld op de opvolgingsconsultaties in het kader van de zorgtrajecten: 5 miljoen €
- Vermindering van de remgelden op de grote verpakkingen geneesmiddelen: 12 miljoen €
- Pijnstillers van de geneesmiddelencategorie D in de MAF: 15,7 miljoen €
- 5 miljoen € voor allerlei projecten van het Raadgevend comité voor chronisch zieken en van College van geneesheren-directeuren voor de palliatieve patiënten
- 2,7 miljoen € voor de enterale en parenterale voeding
- Verhoging tegemoetkoming reiskosten voor kanker en nierpatiënten. Vergoeding van de totale reiskosten voor gedialyseerde patiënten onder de 18 jaar: 2,65 miljoen €

Daarbij voegt zich een budget van 45 miljoen € voor implantaten (opheffing artikel 28 en nieuwe initiatieven in artikel 35).

De ziekenfondsen stellen voor om de beloning voor de ziekenhuizen die geen supplementen te vragen in 2 persoonskamers te vervroegen met zes maanden, dus vanaf 1/1/2007. Kostprijs: 7,9 miljoen €.

Verhogen toegankelijkheid

- OMNIO-statuut (voorkeurregeling voor personen met een zeer bescheiden inkomen): de voorziene 27,5 miljoen € (in TR) wordt verhoogd met 23,25 miljoen € om een gefaseerde invoering mogelijk te maken.
- Remgeldelingen in de sectoren thuisverpleegkunde en kinesitherapie.

Revalorisatie van sommige verstrekkers:

- Geneesheren: 47,2 miljoen € waaronder 15 miljoen € voor huisartsen (impulsfonds, optrekken GMD-vergoeding, wachtdiensten, avondconsultaties in het kader van een wachtdienst, zorgtrajecten).

Overzicht van de maatregelen in de verschillende sectoren:

Geneesheren: 47,25 miljoen €

	<i>In €</i>
Aanvullende financiering projecten mediacomut 2006-2007	
Revalorisatie pediatrie (toezichtshonoraria)	7.500.000
Revalorisatie geriatrie (toezichtshonoraria)	5.000.000
Oftalmologie - aanvullend budget phaco-emulsie	1.000.000
Chronische pijn - aanvullend budget artikel 12 (vulling morfine- en baclofenpomp inbegrepen)	5.000.000
Nieuwe projecten buiten akkoord	
Geneesheren-specialisten	
Microbiologie	3.441.292
Consultatie specialist in het ziekenhuis (vb. dermatoloog) - consult 589082	2.000.000
Oncologische chirurgie hoofd-hals	700.000

Beenmergpunctie	507.000
Botbiopsie	253.000
Pedopsychiatrie - plafonnering remgeld	1.250.000
<i>PM: bariatrische chirurgie: 500.000 € reeds in TR 2007</i>	
Huisartsen	
Bezoek aan palliatieve patiënten in ROB-RVT: geen remgeld	599.000
Bedrag revalorisering huisartsgeneeskunde (o.m. uitbreiding impulsfonds, zorgtrajecten, verhoging DMG, wachtdiensten, consultaties na 18th, statuut stagiaars...)	15.000.000
Zorgtrajecten	
Geen remgeld bij opvolgingsconsultaties	5.000.000
Totaal	47.250.292

Tandartsen: 11,356 miljoen €

Gefaseerde herinvoering van de vergoeding voor tandextracties	5.750.000
Vergoeding prestatie wachtdienst	481.000
Specifieke nomenclatuur voor gehospitaliseerde patiënten	190.00
Raadpleging orthodontie en paradontologie	1.523.000
Uitbreiding mondonderzoek tot de 56 ^{ste} verjaardag	1.146.000
Kofferdam	2.260.000

Farmaceutische specialiteiten: 18,7 miljoen €

Vaccinatie pneumococcon (art. 56)	15.924.000
Opnemen kosten paracetamol in MAF	-2.000.000
Vermindering remgeld voor grote verpakkingen	12.000.000
Zuurstofconcentrator	-7.257.240
Campagne huisartsen m.b.t antidepressiva	PM

Apothekers: 1,7 miljoen €

Aanpassing vergoeding grondstoffen magistrale bereidingen	1.700.000
Art. 56: databank magistrale bereidingen "Delphi Care"	29.000

Medische voeding: 2,72 miljoen €

Verhoging vergoeding enterale voeding thuis	2.000.000
Vergoeding in A van perfusievloeistoffen thuis	240.000
Aanpassing forfaits parenterale voeding thuis	40.000
Vergoeding van gamma producten ziekte van Crohn	35.000
Art. 56: multidisciplinaire begeleiding parenterale voeding thuis	94.000
Art. 56: multidisciplinaire begeleiding parenterale voeding thuis pedi-atrischepatiënten	187.000
Multidisciplinaire begeleiding van kinderen met ernstige aversie voor voedselopname	125.000

Medische hulpmiddelen: 3,6 miljoen €

Zuurstofconcentrator	3.590.000
----------------------	-----------

Thuisverpleegkunde: 14,9 miljoen €

Verhoging 10% intraveneuze inspuiting	35.000
Opheffing remgeld palliatieve patiënt	133.000
Vermindering remgeld forfaits C en B	6.750.000
Pakket nomenclatuurwijzigingen + zorgkundige	8.000.000
Informaticapremie	1.750.000
Specifieke kosten thuisverplegingsdienst (transfer)	- 1.750.000

Specifieke kosten thuisverplegingsdienst: 1,75 miljoen €

Gelijkschakeling begrip zelfstandige groepspraktijk	1.750.000
---	-----------

Kinesitherapeuten: 8,8 miljoen €

Revalorisatie honoraria: verplaatsingsvergoeding	3.500.000
Aanpassing F-lijst (lymfoedeem e.a.)	800.000
Verminderen remgeld	4.500.000

Bandagisten en orthopedisten: 0,811 miljoen €

Vergoeding compressiekousen bij inguinale debridement en radiotherapie	1.200.000
Compressie-kledij bij zwaar verbranden	900.000
Transfer tracheale canules naar art. 35	- 209.000

Implantaten: 45,5 miljoen €

Aanpassing nomenclatuur	
Heupprothesen (grote koppen)	2.400.000
Sinus coronarius leads voor biventriculaire pacing	1.000.000
Uitbreiding van de indicaties van de defibrillatoren (primaire preventie en andere)	4.160.000
Perifere covered stents	800.000
Herziening terugbetaling Swan-Ganz catheters	1.334.000
Transfer tracheacanules	300.000
<i>Subtotaal</i>	<i>9.994.000</i>
Invoering nieuweprojecten	15.506.000
Overheveling art. 28 naar art. 35	20.000.000

Opticiens: 0,456 miljoen €

Hernieuwing brilmonturen bij kinderen	231.000
Wijziging hernieuwingstermijnen oogprothese en sclerale lens in geval van anatomische wijziging van de oogkas	70.000
Voortijdige vervanging van oogprothese en sclerale lens in geval van anatomische wijziging van de oogkas	65.000
Vergoedingen gekleurde irissen	55.000
Niet-coorigerende lenzen met zware pupil	35.000

Ziekenhuizen: 14,013 miljoen €

Ziekenhuishygiëne	2.188.000
Geriatrische zorgprogramma's (liaisonfunctie)	6.556.000
Versnelling incentive voor niet aanrekenen supplementen in 2 persoonskamers naar 1 januari 2007	7.894.000
Psychiatrische ziekenhuizen (transfer naar PVT)*	- 2.625.000

* Overdracht pilootprojecten van BFM naar psychiatrische thuiszorg

Dagziekenhuis: 16,347 miljoen €

Herziening forfaits	
Herziening huidige forfaits	10.000.000
Nieuwe prestaties	3.000.000
Chronische pijn	3.347.000

Dialyse: 0,6 miljoen €

Art. 56: experiment nachtziekenhuis	600.000
-------------------------------------	---------

ROB - RVT - dagcentra: 28,17 miljoen €

Betere financiering kortverblijf	4.834.000
Beter omkadering demten-A	15.108.000
Reiskosten naar dagcentra	8.232.000

PVT: 1,72 miljoen €

Verhoging personeelskwalificaties	2.175.000
Afbouw 21 MSP-bedden	-451.000

Beschut Wonen: 4,19 miljoen €

Verhoging functioneringskosten	1.751.000
Alternatieve financiering pilootprojecten	2.357.000

Revalidatie: 2,60 miljoen €

Bijkomende financiering reëducatieprogramma's Leuven en inken-daal	500.000
Herziening diabetesconventie kinderen	1.000.000
Dataverzameling locomotorische reëducatie hersenletsels	250.000
Dataregistratie toxicomanie	250.000
Uitbreiding referentiecentra spina bifida van 2 naar 3 en uitbreiding UZ Gent	138.000
Ergotherapie in functionele reëducatie	158.000

Logopedie: 0,569 miljoen €

Dysfasie	596.000
----------	---------

Reiskosten: 2,65 miljoen €

Harmonisatie reiskosten kankerpatiënten zoals dialysepatiënten	2.627.000
Totale reiskosten voor dialysepatiënten onder 18 jaar	25.000

MAF: 15,7 miljoen €

Pijnstillers-D voor pijnpatiënten	15.700.000
-----------------------------------	------------

Palliatieve zorgen: 5 miljoen €

Voorstellen raadgevend comité chronisch zieken	5.000.000
--	-----------

OMNIO-statuut: €

Gefaseerde invoering OMNIO-statuut + welvaartsaanpassing van de drempel	23.250.000*
---	-------------

* Bovenop de reeds voorziene 27.500.000 €

Stabiliteitsprovisie: €

Verhoging stabiliteitsprovisie	19.632.000*
--------------------------------	-------------

* Reeds 80 miljoen in TR

Ivan Van der Meeren
27/09/2006

■ **Kosten van preventie**

Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) printdatum: 7 juli 2009

Totale kosten van preventie

Uitgaven aan preventie: 12,5 miljard euro in 2003

In totaal is in 2003 bijna 12,5 miljard euro aan preventie uitgegeven. Hierin zijn alle uitgaven opgenomen die binnen en buiten de gezondheidszorg aan preventie worden gemaakt. Binnen de gezondheidszorg is 2,6 miljard euro aan preventie besteed. Hieronder vallen de kosten die door het Ministerie van VWS en zorgverleners uitsluitend ter bevordering van de volksgezondheid worden gemaakt. Buiten de gezondheidszorg is bijna tien miljard euro uitgegeven (80% van het totaal). Maatregelen buiten de gezondheidszorg hebben vaak het bevorderen van de volksgezondheid als hoofddoel maar zijn ook gericht op het algemene welzijn (creëren van een schone, rustige, veilige en sociale leefomgeving). Voorbeelden van dit soort maatregelen zijn afvalverwijdering of het plaatsen van geluidsschermen ([De Bekker-Grob et al., 2006](#)).

Tachtig procent van uitgaven voor gezondheidsbescherming

In 2003 is het grootste deel van de uitgaven aan preventie, 80 procent (9956 miljoen euro), aan gezondheidsbescherming besteed (zie: [verdeling van uitgaven aan preventie](#)). Binnen de gezondheidsbescherming is het meeste uitgegeven aan milieuveiligheid en lucht- en woningkwaliteit. Vrijwel alle uitgaven aan gezondheidsbescherming vallen buiten de gezondheidszorg. Aan ziektepreventie is 17 procent (2064 miljoen euro) van de kosten toe te rekenen en aan gezondheidsbevordering 3 procent (434 mil-

joen euro). De cholesterol- en bloeddrukverlagers vormen de grootste kostenpost bij ziektepreventie. De uitgaven aan de arbeidsgerelateerde preventie en de preventie van psychische aandoeningen zorgen bij gezondheidsbevordering voor hoge kosten. De arbeidsgerelateerde kosten zijn bijna geheel toegewezen aan gezondheidsbevordering maar onbekend is welk deel toe te wijzen is aan ziektepreventie (bijvoorbeeld keuringen), gezondheidsbescherming (bijvoorbeeld risico-evaluaties) of gezondheidsbevordering (bijvoorbeeld training in het gebruik van technische hulpmiddelen).

Uitgaven binnen gezondheidszorg voornamelijk naar ziektepreventie

Van de kosten die binnen de gezondheidszorg worden gemaakt is 83 procent toe te schrijven aan ziektepreventie, 16 procent aan gezondheidsbevordering en 1 procent aan gezondheidsbeschermende maatregelen. De uitgaven aan ziektepreventie nemen duidelijk met leeftijd toe door de hoge uitgaven aan bevolkingsonderzoeken en het gebruik van cholesterol- en bloeddrukverlagers (De Bekker-Grob et al., 2006).

Uitgaven aan infectieziektebestrijding het hoogst

Bij verdeling van de kosten over verschillende ziekten en aandoeningen blijkt dat de meeste uitgaven gericht zijn op het voorkomen van infectieziekten (34%) en ongevallen (29%). De uitgaven betreffen voor het grootste deel gezondheidsbeschermende maatregelen. Zo zijn bij infectieziekten en ongevallensletels omgevingsfactoren van groot belang en is de inzet van gezondheidsbeschermende maatregelen goed mogelijk. Bij ziektepreventie zijn de belangrijkste uitgaven op het gebied van hart- en vaatziekten (cholesterolremmers, bloeddrukverlagers), aandoeningen van het spijsverteringsstelsel (gebitscontroles) en perinatale aandoeningen en zwangerschap. Veel van de gezondheidsbevorderende uitgaven zijn niet goed aan één ziektegroep toe te kennen, omdat de maatregelen bijvoorbeeld gericht zijn op leefstijlfactoren die op meerdere ziekten van invloed zijn (De Bekker-Grob et al., 2006).

Zie ook:

- Achtergronden bij de cijfers uit de 'Kosten van preventie in Nederland 2003'
- Verdeling van uitgaven aan preventie
- Preventie en zorgverzekeraars

Uitgaven VWS

743 miljoen euro voor preventie en gezondheidsbescherming

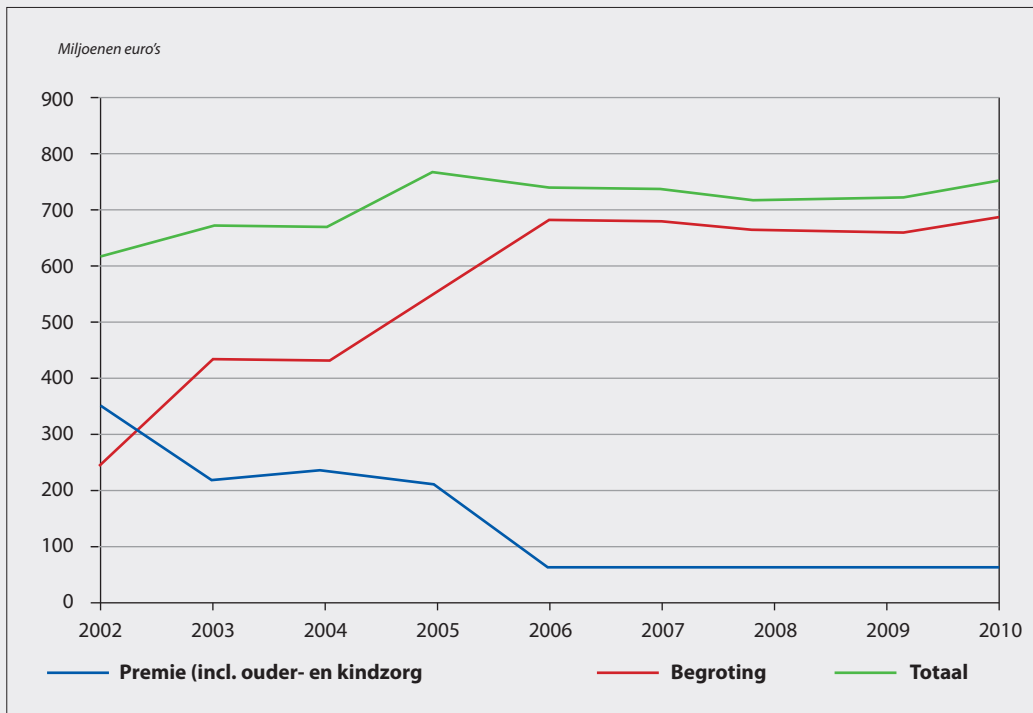
In de begroting van 2006 is voor de gehele volksgezondheid, welzijn en sport bijna 43,8 miljard euro begroot. Hiervan gaat 743,3 miljoen euro, ofwel 1,6%, naar de post 'Preventie en Gezondheidsbescherming' (Ministerie van Financiën, 2006). In de post 'Preventie en Gezondheidsbescherming' zijn geen uitgaven opgenomen aan preventieve interventies die vanuit andere posten gefinancierd worden zoals het sportbeleid of de curatieve zorg. Voorbeelden van maatregelen die vanuit deze andere posten worden gefinancierd zijn interventies op het gebied van bewegen of interventies die in de eerste lijn worden aangeboden. Ook preventieve interventies die vanuit het gemeentefonds (financiert GGD'en) betaald worden zijn niet in de post 'Preventie en Gezondheidsbescherming' opgenomen. Zie ook: Uitgaven gezondheidsbevordering en -bescherming.

Steeds meer preventie in beheer van het ministerie van VWS

Er is een verschuiving te zien in de wijze waarop het Ministerie van VWS preventieve interventies financiert. De premiegefinancierde preventie neemt af en de financiering via de begroting neemt toe (zie figuur 1). Deze verschuiving geeft aan dat steeds meer preventie onder beheer van het Ministerie van VWS komt te staan. Bij de begrotingsuitgaven is het ministerie van VWS namelijk zelf belast met het beheren van de middelen en het uitvoeren van de programma's. Hiertoe behoren bijvoorbeeld gedragsgerichte gezondheidsbevordering of het voorkomen van en opsporen van infectieziekten. Bij de premiegerelateerde zorguitgaven is de minister van VWS verantwoordelijk voor het scheppen van de randvoorwaarden, de regelgeving en het toezien op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteits-

teit van de geleverde zorg. De preventieve zorg zelf wordt in dit geval door private zorgaanbieders aangeboden (Ministerie van Financiën, 2006). Zie ook: Wie doet wat?.

Figuur 1: Uitgaven en geplande uitgaven van het Ministerie van VWS aan preventie en gezondheidsbevordering in de jaren 2002-2010a (VWS, 2005a; Ministerie van Financiën, 2006).



- a In de totale kosten van 2002 en 2003 zijn drie posten opgenomen die vanaf 2004 onder 'preventie en gezondheidsbevordering' zijn komen te vallen. Zie voor meer informatie: Uitgaven aan gezondheidsbevordering en -bescherming.

Financiering van Gezondheidsbevorderende Instututen

Financiering derden en projectsubsidies essentieel voor GBI's

Gezondheidsbevorderende instituten (GBI's) ontvangen voor het uitvoeren van hun taken, financiering van het Ministerie van VWS. In tabel 1 is te zien dat financiering van derden en projectsubsidies die onder andere via ZonMw worden uitgekeerd, een even belangrijke bron van inkomsten zijn voor GBI's. Zo krijgt het Trimbos-instituut 42% en Stichting Consument en Veiligheid 53% van hun inkomsten van derden. Viervijfde van de inkomsten van STIVORO komt uit extra (doel)subsidies. De GBI's hebben de taak om de voorlichting, onderzoek, advisering, deskundigheidsbevordering en het uitvoeren van preventieve activiteiten op een bepaald gebied te verzorgen (zie ook: Wie doet wat?).

Momenteel zijn de financiële gegevens van het NISB nog niet beschikbaar.

Tabel 1: Inkomsten gezondheidsbevorderende instituten (GBI's).

GBI	Baten	Percentage
<i>Trimbos-instituut (Bron: Trimbos-instituut, 2005c)</i>		
(project) subsidie	9.863.939	55,6
Projectsubsidies derden	7.509.227	42,3
Overige bedrijfsopbrengsten	368.053	2,1
Totaal (excl. Rentebaten)	17.741.219	
<i>STIVORO(2005) (Bron: STIVORO, 2006b)</i>		
Bijdragen moederorganisaties en VWS	1.740.000	30,0
(Doel)subsidies	4.060.422	70,0
Totaal	5.800.422	
<i>Consument en veiligheid (2005) (Bron: Stichting Consument en Veiligheid, 2006)</i>		
Instellingssubsidie	3.082.414	43,8
Financiering derden	3.726.266	52,9
Overige baten	232.769	
Totaal	7.041.449	
<i>Stichting Aids Fonds (2005) (Bron: SANL, 2005b)</i>		
Subsidies overheden en anderen	4.383.518	40,7
Mailingacties, contributies etc	3.381.880	31,4
Corporate fundraising	414.609	3,9
Aandeel acties derden	2.316.127	21,5
Overige baten	266.642	2,5
Totaal	10.762.776	
<i>NIGZ (2005) NIGZ, 2005e</i>		
Programmasubsidie	2.850.681	25,4
Projectinkomsten	8.144.663	72,5
Opbrengsten diensten	243.799	2,2
Totaal	11.239.143	
<i>Voedingscentrum (2005) (Bron: Voedingscentrum, 2006)</i>		
Basisfinanciering LNV	1.563.709	19,2
Basisfinanciering VWS	1.108.507	13,6
Projectbaten totaal (via LNV, VWS en overige actoren)	5.157.737	63,3
Netto-omzet	225.629	2,8
Overige opbrengsten	95.532	1,2
Totaal	8.151.114	
NISB		Data ontbreekt

Financiering van GGD'en

In totaal hebben GGD'en in 2003 681 miljoen euro te besteden

In 2003 zijn de inkomsten van alle Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) bij elkaar bijna 681 miljoen euro. De bestedingen in 2004 zijn geschat op 677,3 miljoen euro (zie tabel 2). De gemeenten dragen voor bijna de helft bij aan de inkomsten van de GGD'en. GGD'en voeren voor de gemeenten met name collectieve preventietaken uit (zie ook: *Wie doet wat?*). Andere financiers zijn overige instellingen en cliënten, het rijk en provincies en zorgkantoren en ziekenfondsen. Eigen opbrengsten van bijvoorbeeld de

ritopbrengsten van de ambulancedienst, zorgen ook voor een belangrijk deel van de inkomsten.

Literatuur

Bekker-Grob EW de, Polder JJ, Witte K, Mackenbach JP, Meerding WJ. *Kosten van preventie in Nederland 2003: Zorg voor euro's - 4*. RIVM-rapport nr. 270751011. Bilthoven/Rotterdam: RIVM/Erasmus MC, 2006.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), personeel en exploitatie 2001-2004. Statline, Mens en maatschappij, Gezondheid en welzijn, Zorgaanbod, Preventie, GGD; 15-08-2006. Voorburg/Heerlen: CBS, 2006h.

Ministerie van Financiën. Begroting 2006. http://begroting.minfin.nl/default.asp?CMS_ITEM=7D1125C90CDF4EBDB20EAD5D6E9C75F4X622X40806X2&cycl=2006¬a=mn,%20vb&hfds=40.25&tab1=mn&tab2=0. Den Haag: Ministerie van Financiën, 2006.

NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. NIGZ jaaroverzicht 2005. Woerden: NIGZ, 2005e.

SANL, Soa Aids Nederland. Jaarrekening Stichting Aids Fonds. Amsterdam: SANL, 2005b.

Stichting Consument en Veiligheid. Consument en veiligheid in 2005; jaarverslag. Amsterdam: SCV, 2006.

STIVORO, Stichting Volksgezondheid en Roken. Samen voor een rookvrije toekomst; jaarverslag 2005. Den Haag: STIVORO, 2006b.

Trimbos-instituut. Jaarverslag 2004. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005c.

Voedingscentrum. Jaarverslag 2005. Den Haag: Voedingscentrum, 2006.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarverslag 2004. Den Haag: VWS, 2005a.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) printdatum: 7 juli 2009

Tabel 1: Verdeling van uitgaven aan preventie over risicofactoren en ziektes in 2003 in miljoen euro (De Bekker-Grob et al., 2006).

Inventaris	GB	GBe	ZP	Totaal
Roken ^a	16,1	1,7	3,7	21,5
Alcoholmisbruik	8,1	1,7		9,8
Drugsmisbruik	5,1	1,7		6,8
Gokverslaving	1,8			1,8
Gezonde voeding en overgewicht	12,2			12,2
Lichamelijke activiteit en sport	24,2			24,2
Screening in de jeugdgezondheidszorg			166,9	166,9
Gebitsverzorging en gebitscontroles	0,2		488,5	488,7
Seksuele gezondheid, anticonceptie <21 jaar	19,2		11,8	31,0
Verkeersveiligheid	3,0	1.614,2		1.617,2
Brandpreventie	3,0	57,0		60,0
Preventie van sportblessures	6,7			6,7
Preventie van privéongevallen ^b	5,8	7,3		13,1
Arbeidsomstandigheden en arbeidsveiligheid ^c	217,0	25,7		242,7

Geweld	20,8		20,8
Geluidshinder	558,3		558,3
Drink- en zwemwaterkwaliteit	1.483,7		1.483,7
Afvalverwijdering	1.604,0		1.604,0
Riolering	797,1		797,1
Voedselveiligheid	155,9		155,9
Luchtkwaliteit, woningkwaliteit, milieuveiligheid ^d	3.626,5		3.626,5
Psychische aandoeningen	60,4		60,4
Kankerpreventie ^e	15,4	69,0	84,4
Diabetespreventie	0,8		0,8
Hart- en vaatziekten: cholesterol- en bloeddrukverlagers	902,0		902,0
Aangeboren afwijkingen, perinatale aandoeningen en zwangerschapscomplicaties		115,3	115,3
Botontkalking		67,9	67,9
Infectieziekten: vaccinaties en screening		145,1	145,1
Algemene gezondheid (niet nader gespecificeerd)	35,4	93,6	129,0
Totaal (miljoen euro)	434,4	9.955,6	2.063,8
		12.453,8	

- a Voorlichting, tabakscontrole, stoppen-met-rokeninterventies
- b Voorlichting, schoolzwemmen, inspectie producten.
- c Preventie uitgevoerd door arbodiensten is geheel toegewezen aan gezondheidsbevordering omdat onbekend is welk deel toe te wijzen is aan ziektepreventie (bijvoorbeeld keuringen), gezondheidsbescherming (bijvoorbeeld risico-evaluaties) of gezondheidsbevordering (bijvoorbeeld training in het gebruik van technische hulpmiddelen).
- d Vermindering uitstoot afvalstoffen en verzuring, VROM Inspectie, radon, gevaarlijke stoffen, GGD technische hygiënezorg.
- e Voorlichting, bevolkingsonderzoek borst- en baarmoederhalskanker.
Verdeling van uitgaven aan preventie over risicofactoren en ziektes in 2003. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie, 11 september 2006.

Literatuur

Bekker-Grob EW de, Polder JJ, Witte K, Mackenbach JP, Meerding WJ. *Kosten van preventie in Nederland 2003: Zorg voor euro's - 4. RIVM-rapport nr. 270751011. Bilthoven/Rotterdam: RIVM/Erasmus MC, 2006.*

■ Contact QRPH Nederland

Drs. Arnaud van der Veere
 Postbus 693
 2501CR Den Haag
 Tel. 070-3625800
 Fax 070-3106009
 e-mail : arnaudvanderveere@yahoo.com of info@qrph.info