

Vergaderjaar 2008–2009

**31 899**

**Nota Overgewicht**

**Nr. 2**

## **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 24 juni 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft een aantal vragen voorgelegd aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Jeugd en Gezin en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 maart 2009 inzake de Nota Overgewicht (Kamerstuk 31 899, nr. 1).

De ministers en de staatssecretaris hebben deze vragen beantwoord bij brief van 23 juni 2009. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en De Roos-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

1

*Waarom worden niet alle concrete doelstellingen van het Convenant overgewicht opgenomen?*

Het convenant overgewicht is een overeenkomst tussen een twintigtal maatschappelijke partners en de overheid. Alle betrokken partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het bereiken van de convenant-doelstellingen, en niet de ondertekenaars afzonderlijk. Het kabinet vindt daarom opname van diezelfde doelstellingen in de nota overgewicht, als zouden deze exclusief haar verantwoordelijkheid zijn, niet geëigend.

2

*Wat is het stappenplan om de nota Overgewicht in de praktijk te brengen en te vertalen naar de lokale situatie?*

De meeste maatregelen uit de nota worden primair genomen in het kader van andere beleidsterreinen met elk een eigen implementatietraject. De vertaling van landelijk beleid specifiek voor overgewicht naar de lokale situatie gebeurt vooral door het Convenant overgewicht, het Centrum Gezond Leven en het preventieprogramma van ZonMw. Voor een uitgebreidere beschrijving van de betreffende activiteiten vindt u in de paragrafen 4.2.2. en 4.2.4 van de nota.

3

*Op welke wijze worden scholen, en schoolsport, betrokken bij de aanpak van overgewicht? Moet het aantal uren gymnastiek per week niet worden uitgebreid van drie naar vijf per week?*

Het stimuleren van sport en bewegen op scholen draagt bij aan een positieve energiebalans. Hiervoor zijn twee invalshoeken van belang, die elkaar aanvullen.

In de eerste plaats vormt bewegingsonderwijs een verplicht onderdeel van het curriculum in het primair (PO) en voortgezet onderwijs (VO). In het PO is er voor geen enkel vak sprake van een wettelijk vastgelegd aantal lessen. Wel moet er voldoende tijd worden besteed aan de realisatie van kerndoelen. De Onderwijsinspectie gebruikt hiervoor als indicator dat leerlingen van groep 1 en 2 dagelijks gymles krijgen, leerlingen van groep 3 tot en met 8 tenminste twee keer per week drie kwartier en leerlingen uit het speciaal basisonderwijs drie keer per week drie kwartier.

Voor het VO is er, na een intensieve parlementaire discussie, voor gekozen om een borging van het bewegingsonderwijs in de Wet op het voortgezet onderwijs op te nemen. Hiermee wordt de garantie gegeven dat alle leerlingen dit onderwijs in alle leerjaren krijgen volgens bepaalde inhoudelijke normen, zonder dat er echter sprake is van een precies voorgeschreven aantal uren. In veel gevallen zal dit neerkomen op ongeveer 3 lessen per week.

Overigens gaat het niet alleen om het sporten en bewegen tijdens schooltijd. Ook het naschoolse sportaanbod speelt een belangrijke rol. Door samenwerking tussen scholen, naschoolse opvang, buurtorganisaties en sportverenigingen kan er een doorlopend en zo mogelijk dagelijks lokaal sport- en beweegaanbod voor de jeugd ontstaan. De impuls «Brede scholen, sport en cultuur» met de combinatiefuncties is hiervan een voorbeeld, maar ook de oprichting van het platform sport, bewegen en onderwijs draagt hieraan bij (zie paragraaf 4.4.2 «Beleidskader scholen, sport en cultuur»).

4

*Bent u van mening dat de verantwoordelijkheden die aan de lagere overheden worden toegekend ook gepaard gaan met de juiste middelen en handvatten?*

Ja. Op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) is de publieke gezondheidszorg een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk, waarbij gemeenten en Rijk complementaire taken vervullen. Voor gezondheidsbevordering, waar de aanpak van overgewicht onder valt, hebben gemeenten veel beleidsvrijheid om in te spelen op de typische gezondheidsaspecten van de lokale situatie. Het motto achter deze sturingsrelatie is: «lokaal wat lokaal kan en landelijk wat landelijk moet». Het Rijk stelt als systeemverantwoordelijke de kaders waarbinnen lokaal «het spel wordt gespeeld» en definieert de landelijke prioriteiten. De aanpak van overgewicht is daar één van. Daarnaast richt het Rijk zich op het onderhouden van een adequate kennisinfrastructuur en het voeren van een doelmatig kennisbeleid op het terrein van de publieke gezondheidszorg. De minister stelt naast de nota met landelijke prioriteiten tevens een landelijk onderzoeksprogramma vast op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Daarvoor worden vierjaarlijks via ZonMw middelen beschikbaar gesteld (ca. € 45 miljoen.).

Tot slot worden gemeenten en GGD'en ondersteund bij het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid. Het Centrum Gezond Leven (RIVM) maakt daartoe landelijke kennis op het terrein van de algemene bevorderingstaken toegankelijk voor lokale professionals, onder andere via een website en handleidingen.

5

*Kunt u aangeven hoe u aankijkt tegen de resultaten die tot nu toe zijn geboekt met het lopende Convenant overgewicht?*

Het is verheugend dat zo veel private nationale organisaties en de vier grote steden zich verantwoordelijk voelen voor de aanpak van de overgewichtproblematiek en zelf of in gezamenlijkheid concrete activiteiten ontplooiën. Door de samenwerking worden de eigen initiatieven van partners versterkt. Daarnaast is het convenant een uitstekend middel gebleken om de overgewichtproblematiek nationaal te agenderen. De voorzitter van de stuurgroep, Paul Rosenmöller, heeft daar baanbrekend werk voor verricht. Uit de tussenevaluatie die in 2007 is uitgevoerd, blijkt dat men op de goede weg is. De partners zullen het laatste jaar van het convenant gebruiken om nog een concrete slag te maken. Niemand kan echter verwachten dat bij afloop van het convenant de overgewichtproblematiek in ons land is opgelost. Daarom is een vervolg nodig.

6

*Kunnen de doelstellingen in de nota Overgewicht nader worden geconcretiseerd? Welke ambitie heeft het kabinet ten aanzien van de vermelde doelstellingen? Op welk tijdstip dient welk resultaat te zijn behaald? Kan een overzicht worden gegeven van de doelstellingen, het tijdpad, het tijdstip waarop de doelstelling dient te zijn behaald en hoe dit kan worden gemeten?*

De doelstellingen zijn geformuleerd voor maatregelen die – merendeels in het kader van andere beleidsterreinen – op basis van hun gunstige beïnvloeding van de energiebalans naar verwachting bijdragen aan het voorkomen van overgewicht. De beleidsdoelstelling voor overgewicht is de afgelopen jaren in de begroting van VWS geconcretiseerd als het tot staan brengen van de stijgende trend in het aantal volwassenen met overge-

wicht en obesitas en het keren van de stijgende trend in het aantal kinderen met overgewicht en obesitas. In de nota heeft het kabinet er voor gekozen deze doelstelling niet op te nemen, gezien het multifactoriële karakter van de problematiek en het beperkte bewijs voor de effectiviteit van de afzonderlijke maatregelen. In hoofdstuk 6 van de nota zijn de doelstellingen gerangschikt in een overzicht.

7

*Is er onderzoek gedaan naar de relatie tussen de opkomst van de fastfoodketens zoals de McDonald's en het toenemende aantal kinderen met overgewicht?*

Specifiek onderzoek naar de relatie tussen de opkomst van fastfoodketens zoals McDonald's en het toenemende aantal kinderen met overgewicht is mij niet bekend.

8

*Op basis waarvan baseert u het vertrouwen dat snoepreclames gericht op kinderen onder de twaalf jaar beperkt kunnen worden door middel van zelfregulering? Welke stappen heeft de levensmiddelenindustrie onderzocht? Welke stappen moeten er volgens u nog gezet gaan worden? Bent u bereid om wanneer deze stappen niet gezet worden te stoppen met de zelfregulering en zelf maatregelen te nemen? Zo ja, wanneer is dat punt bereikt? Is het niet beter om rondom kinderprogramma's bij de publieke omroep reclamevrije blokken te maken?*

Onderstaand antwoord is tevens de beantwoording van uw vragen 71 t/m 74.

Het kabinet ziet voor reclame gericht op kinderen een belangrijk verschil tussen voedingsmiddelen enerzijds en alcohol en tabak anderzijds. Als kinderen zich houden aan een gezond en regelmatig voedingspatroon, is het af en toe nuttigen van snacks, snoep of frisdrank niet per definitie ongezond of schadelijk. Dit in tegenstelling tot roken of het drinken van alcohol, dat voor kinderen altijd ongezond is. Ingrijpen van de overheid ten aanzien van reclame voor voedingsmiddelen is daarom minder vanzelfsprekend dan in het geval van reclame voor alcohol en tabak bij kinderen.

De maatschappelijke aandacht voor de nadelige gevolgen van reclame voor ongezonde voedingsmiddelen gericht op kinderen groeit. Steeds meer bedrijven geven er blijk van zich bewust te zijn van de noodzaak tot zelfbeperking van de reclame gericht op kinderen. 11 Multinationals hebben in EU-verband afgesproken om voor een deel van hun producten reclame rond kinderprogramma's te beperken. Deze bedrijven hebben naar eigen zeggen gezamenlijk tweederde van de Europese advertentiemarkt voor levensmiddelen in handen.

De Federatie Nederlandse Levensmiddelenindustrie heeft in 2007 het initiatief genomen voor aanscherping van de Reclamecode voor Voedingsmiddelen. De partijen vertegenwoordigd in het bestuur van de Stichting Reclame Code hebben nog geen nieuwe Reclamecode voor Voedingsmiddelen vastgesteld, omdat er geen overeenstemming kon worden bereikt over de te hanteren leeftijdsgrens. De Consumentenbond is – evenals het kabinet – voorstander van reclamebeperking tot 12 jaar; de collectieve Nederlandse levensmiddelenindustrie wil niet verder gaan dan een beperking van reclame tot 7 jaar. Het mediationtraject dat de Stichting Reclame Code heeft ingesteld om uit deze impasse te komen is nog niet formeel afgesloten.

Het kabinetsstandpunt over reclame gericht op kinderen is bekend en verwoord in de Nota Overgewicht. Het opstellen en wijzigen van de reclamecode is een aangelegenheid van private partijen. Partijen zijn zich zeer bewust van de opvatting van het kabinet hierover. De ontwikkelingen rondom de aanscherping van de Reclamecode voor Voedingsmiddelen worden nauwlettend gevolgd. De zelfregulering geeft immers invulling aan zowel de bescherming van kinderen als aan de implementatie van de EU-richtlijn voor audiovisuele mediadiensten.

Ondanks de goede resultaten die bereikt zijn met zelfregulering, zoals het IKB logo en de voornoemde initiatieven van de 11 multinationals, is het doel nog niet bereikt dat wij als kabinet voor ogen hebben, namelijk dat kinderen onder de twaalf jaar zoveel mogelijk worden gevrijwaard van een reclameaanbod voor voedingsmiddelen die niet passen in een gezond voedingspatroon. Daarom zullen de ministers van VWS en J&G hierover dan ook gezamenlijk in september een gesprek met de branche voeren, met als doel om dit in 2010 wel bereikt te hebben.

Het streven is om steeds meer activiteiten met elkaar te verbinden en hiervoor een zelfde beoordelingskader te hanteren. Zo zal bijvoorbeeld de beperking van reclameuitingen voor kinderen tot 12 jaar een criterium kunnen worden om mee te mogen doen met de sponsoring van EPODE.

Tot slot, zoals toegezegd tijdens het overleg met uw Kamer over de Voedingsnota, wordt u op de hoogte gesteld van de uitkomsten van de private besluitvorming over vernieuwing van de Reclamecode.

9

*Welke groepen komen in aanmerking voor vergoeding van afvalcursussen via de basisverzekering?*

Thans komt nog niemand in aanmerking voor vergoeding van een afvalcursus via de basisverzekering. Het CVZ heeft op 23 februari jl. het rapport «Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijl-interventie» (CvZ rapport nr 271) uitgebracht over de mogelijke opname in het pakket van een gecombineerde leefstijlinterventie voor bewegen en gezonde voeding. Het gaat dan om de BeweegKuur. Opname in het pakket wordt voorsnog overwogen voor de groep verzekerden waarvoor de interventie een gunstige kosten-batenverhouding oplevert: mensen die overgewicht hebben in combinatie met diabetes type 2 of hart-vaatziekte of een hoog risico op deze ziekten. Zie ook het antwoord op de vragen 54 en 58.

10

*Kan de rechtvaardiging voor het ingrijpen van de overheid in het leven van mensen uitgebreider en meer onderbouwd?*

Naar mijn mening is in de Nota Overgewicht nergens sprake van het ingrijpen in het leven van mensen of het aantasten van de vrije leefstijlkeuze. Het uitgangspunt is juist dat mensen zelf verantwoordelijk zijn om in vrijheid hun leefstijl te kiezen. De overheid schept de randvoorwaarden voor een bewuste keuze door een goede informatievoorziening en de beschikbaarheid van gezonde keuzemogelijkheden te bevorderen.

11

*Kan een overzicht worden gegeven van alle specifieke maatregelen gericht op achterstandswijken, leerlingen van het vmbo en allochtonen? Kan daarbij worden aangegeven hoe er voor gezorgd wordt dat deze specifieke groepen worden bereikt en op welke wijze wordt gemeten of de maatregelen effectief zijn?*

Het Centrum Gezond Leven (RIVM) werkt aan een landelijk overzicht van alle beschikbare interventies op het gebied van leefstijl en gezond leven. Dit zijn er circa vierduizend. Het CGL certificeert tevens effectieve interventies, waarbij aandacht wordt besteed aan de mate waarin specifieke doelgroepen worden bereikt. Het overzicht van beschikbare, al dan niet gecertificeerde interventies zal beschikbaar zijn via internet.

Daarnaast is de effectiviteit van maatregelen ook onderdeel van het toezicht van de IGZ op de wijze waarop gemeenten het lokale gezondheidsbeleid vormgeven en uitvoeren. Ook de gemeenteraad speelt een belangrijke rol bij het evalueren van het door B&W gevoerde lokale gezondheidsbeleid.

12

*De gezondheid van mensen wordt onder andere bepaald door allerlei sociaaleconomische determinanten, zoals opleidingsniveau, inkomen, en in welke wijk men woont. Er is ook een verband tussen lage sociaaleconomische status en overgewicht. Kan concreet worden aangegeven hoe het kabinet deze determinanten wil gaan verbeteren (om zo de gezondheidsverschillen te verkleinen) en per determinant ambities formuleren?*

Het in december 2008 aan de kamer gezonden plan van aanpak SEGV bevat verschillende maatregelen en ambities om SEGV terug te dringen. Na de zomer zal het kabinet de kamer informeren over mogelijk te nemen vervolgstappen naar aanleiding van deels gemeenschappelijk uitgebrachte adviezen van SER, RVZ, Onderwijsraad en ROB over samenhangend en integraal gezondheidsbeleid en de relatie met sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

13

*Hoe past de aanpak van overgewicht in de wijkaanpak?*

De gezondheid van de mensen in de aandachtswijken is aanmerkelijk slechter dan in andere wijken in Nederland. Bewoners eten minder gezond, bewegen minder vaak en hebben vaker overgewicht en obesitas. Er valt in deze wijken dan ook relatief veel gezondheidswinst te behalen. Een aantal gemeenten met aandachtswijken wil met de experimenten de «Gezonde Wijk» de gezondheid van bewoners verbeteren. Het stimuleren van een gezonde leefstijl is daar onderdeel van.

14

*Kunt u duidelijker zijn over de verhouding met andere nota's, met name omdat de schematische weergave slecht leesbaar is?*

Het schema beschrijft de verschillende onderwerpen die worden behandeld in respectievelijk de Nota Overgewicht, de Voedingsnota en de te verwachten Nota Duurzaam Voedsel van de minister LNV. Voor de volledigheid zij ook verwezen naar de brief die de minister van VWS op 20 mei 2009 aan de Kamer heeft gestuurd over de samenhang tussen de drie nota's gezondheid, te weten Voedingsnota, Nota Overgewicht en de SEGV nota.

15

*Bij voortzetting van de trend is over 25 jaar de helft van de Amerikaanse bevolking obees. Wat zijn de cijfers voor de Nederlandse bevolking?*

Het RIVM heeft in de studie: «Toekomstige ontwikkelingen in matig overgewicht en obesitas, inschattingen effecten op de volksgezondheid»

(2003) berekend dat bij voortzetting van de stijgende trend uit de voorafgaande jaren, ons land in 2024 ongeveer 2,5 miljoen (18%) obesen telt.

16

*Waar wonen op dit moment de meeste kinderen met overgewicht en ernstig overgewicht? In welke gemeenten is overgewicht onder jongeren een groot probleem? Om welke jongeren, afkomstig uit welke bevolkingsgroepen (afkomst, sociaaleconomische status) gaat het hierbij?*

In Nederland is geen specifieke regio of gemeente aan te wijzen waar het overgewichtprobleem onder jongeren het grootste is. Waren in de jaren '80 en '90 nog significante regionale verschillen in overgewicht en obesitas te onderscheiden, inmiddels zijn die significante verschillen voor volwassenen en jeugd verdwenen.

Overgewicht en obesitas concentreren zich vooral bij jongeren in gezinnen die het niet breed hebben, of waarin één of beide ouders van allochtone afkomst zijn of zelf overgewicht hebben.

17

*Hoeveel mensen sterven er per jaar aan ondergewicht en hoeveel aan overgewicht in Nederland?*

Allereerst past de kanttekening dat mensen niet sterven ten gevolge van hun gewicht maar ten gevolge van de complicaties die dat gewicht met zich meebrengt.

Aan de complicaties ten gevolge van de eetstoornis Anorexia Nervosa overlijden jaarlijks zo'n 15–30 mensen. Van de andere twee bekende eetstoornissen, Boulimia nervosa of een eetbuistoornis, is het aantal sterfgevallen op jaarbasis niet bekend.

Mensen met obesitas hebben een hoger sterfterisico aan hart- en vaatziekten en kanker dan mensen met een gezond gewicht of matig overgewicht. Uit de Volksgezondheidstoekomstverkenningen 2002 en 2006 van het RIVM blijkt dat 6% van de sterfte danwel «verloren levensjaren» is toe te schrijven aan obesitas.

18

*Is er op dit moment onderzoek naar de genetische informatie en obesitas gaande? Zo ja, in welke fase bevindt zich dit onderzoek?*

Ja. Uit een expertbijeenkomst en literatuurstudie (georganiseerd door en afkomstig van het RIVM) blijkt dat de kans op obesitas voor een aanzienlijk deel erfelijk is bepaald en dat ongeveer 40% van de variatie in lichaamsgewicht tussen personen verklaard kan worden door genetische verschillen. Ook reageren mensen door hun erfelijke materiaal verschillend op veranderingen in energie-inname en energieverbruik. Welke specifieke genetische factoren daarbij betrokken zijn, is nog niet bekend. Naar verwachting is de genetische bijdrage aan het ontstaan van obesitas groter dan momenteel bekend is. Dit rechtvaardigt lopend en toekomstig onderzoek op dit terrein.

19

*De stijgende trend in Nederland sinds 1980 is vergelijkbaar voor alle bevolkingsgroepen. Neemt het gewicht toe of betekent dit dat de incidentie van obesitas bij alle bevolkingsgroepen stijgt? Zo ja, in welke mate?*

De bevolking is de afgelopen twintig jaar in zijn geheel zwaarder geworden. Daardoor nemen zowel het gewicht als de incidentie van obesitas toe. De prevalentie van obesitas is gestegen van 5% in 1980 naar 10% nu.

20

*Betekent de stijgende trend ten aanzien van overgewicht, sinds begin jaren '80, die vergelijkbaar is voor alle bevolkingsgroepen, dat sinds begin jaren '80 geen specifieke aandacht is geschonken aan het feit dat overgewicht twee tot vijf keer vaker voorkomt bij groepen met een zwakkere sociaaleconomische positie en bij allochtonen?*

Nee, er is wel degelijk aandacht aan deze groepen besteed. Het bereiken van groepen met een sociaaleconomisch zwakkere positie en van allochtonen is in deze gehele periode al een aandachtspunt bij gezondheidsbevorderende interventies, omdat deze groepen minder gevoelig blijken te zijn voor de meeste maatregelen. Het onderzoek hiernaar en de zoektocht naar effectieve interventies voor groepen met een zwakke sociaal economische positie en allochtonen hebben nog niet geresulteerd in een geringere stijging van trend.

21

*Op bladzijde 12 staat dat bijna de helft van de volwassen Nederlanders lijdt aan overgewicht, dat overgewicht bij groepen met een lage sociaaleconomische status en bij allochtonen twee tot vijf keer vaker voorkomt en dat de stijgende trend voor alle bevolkingsgroepen gelijk is; op bladzijde 17 staat dat in groepen met een lage sociaaleconomische status het aantal mensen met overgewicht is toegenomen van bijna 50% tot bijna 60%. Hoe groot is het percentage overgewicht in de groep met lage sociaaleconomische status? Wat is precies het verschil tussen groepen met lage sociaaleconomische status en allochtonen enerzijds en andere Nederlanders anderzijds?*

Uit de Monitor Gezondheidsachterstanden van het RIVM, waar deze gegevens op zijn gebaseerd, blijkt dat bij groepen met een lage SES de prevalentie van overgewicht 60% is en de prevalentie van obesitas 18%. Bij deze onderzoeken wordt het opleidingsniveau als indicator voor lage SES gehanteerd.

De uitspraken in de Nota Overgewicht over de prevalentie van overgewicht bij allochtonen zijn gebaseerd op gerichte studies bij een deel van de bevolking. Aangezien er geen landelijke registratie plaatsvindt van overgewicht die autochtone of allochtone herkomst onderscheidt, is het niet mogelijk op landelijk niveau betrouwbare uitspraken te doen voor de bevolking als geheel.

22

*Wat zijn de incidentiecijfers van «ouderdomssuiker» bij kinderen?*

Er zijn geen betrouwbare incidentiecijfers van ouderdomssuiker bij kinderen voorhanden.

23

*Kunt u aangeven welke specifieke maatregelen er worden getroffen voor achterstandsgroepen of allochtonen? Moet hier alleen het project «De Gezonde Wijk» voor worden gelezen, of zijn er meer projecten? Zo niet, zou juist niet hier meer aandacht voor moeten zijn, omdat hier de meeste gezondheidswinst te behalen valt?*

Aangezien overgewicht relatief veel voorkomt bij achterstandsgroepen en allochtonen, zijn in feite alle maatregelen om overgewicht tegen te gaan voor een belangrijk deel gericht op deze doelgroepen.

Naast de experimenten Gezonde Wijk zijn andere specifieke maatregelen ontwikkeld waarmee achterstandsgroepen relatief goed bereikt worden



zoals: de digitale opvoedondersteuning Hallo Wereld, Meedoen kansarme jeugd en sport en de bijdrage vanuit de Impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB). De impuls NASB is vooral gericht op ongeveer 100 gemeenten waarvan de bevolking gemiddeld de laagste opleiding heeft.

In het in december 2008 aan de kamer gezonde plan van aanpak SEGV staan tal van nieuwe initiatieven beschreven om de gezondheid van allochtonen te verbeteren, waaronder het pakket met instrumenten voor professionals om mensen met lage gezondheidsvaardigheden te kunnen herkennen en de communicatie met deze doelgroep te optimaliseren. Ook zal in de opleiding van zorgaanbieders meer aandacht worden besteed aan interculturele communicatie en het omgaan met diversiteit van patiënten.

24

*Welke specifieke maatregelen zijn genomen naar aanleiding van de bevinding dat bij kinderen van Turkse afkomst overgewicht en obesitas – afhankelijk van de leeftijd – drie tot wel tien keer meer voorkomen dan bij kinderen van autochtone afkomst?*

Zie het antwoord op de vragen 12 en 23.

25

*Er wordt gesteld dat gezondheidsinterventies bij allochtonen succesvol zijn als wordt gewerkt met sleutelfiguren binnen de gemeenschap. Op welke ervaring is deze stelling gebaseerd? Op welke wijze is de afgelopen jaren gewerkt met sleutelfiguren binnen de allochtone gemeenschap? Met welk resultaat?*

Het inzetten van sleutelfiguren bij gezondheidsinterventies is binnen de Gezondheidsvoorlichting (GVO) een bewezen effectief en veel ingezet instrument. Enkele voorbeelden zijn:

- 1) Het project Nieuwe Sporen in Den Haag, gericht op het ontwikkelen van nieuwe en structurele samenwerkingsvormen tussen formele en informele hulpverleners en de inzet van vertrouwenspersonen met als doel het verbeteren van de psychosociale gezondheid van allochtonen. De resultaten van dit project zijn zeer positief en laten zien dat de allochtone gemeenschap goed wordt bereikt dankzij de inzet van vertrouwenspersonen. Draagvlak en vertrouwen creëren zijn hierbij sleutelwoorden.
- 2) Het project integrale benadering van allochtonen met chronische pijnklachten, uitgevoerd door het Paramedisch instituut. Sleutelfiguren uit de allochtone doelgroep fungeren als trekkers in dit project, dat bedoeld is om allochtonen op adequate wijze te laten behandelen door een fysiotherapeut. De sleutelfiguren fungeren als contactpersoon; de patiënten komen via de huisarts bij hen en zij begeleiden het zorgtraject. De resultaten zijn zeer positief en de inzet van de trekkers is essentieel voor het vasthouden van de motivatie van de patiënten en dus voor het slagen van dit project.

26

*Wanneer wordt het onderzoek van de Vrije Universiteit naar prijsverschillen tussen gezonde en ongezonde voeding verwacht?*

De rapportage van dit onderzoek naar de invloed van prijs van levensmiddelen op gezond gedrag en mijn reactie hierop ontvangt U nog voor het zomerreces.

27

*Welk verschil in dikmakende werking van de moderne samenleving bestaat er tussen de verschillende sociaaleconomische en allochtone bevolkingsgroepen? Wat betekent dit voor de keuze van specifieke maatregelen om overgewicht en obesitas in alle bevolkingsgroepen terug te dringen?*

De dikmakende werking van de moderne samenleving bestaat uit veel verschillende factoren die voornamelijk zijn terug te voeren op de overvloedige beschikbaarheid van voedingsmiddelen, de sterk verminderde noodzaak tot fysieke beweging en de toegenomen tijdsdruk. Deze factoren zijn in principe voor alle bevolkingsgroepen dezelfde.

De wijze waarop verschillende bevolkingsgroepen op deze factoren reageren verschilt wel, onder andere door verschillen in normen en waarden en gezondheidsvaardigheden. De uitvoering van veel gezondheidsbevorderende interventies op lokaal niveau houdt veelal rekening met deze factoren, omdat deze tevens bepalend zijn voor het succes van de interventie.

Op landelijk niveau is generiek beleid het uitgangspunt (zie ook het antwoord op vraag 23). Gemeenten hebben veel beleidsvrijheid om in te spelen op de typische gezondheidsaspecten van de lokale situatie en kunnen gericht ingaan op specifieke doelgroepen.

28

*Kunt u aangeven welke specifieke maatregelen er vanuit de rijksoverheid worden genomen om de fysieke omgeving te beïnvloeden?*

Op landelijk niveau komt de fysieke omgeving aan de orde in het kader van het Actieplan Krachtwijken dat is gericht op het realiseren van een vitale prettige woon-, werk-, leer- en leefomgeving over acht tot tien jaar. Hierover worden ondermeer op lokaal niveau afspraken gemaakt onder andere binnen de experimenten Gezonde wijk. De verbetering van de kwaliteit van de leefomgeving is daarnaast een doelstelling van het stedenbeleid.

Het inrichten van de directe omgeving is een taak voor gemeenten, omdat de specifieke context daarbij leidend is.

29

*De aanpak in Singapore is anders dan die in de EU. In Singapore zijn op hoog niveau commissies ingesteld die vergaande maatregelen in gang zetten bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. Welke maatregelen zijn dit?*

Sinds 2001 stimuleert de Health Promotion Board (HPB) – een commissie op hoog niveau – de bevolking van Singapore tot een gezonde leefstijl door middel van diverse gezondheidsprogramma's. De HPB maakt daarbij gebruik van uitgebreide voorlichtingscampagnes en voorlichtingsmateriaal.

In Singapore is de overheid minder terughoudend in het nemen van maatregelen die ingrijpen in de persoonlijke leefsfeer. Een goed voorbeeld is het Trim and Fit programma voor scholen.

De basisscholen hebben zogenaamde «Health Clubs» voor te dikke kinderen. Gescheiden van hun klasgenoten moeten zij in de middag pauze en na schooltijd verplicht meer sporten en bewegen totdat zij gewicht verliezen. Leraren houden maandelijks lengte en gewicht bij.

Daarnaast stimuleert de school een verantwoord voedingspatroon. Leraren spreken regelmatig met ouders van de kinderen in Health Clubs over hoe zij de maaltijden thuis op gezondere manieren kunnen bereiden. De school schrijft de ondernemers in schoolkantines voor welke producten zij mogen aanbieden.

30

*Lijkt de sterk sturende aanpak in Singapore succesvoller dan de in Nederland toegepaste methode waarbij leefstijl als de primaire verantwoordelijkheid van de burger zelf wordt gezien?*

De sturende aanpak in Singapore heeft geleid tot een daling in het percentage kinderen met overgewicht. In de periode 1993–2006 is het aantal kinderen met overgewicht gezakt van 11,7% naar 9,5%. Dat deze aanpak nog geen ultieme oplossing is moge blijken uit de National Health Survey in 2004 die voor de bevolking als geheel nog steeds een duidelijke stijging laat zien van het percentage mensen met overgewicht en obesitas. Overigens is voorzichtigheid geboden bij het hanteren van prevalentiecijfers als enige succesmaat. Er zijn tegengeluiden van professionals dat de strenge aanpak averechts zou kunnen werken, vooral bij kinderen die er niet in slagen van hun overgewicht af te komen. Dit zou kunnen leiden tot stigmatisering en negatieve effecten op de langere termijn. Hierover zijn echter nog geen officiële gegevens beschikbaar.

31

*In paragraaf 3.3 wordt gesproken over het Witboek. De evaluatie moet aantonen hoe goed de zelfregulerende maatregelen door relevante sectoren worden uitgevoerd en wat het effect ervan is. Wanneer kunnen de uitkomsten worden verwacht?*

23

Volgens de planning van de Commissie zal de evaluatie van het Witboek in 2010 plaatsvinden; de resultaten zijn naar verwachting eind 2010 of begin 2011 beschikbaar.

32

*Op welke wijze worden ouders concreet ondersteund bij de opvoeding op het gebied van voeding en bewegen? Wordt met de opvoedingsondersteuning alleen de site «Hallo Wereld» bedoeld of worden ook andere maatregelen genomen? Hoe is het succes van «Hallo Wereld» gemeten; hoeveel mensen uit groepen met een lagere sociaal-economische status of allochtonen maken gebruik van «Hallo Wereld»?*

Vanaf de start van Hallo Wereld in 2004 wordt o.a. bereik en waardering van het programma onderzocht. In eerste instantie door het RIVM (2007) en momenteel door een consortium van VUmc en RIVM. Op basis van de resultaten van het eerste RIVM onderzoek hebben we kunnen constateren dat laagopgeleiden en allochtonen redelijk tot goed bereikt worden via dit programma. Voor de leeftijdsgroep (25–35 jaar) was het percentage laagopgeleiden gelijk aan het landelijk gemiddelde. Het percentage allochtonen was met 18% iets onder het landelijk gemiddelde (24%) maar nog steeds goed te noemen. Meer recente onderzoekgegevens zijn naar verwachting eind 2009 beschikbaar.

Ook is vanuit het Convenant Overgewicht in 2008 de werkgroep «Ouders duidelijker aanspreken op het belang van hun rol als opvoeder bij het leren van een gezonde leefstijl» ingesteld. Deze werkgroep heeft het initiatief genomen om een interventie te ontwikkelen om ouders bewuster te maken van het belang van gezonde voeding en voldoende beweging en hun rol als opvoeder in deze. Dit initiatief is uitgemond in de workshop

«Eetplezier & Bewegiekriebels» voor ouders van kinderen in de leeftijd 0–4 jaar, die op kinderdagverblijven (KDV), peuterspeelzalen (PSZ) en voorscholen gegeven kan worden. Begin 2009 is de workshop gelanceerd in de Mevlana moskee in Rotterdam. Kinderdagverblijven, peuterspeelzalen en voorscholen kunnen deze workshop inzetten om ouders te helpen bij het aanleren van een gezonde leefstijl bij hun kinderen. TNO gaat het bereik en de effectiviteit van deze interventie evalueren.

33

*Engeland heeft als doelstelling dat in 2020 het overgewicht bij jeugdigen is teruggebracht tot het niveau van 2000. Kan worden aangegeven welke doelstellingen de andere Europese landen hebben gesteld om de jeugd aan te zetten tot gezonder eet- en beweeggedrag? En welke doelstelling hanteert Nederland? Bevat het veelomvattende plan in Engeland onderdelen die ook voor Nederland van belang kunnen zijn? Is er contact met de andere EU-lidstaten om van elkaar te leren in dit opzicht?*

Een overzicht van de doelstellingen van andere lidstaten kan worden gegeven als de nationale plannen zijn aangeleverd in het kader van het WHO/EU evaluatieproject (zie ook vraag 34). Op dit moment is overgewicht bij kinderen een belangrijk aandachtspunt voor veel lidstaten, aangezien kinderobesitas nadrukkelijk wordt genoemd in het EU witboek en ook door WHO/EU is gedefinieerd als één van haar speerpunten. Het plan van het Verenigd Koninkrijk bestaat uit een zo breed mogelijk aanpak gericht op gezond gewicht. De overheid heeft hiertoe 372 miljoen Pond beschikbaar gesteld. Zo zet het programma «Change4Life» in op een bewustwordingsproces in de samenleving, gedragen door veelsoortige stakeholders (overheden, bedrijfsleven, NGO's en derden). Een ontwikkeling die wij met belangstelling volgen is de krachtige inzet om gezonde voeding met voorrang te promoten via de «Healthy Food Code of Practice». Een tweede interessante ontwikkeling is de grote nadruk op het bereiken van kinderen via hun ouders/opvoeders.

Naast bilaterale contacten met vooral het Verenigd Koninkrijk en Duitsland is er uitwisseling in breder verband in het eerder genoemde WHO/EU Monitoring Project, het Nutrition Friendly School Initiative van de WHO en het European Marketing Network van de WHO. Daarnaast is Nederland actief in de High Level Group (HLG) ter uitwerking van de doelstellingen van het Witboek voeding, overgewicht en obesitas.

34

*Wat betekent het feit dat de Europese Commissie in 2010 de geboekte vooruitgang van de lidstaten ten aanzien van het terugdringen van overgewicht zal evalueren? Wat gebeurt er met lidstaten die onvoldoende vooruitgang hebben geboekt? Welke conclusies worden verbonden aan de behaalde resultaten? Als een lidstaat heeft gekozen voor een grote mate van zelfregulering door relevante sectoren en onvoldoende vooruitgang heeft geboekt, terwijl een andere lidstaat met een sterker sturende aanpak door de overheid wel resultaten heeft geboekt, wat zijn dan daarvan de consequenties?*

De Commissie heeft samen met de WHO in 2007 een drie jaar durend project gefinancierd om zicht te krijgen op de resultaten die de lidstaten hebben behaald bij het terugdringen van overgewicht. Een onderdeel hiervan is de monitoring van gemeten overgewicht bij kinderen in de verschillende lidstaten.

De Commissie wil met dit project de inspanningen en resultaten van lidstaten met elkaar vergelijken. Lastige punten hierbij zijn de verscheidenheid in nationale plannen (landen met een zeer uitgebreid actieplan en weinig uitwerking, tegenover landen met een beperkt actieplan met op elk

punt een concreet voorstel) en de aantoonbaarheid van de causaliteit tussen genomen maatregelen en de daadwerkelijke ontwikkeling van overgewicht.

Het Witboek voeding, overgewicht en obesitas heeft geen regulerende status en is vooral bedoeld om ontwikkelingen te signaleren, om het onderwerp op de agenda te plaatsen, te benchmarken en om lidstaten in staat te stellen van elkaar te leren. Het heeft voor de lidstaten derhalve geen directe consequenties als zijn onvoldoende resultaten boeken.

35

*Het beleid van het ministerie van VWS gaat ervan uit dat een gezonde keuze de eigen verantwoordelijkheid van de burgers is. De taak van de overheid ligt alleen in het objectief informeren, het faciliteren van maatregelen om de omgeving gezonder te maken en het optimaliseren van preventiemogelijkheden. Hoe groot dient de inspanningsverplichting van de overheid te zijn om de burgers in staat te stellen een goede keuze te maken? Waar ligt de grens tussen eigen verantwoordelijkheid van de burger en verplichting van de overheid, gezien de ernstige gevolgen die geen keuze of een ongezonde keuze heeft voor de individuele burger maar ook voor de hele samenleving (kosten van de zorg)?*

Het is de eigen verantwoordelijkheid van de burger om zelf te kiezen voor een verantwoord voedingspatroon in combinatie met voldoende beweging. Om deze gezonde keuze daadwerkelijk mogelijk en gemakkelijk te maken geeft de overheid objectieve informatie en faciliteert maatregelen om de omgeving gezonder te maken. Uit oogpunt van kwaliteit en de kostenontwikkeling in de zorg worden preventiemaatregelen optimaal toegankelijk gemaakt en verbonden met de zorg.

Verdergaande inspanningen van de overheid zijn alleen te overwegen bij negatieve externe effecten (zoals bij roken) of bij de bescherming van kwetsbare groepen (jongeren en alcohol). Voorwaarde daarvoor is dat de causaliteit tussen de oorzaken en gezondheidsgevolgen daarvan volstrekt helder is. Zolang hiervan geen sprake is, zijn beïnvloedingsmogelijkheden aan de orde zoals genoemd in de nota. De gevolgen van ongezond gedrag voor de kostenontwikkeling van de zorg zijn onvoldoende argument om hiervan af te wijken. Er zijn immers heel veel gedragingen met dit effect (sport, te hard werken, risicogedrag) en is het niet eenvoudig gedrag eenduidig te beoordelen of te sturen.

36

*Wordt bij het vermelden van calorieën ook de dagelijks aanbevolen hoeveelheid vermeld?*

Op vrijwillige basis is een groot deel van de voedingsmiddelenindustrie hiertoe al overgegaan. Dit is een positieve ontwikkeling.

37

*Wordt met de zin «Het kabinet hanteert het uitgangspunt dat consumenten bij de aankoop van voedingsmiddelen de gezonde keuze als de gemakkelijkste ervaren» bedoeld dat dit nu al geldt of dient de zin te luiden: «Het kabinet hanteert het uitgangspunt dat consumenten bij de aankoop van voedingsmiddelen de gezonde keuze als de gemakkelijkste dienen te ervaren»?*

Beide interpretaties zijn juist. Er zijn veel ontwikkelingen gaande die eraan bijdragen dat de consument de gezonde keuze als de gemakkelijkste ervaart bij de aankoop van voedingsmiddelen. De levensmiddelenindustrie zorgt zelf steeds meer voor betere informatie over de voedingswaarden. Diverse systemen zijn in ontwikkeling en worden nu al toege-

past (bijvoorbeeld logo's en de dagelijkse voedingsrichtlijn). Voor de komende periode is het van belang al deze initiatieven te stroomlijnen en nader te ontwikkelen zodat uiteindelijk op eenduidige en begrijpelijke wijze de voedingsinformatie bij de consument terecht komt.

38

*Vindt Nederland het onnodig om voedingswaardeinformatie verplicht volgens een bepaald stramien op de voorkant van alle verpakte levensmiddelen te plaatsen? Is Nederland het in dezen dus niet eens met het voorstel van de Europese Commissie? In hoeverre is de vrijwillige voedingswaardedeclaratie die nu in Nederland bestaat uniform en begrijpelijk en in hoeverre is deze overeenkomstig het door de Europese Commissie voorgestelde stramien?*

Nederland is van mening dat het niet nodig is om voedingswaarde informatie op de voorkant van alle verpakte levensmiddelen te plaatsen. Eerder is met de Tweede Kamer gecommuniceerd dat dit te stringent is en voorbijgaat aan de mogelijkheid om via zelfregulering hetzelfde doel te realiseren. De markt verstrekt immers al grotendeels vrijwillig voedingswaarde declaratie.

De huidige voedingswaarde declaratie die wordt verstrekt past binnen het huidige voorstel van de Europese Commissie. De besprekingen over de aankomende verordening voor consumenteninformatie zijn echter nog niet afgerond. Er wordt nog volop gediscussieerd over welke nutriënten verplicht of vrijwillig gedeclareerd moeten/mogen worden.

39

*Wie is verantwoordelijk voor het weergeven van de voedingswaarden en het caloriegehalte op de menu's en prijslijsten in de horeca?*

Het weergeven van het caloriegehalte op de menu's en prijslijsten is een eigen verantwoordelijkheid van de horeca exploitant. Zie ook het antwoord op vraag 53.

40

*Op welke termijn zal de Warenwet worden aangepast? Wordt hiertoe ook overleg gepleegd met de branche?*

De doorlichting van de Warenwetregelgeving zal naar verwachting eind juni 2009 worden afgerond. Indien daarbij zou blijken dat aanpassing van Warenwetregelgeving noodzakelijk is, dan zal dat besproken worden in het Regulier Overleg Warenwet (ROW). Aan het ROW neemt ook de levensmiddelenbranche deel.

41

*Waarom wordt er geen norm voor minimale buitenspeelruimte geformuleerd? Moet dit niet worden meegenomen in de lokale aanpak voor overgewicht?*

Wat betreft normstelling hebben de toenmalige ministers van VROM en LNV naar aanleiding van het advies «Recht op Groen» (Raad voor het landelijk gebied, 2006) het belang van groen onderstreept en is er een groennorm van 75m<sup>2</sup> per woning opgenomen in de Nota Ruimte. Wat betreft buitenspeelruimte heeft de minister van VROM in 2006 gemeenten verzocht de richtlijn van 3% buitenspeelruimte van NUSO Speelruimte Nederland, te hanteren. In de Nationale Aanpak Milieu en Gezondheid 2008–2012 wordt aangegeven dat naar een betere verankering en invulling van deze richtlijnen gekeken wordt; hier wordt de komende tijd dan ook samen met de lokale partijen aan gewerkt.

42

*Op welke manier worden in dit kader de middelen besteed voor het project «Beter in Meedoen»? Hoe verloopt dit project?*

Wij zijn niet bekend met het project «Beter in Meedoen». Indien hiermee de convenanten «Kinderen doen mee!» worden bedoeld, wordt verwezen naar het antwoord op vraag 79.

43

*Waarom kan pas in 2010 worden gerapporteerd over de monitoring door de IGZ in 2008 van de uitvoering van interventies bij GGD'en?*

De inspectie wil dan net als in 2005 een rapport uitbrengen over de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg. De monitoring van de uitvoering van interventies bij GGD'en is daar slechts een onderdeel van. De inspectie zal in 2010 ook op basis van andere onderzoeken die momenteel worden uitgevoerd een oordeel geven over de kwaliteit van de Openbare Gezondheidszorg en de preventiecyclus.

44

*Kan nader worden aangegeven wat de analyse van het Centrum Gezond Leven laat zien, nu al gemeld wordt dat deze analyse aantoont dat gemeenten nog steeds onvoldoende zicht hebben op het bereik van interventies? Welke maatregelen worden genomen nu blijkt dat nu al bekend is dat er onvoldoende zicht is op het bereik van interventies?*

Gemeenten zijn voor gegevens over het bereik van interventies afhankelijk van de GGD. Nederland telt 29 GGD'en. Uit een onderzoek van de IGZ in 2008, blijkt dat de meeste GGD'en hierover slechts beperkte gegevens hebben. In 2010 zal hierover worden gerapporteerd (zie ook antwoord op vraag 43). Het onderzoek heeft zich geconcentreerd op het bereik van landelijk beschikbare interventies die de GGD aanbiedt. Het onderzoek (Leefstijlinterventies in Nederland, een verkenning van ervaringen en wensen) wat is uitgevoerd door het RIVM in 2008, in het kader van de opstart fase van het CGL, bouwt hierop voort.

Bijna alle GGD'en hebben moeite met het verzamelen van een compleet overzicht van het interventieaanbod van met name andere organisaties. De verschillende landelijke en lokale ontwikkelingen op dit gebied zijn niet altijd op elkaar afgestemd. De IGZ hecht veel belang aan monitoring van bereik en is in overleg met het CGL, GGD Nederland en andere betrokken partijen om vast te stellen wat nodig is om te komen tot een uniform systeem hiervoor.

45

*Kunt u aangeven in hoeverre bij de overeenkomst Impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen ook particuliere initiatieven, zoals de Cruyff Foundation en de Krajicek Foundation, betrokken worden?*

De Impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen (NASB) is gericht op gemeenten. Vooralsnog hebben in de eerste tranche, die in 2008 is gestart, 44 gemeenten de overeenkomst ondertekend. Het is de bedoeling dat voor de tweede tranche nog eens 50–60 gemeenten zullen intekenen. De impuls is gericht op het realiseren van sport en beweeginterventies. Gemeenten hebben toegezegd sport en bewegen een onderdeel te laten zijn van het lokale gezondheidsbeleid. Samenwerking met particuliere initiatieven is mogelijk, maar het is aan de gemeenten zelf om aan die samenwerking vorm te geven. Op dit moment is er nog geen zicht op de individuele projecten in de gemeenten.

46

*Kunnen ook andere wijken, naast de krachtwijken, delen in en profiteren van de kennis die opgedaan wordt met het project «Gezonde Wijk»? Zo ja, op welke manier?*

Ja, de kennis en goede voorbeelden die worden opgedaan bij de experimenten Gezonde Wijk zijn via het «kennisportal wijken» behorende bij de wijkenaanpak ([www.minvrom.nl](http://www.minvrom.nl)) toegankelijk voor andere steden.

47

*Kunt u al meer duidelijkheid verschaffen over het concept «Gezonde Wijk»?*

Het doel van het experiment Gezonde Wijk is de gezondheid van inwoners in de aandachtswijken (krachtwijken) te verbeteren. In dit experiment werken de betrokken gemeenten samen met het Rijk via een integrale aanpak aan

- a) gezonde bewoners,
- b) gezonde leefomgeving en
- c) een samenhangende eerstelijnszorg met preventief aanbod.

De gemeenten die meedoen hebben inmiddels uitgewerkte plannen waarbij diverse lokale partners met elkaar aan de slag gaan binnen de experimenten. Op 23 en 24 juni vinden inspiratiedagen plaats waarbij deelnemende gemeenten van elkaars aanpak kunnen leren, tot nieuwe ideeën kunnen komen en afspraken kunnen maken met landelijke aanbieders over concrete inzet in hun wijken.

48

*Wat is het resultaat van de evaluatie van de handleiding voor gemeenten door het Centrum Gezond Leven van het RIVM?*

De evaluatie was gericht op alle vier handleidingen voor lokaal gezondheidsbeleid (preventie van roken, overgewicht, depressie en alcoholmatiging). De bekendheid hiermee en het gebruik hiervan bij medewerkers van GGD'en, GGZ organisaties en gemeenten is geëvalueerd.

De evaluatie van de handleiding overgewicht laat zien dat GGD functionarissen en ambtenaren volksgezondheid van gemeenten deze handleiding goed kennen. Gemeenten gebruiken de handleiding vooral als kader voor lokaal gezondheidsbeleid. De handleidingen geven hen achtergrondinformatie over de landelijke speerpunten en input voor het formuleren van lokaal beleid, het opstellen van actieplannen en het selecteren van interventies. GGD'en gebruiken de handleiding als ondersteuning van de advisering aan gemeenten.

Gebruikers hebben kritiek op de leeflijn, het overzicht met geschikte interventies, omdat niet van alle interventies de effectiviteit bekend is. Gebruikers willen kunnen kiezen uit effectieve interventies, specifiek interventies voor mensen uit lagere sociaal economische milieus en interventies gericht op de omgeving. Andere belangrijke aandachtspunten voor bijstelling van de handleidingen zijn:

- Meer samenhang tussen de handleidingen onderling én met andere initiatieven.
- Meer aandacht voor verschillende rollen van de lokale en landelijke organisaties in het proces van lokaal gezondheidsbeleid.
- Digitale beschikbaarheid van de vier handleidingen op 1 site en mogelijkheid om door te klikken naar meer informatie en uitwisseling.

Op verzoek van VWS werkt het Centrum Gezond Leven op basis van de resultaten van het evaluatieonderzoek samen met het Voedingscentrum,



Stivoro en het Trimbos-instituut aan de bijstelling van de handleidingen. De vier handleidingen zijn inmiddels opgenomen op [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl). De herziening is gereed in aanloop naar de derde ronde nota's lokaal gezondheidsbeleid.

49

*Hoeveel gemeenten hebben op dit moment nog slecht zicht op de gezondheidstoestand en omvang van risicogroepen? Wat blijkt uit de gegevens van gemeenten die wel goed zicht hebben op de gezondheidstoestand en omvang van risicogroepen?*

De inspectie is, middels het opvragen van indicatoren, nagegaan in welke mate de GGD'en inzicht hebben in de gezondheidstoestand van de bevolking van hun GGD regio. Daarbij is geen uitsplitsing gemaakt naar gemeenten. De inspectie constateert dat de GGD'en, die wettelijk de taak hebben om deze gegevens te verzamelen, dat steeds beter doen. Voor wat betreft overgewicht blijkt dat een beperkt aantal GGD'en nog geen inzicht heeft in het percentage overgewicht bij de jeugd en/of bij volwassenen. Daarnaast blijkt dat de GGD'en soms niet de standaardvraagstelling of meetmethode hanteren waardoor onderlinge vergelijking lastig is. Daar waar het inzicht ontbrak, heeft de inspectie afspraken gemaakt met de GGD om deze gegevens op een later tijdstip te verzamelen. Standardisatie van de meetmethode en/of vraagstellingen is ook van belang en afspraken daarover worden gemaakt in de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid.

De gegevens van gemeenten die wel goed zicht hebben op de gezondheidstoestand en omvang van risicogroepen passen in het beeld dat de Nationale Atlas Volksgezondheid van het RIVM schetst (op basis van de CBS-POLS data) over de ontwikkeling en verdeling van overgewicht. De inspectie laat momenteel een onderzoek uitvoeren door onderzoeksbureau SGBO, om na te gaan of de kwaliteit van de lokale nota's volksgezondheid is verbeterd ten opzichte van 2005. Uit dit onderzoek moet blijken in welke mate de gemeenten bij het opstellen van hun nota rekening houden met de volksgezondheidstoestand op wijk-, gemeente-, of regioniveau. Dat is namelijk één van de kwaliteitsaspecten van de nota.

50

*Wat is de relatie tussen het Centrum Gezond Leven en het Voedingscentrum? En de relatie tussen de aanpak van het Centrum Gezond Leven en ZonMw en het CJG?*

Het Centrum Gezond Leven (CGL) is een onderdeel van het RIVM, een agentschap van het ministerie van VWS. Het CGL heeft onder andere als taak het in kaart te brengen van leefstijlinterventies en het beter op elkaar af te stemmen van vraag en aanbod. Het gaat daarbij vooral om de vraag van lokale organisaties. Een andere taak is het erkennen van leefstijlinterventies, zodat lokale organisaties weten dat de interventies die ze aan hun cliënten aanbieden effect hebben. Het Voedingscentrum Nederland (VCN) is een zelfstandige stichting die, met subsidie van LNV en VWS, samenwerkt met het CGL. Deze samenwerking betreft het leveren van personele inzet en het leveren van informatie over de interventies van het VCN.

De relatie tussen ZonMw en Centrum voor Jeugd en Gezin is tweeledig. ZonMw heeft een programmerende functie in het laten verrichten van onderzoek naar de effectiviteit van interventies. Het CGL informeert ZonMw over «witte vlekken» in het aanbod van effectieve interventies en geeft zo mede sturing aan de onderzoeksprogrammering. De onderzoeken

in opdracht van ZonMw leveren kennis op die gebruikt wordt om de effectiviteit van interventies te beoordelen.

Daarnaast neemt het CGL op haar website de campagnekalender op van de door ZonMw aangestuurde landelijke leefstijlcampagnes, zodat deze beter ingepast worden in het lokaal gezondheidsbeleid. Het nieuwe ZonMw programma Gezonde Slagkracht, gericht op de versterking van integraal gemeentelijk gezondheidsbeleid, maakt gebruik van de interventie-database van het CGL.

Bij het RIVM bestaat ook een Centrum Jeugdgezondheid (CJG). Dit expertisecentrum is gericht op de ondersteuning van basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het CGL werkt met het CJG samen in erkenning van interventies in de JGZ.

51

*Vindt u de doelstelling dat «werkgevers een gezonde leefstijl en een gezond gewicht bij hun werknemers bevorderen» geen vergaande inbreuk in de arbeidsrelatie tussen werkgever en werknemer? Heeft het kabinet overlegd met organisaties van werkgevers en werknemers om te kijken of hier draagvlak voor bestaat? En is hier een kosten/baten-analyse van gemaakt?*

Deze doelstelling pleegt geen inbreuk in de arbeidsrelatie tussen werkgever en werknemer. De werkgever heeft op grond van de Arbeidsomstandighedenwet een belangrijke taak om samen met zijn werknemers voor een goede en gezonde werkomgeving te zorgen. Het gaat daarbij naast het creëren van veilige en gezonde arbeidsomstandigheden, ook om een vitaal en gezond werkklimaat. Werkgevers en werknemers kunnen in dat kader samen tegenwicht bieden door activiteiten te ontplooiën die bijdragen aan een gezonde leefstijl. Dat hier draagvlak voor bestaat bij zowel werkgevers als werknemers blijkt uit het feit dat de werkgevers- en werknemerscentrales deelnemen aan het Convenant Overgewicht. Een concreet resultaat van hun deelname is de brochure van de Stichting van de Arbeid uit 2009 over het op de werkvloer bespreekbaar maken van de aanpak van overgewicht. Het blijkt dat het voeren van een beleid voor gezondere leefstijl op het werk lonend is. De arbeidsproductiviteit stijgt en het verzuim daalt. Er zijn geen kosten-baten studies voorhanden.

52

*Wanneer kan de Kamer het plan van aanpak tegemoet zien om Nederland als sportieve samenleving op Olympisch niveau te krijgen?*

De kabinetsreactie op het Olympisch Plan 2028 zal binnen enkele weken aan de Kamer worden toegezonden.

53

*Hoe gaat u bereiken dat de horeca informatie over voedingswaarde en caloriegehalte op menu's en prijslijsten gaat plaatsen?*

Het is goed dat ook in de horeca en catering informatie over voedingswaarde wordt verschaft. Informatie over caloriegehalte, een keuzebevorderend logo of vermelding van voedingswaarde en caloriegehalte op menu's en prijslijsten is nuttig. Er zijn nog heel veel andere mogelijkheden om consumenten in staat te stellen goed geïnformeerd te kiezen.

Voedingswaarde en caloriegehalte hoeven in de horeca en catering niet verplicht te worden vermeld op menu's en prijslijsten. De minister van VWS wil de informatieverstrekking door de horeca wel stimuleren door hen te faciliteren met benodigde informatie over voedingswaarde. Hier-

voor is bijvoorbeeld bij het Voedingscentrum de «Caloriechecker voor de horeca» en de Snackwijzer beschikbaar.

54

*Hoe komt u tot de conclusie dat de BeweegKuur een effectieve, uitvoerbare interventie is, terwijl dit in de VWS-begroting voor 2009 nog als een proefproject is bestempeld?*

Op grond van het RIVM-rapport *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2* (2 december 2008) en het CVZ-rapport *Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie* (rapport nr 271, 23 februari 2009) gebaseerd op wereldwijde wetenschappelijke gegevens, kan inmiddels geconcludeerd worden dat voldoende lang volgehouden gecombineerde leefstijlinterventies (bewegen en voeding) met een inzet van menskracht tot een tegenwaarde van ongeveer € 400 per persoon, kosteneffectief is. Dit rapport is de eerste stap in de CVZ-procedure voor opname in het pakket. De volgende stap bestaat uit het uitgebreid testen van de BeweegKuur in de praktijk in een zogenaamd proefproject. Dit project omvat meerdere pilot-projecten die voorbereiden op brede landelijke implementatie van een gecombineerde leefstijlinterventie vergelijkbaar met de BeweegKuur. Hierbij kan gedacht worden aan investeren in goed functionerende lokale ketennetwerken van zorg tot en met lokale sport- en beweegaanbieders en scholing van voldoende gekwalificeerde professionals. Dit resulteert in het wel of niet opnemen van de BeweegKuur in het pakket. Tot dat moment maakt de BeweegKuur geen deel uit van het verzekerde pakket en is dus de term proefproject gerechtvaardigd.

55

*In hoeverre wordt op dit moment aan het recht op ketenzorg voldaan? In hoeverre zijn mensen op de hoogte van dit recht en is het voorgekomen dat mensen dit recht daadwerkelijk hebben afgedwongen?*

De verschillende zorgaanbieders pakken de ketenzorg naar behoren multidisciplinair op. Overal in het land zijn nieuwe initiatieven rondom bijvoorbeeld diabeteszorg en COPD-zorg. In november 2008 waren er onder de beleidsregel innovatie al 86 experimenten diabeteszorg geregistreerd. In september 2009 komen de resultaten van de RIVM evaluatie van de 10 diabeteszorg projecten die sinds 2007 in het kader van een ZonMw programma werken met de diabetes keten-DBC.

De ketenzorg aanpak maakt gebruik van de zorgstandaarden die zijn afgesproken tussen de zorgaanbieders onderling en de betrokken patiëntengroeperingen. Op dit moment zijn er zorgstandaarden voor Diabetes, Cardiovasculair-risicomanagement, COPD, Stoppen met roken, Overgewicht en obesitas in de maak of al concreet toepasbaar. Patiënten met de betreffende aandoening weten derhalve, vaak via hun patiëntenvertegenwoordigers, wat de optimale zorg is die bij hun aandoening past.

Tot slot wordt het recht op goede zorg verwoord in de Wet Cliëntenrechten Zorg. De onderlinge afstemming van de benodigde zorg tussen de zorgaanbieders onderling wordt in deze wet geborgd. Rond de zomer zal het concept-wetsvoorstel voor advies naar de Raad van State worden verzonden. Beoogd is de inwerkingtreding in 2011 te laten plaatsvinden.

56

*Wat is de relatie tussen de richtlijn en de zorgstandaard voor behandeling van obesitas? En wordt er gewacht op de verschijning van de zorgstandaard alvorens van de richtlijn gebruik te kunnen maken, bijvoorbeeld voor zorginkoop?*

De richtlijn is een multidisciplinair document dat is afgestemd met alle hulpverleners in de behandelketen van obesitas bij volwassenen en kinderen en wordt al in praktijk gebruikt. Het is daarmee het belangrijkste uitgangsdokument voor het tot stand komen van de zorgstandaard voor de behandeling van obesitas bij kinderen en volwassenen. Voor zorginkoop zal, vanaf 2011, de zorgstandaard obesitas duidelijkheid bieden.

57

*Er komt een richtlijn «Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen» van het CBO in november 2008. Waarom is gekozen voor een richtlijn voor deze zeer uiteenlopende groepen?*

De multidisciplinaire CBO-behandelrichtlijn «diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen is eind 2008 gepubliceerd. Omdat de behandeling van obesitas bij deze groepen verloopt volgens een vergelijkbaar protocol is gekozen voor één richtlijn.

De eerste keus bij de behandeling van zowel volwassenen als kinderen met obesitas bestaat uit een behandeling met gecombineerde leefstijl-interventies. Het gaat hierbij om interventies die het voedingspatroon en het beweegpatroon aanpakken gecombineerd met psychologische interventies. Belangrijk verschil is dat bij de behandeling van obesitas bij kinderen farmacologische interventies in het algemeen worden ontraden. Chirurgische interventies worden in de behandeling van (morbide) obesitas bij kinderen en adolescenten niet aanbevolen.

58

*Zijn er criteria geformuleerd op basis waarvan een beweegkuur kan worden ingezet? Is er een richtlijn?*

Nee, de exacte voorwaarden om in aanmerking te komen voor vergoeding van deelname aan een BeweegKuur worden nog vastgesteld.

59

*Wanneer wordt de Kamer nader geïnformeerd over opname van de BeweegKuur in het basispakket? Is opname in het basispakket per 1 januari 2010 mogelijk en wordt daarnaar gestreefd?*

Wanneer de BeweegKuur wordt opgenomen in het pakket wordt uw Kamer geïnformeerd. Eerdere opname dan per 1 januari 2011 is, gezien de door het CvZ gehanteerde procedure voor opname in het pakket ( zie antwoord 54), niet mogelijk.

60

*Hoe is het collectief financieren van de bestrijding van obesitas via het pakket uit te leggen aan iedereen die zelf lid is geworden van een sportclub, jarenlang gezonder is geweest en hier geen vergoeding voor heeft ontvangen?*

Overgewicht – en vooral ernstig overgewicht, obesitas – vormt een bedreiging voor de volksgezondheid en daarmee ook voor het maatschappelijk functioneren. Het RIVM-rapport *Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2* geeft aan dat een gecombineerde leefstijlinterventie een besparing kan opleveren in termen van jaarlijkse zorgkosten voor degenen die deelnemen. Het is verstandig om dit middel in te zetten. Op individueel niveau kan extra lichaamsbeweging voor hen die daartoe medisch geïndiceerd zijn, gezien worden als een medicijn – als een reguliere behandeling die voldoet aan de criteria voor collectief gefinancierde zorg. Net als bij andere preventieve en therapeutisch interventies wordt geen onderscheid

gemaakt naar de leefstijl voorafgaand aan de indicatiestelling. In deze specifieke situatie van overgewicht en ernstig overgewicht geldt bovendien dat er voor een deel van de doelgroep genetische factoren in het spel zijn.

Overigens wordt niet het sporten en bewegen zelf, maar alleen de weg ernaar toe (via een beweegprogramma van 3 tot 9 maanden) en de ondersteuning vanuit de zorg vergoed. Na afloop van het beweegprogramma is het de bedoeling dat de deelnemers zelf doorgaan met sporten/ bewegen (via de sportvereniging, fitness of gewoon zelfstandig sporten als fietsen of nordic walking). Dit laatste wordt niet meer vergoed. Voor de interventie wordt verder een eigen bijdrage van de deelnemers gevraagd.

61

*Wanneer verschijnt het rapport van Integraal Toezicht Jeugdzaken over de mate waarin organisaties op lokaal niveau erin slagen om overgewicht bij kinderen van 0–19 jaar te voorkomen, te signaleren en op te lossen? Wordt verwacht dat er sprake is van verbetering ten opzichte van 2007? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? Welke aanvullende maatregelen zijn sinds 2007 genomen?*

Veel gemeenten hebben in hun tweede lokale nota volksgezondheid de aanpak van overgewicht onder jongeren als speerpunt opgenomen. Ze ontplooiën tal van activiteiten op het gebied van overgewicht, voeding en beweging. De samenhang daartussen is niet optimaal en de activiteiten versterken elkaar vaak dan ook niet. Het Integraal Toezicht Jeugdzaken heeft in een vijftal gemeenten de aanpak van overgewicht bij kinderen onderzocht. De uitkomsten van het onderzoek van laten zien dat veel knelpunten en oplossingen voor de aanpak van overgewicht in alle onderzochte gemeenten overeenkomen. Die rode draden worden in juli 2009 openbaar gemaakt in een rapport. Hierover zal de Kamer aansluitend geïnformeerd worden. In 2012 verschijnt een rapport met de resultaten die in de onderzochte gemeenten zijn behaald.

62

*Kunnen scholen, die op dit moment al het geluid afgeven dat zij worden bedolven onder Haagse regels, de extra taken op basis van deze nota aan?*

Scholen moeten voldoen aan de kerndoelen. In de kerndoelen PO en onderbouw VO is vastgelegd wat leerlingen moeten kennen en kunnen. In kerndoel 34 staat dat leerlingen leren zorg te dragen voor de lichamelijke en psychische gezondheid van henzelf en anderen, met daarbij voor het VO de toevoeging dat zij leren daarin een eigen verantwoordelijkheid te nemen. Scholen hebben vervolgens de ruimte om eigen keuzes te maken over de manier waarop ze het onderwijs inrichten. Het is dus aan de scholen om te bezien hoe zij vormgeven aan de kerndoelen, om prioriteiten te stellen en onderwijs op maat te bieden.

63

*Het aanleren van vaardigheden in de jeugd is van groot belang voor later. Door ouders te ondersteunen bij de opvoeding op het gebied van voeding en beweging kan nog grote winst worden behaald. Is deze relatie bewezen? Wordt er op dit moment onderzoek naar gedaan?*

Tal van studies tonen in meer of mindere mate het belang aan van het aanleren van vaardigheden in de jeugd, waarbij de ouders de sleutel zijn tot succes. Dit wordt bijvoorbeeld beschreven in de publicatie «Overgewicht en obesitas bij jongere kinderen (0–4jaar): gedrag en opvatting van ouders» in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 9 februari 2008. Hierin wordt een verband gelegd tussen het gedrag en de opvat-

tingen die ouders hebben en de ontwikkeling van het overgewicht bij hun jonge kinderen. Een en ander is ook verwoord in een reactie naar de Tweede Kamer op 20 maart 2008 naar aanleiding van vragen over onder andere deze publicatie.

Voeding en bewegen worden sterk door opvoeding beïnvloed. Uit onderzoek blijkt steeds duidelijker dat de rol van de vaders bij de preventie en aanpak van overgewicht belangrijk is en wezenlijk anders is dan de rol van moeders. Waar vaders vooral het beweeggedrag (mee)bepalen, bepalen moeders (veelal) het voedingsgedrag. De publicatie: «Kansrijke elementen in de preventie van overgewicht bij jonge kinderen» (Tijdschrift voor Kindergeneeskunde, nr 4, 2008) legt tevens een verband tussen opvoedstijl van ouders en de ontwikkeling van overgewicht en obesitas bij hun kinderen. Een gezaghebbende opvoedingsstijl gedefinieerd als hoge sensitiviteit van de ouder naar het kind in combinatie met realistische verwachtingen over de zelfcontrole van het kind, verkleint de kans op het hebben van een kind met overgewicht. Daarom is het wenselijk dat ouders kennis hebben van zelfregulerende mechanismen bij jonge kinderen en het belang van een warme responsieve opvoedingsstijl, waarbij tegelijkertijd noodzakelijke grenzen worden gesteld. Het artikel verwijst onder andere naar het opvoedingsprogramma Triple P. Het Positief Pedagogische Programma (Nederlandse versie van Triple P) wordt door het Nederlands Jeugd instituut (NJI) ingevoerd.

64

*In de nota wordt gesproken over «De Gezonde Schoolkantine» en over het aanbieden van licht frisdranken in schoolkantines. Wat is de definitie van een «gezonde schoolkantine»? Wie stelt deze richtlijnen op?*

Een gezonde schoolkantine is een kantine die de gezonde keuze, ook op school, gemakkelijker maakt door een gezond assortiment aan te bieden. In het ultieme geval bevat dit uitsluitend producten uit de schijf van vijf. Het Voedingscentrum heeft het concept «De Gezonde Schoolkantine» ontwikkeld en ondersteunt scholen bij de invoering ervan.

65

*Welke concrete maatregelen (kunnen) worden genomen, nu blijkt dat op ruim een derde van de scholen voor primair onderwijs geen vastgesteld leeraanbod bestaat voor voeding en gezond gedrag en de Inspectie van het Onderwijs constateert dat veel scholen zich nog te weinig bewust zijn van de toenemende overgewichtproblematiek onder kinderen?*

Scholen zijn vrij om de lesmethodes te kiezen die zij willen gebruiken om de kerndoelen te realiseren. De Onderwijsinspectie ziet erop toe of scholen voldoen aan de kerndoelen. We ondersteunen scholen, ten aanzien van het leeraanbod voor voeding en bewegen, door de Stichting Leerplanontwikkeling de opdracht gegeven om leermiddelen van het basisonderwijs te screenen op deze onderwerpen. In 2006 is dat gedaan voor het leeraanbod in het basisonderwijs. Op de SLO site kunnen scholen snel een overzicht krijgen van de onderwerpen die in een methode aan de orde komen en van aanvullende lespakketten die eventueel ingezet kunnen worden. De SLO voert nu voor de onderbouw van het voortgezet onderwijs ook een dergelijk onderzoek uit.

66

*Wat is de oorzaak van het feit dat de onderwijstijd voor de thema's voeding en gezond gedrag en bewegen al jaren ongewijzigd is, terwijl het aantal kinderen met overgewicht en obesitas de laatste jaren sterk toeneemt? Welke maatregelen zouden effectief kunnen zijn en welke maatregelen zouden kunnen worden genomen?*

Volgens artikel 9 van de Wet op het primair onderwijs behoort «het bevorderen van gezond gedrag» tot het curriculum. In de kerndoelen is dit nader uitgewerkt. In het primair onderwijs geldt een urennorm van 7520 uren in acht jaar. Binnen dit aantal uren dienen de kerndoelen behandeld te worden. Er bestaan geen urennormen per schoolvak of kerndoel. Het is aan de scholen zelf om, op grond van de omgeving van de school en de leerlingen die zij binnenkrijgen, een visie te bepalen over hoe zij invulling willen geven aan de kerndoelen. Scholen kunnen zelf prioriteiten stellen en ervoor kiezen om aan bepaalde thema's extra aandacht te besteden. Bij de thema's voeding en bewegen doet de SLO nu onderzoek naar lesmethoden met aandacht voor actieve en gezonde leefstijl en publiceert deze op de internetsite. Daar staan ook specifieke lesprogramma's zoals «Smaaklessen en Schoolgruiten» en «Lekker Fit», ontwikkeld door VWS, LNV en de betrokken partners van het Convenant overgewicht.

Naast onderwijs zijn er andere maatregelen op school, die leerlingen aanzetten tot een verantwoord voedings- en beweegpatroon. De keuze voor gezonde voeding wordt bijvoorbeeld gestimuleerd door maatregelen als de Gezonde School en Gezonde Schoolkantine. In 2009 en 2010 kunnen 150 vo-scholen ondersteund worden bij de realisatie van een gezonde schoolkantine met subsidie van LNV, VWS, VROM en OCW. Als onderdeel van dit programma wordt een stimuleringsprijs «Gezonde Schoolkantine» uitgereikt.

Er zijn diverse maatregelen genomen om hechtere samenwerking tussen onderwijs en sport te realiseren en zo de mogelijkheid voor jeugdigen te vergroten om te sporten en bewegen.

Dit zijn:

- Het Beleidskader Sport, Bewegen en Onderwijs: Dit is erop gericht de sportdeelname en de beweging door de jeugd te vergroten en bij te dragen aan de doelstelling dat in 2012 minimaal 50% van de jeugdigen aan de beweegnorm voldoet. Het Beleidskader is een co-productie van VWS en OCW.
- De Impuls brede school, sport en cultuur: Doelstelling van de impuls is dat er in 2011 2 500 extra combinatiefuncties zijn op het terrein van onderwijs, sport en cultuur. Door deze extra functies ontstaan er meer mogelijkheden om kinderen en jongeren in en rond de school een uitdagend activiteitenaanbod op het terrein van sport, bewegen en cultuur te bieden. OCW en VWS financieren de impuls.
- De Brede school: OCW stimuleert de ontwikkeling van brede scholen door investeringen in huisvesting (FES), onderzoek en monitoring, een helpdesk «Brede school», conferenties en de hierboven genoemde combinatiefuncties. Dit moet leiden tot de uitbreiding van het aantal brede scholen met sport- en cultuuraanbod in zowel het primair als het voortgezet onderwijs, waarbij een dekkend aanbod wordt gerealiseerd in de 40 krachtwijken.

67

*Worden met het programma «Ga voor Gezond!» alle lespakketten voor gezonde voeding in elkaar geschoven? Hoe werkt dit programma?*

Nee, niet alle beschikbare lespakketten worden in elkaar geschoven. Het programma richt zich op vijf hoofdthema's: voeding, bewegen, lichamelijke gezondheid, sociale omgeving en gezond en veilig schoolklimaat, hierbinnen kunnen de scholen een eigen keuze maken. Het programma «Ga voor gezond!» wil alle basisschoolkinderen, hun leerkrachten, ouders en verzorgers spelenderwijs in contact brengen met uiteenlopende onderwerpen als zorgen voor elkaar, smaken ontdekken, mondgezondheid of binnenmilieu van schoolgebouwen en laten ervaren dat het leuk kan zijn om met gezondheid bezig te zijn. Speciaal voor «Ga

voor gezond!» is een pakket ontwikkeld, bestaande uit een logboek voor leerlingen, bijbehorende stickervellen, een Scoreposter en een handleiding voor de leerkracht. Op verschillende manieren zijn door een school punten te verdienen. Door zoveel mogelijk ouders erbij te betrekken, door veel activiteiten gericht op gezondheid uit te voeren, door zo veel mogelijk klassen van één school mee te laten doen etc. De punten per klas die op de Scoreposter worden bijgehouden, kunnen aan het eind van de periode worden ingevuld op de website. Aan het eind resulteert dit in een totaalscore van de school. Met deze score dingt de school mee naar prijzen.

68

*Hoe is de bekendheid van het digitale voorlichtingsprogramma «Hallo Wereld»?*

De bekendheid en gebruik van Hallo Wereld kan worden herleid uit de volgende maandcijfers voor het gemiddeld aantal (unieke) bezoekers, gestelde vragen en inschrijvingen.

– unieke bezoekers	21 000
– pageviews	220 000
– gestelde vragen	320
– doorkliks naar GBI's	1180
– inschrijvingen zwanger	850
– inschrijvingen 1e levensjaar	120

Bij een gemiddeld aantal van 180 000 zwangeren, 180 000 geboortes en 180 000 ouders met kinderen in het tweede levensjaar komen we op een doelgroep van 540 000 personen. Met een totaal van 250 000 unieke bezoekers op jaarbasis bereiken we ca. 46% van de gewenste doelgroep.

69

*Kan worden aangegeven waar in «Hallo Wereld» de in de nota genoemde informatie over «het belang van een gezonde leefstijl en een gezonde opvoeding» precies staat?*

De voorlichting via het digitale programma Hallo Wereld heeft betrekking op alle onderwerpen van een gezonde leefstijl en opvoeding. Het belang van een gezonde leefstijl maakt integraal onderdeel uit van het programma. In alle kennisquizen, nieuwsbrieven en antwoorden op gestelde vragen komt dit aspect aan de orde.

70

*Waarom is er onder de veelgestelde vragen van de website «Hallo Wereld» alleen nog heel specifieke informatie te vinden over een gezonde leefstijl en een gezonde opvoeding terwijl u aangeeft dat deze site betrouwbare en begrijpelijke opgroeien opvoedingsondersteuning biedt?*

De informatie die onder veelgestelde vragen op de website te vinden is, wordt bepaald door de vragen die door burgers worden gesteld. Het is dus een weergave van de informatiebehoefte van de gebruiker.

71

*Wat is de stand van zaken ten aanzien van het «bemiddelingstraject» in het conflict tussen levensmiddelenindustrie en consumentenorganisaties inzake de verhoging van de leeftijdsgrens voor reclamebeperking? Is er al enig uitzicht wanneer de verscherpte Reclamecode voor voedingsmiddelen van kracht wordt? Wat is het standpunt van het kabinet in dezen? Wanneer kan de Kamer een brief verwachten van het kabinet over de impasse tussen betrokken partijen met betrekking tot de aanpassing van de Reclamecode, met name op het gebied van reclame ten aanzien van jonge kinderen?*



Zie het antwoord bij vraag 8.

72

*Hoe valt het feit dat onderzoek uitwijst dat televisiereclame leidt tot meer consumptie en risico op overgewicht en obesitas bij kinderen van 4–12 jaar te rijmen met het uitgangspunt van het kabinet dat beperking van reclame voor ongezonde voeding gericht op kinderen, door zelfregulering tot stand komt? Welke tekenen wijzen er sinds 2005 op dat de levensmiddelenindustrie zelf tot beperking van reclame gericht op kinderen overgaat?*

Zie het antwoord bij vraag 8.

73

*Waarom beperkt het kabinet zich, gezien de toename van het aantal kinderen met overgewicht en de ernstige gevolgen voor deze kinderen, tot een «dringend beroep op de voedingsmiddelenindustrie» om de Reclamecode aan te scherpen in plaats van reclame te verbieden?*

Zie het antwoord bij vraag 8.

74

*Op welke wijze worden betrokken partijen aangezet om tot het uiterste te gaan om uit de impasse rond aanpassing van de Reclamecode te komen? Welke mogelijkheden heeft het kabinet in dezen?*

Zie het antwoord bij vraag 8.

75

*Kan worden aangegeven waarom – als het gaat om reclame gericht op kinderen op de televisie – het kabinet in het geval van alcohol niet langer vertrouwt op zelfregulering door de industrie, terwijl aan zelfregulering wordt vastgehouden als het gaat om ongezonde voeding en snoep? Volgens de minister van VWS is de schade die alcohol toebrengt aan kinderen onomstreden. Desalniettemin moesten er overheidsmaatregelen aan te pas komen om de industrie zo ver te krijgen. Waarom zou de industrie als het gaat om ongezonde voeding – die volgens de minister niet onomstreden is – zichzelf wel beperkingen opleggen?*

Zie het antwoord bij vraag 8.

76

*Kan worden aangegeven welke prijzen voor gezonde en ongezonde versnaperingen en dranken in automaten en kantines op scholen worden gevraagd en of er sprake van is dat fruit duurder is dan snoep? Kan worden aangegeven in welke mate scholen fruit en gezonde snacks aanbieden en voor welke prijs? Kan worden aangegeven in welke mate scholen mineraalwater en licht frisdranken aanbieden en voor welke prijs en hoe dit zich verhoudt tot het aanbod van suikerhoudende frisdranken?*

Uit een rapport van RIVM uit 2007 over overgewichtpreventie in het middelbaar onderwijs bleek dat 35% van de schoolkantines vers fruit aanbiedt. Mineraalwater werd in 61% van de automaten aangeboden, licht frisdrank in 79% en suikerhoudende frisdrank in 94%. Aanpassing van het aanbod via frisdrankautomaten werd in ongeveer een vijfde gevallen niet mogelijk geacht omdat het aanbod contractueel was vastgelegd.

Wij kunnen u niet informeren over de prijsverschillen tussen het aanbod van gezonde en ongezonde voedingsmiddelen op scholen. Deze informatie hebben wij niet tot onze beschikking.

77

*Kan worden aangegeven wat wordt bedoeld met «Knelpunt is dat veel scholen wel willen, maar dat het hen vaak ontbreekt aan capaciteit om mee te doen»? Wordt hiermee bedoeld dat deze scholen niet meedoen aan het aanbieden van gezonde producten in de schoolkantine? In hoeverre is «capaciteit» een belemmering voor het aanbieden van gezonde producten? Wat wordt bedoeld met «capaciteit»?*

Met het gesignaleerde knelpunt wordt bedoeld dat nog maar weinig scholen de schoolkantine verbeteren met een duurzame aanpak en deze bijvoorbeeld inbedden in de Gezonde School.

Centraal element van de Gezonde Schoolkantine is het aanbieden van een gezond assortiment. De ideale schoolkantine biedt uitsluitend producten aan uit de schijf van vijf ( zie ook het antwoord op vraag 64). Het door het Voedingscentrum ontwikkelde programma «de Gezonde Schoolkantine» bevat alle ingrediënten om van de bestaande schoolkantine een gezonde schoolkantine te maken en biedt praktische handvatten voor schoolleiders, kantinebeheerders, leerkrachten en leerlingen. Omdat het hierbij gaat om de invulling van bestaande werkzaamheden zou voor de invoering van een gezond productenaanbod eigenlijk geen extra capaciteit nodig moeten zijn. Echter in de praktijk bepaalt de kantinebeheerder vaak wat er gebeurt en baseert zich daarbij op zaken als het aanbod, gewoonte, ideeën wat kinderen willen eten, gemak en houdbaarheid. Vanuit deze achtergrond ligt de verandering van assortiment vaak gevoelig en levert extra werk op.

78

*In de nota wordt gesproken over combinatiefunctionarissen: professionals die deels werkzaam zijn in het onderwijs en deels in de sport- of cultuursector. Heeft dit effect op het aantal vrijwilligers bij verenigingen?*

De «Impuls Brede scholen, sport en cultuur», waarmee de combinatiefuncties worden gerealiseerd heeft mede tot doelstelling de sportvereniging te versterken. De aanstelling van een combinatiefunctionaris betekent een ondersteuning en verlichting van het werk van vrijwilligers van de sportclub. Aangenomen mag worden dat hiervan een positief effect uitgaat op het aantal vrijwilligers bij de desbetreffende verenigingen.

79

*Hoeveel geld ontvangen gemeenten van het ministerie van SZW, respectievelijk van het ministerie van VWS, om kinderen uit kansarme gezinnen maatschappelijk te laten deelnemen? Wat is de stand van zaken? Hoeveel kinderen uit kansarme gezinnen zijn gaan sporten? Wat is de doelstelling?*

Op 10 december 2007 heeft de staatssecretaris van SZW in een brief aan de Tweede Kamer aangekondigd in 2008 en 2009 jaarlijks 40 miljoen euro extra aan gemeenten beschikbaar te stellen voor de bestrijding van armoede bij kinderen. Dit geld komt bovenop de eerder door het kabinet structureel beschikbaar gestelde middelen voor armoedebestrijding en schuldhulpverlening die vanaf 2011 oplopen tot 80 miljoen euro. Met deze 120 miljoen euro wil de staatssecretaris van SZW bereiken dat meer kinderen uit arme gezinnen deelnemen aan sport, cultuur of andere activiteiten. Het is de ambitie om het aantal kinderen dat maatschappelijk niet meedoet om redenen van armoede, deze kabinetsperiode met de helft terug te brengen.

Een van de middelen die op lokaal niveau worden gebruikt om kinderen in staat te stellen aan sportactiviteiten deel te nemen is het Jeugd sportfonds. Met behulp van financiële ondersteuning van VWS is er inmiddels een

nagenoeg landelijk dekkend netwerk van lokale en regionale jeugdsportfondsen gerealiseerd.

De staatssecretaris van SZW heeft met ruim 200 gemeenten convenanten afgesloten waarin afspraken zijn gemaakt over doelstelling, inspanningsverplichting om kinderen te leiden naar participatie aan sport, cultuur en andere activiteiten. In deze gemeenten leven 287 770 kinderen in gezinnen tot 120% van het sociaal minimum (in totaal zijn er 400 000 kinderen in Nederland die leven onder deze grens). Om de doelstelling van de staatssecretaris te meten voert het SCP een nulmeting en een vervolgmeting uit. De nulmeting komt medio mei 2009 uit en de vervolgmeting in 2011. De meting betreft hoeveel kinderen er in Nederland niet participeren vanwege financiële redenen. Het beleid van SZW is gericht op «maatschappelijke participatie» (dit kan zijn: sport, kunst, cultuur, etc.) van kinderen in arme gezinnen die (nog) niet meedoen. Hoeveel kinderen in Nederland inmiddels wel participeren met daarbij een uitsplitsing hoeveel kinderen vallen in één van de gebieden (in dit geval sport) is niet te meten.

80

*Wat is de stand van zaken van het programma «Meedoen allochtone jeugd door sport»? Hoeveel allochtone kinderen in de 11 gemeenten, met name meisjes, doen nu aan sport? In hoeverre is dit het resultaat van het programma? Welke doelstelling is er ten aanzien van sportdeelname door allochtone kinderen?*

Het programma «Meedoen allochtone jeugd door sport» loopt van 2006 tot 2010 in 11 gemeenten en 9 sportbonden. Ondertussen spreken we van kansarme jongeren, allochtonen en autochtonen. Uit de Tussenrapportage 2008 van het Mulier Instituut blijkt dat 537 sportverenigingen (doel was 500) zich inzetten in het programma. In totaal is er een groei gerealiseerd van bijna 12 000 jongeren, meisjes zijn nog steeds ondervertegenwoordigd, maar maken wel een inhaalslag. Aangezien de toename van deelnemers heeft plaatsgevonden bij de sportverenigingen die betrokken zijn bij het programma, kan worden aangenomen dat het programma effect heeft.

81

*Wanneer en hoe wordt de EPODE-aanpak geïntroduceerd? Wie neemt het initiatief daartoe? In hoeverre bestaat er overlap met bestaande initiatieven?*

De introductie van een integrale samenhangende aanpak van overgewicht op lokaal niveau naar het voorbeeld van het Franse EPODE is een initiatief van het bedrijfsleven en diverse maatschappelijke partijen zoals GO4Kids, en het Convenant overgewicht. VWS is ook vertegenwoordigd in de werkgroep van GO4Kids. Hiermee moet worden voorkomen dat verschillende initiatieven ten aanzien van de introductie van EPODE langs elkaar heen (gaan) werken.

De belangrijkste ondersteuningsmaatregelen vanuit de overheid zijn het programma «Gezonde Slagkracht» van ZonMw (zie ook antwoord op vraag 2) en het aanstellen van een ambassadeur voor deze EPODE-aanpak. Voor de inhoudelijke invulling hiervan zullen uiterlijk voor de Balanstop ( a.s. 23 november 2009) voorstellen worden gedaan door het Convenant overgewicht in samenwerking met andere belanghebbende partijen, waaronder GO4Kids en het bedrijfsleven.

82

*In hoeverre werken professionals van de jeugdgezondheidszorg volgens het signaleringsprotocol en het overbruggingsplan? Wanneer verschijnt de definitieve rapportage?*

De meeste organisaties in de jeugdgezondheidszorg werken met het signaleringsprotocol en het overbruggingsplan overgewicht. Dit blijkt ook uit het definitieve rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg «De jeugdgezondheidszorg in beweging» dat de minister van Jeugd en Gezin op 20 april jl. aan uw kamer stuurde (kenmerk PG/JFB-2 925 315). De IGZ constateert wel dat de vervolgacties uit het overbruggingsplan niet altijd in het dossier worden vastgelegd of dat daar geen zicht op bestond en adviseert betere implementatie. De al gestarte ontwikkeling van de richtlijn overgewicht voor de jeugdgezondheidszorg zal hierin verbetering brengen. De richtlijn omvat ook het signaleringsprotocol en het overbruggingsplan. Volgens planning vindt de proefimplementatie van de richtlijn in de periode december 2010 – augustus 2011 plaats. De richtlijn is in december 2011 gereed voor landelijke implementatie. Het overbruggingsplan dient ook als basis voor lokale/regionale afspraken tussen jeugdgezondheidszorg, huisartsen en kinderartsen bij met name obese kinderen en voor een groot aantal lokale samenwerkingsprojecten.

83

*Denkt u niet dat acht pagina's met maatregelen wel heel veel is in het licht van de inleiding, waarin uzelf stelt dat «de oplossing eenvoudig is», namelijk dat mensen minder eten én meer bewegen?*

Nee. Hoewel de oplossingsrichting bezien vanuit het concept van de energiebalans eenvoudig lijkt – een verantwoord voedingspatroon in combinatie met voldoende beweging – blijkt het op individueel en collectief niveau niet zo simpel deze oplossing ook daadwerkelijk te realiseren. Persoonlijke effectiviteit, genetische verschillen, sociaaleconomische omstandigheden, sociale norm en veel verschillende omgevingsfactoren met een dikmakende werking belemmeren het individu, in meer of mindere maten, om minder te gaan eten en meer te gaan bewegen. De verschillende omgevingsfactoren met een dikmakende werking zijn voornamelijk terug te voeren op de overvloedige beschikbaarheid van voedingsmiddelen, de sterk verminderde noodzaak tot fysieke beweging en de toegenomen tijdsdruk. De meeste maatregelen uit de nota worden overigens primair genomen in het kader van andere beleidsterreinen.