

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
640493-123289-PG

Bijlagen
1

Uw brief
25 juni 2014

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 7 augustus 2014
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de minister voor Wonen en Rijksdienst, de antwoorden op de vragen van de Kamerleden De Vries Albert (PvdA) en Wolbert (PvdA) over het bericht dat het RIVM heeft geconcludeerd dat bewoners van Krimpregio's zich gemiddeld minder gezond voelen (2014Z11943).

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden De Vries Albert (PvdA) en Wolbert (PvdA) over het bericht dat het RIVM heeft geconcludeerd dat bewoners van Krimpregio's zich gemiddeld minder gezond voelen. (2014Z11943)

1

Kent u het artikel "Alarm over ongezonde krimpregio's" waarin melding wordt gemaakt van het rapport van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)? 1)

Ja.

2

Kent u het bedoelde rapport 'Gezondheid in krimpregio's: Verdiepingsstudie' van het RIVM?

Ja.

3

Hoe oordeelt u de uitkomst dat 24% van de mensen in de krimpgebieden zich minder gezond voelt tegen 19% gemiddeld?

Uit het rapport Gezondheid in krimpregio's (RIVM rapport 270171003/2011) bleek al dat de ervaren gezondheid van mensen die in krimpregio's wonen over het algemeen wat minder goed is dan in de rest van Nederland. Deze verschillen konden toen maar voor een deel verklaard worden door de bevolkingskenmerken (geslacht, leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau, inkomen en huishoudenstype). Uit de verdiepingsstudie van 2014 blijkt dat vooral de sociaaleconomische situatie in de krimpregio's sterk samenhangt met de gezondheid van de inwoners van de krimpregio's. Dat de sociaaleconomische status van mensen en de omgeving waarin zij wonen en werken bepalend kunnen zijn voor hun gezondheid is reeds langer bekend.

4

Bent u van mening dat mensen in krimpregio's gelijke rechten hebben op een goede gezondheid?

In eerste instantie is gezondheid van mensen zelf. Dit betekent dat mensen zelf in eerste instantie aan zet zijn. Het kabinet staat voor eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen. Het is daarbij wel van belang dat iedereen gelijke informatie heeft om de gezonde keuze te maken. Hierin is een belangrijke taak voor de overheid weggelegd. Om in de Nederlandse samenleving goed te kunnen functioneren is het ook noodzakelijk dat iedereen over voldoende basisvaardigheden beschikt. Ook daar zet de overheid zich voor in. Daarnaast zijn er ook veel factoren waar mensen zelf geen invloed op hebben, zoals leefstijl, de leefomgeving, of werkomstandigheden. Met het Nationaal Programma Preventie "Alles is Gezondheid..." wordt ook op deze factoren stevig ingezet.

5

Hoe oordeelt u over de constatering dat de minder gunstige sociaal-economische situatie van mensen in deze regio's een oorzaak is?

Het is reeds langer bekend dat de sociaaleconomische status van mensen en hun omgeving bepalende factoren kunnen zijn voor hun gezondheid. Daarom heeft het Kabinet met het programma 'Alles is Gezondheid' fors ingezet op het verminderen van gezondheidsachterstanden. Activiteiten richten zich daarbij op die groepen die de grootste gezondheidsrisico's lopen, zowel wat betreft de lichamelijke als de psychische gezondheid. Naast de sociaaleconomische situatie van mensen kijkt het programma ook naar de fysieke en sociale leefomgeving van mensen.

Onderdeel van programma 'Alles is Gezondheid...' is het stimuleringsprogramma voor de lokale aanpak van gezondheidsachterstanden. Dit programma richt zich met name ook op wijken in krimpregio's en plattelandsgebieden.

Overigens maakt de RIVM studie duidelijk dat er verschillen te constateren vallen tussen de krimpggebieden: in Zuid-Limburg en Groningen hangen de gezondheidsverschillen vooral samen met sociaaleconomische factoren, in Zeeland met de leeftijdsopbouw.

6

Erkent u dat tot op heden de sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland vooral aandacht krijgen in buurten (bijvoorbeeld krachtwijken) van grotere steden? Vindt u vergelijkbare aandacht voor krimpggebieden in de rede liggen?

Nee. Vanuit het Interbestuurlijk Actieplan Bevolkingsdaling ondersteunt het Rijk sinds 2009 lokale en regionale partijen bij het aanpakken van de problematiek rond bevolkingsdaling/bevolkingstransities. Deze aanpak richt zich op de thema's wonen en ruimte, economische vitaliteit en voorzieningen (inclusief zorg). Het Rijk heeft in 2012 met de drie provincies waarin de krimpggebieden gelegen zijn convenanten afgesloten, waarin ook afspraken zijn gemaakt over de zorg. Lessen die in de wijken in grote steden zijn geleerd over de aanpak van gezondheidsverschillen, kunnen bij de ontwikkeling van aanpakken in de krimpggebieden worden gebruikt.

7

Bent u van mening dat in een welvarend land als Nederland iedereen gelijke rechten op goede gezondheid heeft ongeacht de sociaal-economische situatie en ongeacht of iemand in een grote stad of in een krimpggebied woont?

Zoals in het antwoord op vraag vier verwoord, wordt gezondheid bepaald door een combinatie van factoren waarop mensen zelf soms wel en soms geen invloed hebben. Daar waar het gaat om factoren waar mensen zelf wel invloed op hebben, zoals leefstijl, moet iedereen een gelijke kans hebben om de gezonde keus te maken. Daar waar het factoren betreft waar mensen zelf weinig of geen invloed op hebben, worden bijvoorbeeld het programma "Alles is Gezondheid..." en het stimuleringsprogramma voor de lokale aanpak van gezondheidsachterstanden ingezet om gelijke kansen te creëren. Ongeacht de sociaaleconomische situatie en ongeacht of iemand in een grote stad of in een krimpggebied woont.

8

Erkent u dat de minder goed ervaren gezondheid in deze regio's, de vergrijzende bevolking en de afnemende bevolking invloed zullen hebben op de vraag?

Ja.

9

Erkent u dat een aandachtspunt voor beleidsmakers daarom moet zijn dat in deze gebieden de zorg goed moet aansluiten bij de behoefte en dat er in deze dunbevolkte gebieden soms andere voorzieningen vereist zijn dan in een stad? Zo nee, waarom niet?

Ja, zorg moet aansluiten op de behoefte. Op lokaal en regionaal niveau kan men er het beste voor zorgen dat vraag en aanbod op elkaar aansluiten en een passend zorgaanbod creëren. Nabijheid van zorg, ook voor de patiënt/burger in de krimpregio's, is één van de speerpunten van het beleid. De minister van VWS heeft onder andere tijdens het Algemeen Overleg Ziekenhuiszorg van 26 maart 2014 toegezegd de Tweede Kamer een visie op de curatieve zorg in krimpregio's toe te zenden. Uw Kamer ontvangt deze brief na de zomer. In deze brief wordt onder andere ingegaan op experimenteermogelijkheden, verantwoordelijkheden met betrekking tot spoedeisende hulp, de rol van de zorgverzekeraar en samenwerking in krimpregio's. Na de zomer ontvangt u tevens de reactie op de verdiepingsstudie van het RIVM naar gezondheid in krimpregio's.

Op 4 juni jl. heeft de minister voor Wonen en Rijksdienst samen met de staatssecretaris van VWS de brief Transitieagenda Langer zelfstandig wonen gestuurd (Kamerstukken II 2013-2014, 32 847 nr. 121). Hierin geeft het kabinet aan wat de rol van de rijksoverheid is om het langer zelfstandig wonen voor mensen met behoefte aan zorg en ondersteuning mogelijk te maken.

10

Zijn u goede voorbeelden in Nederland bekend, waardoor gezamenlijke inspanning de sociaal-economische gezondheidsverschillen succesvol worden teruggedrongen?

Ja, er zijn voorbeelden te noemen waarbij sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden teruggedrongen door een gezamenlijke inspanning van partijen. De resultaten in Utrecht Overvecht zijn positief:

- Inwoners van Overvecht gebruiken minder zorg en bewegen meer. Uit de cijfers blijkt dat de zorgkosten 4 procent zijn gedaald tussen 2006 en 2010 (bron: Agis zorgverzekeringen).
- Het aantal huisarts-, POH- en fysiotherapieconsulten is weliswaar gestegen, maar het zorggebruik in het ziekenhuis is gedaald.
- Het percentage Overvechters van negentien jaar en ouder dat de beweegnorm haalt, is in deze periode bovendien gestegen van 54 naar 65 procent (cijfers GG&GD).
- Steeds minder kinderen hebben in Overvecht te kampen met overgewicht. Het aantal is gedaald van 26 procent in 2005 naar 20 procent in 2009.

Ook de resultaten van Urban40 (onderzoek van de Universiteit van Amsterdam, Maastricht University en het RIVM naar investeringen in 40 achterstandswijken en de effecten daarvan op gezondheid) zijn positief. Investeringen hadden een positief effect op de gezondheid, met name daar waar op grote schaal

maatregelen werden doorgevoerd die meerdere thema's tegelijk bestreken. Ook in wijken waarin expliciet aandacht was besteed aan het thema gezondheid (onder de noemer 'experiment gezonde wijk') veranderde de gezondheid van bewoners op een aantal punten en in relatief korte tijd ten goede.

Uit divers onderzoek blijkt ook dat maatregelen die in het kader van gezondheidsbescherming worden genomen, zoals zoutreductie en het verwijderen van transvetten (wat ook door partijen gezamenlijk wordt gedaan) vooral effect hebben op mensen met een lage opleiding.

Specifiek in de krimpgebieden lopen verschillende initiatieven. GoedLeven in Zeeuws-Vlaanderen is een programma dat door een integrale aanpak en brede samenwerking onder andere betere zorg wil realiseren. In Noord Nederland is met behulp van een screeningsinstrument veel inzicht gegeven in hoe ouderen, ook in de krimpgebieden in Groningen, hun gezondheid, kwetsbaarheid en welbevinden ervaren. Dit inzicht heeft geleid tot meer vraaggestuurde interventies. Binnen het stimuleringsprogramma voor de lokale aanpak van gezondheidsachterstanden zal daarnaast meer ervaring worden opgedaan met de integrale aanpak van gezondheidsachterstanden, ook in krimpgebieden. Een belangrijk doel van het stimuleringsprogramma is om deze kennis op te schalen en te verspreiden zodat ook andere gemeenten hier hun voordeel mee kunnen doen.

11

Hoe beoordeelt u de taken en mogelijkheden van de lokale, provinciale en landelijke overheid om sociaal-economische en regionale gezondheidsverschillen terug te dringen?

De belangrijkste aangrijpingspunten voor de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen liggen op lokaal niveau, dichtbij de mensen, partijen en partners waar het om gaat. Dit is ook de reden dat de focus van het stimuleringsprogramma op een lokale aanpak ligt en dat het beleid voor zorg nog meer gedecentraliseerd wordt. Uitwisseling van kennis en ervaring kan vervolgens op regionaal of landelijk niveau plaatsvinden. Daarbij moet worden opgemerkt dat het hier een erg taaie problematiek betreft, die een langdurige inspanning vergt.

In het Interbestuurlijk Actieplan Bevolking (2009) en de Interbestuurlijke Voortgangsrapportages Bevolkingsdaling (2011/2012) is de aanpak van de gevolgen van bevolkingsdaling en andere demografische veranderingen vastgelegd, waarbij ook gekozen is voor een interbestuurlijke aanpak met primaire verantwoordelijkheid voor gemeenten en een regierol (in het bijzonder in het fysieke domein) voor provincies. Bij deze aanpak spelen ook maatschappelijke organisaties, bedrijfsleven en actieve burgers een belangrijke rol.

1. Dagbladen van de Persdienst van woensdag 18-06-2014

Zie beantwoording Kamervragen 30/11/2011 2011Z22428