



Bijlage 1

Beantwoording van vragen gesteld tijdens de tweede termijn van het AO preventie van 5 april 2005

Het lid Buijs (CDA): Waarom is er nog niets gedaan met de onder mijn voorganger aangenomen motie inzake de preventieconsulent?

Mede ter uitwerking van de eerste Preventienota heb ik voor de stedelijke prestaties gezondheid in het kader van de convenantperiode voor het Grote Stedenbeleid 2005-2009 vanaf 2005 jaarlijks € 5 mln. beschikbaar gesteld. Hierin en in de al eerder beschikbaar gestelde gelden zou de preventieconsulent een plek kunnen krijgen. Het is aan de gemeenten om dit op te pakken. Daarnaast worden scholen ondersteund bij het verder realiseren van het concept van de Gezonde School. De gezondheidsbevorderende instellingen werken dit concept uit en zullen een ondersteuningsaanbod ontwikkelen.

Het lid Buijs (CDA): Kan het ZonMw-programma Alledaagse ziekten na afloop van het programma per 2007 gecontinueerd worden?

Het ZonMw-programma Alledaagse ziekten is nog niet afgerond. Wel blijkt uit een tussenevaluatie dat het programma goed op koers zit. Onderzoeksvoorstellen en -voorstellen die ik via ZonMw financier zijn per definitie beperkt in de tijd voor de periode waarvoor de financiering door ZonMw is toegekend. Ik financier geen onderzoek zonder tijdsbegrenzing. Op basis van evaluatie, de wenselijkheid en noodzaak van voortzetting van onderzoeksvoorstellen, de afweging van alle prioriteiten van nieuwe onderzoeksvoorstellen en vrijvallen van budget in de loop van de jaren binnen de ZonMw budgetten worden nieuwe onderzoeksvoorstellen voorgesteld, waarna ik een beslissing neem.

Het lid Schippers (VVD): Hoe ziet de minister de rol van het NVI in relatie tot de vaccinmarkt?

Ik heb in de eerste termijn aangegeven dat ik de brede overheidstaak van het NVI, inclusief onderzoek, ontwikkeling en productie van belang vind voor de bevolking. Ik sluit hier bij aan op het eerdere kabinetsbesluit van 2002 om het NVI als agentschap in te stellen. Dat heeft ten dele te maken met het marktfalen dat ik heb geconstateerd, met name waar het de standaard vaccins betreft voor het vaccinatieprogramma voor kinderen en vaccins tegen nieuwe infectieziekten die voor de industrie onvoldoende interessant zijn, zoals het pokkenvaccin. Zoals ik eerder aangaf toont de situatie in de VS aan dat er sinds 1998 bij 9 van de 12 benodigde vaccins leveringsproblemen waren. In 2002 en 2003 waren daar langdurige vaccintekorten voor het routine vaccinatieprogramma voor kinderen. Dit werd onder meer veroorzaakt doordat een fabrikant stopte met de productie van difterie- en tetanusvaccin, omdat deze te weinig opleverden. Dit is illustratief voor het feit dat in deze markt de belangen van de industrie niet altijd overeen komen met het publiek belang. Het NVI heeft verder een rol bij een andere vorm van marktfalen: de voorbereiding op calamiteiten. Het belang hiervan in de laatste jaren sterk toegenomen.

Opsplitsing van de taken is wat mij betreft niet aan de orde. Juist de combinatie van productie, onderzoek en ontwikkeling levert kennis op die onontbeerlijk is voor de vaccinvoorziening in Nederland, zoals ik hierna toelicht.

Ten eerste vergroot die combinatie van kennis en vaardigheden de mogelijkheden voor publiek-private samenwerking. Zo werkt het NVI aan de ontwikkeling van DKTP-Hib met Sanofi Pasteur. Dit eigen DKTP-Hib, dat een kinkhoest component bevat die pas sinds kort in Europa beschikbaar is, is strikt genomen een 'me-too', maar het is zeker geen overbodige luxe gelet op het feit dat er mondiaal slechts twee vergelijkbare producten beschikbaar zijn. Samen met Wyeth wordt een meningokokkenB/pneumokokken combinatievaccin ontwikkeld en met een andere private partner wordt aan de ontwikkeling van een vaccin tegen Respiratoir Syncytieel Virus gewerkt. Voor beide vaccins geldt dat ondanks een substantiële ziektelast er geen vaccin beschikbaar is. Ten slotte gaat het NVI op verzoek van de WHO in samenwerking met NIBSC (VK) en het Japanese Polio Research Institute een poliovaccin ontwikkelen dat van mondiaal en dus ook van RVP-belang is na polio-eradicatie.

Ten tweede gebruikt het NVI zijn kennis voor alle inkooptrajecten. Het griep pandemisch contract met Solvay waarover ik u eerder informeerde is illustratief. Alleen met kennis van zaken is het mogelijk om een dergelijke Europese Aanbesteding uit te voeren.

De combinatie van taken heeft ook geresulteerd in de snelle productie van pokkenvaccin voor de gehele Nederlandse bevolking.

Bovengenoemde (nieuwe) vormen van samenwerken sluiten overigens aan bij de bevindingen van het WHO-rapport 'Priority Medicines for Europe and the World' uit 2004. Hierin wordt geconcludeerd dat waar de markt faalt en er hiaten zijn in de beschikbaarheid van medicijnen nieuwe wegen gezocht moeten worden om die beschikbaarheid wel te garanderen.

Met betrekking tot onderzoek werkt het NVI in grote lijnen zoals u dat schetst. Het strategisch onderzoeksprogramma van het NVI is beperkt in omvang en wordt gebruikt om op lange termijn de door de wetenschappelijke vooruitgang vereiste aanpassingen van de Nederlandse Vaccin Voorziening in het algemeen en het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) in het bijzonder te faciliteren. Het gaat daarbij om het precompetitieve onderzoek en niet om het uitontwikkelen van producten. Daarmee sluit het naadloos aan op het werkkterrein van bijvoorbeeld het Top Instituut Farma, waar het NVI dan ook werkzaamheden heeft ingebracht. Terzijde merk ik op dat het NVI hiermee ook bijdraagt aan de innovatie op farmagebied in Nederland. Daarnaast is het van belang voor toekomstige ontwikkelingen, dat er kennisinstututen zijn zoals het NVI en de Animal Science Group in Lelystad waar medisch biologische kennis toegankelijk is. Het uitontwikkelen van producten gebeurt niet in isolement. Bij elke vaccinontwikkeling wordt vervolgens een (private) partner gezocht indien beschikbaar en daartoe bereid. Zowel MenB- als RSV-vaccin zijn producten uit het strategisch onderzoeksprogramma, waarbij de overheid zeker niet achter de markt aan liep.

Voor verdere argumenten voor het in stand houden van het NVI in zijn huidige, recent tot stand gekomen vorm verwijs ik naar mijn brief van 29 maart 2005.

Om u beter te informeren over de werkwijze van het NVI en het proces van farmaceutische productie en vaccinontwikkeling maak ik van de gelegenheid gebruik u uit te nodigen voor een werkbezoek aan het NVI.

Het lid Schippers (VVD): Wat zijn de mogelijkheden voor extra contactmomenten in de jeugdgezondheidszorg voor alle kinderen door inzet van schoolverpleegkundigen?

Intensivering van de zorg voor kinderen en hun ouders kan op veel manieren worden ingezet, het uitbreiden van de contactmomenten voor alle kinderen zoals mevrouw Schippers heeft gevraagd is daar een van. Ik streef echter naar doelmatige, maar vooral ook zo effectief mogelijk zorg waarbij risico's vroeg worden onderkend en van adequate begeleiding worden voorzien. Daarom ben ik van mening dat meer contactmomenten van

alle kinderen met de jeugdgezondheidszorg (JGZ) minder effectief zijn dan verder investeren in een betere opvolging van de JGZ-signaleringsadviezen en –doorverwijzingen. Inzet van de staatssecretaris en mij is dat de jeugdgezondheidszorg tijdige en goede zorg levert voor kinderen en hun ouders/verzorgers, maar ook dat er vervolg is op signalering en doorverwijzing. Kern van de JGZ is een pakket dat aan alle kinderen wordt aangeboden, voor het grootste deel via de reguliere contactmomenten. Daarnaast is het de taak van de jeugdgezondheidszorg tijdig die kinderen en ouders/verzorgers te signaleren en door te verwijzen die extra zorg nodig hebben, bijvoorbeeld omdat de kinderen te zwaar zijn of omdat de gezinnen met opvoedproblemen kampen.

Deze combinatie van opsporen en betere opvolging is volop in ontwikkeling waarbij ook nieuwe vormen van interventies en nieuwe structuren worden onderzocht. Zo heeft de Inventgroep bijvoorbeeld geadviseerd over verbetering van de signalering van vroegtijdige gedrags- en opvoedproblemen. In het standpunt op het advies van de Inventgroep heeft de staatssecretaris in haar brief aan de Tweede kamer van 15 maart 2006 aangegeven dat de jeugdgezondheidszorg de spil zou moeten worden van een Centrum Jeugd en Gezin, een lokale voorziening waar ouders/opvoeders en kinderen terecht kunnen met al hun vragen en problemen op het terrein van opvoeden en opgroeien.

Op dit moment wordt de jeugdgezondheidszorg van 0 tot 19 jaar geëvalueerd. De resultaten van de evaluatie verwacht ik dit najaar. Vervolgens zal de staatssecretaris daarop een standpunt innemen. De evaluatie gaat in op zowel de bestuurlijke kant als de inhoudelijke en kwalitatieve kanten van de jeugdgezondheidszorg.

De vraag om extra inzet uit Rijksmiddelen voor de opvolging van vroegsignalering – vooruitlopend op de resultaten uit de evaluatie van de jeugdgezondheidszorg– zullen wij bezien binnen de kaders van de voorbereiding van de rijksbegroting 2007.

Het lid Kraneveldt (LPF): Wat is de Nederlandse inzet in EU-kader bij het voorkomen van misleidende claims?

Op Europees niveau wordt op dit moment gewerkt aan nieuwe regelgeving op het gebied van claims op voedingsmiddelen. In het kader van gezonde voeding als gemakkelijke keuze is hier internationaal en nationaal een heel belangrijke zaak aan de orde. De essentie van de Europese regelgeving is dat claims gebruikt mogen worden, maar dat het gebruik aan voorwaarden gebonden is (bijvoorbeeld dat ze waar moeten zijn), zodat consumentenmisleiding tot het minimum beperkt wordt.

De Lidstaten van de Europese Unie hebben twee belangrijke pijlers aangebracht in deze conceptverordening. De ene pijler beschrijft de voedingsprofielen. Als een voedingsmiddel rijk is aan (verzadigd) vet, suiker of zout dan heeft dit voedingsmiddel een ongunstig voedingsprofiel. Dan mag dit voedingsmiddel geen gezondheidsclaim dragen. De andere pijler beschrijft dat gezondheidsclaims alleen op de markt mogen komen als zij een grondige beoordeling hebben ondergaan. Het Europees Parlement was het oorspronkelijk niet eens met deze twee pijlers. In tweede lezing wordt van beide kanten (zowel Lidstaten als EP) naar een oplossing gezocht, hetgeen ik in het belang van de volksgezondheid zeer belangrijk vind.

Voor Nederland is dit een belangrijke verordening omdat deze enerzijds innovatie stimuleert en anderzijds bijdraagt aan een gezondere keuze. Ik maak mij echter zorgen over de ontwikkelingen op het gebied van de voedingsprofielen. Het Europees Parlement heeft een compromisvoorstel gedaan waarbij een product wel een claim mag dragen als één van de voedingsstoffen (dus of suiker, of vet of zout) te hoog is, mits er een disclaimer op het etiket komt te staan. Ik ben daar geen voorstander van, omdat dan producten met een

ongunstig voedingsprofiel nog steeds een claim kunnen dragen, waardoor ze een gezond imago krijgen. Een product als 'gezond' in de markt zetten is steeds meer een commercieel issue. Op zich is dat prima, mits die claim op gezond ook waar is. Maar een product met enerzijds gezonde en anderzijds juist veel ongezonde elementen promoten als 'gezond' (gezond maar met een disclaimer) slaat mijns inziens door naar de verkeerde kant van het volksgezondheidsbelang. Ik vind dit misleiding van de consument. Ik hoop dan ook dat de verschillende partijen in het Europees Parlement van mening zullen veranderen en heb me daar recent ook voor ingezet in Brussel. Omdat voedselproductie en -distributie niet een louter nationale aangelegenheid is, is het dus van groot belang de gezonde voeding als gemakkelijke keuze goed te regelen op Europees niveau.

Het lid Kraneveldt (LPF): Hoe staat de minister tegenover het invoeren van het EKD? Daarbij attendeert zij op de koploperpositie van de regio Kennemerland.

De jeugdgezondheidszorg registreert op dit moment overwegend in een papieren dossier. De voorbereidingen voor het landelijk invoeren van een Elektronisch Kinddossier in de jeugdgezondheidszorg (EKD-JGZ) zijn in volle gang. De standaarden zijn grotendeels vastgesteld.

Op dit moment wordt de strategie voor de landelijke invoering verder uitgewerkt. De ervaringen van koplopers die al een goed elektronisch registratiesysteem hebben zullen in dit traject benut worden. Binnen enkele weken krijgt de Kamer een brief van de staatssecretaris over de strategie voor de landelijke invoering van het Elektronisch Kinddossier in de jeugdgezondheidszorg. Deze brief is opgesteld na overleg met de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten, GGD Nederland en Z-org, mede naar aanleiding van een contra-expertise over het EKD-invoeringstraject.

Verder is in het AO jeugdzorg door de staatssecretaris afgesproken dat er binnenkort een technische briefing komt voor de Vaste Commissie over het Elektronisch Kinddossier in de jeugdgezondheidszorg.

Het lid Azough (GL): Wanneer start de minister met het op scholen invoeren van de zogenaamde 'Schoolgruiten' (groenten + fruit = gruit)?

Van 2003 tot medio 2005 heeft het proefproject schoolgruiten, gefinancierd door VWS, de Europese Unie en de sector, plaatsgevonden in zeven zogenaamde 'gruitgemeenten' in Nederland (Den Haag, Leiden, Dordrecht, Breda, Deventer, Almelo en Zwolle). De motie Atsma (uit 2000) was daarbij een forse stimulans. De uitvoering van het project is neergelegd bij AGF PN (Aardappelen, Groente en Fruit Promotie Nederland) in samenwerking met het Voedingscentrum.

Vanwege het gebleken positieve effect van het proefproject op de groente- en fruitconsumptie bij kinderen, ouders en leerkrachten heb ik na afloop van het proefproject een vervolgetraject ingezet. Mijn streven is dat zoveel mogelijk leerlingen gaan 'schoolgruiten'. Uitgangspunt hierbij is dat de gemeenten en andere (lokale) partijen het project schoolgruiten overnemen. Het uitvoeren van het project dient lokaal te worden geregeld en gefinancierd om de continuïteit van het project te kunnen waarborgen. Het vervolgetraject bestaat uit twee fasen:

- Adoptiefase in 2005-2006. Deze fase beoogt de overname van schoolgruiten uit de proeffase in de zogenaamde gruitgemeenten. De gruitgemeenten in de adoptiefase dienen als voorbeeld voor de andere gemeenten in Nederland waar schoolgruiten nog niet is ingevoerd. Ik heb voor de adoptiefase € 350.000 beschikbaar gesteld ten behoeve van de communicatie, voorlichting(smaterialen) en coördinatie. De scholen

moeten zelf in overleg met andere (lokale) partijen de verstrekkingen van het groente en fruit verzorgen. In september zal bekend zijn hoeveel gemeenten en scholen het project structureel hebben overgenomen.

- Landelijke uitrol van schoolgruiten. Eind 2006 kan op basis van de resultaten van de adoptiefase de landelijke uitrol van schoolgruiten van start gaan. Ik heb tot en met 2007 middelen gereserveerd om deze uitrol te initiëren. Gemeenten, scholen en/of promotie- en productschappen dragen zorg voor de financiering van de structurele organisatie en het 'gruit'.

Ik heb het project schoolgruiten ook opgenomen in het actieplan 'Energie in balans' van het Convenant Overgewicht. AGFPN wil zich binnenkort aansluiten bij het Convenant Overgewicht.

Voorts merk ik op (ook mede naar aanleiding van diverse vragen in de eerste termijn en uw smaaktestdemonstratie direct voorafgaand aan dit AO), dat onderwijs over gezonde voeding op scholen essentieel is. Binnen het onderwijs kunnen zo op jonge leeftijd gezonde voedingsgewoonten aangeleerd worden ter preventie van ziekten en overgewicht op latere leeftijd. Ik zie een meerwaarde in het combineren van het concept smaaklessen met bijvoorbeeld het project schoolgruiten. Ik wil verder bevorderen dat er één lespakket komt over gezonde voeding waarvan (basis)scholen gebruik kunnen maken. Scholen worden dan niet met verschillende initiatieven benaderd. De behorende onderwijsmaterialen van genoemde projecten kunnen hierin worden verwerkt. Ik zal hiertoe overleggen met de ministeries van OCW en van LNV om reeds lopende initiatieven en reeds ingezette financiële bijdragen verder op elkaar af te stemmen.

Het lid Azough (GL): Hoe gaat de minister het stimuleren van bewegen coördineren met andere departementen, zoals VROM?

Zowel de fysieke als sociale omgeving zijn bepalend voor het bevorderen van een keuze voor een actieve leefstijl (sport, actieve recreatie en bewegen in het dagelijks leven). Ik vind het daarom van groot belang dat op het gebied van landbouw, onderwijs, verkeer en transport, (volks)huisvesting, ruimtelijke ordening, milieu, economie en arbeidsomstandigheden een integrale aanpak ontstaat om risico's op onder meer overgewicht te verminderen en een actieve leefstijl te stimuleren. Ik bevorder dit langs drie wegen.

Allereerst ben ik in overleg met andere departementen (OCW, EZ, VROM, LNV, SZW, VenW, Justitie, BZK). Na een inventarisatie van mogelijkheden van concrete bijdragen van de departementen in de strijd tegen overgewicht wordt nu gezocht naar een structurele inbedding van deze overheidsmaatregelen binnen de overheid. In de Preventienota, waar overgewicht een van de speerpunten is, krijgt dit onderwerp specifieke aandacht.

Ten tweede vinden er op dit moment besprekingen plaats met VROM en LNV mede naar aanleiding van het initiatief NL Actief! van ANWB, Staatsbosbeheer, NOC*NSF en Zorgverzekeraars Nederland. Het doel van NL Actief! is de directe leefomgeving te verbeteren waardoor meer mensen in beweging kunnen komen zoals aantrekkelijke groene ruimte in en rond steden, veilige bereikbare routes en clustering van sport- en recreatievoorzieningen met onder meer zorg en onderwijs.

Ten derde vindt er coördinatie met andere departementen plaats op het terrein van een actieve leefstijl in samenhang met het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen zoals dat in de kabinetsnota Tijd voor Sport is aangekondigd. Het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen verwacht ik nog voor het zomerreces.



Het lid Arib (PvdA): Wanneer komt het advies van de Gezondheidsraad over de toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma?

De huidige planning van de Gezondheidsraad voorziet in publicatie van het advies eind 2006. Er zijn geen mogelijkheden om dit te versnellen.

Het lid Arib (PvdA): Wat is de stand van zaken rond de projecten om het gebruik van foliumzuur bij minderheidsgroepen te bevorderen?

In januari 2006 heb ik de Kamer een brief over de foliumzuurprojecten gestuurd (TK, 29 323, nr. 21).

Vanuit de Task Force Foliumzuur zijn, nadat VWS hierom heeft verzocht, vier projectvoorstellen ingediend. Drie voorstellen hebben ten doel een gerichte interventie in de consultatiebureaus, verloskundigenpraktijken en apotheken. Een vierde voorstel is vooral gericht op het op brede schaal geven van digitale en schriftelijke voorlichting. In al deze voorstellen wordt extra aandacht geschonken aan het bereiken van allochtone vrouwen en vrouwen met een lage sociaal-economische status. Gebleken is dat er vooral bij deze vrouwen een laag gebruik van foliumzuur is. Doel van de activiteiten is vrouwen te bereiken die voor de eerste keer zwanger willen worden maar ook vrouwen die na de geboorte van hun kind/kinderen opnieuw zwanger willen worden. De projectsubsidies zijn verleend, de voortgang en uitvoering van de projecten wordt bewaakt in de Task Force Foliumzuur. De activiteiten lopen van 2006 tot en met 2007.

De leden Arib (PvdA) en Koser-Kaya (D66): Er is nog steeds sprake is van misleidende reclame, zelfregulering via de reclamecode werkt niet. Wat is de reactie van de minister hierop?

Een van de acties opgenomen in het Actieplan 'Energie in Balans' is de aparte reclamecode voor voedingsmiddelen van de Federatie van Nederlandse Levensmiddelen Industrie (FNLI). Deze is als bijzondere code opgenomen bij de Stichting Reclame Code en verplicht de FNLI-leden om gebalanceerde voeding te stimuleren en terughoudend te zijn in het promoten van voeding gericht op kinderen. De reclamecode van het FNLI is nu pas ongeveer driekwart jaar van kracht en wordt op dit moment geëvalueerd. In juni dit jaar worden de resultaten aan mij beschikbaar gesteld. Op basis van deze resultaten zal ik me, indien noodzakelijk, nader beraden op eventuele acties.

Het lid Kant (SP): Hoe besteedt de minister aandacht aan sociaal economische gezondheidsverschillen, met name bij kinderen?

Ik beoog met mijn gezondheidsbevorderingsbeleid op het gebied van met name alcohol- en tabaksbeleid en het voorkomen van overgewicht juist ook aandacht te geven aan de vermijdbare ziektelast bij groepen met een lage sociaal-economische status. In de lokale setting is de gemeente de centrale bestuurslaag om hier vorm en inhoud aan te geven.

Ten aanzien van kinderen voert het ministerie ook specifiek faciliterend beleid voor risicojeugd. Deze doelgroep bestaat grotendeels uit kinderen met een lage sociaal-economische status. Recent heeft staatssecretaris Ross onder meer het Standpunt op rapport Inventgroep van 15 maart 2006 en de Nota Gezinsbeleid van 31 maart 2006 aan de Tweede Kamer gestuurd.

Het lid Kant (SP): Wat is de mening van de minister over het aanbieden van 'Total Body Scans'?

Het nut van algemene, ongerichte onderzoeken bij mensen zonder klachten is niet wetenschappelijk bewezen effectief en is ook niet doelmatig. Alleen al om die reden ben ik daar dus niet voor. De gedachte bij Total Body Scans is dat vroege opsporing en behandeling leidt tot vermindering van de ziektelast. Dat is soms, en dan deels, het geval, maar dat is zeker niet bij alle ziekten bewezen. Tegelijkertijd zijn er risico's verbonden aan dergelijke onderzoeken. Ik maak een onderscheid tussen onderzoeken waarop ik specifiek beleid voer, en overige onderzoeken. Bij dat specifieke beleid baseer ik mij onder andere op adviezen van de Gezondheidsraad.

Bij de onderzoeken met grote risico's is specifieke overheidsbemoediging nuttig en nodig, omdat daar een kwaliteitsborging nodig is. Om dit mogelijk te maken hebben we een instrument, de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo). Onderzoek naar kanker, met behulp van straling of naar onbehandelbare aandoeningen is verboden zonder een vergunning op grond van de Wbo. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de naleving van deze wet en heeft een inspecteur speciaal voor bevolkingsonderzoek. VWS is actief in het uitleggen van de risico's. Op de website van VWS is daar een speciaal dossier over gemaakt. Veel Total Body Scans' onderzoeken omvatten een of meer gebieden waarvoor men een Wbo-vergunning moet hebben. Recent heeft mijn departement aanbieders en verzekeraars waarvan wij kennisdragen dat zij dergelijk onderzoek aanbieden in de media aangeschreven en op de Wbo-bepalingen gewezen. Tevens is hen meegedeeld direct deze activiteiten te stoppen of niet te beginnen voordat men een vergunning heeft.

Voor veel andere onderzoeken is een systeem van vergunning niet nodig. Zo vind ik niet dat we vanuit de overheid preventief onderzoek naar de bloeddruk of cholesterol moeten reguleren. De burger kan en moet daarin zijn eigen afwegingen maken.

De toename van allerlei onderzoeken bij gezonde mensen leidt mogelijk ook tot negatieve gevolgen, ook als het onderzoeken betreft die niet vergunningplichtig zijn. Mensen worden bijvoorbeeld onnodig ongerust wanneer er een afwijking wordt gevonden, die later niet ernstig blijkt te zijn of juist onterecht gerust gesteld omdat bij een algemene check een afwijking wordt gemist: testen kunnen niet alles ontdekken. Daarnaast is het onderzoek mogelijk gevaarlijk voor mensen vanwege bijvoorbeeld stralingsbelasting of complicaties bij de uitvoering waarbij de onderzoeksbelasting niet in verhouding staat tot de behandelingseffecten gezien op individueel of populatieniveau. Dat geldt zeker voor vervolgdagnostiek als er een afwijking in het eerste onderzoek wordt gevonden. In dat geval moeten de voordelen van opsporing afgewogen worden tegen de nadelen van diagnostiek. Dergelijk onderzoek kan daarnaast tot onnodige medicalisering leiden: mensen die horen dat iets niet helemaal goed is kunnen zich opeens patiënt gaan voelen. Er kunnen zich situaties voordoen dat bij "iets niet helemaal goed" ook zonder interventie (als daar al een doelmatige en effectieve behandeling voor is) goed te leven valt. Onnodige medicalisering kan weer leiden tot ziekteverzuim en tot ondoelmatig gebruik van de capaciteit van de reguliere zorg. Bovendien: een screening cq check zonder de garantie van vervolgbehandeling is zinloos en belastend voor mensen. Ik wijs ook nog op het gevaar dat een testuitslag die zegt dat er niets aan de hand is terwijl de betrokkene wel een ongezonde levensstijl heeft, een reden kan zijn om op dezelfde voet door te gaan.

Kortom: ik ben niet voor een 'Total Body Scan'. Om de ontwikkelingen op het terrein van de voorspellende geneeskunde goed in beeld te krijgen heb ik aan de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg gevraagd om een overzicht van de te verwachten ontwikkelingen. Dit advies verwacht ik voor eind 2007. Daarna zal ik mijn standpunt bepalen en met de Kamer in overleg treden.

Het lid Kant (SP): Wat is het beleid voor buikaneurysmata?

Tot nu toe was er geen aanleiding om de Gezondheidsraad om een advies te vragen naar de stand van de wetenschap ten aanzien van screenen op aneurysmata van de grote lichaamsslagader in de buikholte (aneurysmata aortae abdominalis, AAA). Naar verwachting besteedt de Gezondheidsraad in zijn nog te publiceren Jaarbericht bevolkingsonderzoek 2006 de nodige aandacht aan dit vraagstuk. Ik zal mij hierover beraden aan de hand van de inhoud van het jaarbericht op dit punt.

Het lid Kant (SP): Waarom is er geen inhaalcampagne pneumokokken voor alle kinderen tot 1 jaar, de groep waar de ziektelast door pneumokokken het grootst is?

Ik ben blij dat we deze vaccinatie nu voor kinderen geboren vanaf 1 april 2006 kunnen invoeren en daar ook financiële middelen voor konden beschikbaarstellen. Dit is een grote vooruitgang. Bij een verandering in het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) moet er altijd een ingangsdatum bepaald worden om te kunnen inkopen en de organisatie op lokaal niveau voor te bereiden. Immers het gaat om ca. 700.000 injecties per geboortjaar. Daarbij zijn er altijd kinderen die (net) niet in aanmerking komen die voor de invoeringsdatum geboren zijn. De Gezondheidsraad heeft niet geadviseerd om een inhaalcampagne te houden.

Een inhaalcampagne voor alle kinderen tot 1 jaar acht ik niet uitvoerbaar. Het is al een grote inspanning voor de uitvoerders om met ingang van 1 juni (als de kinderen die op 1 april zijn geboren 2 maanden oud zijn) de vaccinatie tegen pneumokokken te gaan uitvoeren. Bij een inhaalcampagne moeten alle kinderen drie of vier prikken ontvangen om voldoende beschermd te zijn, afhankelijk van de leeftijd bij vaccinatie. Dit zou moeten plaatsvinden op momenten waarop momenteel geen prikken gegeven worden en deels ook geen reguliere contactmomenten zijn binnen de Jeugdgezondheidszorg. Dit zou een grote extra belasting betekenen van de uitvoering. Mijn inschatting is dat het niet mogelijk is om dit te organiseren binnen de termijn dat het nog zinvol is voor de kinderen tot 1 jaar.

De leden Kant (SP) en Koser-Kaya (D66): Wat is de aanpak van overgewicht door de snoep- en frisdrankautomaten uit de scholen te weren?

Ieder individu is en blijft zelf verantwoordelijk voor het op zijn/haar gewicht. Daarnaast is het ook duidelijk dat een aanvullende en doelmatige manier om overgewicht aan te pakken bestaat uit een collectieve aanpak van bedrijfsleven, overheid, onderwijs en maatschappelijke organisaties. Daar heb ik me de laatste jaren voor ingezet. Met het ondertekenen van het convenant Overgewicht hebben veel relevante organisaties zich hieraan gecommitteerd. Zoals u weet willen nog meer organisaties zich bij het convenant aansluiten. Dit geldt ook voor het punt van de snoep- en frisdrank automaten.

Zelfregulering en het mogelijk maken van de gezonde keuze is de aanpak die ik en mijn convenantpartners nastreef. Daar past een verbod op snoep- en frisdrankautomaten niet in. Ik refereer nogmaals naar mijn opmerking over het verbieden van automaten in met name de middelbare school, welke een leegloop veroorzaakt in pauzes / bij geen tussenlessen: deze scholieren gaan buiten de school op zoek naar snoep- en frisdranken. Scholen hebben zelf aangegeven hier huiverig voor te zijn en dit te willen voorkomen. Het is primair aan schoolbesturen, medezeggenschapsorganen en schoolleiding om hieromtrent het gezondheidsbeleid te bepalen.

Op dit moment voer ik gesprekken met Vida, een brancheorganisatie in de vendingbranche waarbij alle bedrijven zijn aangesloten die een rol spelen bij de verstrekking van consumpties via apparaten. Vida heeft aangegeven zich graag bij het convenant te willen aansluiten.

In de voorstellen gaat de automatenbranche het volgende doen:

- Het vergroten van het bewustzijn en branchebreed stimuleren van de bijdrage die automatenleveranciers kunnen leveren aan de preventie van overgewicht;
- Het leveren van een set van maatregelen die ervoor moeten zorgen dat consumenten bij aankoop een verantwoorde keuze kunnen maken;
- Onderzoek naar de mogelijkheden om met andere partijen tot een gezamenlijke aanpak te komen.

Deze voorstellen komen tot uitdrukking in de gedragscode Vending en overgewicht voor automatenleveranciers. Vaak bepaalt de opdrachtgever welk automaat wordt aangeschaft, het assortiment en de plek van het automaat: de invloed van leveranciers is beperkt tot voorlichting en advies. In relatie met snoep- en frisdrankautomaten op scholen houdt de actie van Vida concreet het volgende in:

Automatenleveranciers ondernemen geen commerciële acties (geen automaten, geen acties, geen reclame en dergelijke) richting basisscholen;

Voor het voortgezet onderwijs zijn er speciale gedragsrichtlijnen opgesteld: zo wordt automatenleveranciers gevraagd een breed, gevarieerd en evenwichtig assortiment van producten aan te bieden. Uit een breed aanbod kan de consument/scholier zijn eigen keuze maken.

Momenteel voert TNO-PG, via ZonMw, een project uit naar de haalbaarheid van een gezonder aanbod van producten in automaten. Het Voedingscentrum is hier ook bij betrokken.

De gezonde schoolkantine is een project van het Voedingscentrum, gefinancierd door VWS, dat na een proefproject in 2002 van start is gegaan. Scholen in het voortgezet onderwijs kunnen gebruik maken van een door het Voedingscentrum samengesteld informatiepakket om op school de gezonde keuze de gemakkelijke keuze te maken. Er wordt zowel aandacht besteed aan een verantwoord aanbod van voedingsmiddelen in de schoolkantine, als onderwijs over een gezonde voeding en het maken van een bewuste keuze. Om scholen te stimuleren tot een gezonde schoolkantine is er een stimuleringsprijs in het leven geroepen. Dit betreft een gezamenlijke actie van het ministerie van OCW, LNV, VROM en VWS. VWS heeft, mede namens OCW, deze activiteit ingebracht in het actieplan van het Convenant Overgewicht. VWS coördineert de stimuleringsprijs en heeft de uitvoering bij het Voedingscentrum neergelegd. Scholen konden zich tot en met deze week inschrijven om mee te dingen naar de stimuleringsprijs. Deelnemende scholen en GGD'en kunnen rekenen op financiële ondersteuning.

Diverse leden: Hoe ziet de minister de rol van zorgverzekeraars bij preventie?

Ik kom hierop terug in de Preventienota die naar dit najaar zal verschijnen.

Er zijn enkele vragen gesteld door verschillende leden van de Kamer over het Convenant overgewicht en het daarbij behorende actieplan 'Energie en balans'.

Binnen het convenant streef ik naar synergie in de samenwerking tussen de convenantpartners opdat de activiteiten elkaar versterken. Dialoog en commitment staan centraal en we hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het doorbreken van de trend van een toenemend overgewicht. Centraal in de convenantsaanpak staan:

vergroting van de bewustwording;
het makkelijk en aantrekkelijk maken van de gezonde keuze;
verder onderzoek naar de aanpak en factoren van overgewicht.

Daarbij willen de convenantpartners hun eigen activiteiten per branchesector de komende tijd ook meer op elkaar afstemmen om het effect van hun inspanningen nog groter te maken.

In het actieplan Energie in Balans staan de concrete acties van de convenantpartners beschreven en vormt de basis voor een gezamenlijke aanpak. De acties liggen onder meer op het gebied van portiegrootte, reclame, marketing, samenstelling van producten, etikettering, kantine aanbod, beweegaanbod en ruimte voor sport en bewegen. Concrete voorbeelden zijn het Nationaal Schoolontbijt, Campagne Get active!, schoolgruizen, Gezonde schoolkantine en Horeca in Beweging.

Het actieplan is het eerste concrete product van het convenant. Overgewicht is een aansprekend en ingewikkeld thema en het aanpakken van dit probleem vraagt om een lange adem. Het actieplan is de start van een zich uitbreidend bondgenootschap. Het is duidelijk dat er nog meer partners en acties nodig zijn om de ambities te realiseren. Zelf neem ik op dit moment het voortouw in een realiseren van een interdepartementale aanpak. Zie ook mijn antwoord op de vraag van lid Azough met betrekking tot inderdepartementale coördinatie. Op dit moment loopt de toetredingsprocedure voor nieuwe partners.

Tot zover mijn schriftelijke antwoorden op de mondelinge vragen van de Kamer in de tweede termijn van het AO Preventie op 5 april jongstleden.