

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

## Beleidsdoorlichting letselpreventie 2008 - 2012

April 2013



## Management-samenvatting

Dit rapport bevat de beleidsdoorlichting letselpreventie dat valt onder artikel 1 (voorheen artikel 41) Volksgezondheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het betreft een doorlichting voor de jaren 2008 tot en met 2012. Deze beleidsdoorlichting is gecombineerd met de voorgenomen evaluatie van de beleidsbrief letselpreventie 2008-2012.

### **Aanleiding letselpreventiebeleid**

Ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag leiden tot een breed scala aan kleine en grote letsels van verstukte enkels, kleine snijwonden tot hersenletsel en sterfte. Alles bij elkaar vormen letsels een substantieel volksgezondheidsprobleem. Uit het RIVM Themarapport 'Let op letsels' dat in 2008 verscheen, blijkt dat op de spoedeisende hulp (SEH) afdelingen van ziekenhuizen jaarlijks bijna 900.000 letsels worden behandeld en dat daarvan in 120.000 gevallen ziekenhuisopname noodzakelijk is vanwege de ernst. Jaarlijks sterven ongeveer 5.300 mensen door een ongeval of opzettelijk toegebracht letsel. Letsels kosten de samenleving tenminste 3,6 miljard euro per jaar (gemiddelde over de periode 2001-2005). Letsels hebben per definitie een externe oorzaak. Hierdoor ontstaat een belangrijk uitgangspunt voor preventie van letsels, namelijk dat letsels (grotendeels) vermijdbaar zijn. Aangezien letsels veel voorkomen, kan preventie van letsels daarom veel opleveren.

### **Verantwoordelijkheid rijksoverheid**

Preventie van letsels door ongevallen, geweld en suïcide levert een bedrage aan de gezonde levensverwachting en het voorkomen van vermijdbare sterfte en is daarmee een belangrijk onderdeel van het volksgezondheidsbeleid. De overheid is verantwoordelijk om burgers te beschermen tegen risico's waar ze geen invloed op hebben. Burgers hebben daarnaast een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken. Dat neemt niet weg dat de overheid door gerichte voorlichting en bevordering van gezond gedrag onnodig letsel kan beperken. Letsels zijn niet alleen een probleem uit het oogpunt van volksgezondheid. Ook vanuit het oogpunt van maatschappelijke participatie (arbeid, sport, etc.), mobiliteit en veiligheid is het voorkomen van ongevallen en opzettelijk toegebracht letsel (geweld, suïcide) van belang. Dit betekent dat het rijksoverheidsbeleid en de rijksoverheidsverantwoordelijkheid ten aanzien van letselpreventie verdeeld is over meerdere ministeries.

### **Rollen rijksoverheid**

Voor letselpreventiebeleid zijn er drie rollen te onderscheiden voor de overheid, waarbij de zwaarte van de rollen onderling verschilt. De eerste overheidsrol is bescherming van burgers. Dit gebeurt door eisen te stellen aan producten en infrastructuur; taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vast te leggen en de uitvoering van wet- en regelgeving op dit vlak te controleren. Er is veel sturing vanuit de Europese Unie ten aanzien van deze rol. Ten tweede heeft de rijksoverheid een stimulerende en faciliterende rol in de preventie van letsels door bevordering van gezond gedrag. Het gaat hierbij om het verbinden van partijen in het veld ter ontwikkeling en/of uitvoering van activiteiten op het terrein van letselpreventie; het (laten) ontwikkelen van instrumenten als interventies, richtlijnen en (zorg)protocollen; en het landelijk beschikbaar stellen van kwalitatief goede informatie over instrumenten die gezond gedrag kunnen bevorderen. Ten derde heeft de rijksoverheid

een coördinerende rol. Zowel binnen een bepaald domein als tussen de verschillende domeinen (zoals verkeer, geweld, privéongevallen). De minister van VWS heeft deze regierol op zich genomen voor afstemming tussen de verschillende domeinen en het bevorderen van verbindingen en samenwerking waar deze zinvol zijn. Deze coördinerende rol geldt ook voor de Nederlandse inbreng in internationale fora.

### **Beleidsdoelstellingen**

De beleidsdoelstelling voor letselpreventie was als volgt geoperationaliseerd: 'het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen'. De motivering van deze doelstelling is het beschermen van de consument tegen gezondheidsschade als gevolg van ongevallen. De doelstelling kan worden opgesplitst in twee subdoelstellingen: 'het bevorderen van een veilige en gezonde omgeving en omstandigheden' en 'het bevorderen van veilig en gezond gedrag'. In 2011 is de doelstelling ondergebracht in de operationele doelstelling: 'meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl'.

### **Beleidsinstrumenten**

VWS heeft een aantal beleidsinstrumenten die worden ingezet ter preventie van letsels door ongevallen, geweld en suïcide. Het letselpreventiebeleid begint met inzicht in de omvang van de letselproblematiek om besluiten en/of acties te kunnen onderbouwen (signalering en monitoring). Het inzicht kan leiden tot het nemen van maatregelen zoals normering/regelgeving en/of voorlichting en communicatie. Normering en regelgeving vraagt vervolgens om toezicht en handhaving ter bevordering van de naleving.

### **Financiën**

Subsidieverlening aan de stichting VeiligheidNL is de belangrijkste uitgave binnen de operationele doelstelling op het gebied van letselpreventie. De basistaken van VeiligheidNL (registratie en monitoring en inzet op gedragsverandering in risicocategorieën) worden gefinancierd via een instellingsubsidie. Ook preventie van sportblessures wordt met de instellingsubsidie gefinancierd. De instellingsubsidie bedraagt ongeveer € 4 miljoen per jaar. In aanvulling daarop is, naast enkele losse projectsubsidies, een meerjarige projectsubsidie (€ 6 miljoen) aan VeiligheidNL verstrekt voor de periode 2008 – medio 2013. De dataverzameling door middel van de bevolkingsenquête Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN) wordt vierjaarlijks aanbesteed (€ 120.000 per jaar). Daarnaast zijn voor ongeveer € 4,9 miljoen via ZonMw diverse onderzoeksprojecten binnen uiteenlopende programma's gefinancierd. Verder heeft ZonMw voor € 7 miljoen aan campagnes over letselpreventie gefinancierd (2008 – 2011). De jaarlijkse uitgaven (inclusief ZonMw) ten behoeve van letselpreventie binnen de operationele doelstelling bedraagt ongeveer 0,2% van de jaarlijkse zorgkosten voor privéongevallen, sportblessures en (pogingen tot) suïcide. De uitgaven voor de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) op het gebied van productveiligheid zijn in deze berekening niet meegenomen.

### **Uitgevoerde evaluaties**

Om een compleet beeld te geven van de letselproblematiek en de ontwikkelingen (trends) tijdens de beleidsperiode is aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam en VeiligheidNL opdracht verleend om de cijfers uit het rapport 'Let op letsels' van een update te voorzien en gevraagd deze cijfers te duiden.

Om te achterhalen in hoeverre de beleidsvoornemens uit de beleidsbrief zijn uitgevoerd, zijn diverse (beleids)documenten bestudeerd en zijn interviews gehouden met diverse betrokkenen. Hieruit is gebleken dat de meeste beleidsvoornemens zijn

opgepakt en een aantal ook gerealiseerd zijn (zie bijlage 3). Zo is inzicht in de letselpreventieproblematiek deels verbeterd (DALY voor suïcide) en deels nog niet gerealiseerd (DALY voor geweld). Ook inzicht in de effectiviteit van letselpreventies is vergroot, al waren de financieringsmogelijkheden voor effectonderzoek beperkt in de afgelopen beleidsperiode. Hoogleraren hebben nog geen inhaalslag gezien op dit terrein. Interdepartementale samenwerking is versterkt met drie gezamenlijke projecten met VenJ, IenM en SZW. Ondersteuning van lokale overheden en partijen is voortgezet via het Centrum Gezond Leven. De voornemens op het gebied van agendering zijn wel uitgevoerd, maar hebben niet tot zichtbare resultaten geleid.

### **Doeltreffendheid en doelmatigheid**

Voor letselpreventie geldt als prestatie-indicator een daling van het aantal SEH-behandelingen in ziekenhuizen door privé-ongevallen en sportblessures. In 2008 was dit 650.000 behandelingen, in 2009 640.000, in 2010 en 2011 600.000. Er zijn nog geen cijfers over 2012, maar de verwachting is dat het aantal behandelingen rond de 600.000 zal blijven schommelen. Hiermee zal het streefcijfer zoals gesteld in 2008 voor 2012 (610.000 behandelingen) waarschijnlijk gehaald worden.

Het is niet goed mogelijk om voor de meest recente periode (2007-2011) specifieke effecten van preventie aan te tonen. Dit komt mede door de korte tijdsperiode en de inmiddels relatief lage letselcijfers. Daarnaast heeft de medische zorg in deze periode de letaliteit sterk gereduceerd. Tegelijkertijd zijn de Disability Adjusted Life Years (DALY's)<sup>1</sup> in de afgelopen jaren wel toegenomen, wat wijst op een verschuiving naar meer ernstige letsels, onder andere bij valincidenten van ouderen. Dit is deels ook terug te zien in de kosten, deze zijn met 50% toegenomen in de afgelopen 5 jaar. Veranderingen in het zorggebruik in het algemeen zijn een andere reden voor stijging van de kosten. Het zorggebruik wordt bijvoorbeeld beïnvloed door het hulpzoekgedrag van patiënten en door veranderingen in richtlijnen, financiering, opnamebeleid en indicatiestelling van zorgverleners. Veranderd zorggebruik heeft ook weer invloed op de gebruikte indicatoren, zoals SEH-bezoeken en ziekenhuisopnamen.

Indirect kan er wel iets gezegd worden over de doeltreffendheid door specifiek te kijken naar het beleidsinstrument communicatie en voorlichting. De kennis over de effectiviteit van interventies op het gebied van letselpreventie is in de beleidsperiode vergroot. Een brede implementatie van deze interventies zal zeker effect hebben op het aantal letsels. Uit de evaluatie voor het sportblessurepreventiebeleid, uitgevoerd in de periode 2008-2011, blijkt dat de toepassing van diverse persoonlijke beschermende maatregelen (helm, brace, tape, scheenbeschermers, bitje en kniebeschermers) voor diverse sporttakken significant is verbeterd.

### **Conclusies**

Nederland is een van de veiligste landen van de wereld. Daar is veel inzet voor nodig geweest in alle relevante domeinen. Het vraagt continue aandacht om op het huidige niveau te blijven. Het betekent ook niet automatisch dat alle domeinen zich gunstig ontwikkelen, er kunnen verschuiven optreden tussen domeinen en doelgroepen, wat vraagt om herziening van prioriteiten. De laatste twee jaar is het aantal SEH-behandelingen voor letsels door privéongevallen en sportblessures gelijk gebleven. Maar het aantal ziekenhuisopnamen, de ziektelast en de totale kosten zijn in de periode 2007 – 2011 toegenomen. Letsels zijn daarmee nog steeds een relatief groot volksgezondheidsprobleem en de aanleiding voor het beleid is nog steeds actueel.

---

<sup>1</sup> De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: verloren levensjaren en jaren geleefd met ziekte.

## Inhoud

Management-samenvatting	3
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding beleidsdoorlichting	7
1.2 Afbakening	7
1.3 Aanpak	8
1.4 Leeswijzer	8
<b>2 Achtergrond en legitimiteit letselpreventiebeleid</b>	<b>9</b>
2.1 Aanleiding letselpreventiebeleid	9
2.2 Rol van de overheid en andere partijen	9
<b>3 Beleidsdoelstellingen</b>	<b>13</b>
<b>4 Beleidsinstrumenten 2008 - 2012</b>	<b>15</b>
4.1 Signalering en monitoring	15
4.2 Normstelling en regelgeving	16
4.3 Voorlichting en communicatie	16
4.4 Toezicht en handhaving	17
<b>5 Resultaten letselpreventiebeleid 2008-2012</b>	<b>18</b>
5.1 Voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen	18
5.2 Bevorderen van een veilige omgeving en omstandigheden	26
5.3 Bevorderen van veilig gedrag	27
5.4 Realisatie voornemens beleidsbrief	27
<b>6 Financiën</b>	<b>31</b>
<b>7 Percepties belanghebbenden (klankbordgroep)</b>	<b>33</b>
7.1 Legitimiteit	33
7.2 Doeltreffendheid en doelmatigheid	33
7.3 Aanbevelingen	34
<b>8 Conclusie</b>	<b>36</b>
8.1 Aanleiding beleid	36
8.2 Rol van de overheid	36
8.3 Doeltreffendheid en doelmatigheid	37
<b>Afkortingen</b>	<b>39</b>
<b>Referenties</b>	<b>40</b>
<b>Bijlage 1: Samenstelling klankbordgroep en begeleidingsgroep</b>	<b>42</b>
<b>Bijlage 2: Lijst geïnterviewden</b>	<b>43</b>
<b>Bijlage 3: specifieke informatie realisatie beleidsbrief 2008 - 2012</b>	<b>44</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding beleidsdoorlichting

Letselpreventie valt onder artikel 41<sup>2</sup> Volksgezondheid van het ministerie van VWS, dat zich richt op een goede volksgezondheid, waarbij mensen gezond leven en zo min mogelijk bloot staan aan bedreigingen van hun gezondheid. Letselpreventie viel voorheen onder de operationele doelstelling 'het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen'. Sinds 2011 is deze doelstelling ondergebracht in de operationele doelstelling 'meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl (41.3.5). Letselpreventie is één van de acht leefstijlonderwerpen waar het ministerie verantwoordelijk voor is. In de begroting staat het vermeld onder 41.5 Stichting Consument en Veiligheid – nu VeiligheidNL<sup>3</sup> - en letsel.

Ter invulling van de diverse begrotingen zijn er meerdere specifieke beleidsbrieven verschenen over letselpreventie. De eerste beleidsbrief over letselpreventie in de privésfeer dateert van 1984 (Kamerstuk 18453, nummer 2, vergaderjaar 1983-1984), gevolgd door een tweede beleidsbrief in 1997 (Kamerstuk 25825, nummers 1-2, vergaderjaar 1997-1998). De huidige beleidsbrief letselpreventie 2008 – 2012 (Kamerstuk 22894, nr 211, vergaderjaar 2009-2009) is net als de vorige beleidsbrieven gericht op privéongevallen, maar richt zich daarnaast op de regierol van het ministerie van VWS. Ook worden in de huidige beleidsbrief drie domeinen benoemd waar nog relatief veel gezondheidswinst te behalen valt. Deze beleidsbrief verscheen naar aanleiding van het RIVM Themaproject 'Let op letsels' (Lanting LC, Hoeymans N, 2008), dat in opdracht van het ministerie van VWS werd geschreven. Het doel van dit rapport was het verschaffen van inzicht in o.a. de omvang van letsels, de risicofactoren, het preventie-aanbod en het beleid daaromtrent. In reactie op dit rapport verwoordde de minister, mede namens de staatssecretaris van VWS, de minister van Justitie, de minister en staatssecretaris van Verkeer en Waterstaat en in afstemming met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, standpunten op de aanbevelingen uit het RIVM Themaproject 'Let op letsels'.

In dit rapport worden de resultaten van de beleidsdoorlichting 2008-2012 beschreven, waarbij specifiek wordt ingegaan op de resultaten van de geformuleerde voornemens in de beleidsbrief letselpreventie 2008-2012.

## 1.2 Afbakening

Niet een hersenschudding vormt het aangrijpingspunt voor preventie, maar bijvoorbeeld de val van een trap die de oorzaak van een hersenschudding is. De oorzaken en niet de aard van letsels waren daarom het vertrekpunt van het RIVM Themaproject 'Let op letsels' en de beleidsbrief. De preventie van lichamelijke letsels als gevolg van privéongevallen, verkeersongevallen, arbeidsongevallen, sportblessures, geweld en suicide staat centraal. Deze categorieën omvatten een breed scala aan onderwerpen, bijvoorbeeld fietsongevallen, publiek geweld, brandwonden bij kinderen. De psychische en sociale gevolgen van letsels zijn niet meegenomen in de beleidsevaluatie letselpreventie 2008-2012. Evenals complicaties (medische fouten en onbedoelde schade) als gevolg van genees- en heelkundige

---

<sup>2</sup> Met ingang van 2013 is artikel 41 veranderd in artikel 1.

<sup>3</sup> Per 1 mei 2012 heet Stichting Consument en Veiligheid Stichting VeiligheidNL. In verband met de leesbaarheid wordt in het rapport VeiligheidNL gebruikt.

behandeling. Ook productveiligheid wordt buiten beschouwing gelaten, omdat dit valt onder de Warenwet en in 2014 als apart onderwerp zal worden doorgelicht. Naast het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn ook de ministeries van Infrastructuur en Milieu (I&M, verkeer), Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW, arbeid) en Veiligheid en Justitie (V&J, geweld) beleidsverantwoordelijk op het vlak van letselpreventie binnen de genoemde domeinen. Deze domeinen worden in voorliggende beleidsdoorlichting meegenomen voor zover ze genoemd worden in de beleidsbrief letselpreventie 2008-2012.

### 1.3 **Aanpak**

Periodiek evalueren draagt bij aan de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid, doordat inzicht ontstaat in de werking van het beleid. Het instrument van beleidsdoorlichting staat beschreven in de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (Rpe)<sup>4</sup> en maakt onderdeel uit van de Rijksbegrotingsvoorschriften. In de Rpe zijn eisen gesteld aan een beleidsdoorlichting en onderzoeksvragen die beantwoord moeten worden. In eerste instantie is de Rpe bedoeld voor een heel beleidsartikel, maar vanwege diversiteit van de thema's binnen artikel 41 heeft VWS er voor gekozen om de verschillende thema's in dit artikel apart door te lichten.

In deze beleidsdoorlichting staat de operationele doelstelling 'het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen' centraal (zie hoofdstuk 3). De beleidsbrief en de daarin geformuleerde voornemens leveren een bijdrage aan deze doelstelling. Per voornemen uit de beleidsbrief is een analyse van de behaalde resultaten uitgevoerd. Daarvoor zijn diverse (beleids)documenten bestudeerd (zie referenties) en personen van organisaties, die in de beleidsbrief genoemd zijn, geraadpleegd (zie bijlage 2). Daarnaast is een begeleidingsgroep, bestaande uit ambtenaren van het ministerie van VWS, ministerie van SZW, ministerie van I&M en het ministerie van V&J, geformeerd (zie bijlage 1). Deze begeleidingsgroep is in totaal driemaal bijeen geweest en heeft een inhoudelijke bijdrage geleverd aan deze beleidsdoorlichting.

#### *Onafhankelijkheid en begeleiding klankbordgroep*

De Rpe schrijft voor dat een onafhankelijke derde betrokken is bij een beleidsdoorlichting. Het ministerie van VWS heeft daartoe een klankbordgroep geformeerd. Aan deze klankbordgroep namen inhoudelijk deskundigen uit het veld deel (zie bijlage 1). Deze deskundigen zijn zijdelings betrokken bij letselpreventie en hebben geen direct belang bij de uitkomsten van het onderzoek. De klankbordgroep werd voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter, die niet werkzaam is in het werkveld en derhalve geen belang heeft bij de uitkomsten van de beleidsevaluatie. De klankbordgroep is in totaal driemaal bijeen geweest en heeft de totstandkoming van dit rapport begeleid.

### 1.4 **Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 beschrijven wij de aanleiding voor het letselpreventiebeleid en rol van de overheid en andere partijen daarin. De belangrijkste uitgangspunten die de basis vormen voor de beleidsdoelstellingen in de evaluatieperiode 2008-2012 beschrijven wij in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 lichten wij de ingezette instrumenten toe. De resultaten ten aanzien van de realisatie van beleidsdoelstellingen beschrijven wij in hoofdstuk 5, gevolgd door de ingezette budgetten in hoofdstuk 6. De percepties van belanghebbenden hebben wij in hoofdstuk 7 in beeld gebracht. Tenslotte volgen in hoofdstuk 8 de conclusies. Het rapport sluit af met afkortingen, geraadpleegde literatuur en enkele bijlagen.

---

<sup>4</sup> Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek, Staatscourant, nr. 18352, september 2012



## 2 Achtergrond en legitimiteit letselpreventiebeleid

### 2.1 Aanleiding letselpreventiebeleid

Ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag leiden tot een breed scala aan kleine en grote letsels. Deze variëren van verstuipte enkels en kleine snijwonden tot hersenletsel en sterfte. Alles bij elkaar vormen letsels een substantieel volksgezondheidsprobleem. Uit het RIVM Themaport 'Let op letsels' blijkt dat op de spoedeisende hulp (SEH) afdelingen van ziekenhuizen jaarlijks bijna 900.000 letsels worden behandeld en in 120.000 gevallen zijn deze zo ernstig dat ziekenhuisopname noodzakelijk is (gemiddelde over de periode 2001-2005)<sup>5</sup>. Elk jaar sterven ongeveer 5.300 mensen door een ongeval of opzettelijk toegebracht letsel. Jongeren verliezen zelfs meer levensjaren door een ongeval, geweld of suicide dan door alle andere doodsoorzaken samen. In de rangorde van de belangrijkste doodsoorzaken (uitgedrukt in verloren levensjaren) staan letsels door ongevallen, geweld en suïcidaal gedrag op de derde plaats, direct na hart- en vaatziekten en kanker.

Letsels kosten de samenleving tenminste 3,6 miljard euro per jaar (gemiddelde over de periode 2001-2005)<sup>6</sup>. Hierin zijn alleen de directe medische kosten (1,6 miljard euro per jaar) en de verzuimkosten (2,1 miljard euro per jaar) meegenomen. Andere kosten, bijvoorbeeld de materiële kosten en de economische schade die ontstaan door een file na een verkeersongeval, zijn niet meegenomen, maar vormen gemakkelijk een veelvoud van de medische kosten.

Letsels ontstaan als gevolg van een ongeval of doordat mensen elkaar of zichzelf verwonden en hebben dus per definitie een externe oorzaak. De mate van invloed door aanleg of genetische factoren is bij letsels klein. Hierdoor ontstaat een belangrijk uitgangspunt voor preventie van letsel, namelijk dat letsels (grotendeels) vermijdbaar zijn. Aangezien letsels veel voorkomen, kan preventie van letsels daarom veel opleveren.

### 2.2 Rol van de overheid en andere partijen

In deze paragraaf lichten wij toe op welke wijze het ministerie van VWS zijn rol met betrekking tot letselpreventie heeft opgevat (legitimiteit). Dit kan echter niet zonder een beschrijving van de institutionele omgeving van VWS waarbinnen het ministerie zijn rol uitvoert, aangezien letselpreventie tot de verantwoordelijkheid van vele domeinen behoort.

In artikel 22 van de Nederlandse Grondwet staat dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Preventie van letsels door ongevallen, geweld en suicide levert een bedrage aan de gezonde levensverwachting en het voorkomen van vermijdbare sterfte en is daarmee een belangrijk onderdeel van het volksgezondheidsbeleid.

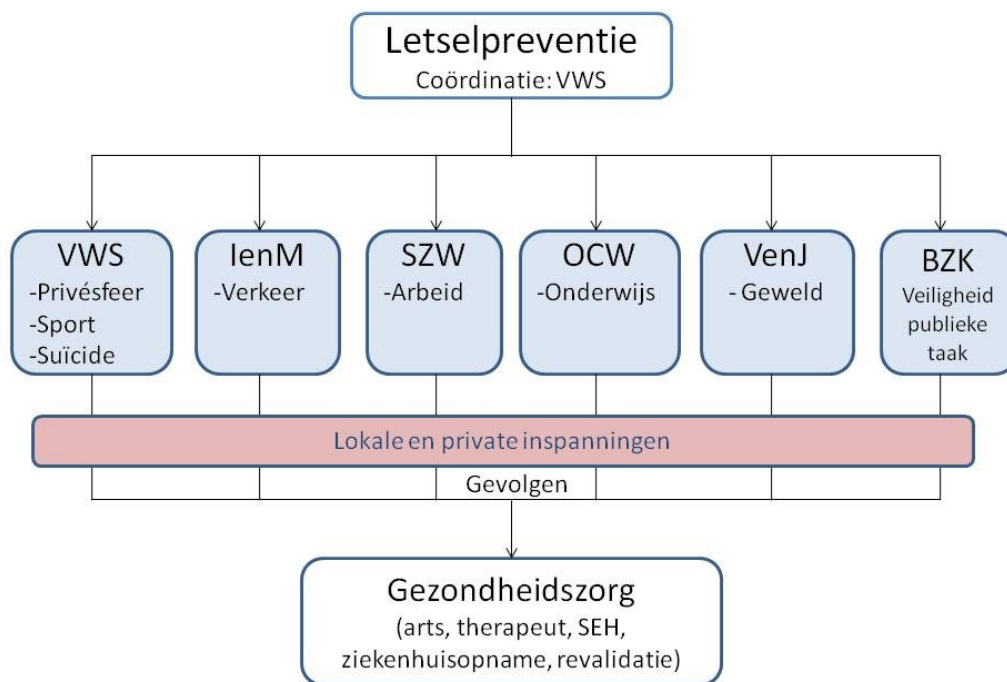
Maar letsels zijn niet alleen een probleem uit het oogpunt van volksgezondheid. Ook vanuit het oogpunt van maatschappelijke participatie (arbeid, sport, etc.), mobiliteit en veiligheid is het voorkomen van ongevallen en opzettelijk toegebracht letsel (geweld, suicide) van belang. Dit betekent dat het rijksoverheidsbeleid en de

---

<sup>5</sup> Lanting en Hoeymans (eindredactie), 2008, Let op letsels.

<sup>6</sup> Lanting en Hoeymans (eindredactie), 2008, Let op letsels.

rijksverantwoordelijkheid ten aanzien van letselpreventie verdeeld is over meerdere ministeries. Naast het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS, privéongevallen, sport, huiselijk geweld, brandveiligheid in zorginstellingen, valpreventie ouderen en suïcide) zijn de ministeries van Infrastructuur en Milieu (IenM, verkeer en milieu), Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW, arbeid en kinderopvang), Veiligheid en Justitie (VenJ, geweld en illegaal vuurwerk), ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW, veiligheid op scholen) en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK, veiligheid professionals met Publieke Taak) verantwoordelijk voor beleid op het vlak van letselpreventie (zie onderstaande figuur voor schematische weergave).



**Figuur 1 Betrokken ministeries bij letselpreventie**

Voor letselpreventiebeleid zijn er drie rollen te onderscheiden voor de overheid, waarbij de zwaarte van de rollen onderling verschilt. De eerste overheidsrol is bescherming van burgers. Dit gebeurt door eisen te stellen aan producten en infrastructuur; taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vast te leggen en de uitvoering van wet- en regelgeving op dit vlak te controleren. Voorbeelden van bescherming zijn het verplicht gebruik van autogordels, eisen aan traphekjes en speeltoestellen, het verplicht dragen van veiligheidshelmen op bouwplaatsen en het vergunningstelsel voor wapenbezit. De bescherming van burgers is een belangrijke en duidelijke, ook uitvoerende rol voor de overheid, aangezien burgers sommige risicofactoren niet of moeilijk zelf kunnen beïnvloeden. Er is veel sturing vanuit de Europese Unie ten aanzien van deze rol. Relevante wet- en regelgeving ter bescherming van burgers is bijvoorbeeld de Warenwet, Wapenwet, Verkeerswet en Arbo-wet. Hierin scheidt de overheid de kaders waarbinnen bedrijven en professionals moeten opereren en hun verantwoordelijkheid moeten nemen als aanbieders van

producten en diensten.

Toezicht op de uitvoering van de wet- en regelgeving maakt ook onderdeel uit van deze rol. De Warenwet is voor VWS de relevante wetgeving ter bescherming van burgers. De Warenwet wordt zoals eerder aangegeven niet in deze beleidsdoorlichting meegenomen, aangezien deze wetgeving apart wordt doorgelicht.

Ten tweede heeft de rijksoverheid een stimulerende en faciliterende rol in de preventie van letsels door bevordering van gezond gedrag. Handhaving is hier niet aan de orde. Het gaat hierbij om het verbinden van partijen in het veld ter ontwikkeling en/of uitvoering van activiteiten op het terrein van letselpreventie; het (laten) ontwikkelen van instrumenten als interventies, richtlijnen en (zorg)protocollen; en het landelijk beschikbaar stellen van kwalitatief goede informatie over instrumenten die gedrag kunnen beïnvloeden. Relevante wet- en regelgeving voor VWS is de Wet publieke gezondheid (Wpg)<sup>7</sup>. In de Wpg heeft VWS de taak om elke vier jaar een landelijke nota gezondheidsbeleid uit te brengen waarin de landelijke prioriteiten benoemd worden, die aanknopingspunten zijn voor gemeentelijk gezondheidsbeleid. In 2011 is de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' verschenen. In hetzelfde jaar is ook de beleidsbrief Sport uitgebracht, waar sportblessurepreventie is opgenomen is. Voor zowel gezondheidsbevordering (leefstijl) als sport zijn de verantwoordelijkheden voor het uitvoeren van beleid decentraal belegd. Dit betekent dat het aan gemeenten, professionals en (lokale) organisaties en/of bedrijven is om (landelijk) beschikbare instrumenten voor bevordering van gezond gedrag te gebruiken ten behoeve van het lokaal gezondheidsbeleid. Letselpreventie maakt daar onderdeel van uit. Het ministerie van VWS is systeemverantwoordelijk, zoals weergegeven in de Wpg. De stimulerende en faciliterende rol geeft VWS vooral vorm door het in stand houden van een kennisinfrastructuur via onder andere het RIVM, ZonMw en VeiligheidNL. VeiligheidNL voert specifieke activiteiten uit gericht op gedragsverandering om letsels te voorkomen (zoals interventies en campagnes). VeiligheidNL is ook actief met andere partijen in het verbeteren van de veiligheid van de Nederlandse bevolking (zoals taskforce vuurwerkbommenmakers en samenwerking met het ministerie van VenJ, de politie en het OM). Voor andere domeinen (en ministeries) zijn andere (kennis)organisaties actief op het gebied van veiligheid en/of letselpreventie, zoals de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV), het Centrum School en Veiligheid (CSV), het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV), Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek (TNO) en het RIVM. Daarnaast zijn er tal van publieke en private partijen die initiatieven ontwikkelen in het kader van letselpreventie, bijvoorbeeld ANWB, Veilig Verkeer Nederland, NOC\*NSF, GGD'en, verpleeg- en verzorgingshuizen, 1<sup>e</sup> lijn zorgsector, (zorg- en schade)verzekeraars en fabrikanten (producten en

---

<sup>7</sup> Tot 1 december 2008 waren de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv). Sindsdien is de Wcpv overgegaan in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Ook de Infectieziektewet en de Quarantainewet zijn hierin opgenomen. De taken en bevoegdheden, die tot kort nog versnipperd over deze drie wetten waren verdeeld, worden nu in één wet geregeld. Op 19 mei 2011 is de gewijzigde Wpg (zgn. Wpg 2<sup>e</sup> tranche) vastgesteld. Hierin is onder andere de wisselwerking tussen het landelijk en lokaal gezondheidsbeleid verankerd.

beschermingsmiddelen).

Relevante inspectiediensten kunnen normen en regels opstellen zodat professionals worden gestimuleerd tot het nemen van preventieve en gezondheidsbevorderende maatregelen (stimulerend toezicht). Als voorbeeld kan de Staat van de Gezondheidszorg 2012 genoemd worden, waarin de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in zes projecten onderzocht heeft hoe preventie en gezondheidsbevordering in de curatieve en langdurige zorg kan worden vormgegeven en gestimuleerd.

Ten derde heeft de rijksoverheid een coördinerende rol. Zowel binnen een bepaald domein (zoals verkeer, geweld, privéongevallen) als tussen de verschillende domeinen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vindt deze regierol bij de ministeries van volksgezondheid horen. De minister van VWS heeft daarom ook de regierol op zich genomen voor afstemming tussen deze verschillende domeinen. Dit houdt in het bevorderen van verbindingen en samenwerking waar deze zinvol zijn. Deze coördinerende rol geldt ook voor de Nederlandse inbreng in internationale fora. Er zijn namelijk internationale afspraken gemaakt over letselpreventie in een aanbeveling van de EU Volksgezondheidsraad over letselpreventie en bevordering van veiligheid (2007/C164/01) en in een resolutie van de Wereld Gezondheidsorganisatie, de *Resolution on the prevention of injuries in the WHO European Region* (EUR/RC55/R9, 2005). Zowel de aanbeveling als de resolutie benadrukken de regierol voor de ministers van volksgezondheid.

### 3 Beleidsdoelstellingen

Letselpreventiebeleid valt onder artikel 41<sup>8</sup> van de begroting van VWS<sup>9</sup>. De algemene doelstelling van dit artikel is een goede volksgezondheid, waarbij mensen gezond leven en zo min mogelijk bloot staan aan bedreigingen van hun gezondheid.

Binnen deze algemene doelstelling geldt voor letselpreventie de operationele doelstelling: het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen. De motivering van deze doelstelling is het beschermen van burgers tegen gezondheidsschade als gevolg van ongevallen. Burgers hebben een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken. Dat neemt niet weg dat de overheid door gerichte voorlichting en stimulering van gezond gedrag onnodig letsel kan beperken. Realisatie van deze doelstelling wordt jaarlijks gevolgd met de prestatie-indicator aantal SEH-behandelingen in ziekenhuizen door privéongevallen en sportblessures. In 2008 betrof het 650.000 ongevallen, met als streefcijfer 610.000 privéongevallen en sportblessures voor 2012 (VWS, begroting 2009).

De operationele doelstelling is in 2011 ondergebracht bij de operationele doelstelling 'meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl'<sup>10</sup>.

De operationele doelstelling 'Het voorkomen van gezondheidsschade door onveilig voedsel en onveilige producten' (behorend bij de rol burgers te beschermen) wordt niet in deze beleidsdoorlichting meegenomen.

De doelstelling voor letselpreventie bestaat uit twee subdoelstellingen:

- a) Bevorderen van een veilige en gezonde omgeving en omstandigheden  
Via diverse wetten en regelingen heeft de overheid randvoorwaarden geschapen waarbinnen een veilige en gezonde (of maatschappelijke participatiebevorderende) omgeving en omstandigheden gecreëerd moeten worden. Deze randvoorwaarden vragen om continue aanpassing aan veranderende factoren als demografische, technische, economische en sociaal-culturele ontwikkelingen.  
Voor letselpreventie betekent dit op het terrein van VWS aandacht voor een veilige en gezonde (zorg)omgeving en een veilig sportklimaat. Het creëren van een veilige en gezonde omgeving in de privésfeer kan alleen op indirecte wijze bevorderd worden via fabrikanten van producten en randvoorwaarden in andere domeinen (milieu, infrastructuur). Ook lokale partijen en overheden vervullen hier een belangrijke rol.
- b) Bevorderen van veilig en gezond gedrag  
Deze doelstelling vormt het zwaartepunt in het VWS-beleid ten aanzien van letselpreventie en kan slechts voor een klein deel door wetten en regels bereikt worden. Belangrijker instrumenten zijn het informeren van burgers/consumenten en het ontwikkelen en uitvoeren van effectieve interventies. Burgers hebben een eigen verantwoordelijkheid om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken. Hiermee wordt bedoeld het vertonen van veilig en gezond gedrag. Gerichte voorlichting en gezondheidsbevordering kan daar een goede bijdrage aan leveren en daarmee aan het voorkomen van letsels door ongevallen.

---

<sup>8</sup> Per 2013 is dit artikelnummer veranderd in artikel 1.

<sup>9</sup> [http://www.rijksbegroting.nl/2009/voorbereiding/begroting,kst119613b\\_5.html](http://www.rijksbegroting.nl/2009/voorbereiding/begroting,kst119613b_5.html)

<sup>10</sup> [http://www.rijksbegroting.nl/2011/voorbereiding/begroting,kst148633\\_6.html](http://www.rijksbegroting.nl/2011/voorbereiding/begroting,kst148633_6.html)

## **Beleidsbrief 2008-2012**

Met de beleidsbrief 2008-2012 is een aantal accenten gelegd binnen de operationele doelstelling ter verbetering van het letselpreventiebeleid in de privésfeer. Deze accenten zijn verwoord in de volgende voornemens:

### *Optimalisatie van de registratie (basis voor beleid; alle rollen)*

- gegevensverzameling door middel van het Letselinformatiesysteem (LIS) en Ongevallen en Bewegingen in Nederland (OBiN) continueren, als basis voor het preventiebeleid;
- betrokken partijen vragen om betere afstemming tussen LIS en de traumaregistraties met als doel meer inzicht in het ontstaan en de gevolgen van ernstige letsels;
- in overleg met RIVM treden over verbeterde berekeningen van DALY's voor geweld en suicide;
- de mogelijkheid laten onderzoeken om letsels door vallen te registreren in de eerstelijnszorg, om meer inzicht te krijgen in de risicofactoren.

### *Agendering (stimulerende en faciliterende rol)*

- overwegen om letselpreventie in de volgende preventienota te prioriteren, omdat het om een groot en soms onderschat volksgezondheidsprobleem gaat met evenwel veel vermijdbare ziektelast en andere schade;
- ketenzorg versterken ten behoeve van valpreventie, om de daarin gelegen kansen voor preventie beter te benutten;
- valpreventie agenderen in de lopende verkenning van de preventieve rol van verzekeraars om hun mogelijke rol daarbij optimaal te benutten.

### *Interdepartementale samenwerking (coördinerende rol)*

- samenwerken met andere departementen ten aanzien van letselpreventie.

### *Informeren en lokale ondersteuning (stimulerende en faciliterende rol)*

- aansturen op het evalueren van preventieve maatregelen, in overleg met ZonMw en VeiligheidNL om meer zicht te krijgen op wat werkt en wat niet;
- in overleg met o.a. VeiligheidNL en andere relevante partijen de mogelijkheden van een academische werkplaats Letselpreventie verkennen om wetenschap en praktijk beter op elkaar te laten aansluiten;
- lokale partijen en overheden via het Centrum Gezond Leven ondersteunen bij het kiezen en implementeren van effectieve interventies.

Daarnaast wordt in de beleidsbrief een reactie gegeven op een drietal specifieke thema's, die in het RIVM Themarapport 'Let op letsels' op basis van te behalen gezondheidswinst zijn geselecteerd, namelijk valpreventie bij ouderen, suicidepreventie en (brom)fietsongevallen. Laatstgenoemd thema valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van IenM.

## 4 Beleidsinstrumenten 2008 - 2012

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van de diverse instrumenten die door VWS zijn ingezet ter preventie van letsels door ongevallen, geweld en suicide. De instrumenten zijn in logische volgorde weergegeven. Dat wil zeggen dat het letselpreventiebeleid altijd begint met inzicht in de omvang van de letselproblematiek om besluiten en/of acties te kunnen onderbouwen. Het inzicht kan leiden tot het nemen van maatregelen zoals normering/regelgeving of voorlichting en communicatie. Normering en regelgeving vraagt vervolgens om toezicht en handhaving ter bevordering van de naleving.

### 4.1 Signalering en monitoring

Betrouwbare gegevensverzamelingen en statistieken zijn noodzakelijk om het letselpreventiebeleid te onderbouwen en te monitoren. De belangrijkste letselregistraties voor VWS zijn het Letsel Informatie Systeem (LIS)<sup>11</sup> en Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN). Beide registraties zijn belangrijk voor het berekenen van de letsellast, naast registraties als de Landelijke Medische Registratie voor ziekenhuisopnamen en Doodsoorzakenstatistiek van het CBS. Het LIS wordt ook door andere departementen gebruikt.<sup>12</sup> Deze cijfers worden gebruikt om het letselpreventiebeleid te onderbouwen; bij welke doelgroepen is de meeste gezondheidswinst te behalen voor welk soort letsel en wat zijn de oorzaken van deze letsels. Inzicht in de oorzaken van letsels geeft ook inzicht welk beleidsinstrument het beste kan worden ingezet.

In de beleidsperiode 2008-2012 is er een aantal ontwikkelingen geweest die van invloed zijn op de uitvoering en het voortbestaan van LIS:

- De rijksoverheid delegeert het gezondheidsbeleid steeds meer naar gemeenten
- Bestaande registraties zijn onvoldoende om de lokale actoren van informatie te voorzien
- De organisatie van acute zorg is sterk aan het veranderen, met bijvoorbeeld de discussie over beperking van het aantal SEH's en de combinatie met huisartsenposten.

In 2012 is VeiligheidNL daarom in opdracht van VWS gestart met een meerjarig project om LIS te regionaliseren. Het streven is om in 2015 lokale actoren op het gebied van preventie en gezondheidsbescherming (gemeenten, GGD'en, politie, Regionale Organen Verkeersveiligheid) lokale informatie te verschaffen over ongevallen en letsels.

In 2012 is VWS ook gestart met het harmoniseren van de monitoringsactiviteiten op het gebied van leefstijl door verschillende instituten. OBiN wordt in deze exercitie

---

<sup>11</sup> In het Letsel Informatie Systeem (LIS) van VeiligheidNL staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval, geweld of automutilatie zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een selectie van ziekenhuizen in Nederland. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling. Dit maakt een schatting van cijfers op nationaal niveau mogelijk.

<sup>12</sup> In 2004 heeft VeiligheidNL een onderzoek uitgevoerd naar de representativiteit van LIS. Op basis van dit onderzoek is geconcludeerd dat LIS in zijn totaliteit representatief is voor alle letselpatiënten die worden behandeld op de SEH-afdelingen van alle ziekenhuizen in Nederland. Jaarlijks wordt voor OBiN een verantwoordingsverslag geschreven door Ipsos, de organisatie die verantwoordelijk is voor de datacollectie, waarin zij verantwoording afleggen over de dataverzameling en de respons.

meegenomen. De SEH-registratie LIS blijft buiten beschouwing, omdat dit een zorgregistratie is en slechts indirect enig inzicht geeft in leefstijl.

## **4.2 Normstelling en regelgeving**

De Europese richtlijn Algemene productveiligheid 2001/95/EG beschermt consumenten tegen onveilige of gevaarlijke producten. Hierin worden algemene veiligheidseisen en -principes geregeld. Omdat productveiligheid geen onderdeel uitmaakt van deze beleidsdoorlichting, wordt dit niet verder uitgewerkt in dit rapport.

Daarnaast is er een aantal wetten die indirect invloed hebben op het letselpreventiebeleid, bijvoorbeeld de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en de Wet publieke gezondheid. De KWZ verplicht zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren o.a. door zelf normen op te stellen. Daar waar zorginstellingen dit onvoldoende doen, neemt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dit op zich.

Sinds 2007 is er een kwaliteitskader voor thuiszorg en intramurale ouderenzorg, waarbij organisaties elk jaar procesindicatoren meten waaronder het aantal valincidenten. Deze informatie is beschikbaar op [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl)<sup>13</sup>, zodat burgers de organisaties kunnen vergelijken op deze kwaliteitsaspecten. De inspectie gebruikt deze informatie voor toetsing van de organisaties en Zorgverzekeraars Nederland gebruikt deze informatie om inkoopafspraken te maken. Organisaties zijn daarnaast verplicht om individuele valincidenten te melden bij de inspectie, de inspectie toetst daarbij ook of de organisatie voldoende gedaan heeft om valincident (in de toekomst) te voorkomen. De zorgorganisaties gebruiken deze informatie ter verbetering van hun eigen processen, zodat ze bijvoorbeeld het volgende jaar beter scoren op dat onderwerp en daarmee laten ze zien dat ze verbeteren.

De Wet publieke gezondheid regelt de wisselwerking tussen het landelijk en lokaal gezondheidsbeleid en geeft de gemeente onder andere de taak om in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid aandacht te besteden aan gezondheidsbevordering en daarmee indirect ook het letselpreventiebeleid.

## **4.3 Voorlichting en communicatie**

Voorlichting en communicatie is een belangrijk instrument om burgers (rechtstreeks of via intermediairs) te informeren over het risico op letsels en het bieden van handelingsperspectieven om letsels te voorkomen. Hierbij moet gebruik worden gemaakt van effectieve instrumenten voor bevordering van gezond gedrag gebaseerd op wetenschappelijke theorie en/of onderzoek.

Letselpreventie is onderdeel van het landelijke leefstijlbeleid. In 2011 kwam er een omslag in het leefstijlbeleid. In de landelijke nota 'Gezondheid dichtbij' is aangegeven dat gezondheid weer iets van de Nederlander zelf moest worden. In de voorgaande jaren was dat steeds meer terrein geworden van de overheid en de professionals; de nadruk lag op wat mensen moesten doen of laten. Deze omslag resulteerde in terughoudendheid met ge- en verboden, ongevraagd advies en keuzebeperkingen vanuit de overheid. In 2012 is daarom gestopt met massamediale campagnes, ook op het gebied van letselpreventie (kinderveiligheid, valpreventie bij ouderen en sportblessurepreventie). In plaats daarvan is meer ingezet op het gebundeld en laagdrempelig aanbieden van betrouwbare informatie aan professionals (via Centrum Gezond Leven van het RIVM) en eindgebruikers (zoals aan ouders via de websites van de Centra voor Jeugd en Gezin en, meer recent, aan de website van Regelhulp voor

<sup>13</sup> De website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) wordt per 2014 onderdeel van het Kwaliteitsinstituut.



maatschappelijke ondersteuning). Bij gezondheidsbevordering (waar letselpreventie onderdeel van uitmaakt) is de taak van de rijksoverheid naast het aanbieden van betrouwbare informatie gericht op kennisbeleid, het bieden van enkele kaders via regelgeving en het vormgeven van stimulerend toezicht. De uitvoering ligt vooral bij gemeenten, die daarvoor, via het Gemeentefonds, financiële middelen ontvangen.

Letselpreventie hangt nauw samen met andere leefstijlterreinen. Het gebruik van alcohol en drugs heeft invloed op het aantal letsels bijvoorbeeld tijdens het uitgaan, polyfarmacie en het gebruik van specifieke medicijnen heeft invloed op het aantal valletsels bij ouderen en overgewicht heeft vaak mobiliteitsvermindering tot gevolg wat invloed heeft op het aantal letsels als mensen activiteiten ondernemen. Daar waar mogelijk wordt dit gecombineerd tot gezamenlijk beleid en interventies.

#### **4.4 Toezicht en handhaving**

Met toezicht en handhaving heeft de overheid een instrument om naleving van relevante wetten en regels te bevorderen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg is verantwoordelijk voor het toezicht op de zorg die aan de Nederlandse bevolking als geheel wordt gegeven en is verantwoordelijk voor het toezicht in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet publieke gezondheid.

De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) controleert of fabrikanten en handelaren zich houden aan de eisen en verplichtingen van de Europese richtlijn Algemene productveiligheid 2001/95/EG.

## 5 Resultaten letselpreventiebeleid 2008-2012

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de beleidsinspanningen van VWS beschreven. Op basis hiervan worden uitspraken gedaan over de effectiviteit van de diverse ingezette instrumenten en deels de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde beleid. De inzet op letselpreventie en veiligheid in andere domeinen en door andere actoren blijven hier buiten beschouwing.

### 5.1 Voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen

Nederland behoort tot de veiligste landen ter wereld. Dit is niet zomaar gebeurd, er is veel inzet op gepleegd sinds de tachtiger jaren van de vorige eeuw, met name door burgers te beschermen tegen risico's waar zij geen invloed op hebben. Het neemt niet weg dat er jaarlijks ongeveer 5.600 mensen sterven door een ongeval of opzettelijk toegebracht letsel (2007-2011)<sup>14</sup>, vooral door een privéongeval (bijvoorbeeld een val in huis) of door suicide (tabel 1). Veel letsels lopen gelukkig niet fataal af en worden behandeld op een SEH-afdeling of tijdens een ziekenhuisopname. Zo worden op SEH-afdelingen gemiddeld per jaar 870.000 letsels behandeld en de letsels in 150.000 gevallen zodanig ernstig dat ziekenhuisopname noodzakelijk is.

Privéongevallen veroorzaken niet alleen de meeste sterfte, maar leiden ook het vaakst tot medische behandeling op een SEH-afdeling en tot opname in het ziekenhuis. Suïcidaal gedrag veroorzaakt ook veel sterfte maar verhoudingsgewijs weinig behandelingen op een SEH-afdeling. Sportblessures en arbeidsongevallen laten wat dat betreft een omgekeerd beeld zien, namelijk lage sterfte en een hoog aantal SEH-behandelingen. Berekeningen van de ziektelast in DALY's laten zien dat privéongevallen voor de meeste ziektelast zorgen, gevolgd door verkeersongevallen en suïcidaal gedrag.

In tabel 1 wordt ook een overzicht over de periode 2007-2011 gegeven van de kosten door ongevallen. Hierbij gaat het alleen om directe medische kosten en verzuimkosten:

- De directe medische kosten van slachtoffers door ongevallen die op een SEH-afdeling van een ziekenhuis zijn behandeld, opgenomen zijn geweest of zijn behandeld door een huisarts, fysiotherapeut of specialist, bedroegen over de periode 2007-2011 ongeveer 2,5 miljard euro per jaar.
- Letsels door privéongevallen hebben met 1,4 miljard euro het grootste aandeel binnen de directe medische kosten, gevolgd door sportblessures en verkeersongevallen. De verzuimkosten als gevolg van letsels zijn in de meeste gevallen hoger dan de directe medische kosten.
- Privéongevallen (1,1 miljard euro) zijn samen met sportblessures (910 miljoen euro) verantwoordelijk voor een groot deel van de totale verzuimkosten in verband met letsel door een ongeval.
- De totale directe medische en verzuimkosten zijn met 50% gestegen van 3,6 miljard euro per jaar in de periode 2001-2005 naar 5,5 miljard euro per jaar in de periode 2007-2011.

---

<sup>14</sup> De cijfers voor 2012 zijn nog niet bekend ten tijde van deze rapportage, daarom wordt de periode 2007-2011 beschreven. Dit wijkt dus af van de beleidsperiode 2008-2012.

**Tabel 1: Omvang letselproblematiek in Nederland: gemiddelde aantallen per jaar en gemiddelde jaarlijkse kosten (periode 2007-2011\* en periode 2001-2005), niet gecorrigeerd voor demografische ontwikkelingen**

	Omvang								Kosten (in miljoen euro)					
	SEH-behandelingen		Ziekenhuis-opnamen		Sterfte		Ziektelast (DALY's) <sup>c**</sup>		Directe medische kosten		Verzuimkosten		Totaal directe medische en verzuimkosten <sup>***</sup>	
	2007-2011	2001-2005	2007-2011	2001-2005	2007-2011	2001-2005	2007-2011	2001-2005	2007-2011	2001-2005	2007-2011	2001-2005	2007-2011	2001-2005
Privé-ongevallen	460.000	480.000	80.000 <sup>a</sup>	65.000 <sup>a</sup>	2.600	2.500	107.300	92.300	1.400 <sup>d</sup>	930	1.100 <sup>d</sup>	770 <sup>d</sup>	2.500 <sup>d</sup>	1.700 <sup>d</sup>
0-4 jaar	43.000		7.200 <sup>f</sup>		26									
Valongevallen 65 jr en ouder	43.000		38.000 <sup>f</sup>		2.000									
Verkeersongevallen	130.000	130.000	27.000	21.000	710	930	63.900	68.800	400 <sup>d</sup>	260	370 <sup>e</sup>	410	770 <sup>g</sup>	680
Sportblessures	160.000	160.000	14.000 <sup>a</sup>	12.000 <sup>a</sup>	8	12	28.100	18.800	430 <sup>d</sup>	220	910 <sup>d</sup>	380	1.300 <sup>d</sup>	600
Arbeidsongevallen	81.000	85.000	6.900 <sup>a</sup>	5.400 <sup>a</sup>	64 <sup>b</sup>	77 <sup>b</sup>	9.600	8.900	140 <sup>d</sup>	89	620 <sup>d</sup>	480	760 <sup>d</sup>	570
Suïcidaal gedrag	15.000	14.000	9.500	9.700	1.500	1.500	44.800	46.800	55 <sup>e</sup>	40 <sup>e</sup>	e	e	55 <sup>e</sup>	40 <sup>e</sup>
Geweld	28.000	34.000	3.500	2.700	150	190	6.200	8.000	33 <sup>e</sup>	31 <sup>e</sup>	70 <sup>e</sup>	52	100 <sup>e</sup>	84 <sup>e</sup>
<b>Totaal</b>	<b>870.000</b>	<b>890.000</b>	<b>150.000</b>	<b>120.000</b>	<b>5.600</b>	<b>5.300</b>	<b>260.000</b>	<b>243.600</b>	<b>2500</b>	<b>1600<sup>e</sup></b>	<b>3000</b>	<b>2100<sup>e</sup></b>	<b>5500</b>	<b>3600<sup>e</sup></b>

Bron: Letsel Informatie Systeem 2007-2011, VeiligheidNL; Landelijke Medische Registratie 2007-2011, Dutch Hospital Data; Statistiek niet-natuurlijke dood 2007-2011, Centraal Bureau voor de Statistiek; Statistiek Verkeersdoden 2007-2011, Centraal Bureau voor de Statistiek i.s.m. Dienst Verkeer en Scheepvaart van het Ministerie van Infrastructuur en Milieu; Hoeymans, N., Melse M.J., Schoemaker, C.G. (Eindredactie) (2011). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011. Van gezond naar beter. Bilthoven : Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; Letsellastmodel 2011, VeiligheidNL i.s.m. Erasmus Medisch Centrum.

- \* De cijfers voor 2012 zijn nog niet bekend ten tijde van deze rapportage, daarom wordt de periode 2007-2011 beschreven. Dit wijkt dus af van de beleidsperiode 2008-2012.
  - \*\* De ziektelast ('Burden of Disease') is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY's ('Disability-Adjusted Life-Years'). De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte. De verloren levensjaren worden berekend door het aantal ziektespecifieke sterfgevallen per jaar te vermenigvuldigen met de resterende levensverwachting op de betreffende leeftijd. De jaren geleefd met de ziekte worden uitgedrukt in ziektejaarequivalenten ('Years Lived with Disability'). Deze jaren met ziekte worden, met behulp van wegingsfactoren, 'gewogen' voor de ernst van de ziekte, zodat ze vergelijkbaar worden met door sterfte verloren levensjaren. Als bijvoorbeeld een ziekte een wegingsfactor van 0,5 heeft, betekent dit dat een jaar leven met deze ziekte equivalent wordt beschouwd aan een half jaar verloren door vroegtijdige sterfte.
  - \*\*\* Alle vermelde kosten zijn gemiddelde kosten per jaar voor een vijfjaarsperiode (2007-2011), waarbij wordt uitgegaan van de kosten van het laatste jaar (2010). Op deze wijze wordt rekening gehouden met prijsschommelingen in de zorg.
- a Schatting door middel van ophoging van het aantal ziekenhuisopnamen na SEH-behandeling naar alle ziekenhuisopnamen als gevolg van een privéongeval, sportblessure respectievelijk arbeidsongeval.
  - b Exclusief verkeersongevallen die tevens arbeidsongeval zijn.
  - c De indeling (en de selectie van ziekten) is gebaseerd op die in de VTV 2011 (zie bronvermelding) met uitzondering van letsels door automutilatie/suïcide. Die zijn in deze tabel (naast letsels door een privé- verkeers-, sport- of arbeidsongeval en letsel door geweld) opgenomen in de categorie 'letsels', in de VTV 2011 in de categorie 'psychische aandoeningen'; Aantal DALY's m.b.t. letsel door geweld uitsluitend gebaseerd op verloren levensjaren.
  - d Directe medische kosten / verzuimkosten van slachtoffers die zijn behandeld op een SEH-afdeling van een ziekenhuis, opgenomen zijn geweest en/of zijn behandeld door een huisarts, fysiotherapeut of specialist.
  - e Directe medische kosten / verzuimkosten van slachtoffers die zijn behandeld op een SEH-afdeling van een ziekenhuis en/of opgenomen zijn geweest. Verzuimkosten na suïcidaal gedrag onbekend.
  - f Privé-sport-arbeid
  - g Dit totaal is gebaseerd op de directe medische kosten geschat op basis van noot d en op de verzuimkosten geschat op basis van noot e.

Bij de interpretatie van de cijfers in de tabel moet rekening worden gehouden met de volgende punten:

- De tabel geeft geen volledig overzicht van de probleemomvang, doordat gevallen die niet behandeld worden ontbreken. Hierdoor is sprake van een onderschatting van de totale probleemomvang en wordt ook de onderlinge vergelijking van categorieën beïnvloed. Zo worden letsels door geweld in de gepresenteerde cijfers relatief vaker gemist dan letsels door ongevallen, vanwege extra drempels om zich te laten behandelen.
- De indicatoren SEH-behandelingen en ziekenhuisopnamen worden niet alleen beïnvloed door de incidentie van letsels, maar ook door ontwikkelingen in zorggebruik. Het zorggebruik wordt bijvoorbeeld beïnvloed door het hulpzoekgedrag van patiënten en ook door veranderingen in richtlijnen, financiering, opnamebeleid en indicatiestelling van zorgverleners. De sterk stijgende trend in ziekenhuisopname kan hier waarschijnlijk deels mee worden verklaard, vermoedelijk wordt men sneller (maar korter) opgenomen, o.a. ter observatie of eerder geopereerd.
- Met betrekking tot het hulpzoekgedrag zijn er tot dusverre geen aanwijzingen gevonden dat huisartsenposten een significant aantal letselpatiënten afvangen van de SEH. Uit de meetweken van het Julius centrum blijkt dat patiënten met ziekteklachten zoals buikpijn eerder naar de huisartsenpost gaan en met letsels eerder naar de SEH. Met mogelijke effecten hiervan op de trends moet rekening worden gehouden bij de vergelijking van de cijfers uit 2007-2011 met 2001-2005; veranderingen in SEH-gebruik en ziekenhuisopnamen kunnen niet zonder meer als 'veranderingen in incidentie van letsels' geïnterpreteerd worden (zie bijvoorbeeld Lyons et al, 2006).
- In de toegepaste methode van DALY-berekeningen zijn letsels van geringe ernst niet meegenomen. Er wordt wel rekening gehouden met veranderingen in de ernst van het letsel (zie Haagsma et al, 2012). Psychische gevolgen van ongevallen en geweld worden niet meegenomen. Dit betekent dat de DALY's een onderschatting zijn, die relatief het grootst zal zijn bij de categorieën met veel psychische impact. Hierdoor worden met name de DALY's door letsels bij geweld, arbeidsongevallen en verkeersongevallen onderschat.
- De indicator kosten geeft waarschijnlijk een betere indruk van (ontwikkelingen in) de gevolgen door ongevallen vanuit volksgezondheidsperspectief; hiermee wordt het gezamenlijk effect van (veranderingen in) incidentie, letselernst en zorggebruik in kaart gebracht. Maar ook de kosten worden onderschat, vooral bij suïcidaal gedrag (waarvoor de verzuimkosten in het geheel niet konden worden berekend) en geweld. Verder zijn verzuimduren na letsel berekend naar letseltype (bv. polsfractuur of hersenschudding) zonder rekening te houden met de oorzaak van het letsel. Mogelijk leidt bijvoorbeeld een hersenschudding na geweld tot een langer verzuim dan een hersenschudding door een sportongeval, mede vanwege de bijkomende psychische impact.
- Ook de kostenindicator geeft nog geen volledige indruk van de totale maatschappelijke schade door ongevallen; zo ontbreekt bijvoorbeeld de materiële schade in deze overzichten; dit betekent dat bijvoorbeeld voor verkeersongevallen slechts een gering deel van de maatschappelijke kosten in de tabel zichtbaar wordt gemaakt. De materiële schade kan ook groot zijn bij arbeidsongevallen, geweld en privéongevallen, zoals brand. Ook is de immateriële schade door sterfte en beperkingen na niet-fatale ongevallen in het overzicht niet in monetaire termen gekwantificeerd, zoals in sectoren buiten de gezondheidszorg gebruikelijk is ('human costs').

Deze punten laten zien dat we bij de interpretatie van trends voorzichtig moeten zijn met het trekken van conclusies.

### Trends in letsels

Uit tabel 1 wordt duidelijk dat met uitzondering van de SEH-behandelingen alle andere indicatoren zich ongunstig hebben ontwikkeld in de periode 2007-2011 ten opzichte van de periode 2001-2005<sup>15</sup>, met duidelijke verschillen tussen de verschillende ongevals categorieën. In tabel 2 worden de resultaten gepresenteerd van een trendanalyse van het aantal SEH-behandelingen en de sterfte in de periode 2001-2011 voor de verschillende letselcategorieën.

**Tabel 2: Trends in letsels periodes 2001-2005 en 2007-2011**

	2001-2005 <sup>3</sup>		2007-2011	
	SEH-behandelingen <sup>1</sup>	Sterfte <sup>2</sup>	SEH-behandelingen <sup>1</sup>	Sterfte <sup>2</sup>
Privéongevallen	-26%	+8% ns	-3% ns	+6% ns
Verkeersongevallen	-19%	-27%	+8% ns	-19%
Sportblessures	-15%		+4% ns	
Arbeidsongevallen	-29%	-24% ns	-9% ns <sup>2</sup>	-9% ns
Suïcidaal gedrag	0% ns	0% ns	-5% ns	+9% ns
Geweld	-26%	-3% ns	-17%	-6% ns

Bron: Lanting, L.C., Hoeymans, N. (eindred.) 'Let op letsels'. Preventie van ongevallen, geweld en suicide. Bilthoven: RIVM, 2008. Stam, C. Letsels: Kerncijfers 2011, Amsterdam: VeiligheidNL, 2012ns = niet significante trend (maandaantallen:  $p \geq 0,01$ ; jaaraantallen  $p \geq 0,05$ ), lege cel = aantal te klein voor analyse

1 Trends op maandaantallen (jan 2001 – dec 2005 / jan 2007 - dec 2011) indien nodig gecorrigeerd voor temperatuur- en seizoensinvloeden

2 Trends op jaaraantallen (vijfjaarsperiode 2000-2005 / 2006-2011)

3 Trends gecorrigeerd voor veranderingen in de bevolkingssamenstelling m.u.v. trends sport en arbeid

### Privéongevallen

In de laatste 10 jaar lijkt er sprake van een daling van het aantal SEH-behandelingen van letsels als gevolg van een privéongeval. In de periode 2007-2011 was de daling echter niet statistisch significant, ook niet als er gecorrigeerd wordt voor de vergrijzing (zie figuur 2 en tabel 2). De sterfte aan privéongevallen lijkt juist iets te zijn toegenomen, echter gecorrigeerd voor de vergrijzing is de stijging in de periode 2007-2011 niet significant (zie figuur 3 en tabel 2).

Het aantal SEH-behandelingen door een privéongeval bij jonge kinderen (0-4 jaar) heeft zich gunstig ontwikkeld in de afgelopen 10 jaar. Campagnes en maatregelen met betrekking tot vergiftigingen (kindveilige verpakkingen), verdrinkingen, verbrandingen en vallen hebben hier waarschijnlijk aan bijgedragen. De daling in de periode 2007-2011 bedroeg 10%. De ontwikkeling bij ouderen is minder gunstig. In de periode 2007-2011 is er sprake van een stijging van het aantal SEH-behandelingen in verband met letsel door een val bij ouderen (65 jaar en ouder) van 22%. Correctie voor de vergrijzing vermindert de stijging tot 8%. De toegenomen actieve leefstijl van ouderen zal hierbij zeker een rol gespeeld hebben (zie ook "Letsels bij ouderen" verderop).

### Verkeersongevallen

Sinds 1973 daalt het aantal verkeersdoden gestaag. In de periode 2007-2011 is

<sup>15</sup> Gebruikte tijdsperiode in het RIVM Themarapport 'Let op letsels'

sprake van een afname van 19%. Het aantal SEH-behandelingen na verkeersongevallen is in de periode 2007-2011 niet significant toe- of afgenomen (zie tabel 2).

#### *Sportblessures*

De trend in het aantal SEH-behandelingen van sportblessures laat aanvankelijk een afname zien. In de periode 2007-2011 lijkt dit aantal licht te stijgen, maar de stijging is niet significant (zie tabel 2). Over de gehele periode is het aantal SEH-behandelingen per 1.000 sporturen gedaald.

#### *Arbeidsongevallen*

De trend in het aantal SEH-behandelingen na arbeidsongevallen liet een afname zien in de periode 2001-2005. In de periode 2007-2011 is de afname niet significant (zie tabel 2). Het aantal dodelijke slachtoffers van een arbeidsongeval lijkt in beide periodes te dalen, de daling is echter niet significant.

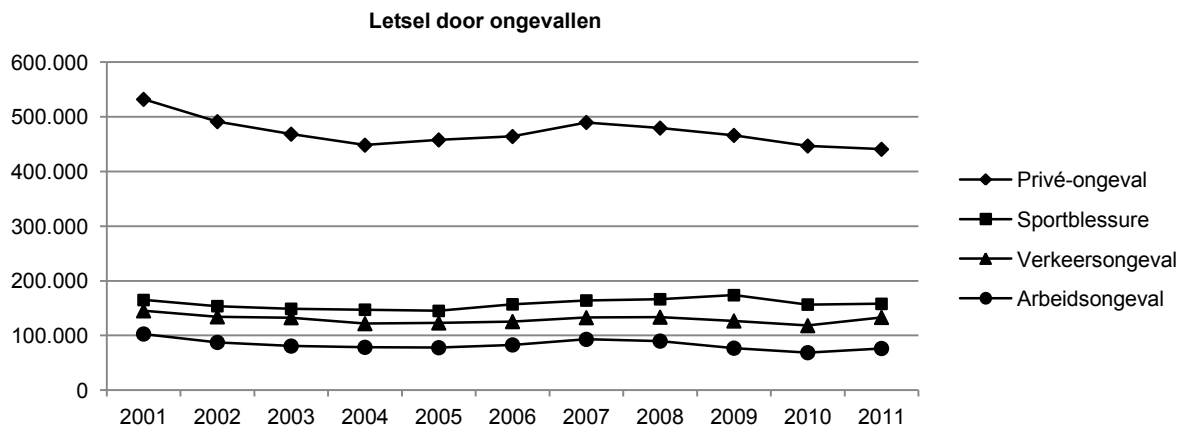
#### *Suicide*

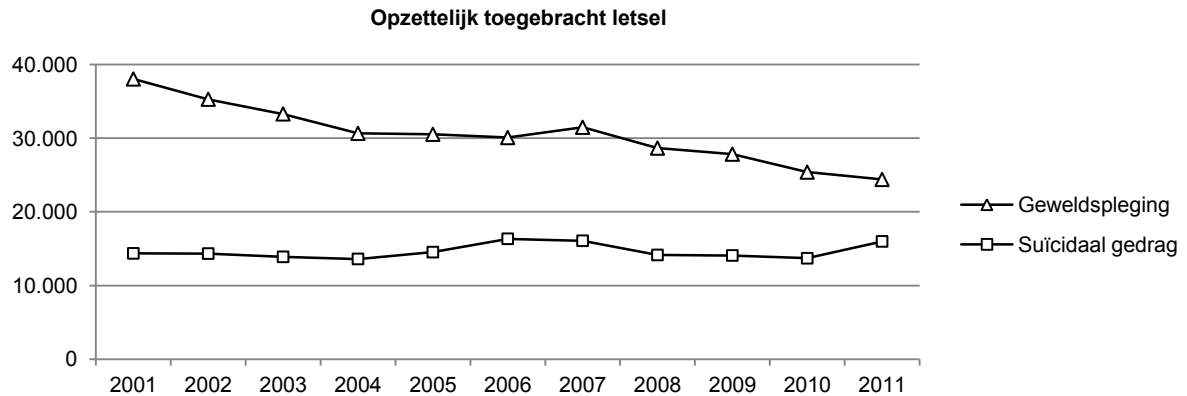
Zowel het aantal mensen dat behandeld wordt op een SEH-afdeling voor letsel door suïcidaal gedrag als het aantal sterfgevallen door suïcides is in het afgelopen decennium niet significant veranderd. Wel lijkt het aantal sterfgevallen zich de laatste jaren ongunstig te ontwikkelen (zie tabel 2). Externe factoren, waaronder de huidige recessie, zijn belangrijke factoren in de incidentie van suïcidaal gedrag. Deze ongunstige ontwikkeling is waarneembaar in heel Europa.

#### *Geweld*

Het aantal op een SEH-afdeling behandelde letsels door geweld is fors gedaald. In de periode 2007-2011 bedroeg de afname 17%. Het aantal dodelijke slachtoffers lijkt licht te zijn gedaald, maar de daling is in beide periodes niet significant (zie tabel 2).

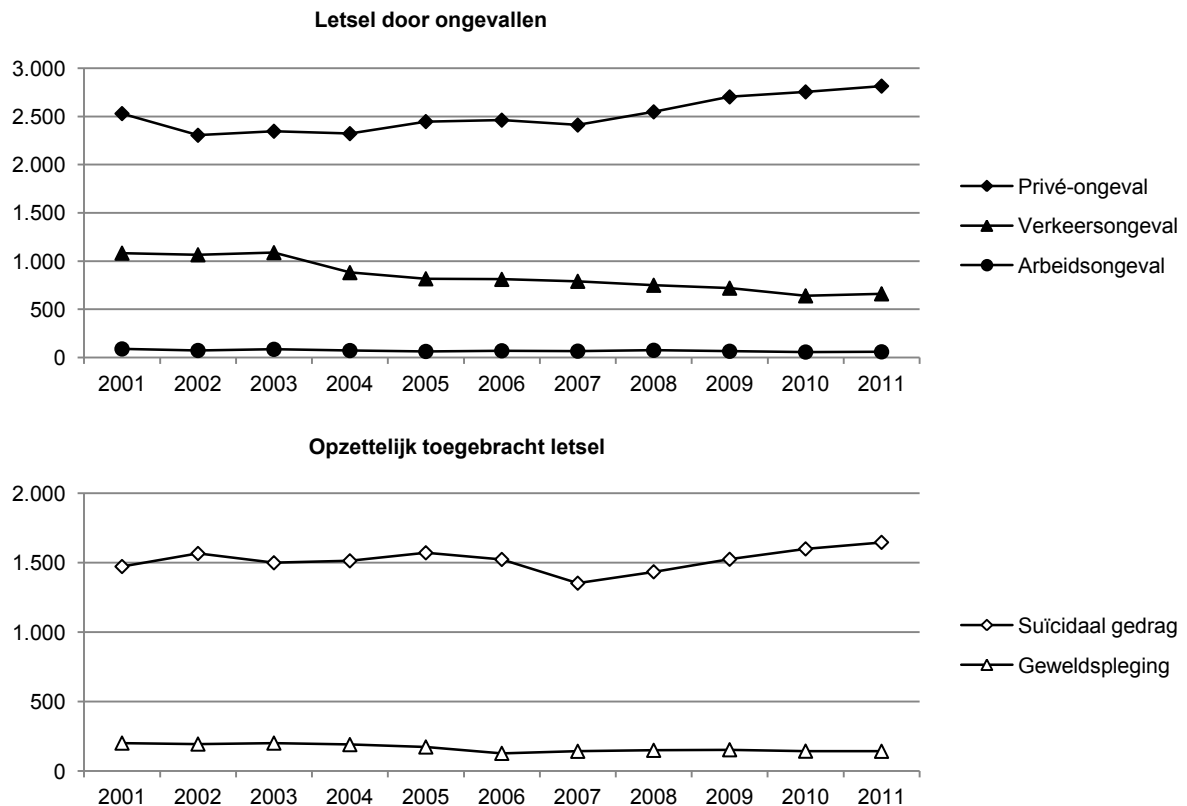
**Figuur 2: Trends in letsels periode 2001-2011: SEH-behandelingen**





Bron Letsel Informatie Systeem 2001-2011, VeiligheidNL;

**Figuur 3: Trends in letsels periode 2001-2011: Overledenen**



Bron: Statistiek niet-natuurlijke dood 2001-2011, Centraal Bureau voor de Statistiek; Statistiek Verkeersdoden 2001-2011, Centraal Bureau voor de Statistiek en Dienst Verkeer en Scheepvaart van het Ministerie van Infrastructuur en Milieu.

**Letsels bij kinderen**

Uit het recente proefschrift 'Population study and long-term outcome in pediatric trauma' van Loes Janssens (2012) blijkt dat de gemiddelde letselernst voor matig en ernstig gewonde kinderen in Nederland significant afnam tussen



1996 en 2009. Daarentegen nam de incidentie van matig tot ernstige letsels bij kinderen jaarlijks toe met 1,1%. Dit betekent een verschuiving van mortaliteit naar morbiditeit. Deze trend werd veroorzaakt door een toename van het aantal val- (kinderen 0 tot 9 jaar), sport- (jongens van 10 tot 18 jaar) en fietsongevallen (kinderen van 5 tot 18 jaar). In totaal krijgt 1 op de 200 kinderen jaarlijks te maken met letsels. Van Beek et al. (2012) geven aan dat op dit moment in Nederland dagelijks meer dan 700 kinderen worden behandeld in het ziekenhuis in verband met ongevallen. Hiervan moeten er 70 worden opgenomen en raken er 12 dusdanig ernstig gewond, dat ze er levenslange fysieke beperkingen aan overhouden. Volgens de auteurs hebben zorgverleners een sleutelpositie om kinderen in Nederland beter te beschermen tegen ongevalsrisico's. Zeker omdat uit onderzoek blijkt dat vooral ouders met een eerste kind onvoldoende voorbereid zijn op mogelijke gevaren in huis (Van Beelen et al., 2013). De toename van het aantal ernstige fietsongevallen is mogelijk mede gerelateerd aan de populariteit van de fiets, afleiding door het gebruik van mobieltjes en het luisteren naar muziek en het drukker wordende verkeer.

Een studie van De Putter et al. (2011) onderschrijft de hiervoor beschreven toename van de incidentie van matig tot ernstige letsels bij kinderen; uit deze studie blijkt dat het aantal polsfracturen in de periode 1997-2009 bij jongens en meisjes tussen de 5 en 14 jaar significant is gestegen, vooral in de leeftijdsgroep 10-14 jaar. Deze trend is vooral toe te schrijven aan stijgingen van het aantal polsfracturen tijdens voetbal en gymnastieklessen op school. Bij voetbal is het aantal spelers de afgelopen jaren toegenomen, maar de stijging in letsels kan niet volledig verklaard worden door een toegenomen expositie. Mogelijk spelen factoren als veranderingen in spelopvatting (spelverruwing) en spelomstandigheden (overgang naar kunstgras) ook een rol; dit wordt nog nader geanalyseerd. Een mogelijke algemene factor die een rol bij speelt bij de toename van prive en sportongevallen bij de jeugd zijn afnemende motorische vaardigheden. Valtrainingen lijken dan ook effectief te zijn in het reduceren van letsels.

Uit het artikel van Van Beek et al. (2012) blijkt dat er in Nederland op dit moment dagelijks meer dan 700 kinderen behandeld worden in het ziekenhuis in verband met ongevallen. Hiervan moeten er 70 worden opgenomen en raken er 12 dusdanig ernstig gewond, dat ze er levenslange fysieke beperkingen aan overhouden. Volgens de auteurs hebben zorgverleners een sleutelpositie om kinderen in Nederland beter te beschermen tegen ongevalsrisico's.

#### *Letsels bij ouderen*

Het aantal dodelijke valongevallen bij 65-plussers is in de periode 2006-2011 significant gestegen met 26%. Na correctie voor de veranderende bevolkingsopbouw is er nog steeds sprake van een significante stijging van 18%. De aantallen ziekenhuisopnamen en SEH-behandelingen zijn over de periode 2007-2011 ook significant gestegen, met respectievelijk 48% en 21%. Na correctie voor de bevolkingsopbouw blijven er nog steeds significante stijgingen te zien, 31% voor de ziekenhuisopnamen en 8% voor de SEH-behandelingen.

Ook uit het proefschrift van Hartholt (2011) blijkt dat het aantal valgerelateerde ziekenhuisopnames bij ouderen steeg van 14.398 in 1981 tot 34.901 in 2008

(een toename van 137%). Dit betekent een jaarlijkse stijging van ruim 750 valgerelateerde ziekenhuisopnames in deze tijdsperiode.

Voor deze stijging zijn meerdere verklaringen:

- De vergrijzing zorgt voor een toename van het aantal valincidenten bij ouderen.
- Meer ouderen met (meervoudige) gezondheidsproblemen blijven mobiel dankzij medische zorg en hulpmiddelen. Zij blijven daardoor wel risico lopen om te vallen. En omdat dit vaak de broze ouderen zijn, zijn de letsels bij vallen vaak ook ernstiger.
- Veelvuldig en gecombineerd medicijngebruik
- Door een toenemend gebruik van scootmobiels en rollators neemt het aantal ongevallen met scootmobiels en rollators toe.
- Daarnaast is de toegenomen actieve leefstijl van ouderen een mogelijke verklaring voor de trends. Technologische ontwikkelingen maken het ook makkelijker om te blijven bewegen, denk aan de steeds populairder wordende elektrische fiets. Tegelijkertijd is actief blijven een bewezen determinant om vallen te voorkomen. Mogelijk dat positieve effecten van de actievere leefstijl pas later zichtbaar worden.

#### Realisatie prestatie-indicator

Voor letselpreventie geldt als prestatie-indicator een daling van het aantal SEH-behandelingen in ziekenhuizen door privé-ongevallen en sportblessures. In 2008 was dit 650.000 behandelingen, in 2009 640.000, in 2010 en 2011 600.000 behandelingen. Er zijn nog geen cijfers over 2012, maar de verwachting is dat het aantal behandelingen rond de 600.000 zal blijven schommelen. Hiermee zal het streefcijfer zoals gesteld in 2008 voor 2012 (610.000 behandelingen) waarschijnlijk gehaald worden.

## **5.2 Bevorderen van een veilige omgeving en omstandigheden**

Nederland moet goed bereikbaar zijn en aantrekkelijk om in te wonen en te werken. Daarvoor werkt de rijksoverheid samen met provincies, waterschappen en gemeenten. Deze partijen zijn verantwoordelijk voor het beheer en onderhoud van de openbare ruimten die onder hun verantwoordelijkheid vallen. Goed beheer en onderhoud van openbare ruimten draagt indirect bij aan de veiligheid van burgers. Ook bijvoorbeeld scholen, kinderopvangorganisaties, zorginstellingen en werkgevers hebben de verantwoordelijkheid om te zorgen dat hun doelgroepen kunnen verblijven in een veilige (werk-) en publieke omgeving.

Op het gebied van letselpreventie ondersteunt VWS deze organisaties via subsidieverlening aan VeiligheidNL om risicomonitors en checklists te ontwikkelen. Deze instrumenten geven inzicht in risicosituaties (door het monitoren van ongevallen en het uitvoeren van risico-inventarisaties) en met behulp hiervan kunnen oplossingen aangedragen worden om deze risicosituaties te vermijden of op te lossen. Voorbeelden van deze materialen zijn bijvoorbeeld de Risicomonitor voor kinderopvang en scholen ([www.risico-monitor.nl](http://www.risico-monitor.nl)), een website voor eigenaars van speeltoestellen in de (semi-) openbare ruimte ([www.allesoverspelen.nl](http://www.allesoverspelen.nl)) en de Methode Veiligheidsmanagement voor in verpleeg- en verzorgingshuizen.

### 5.3 **Bevorderen van veilig gedrag**

De meeste inspanningen vanuit de overheid worden op bevordering van gezond gedrag gezet, het meest zichtbaar via subsidieverlening aan VeiligheidNL. VeiligheidNL maakt onderscheid in activiteiten voor verschillende doelgroepen, gebaseerd op de cijfers uit registratie en monitoring: kinderen/jeugd, ouderen en sporters. Met betrekking tot kinderen/jeugd wordt ingezet op voorlichting via lokale kanalen waar kinderen, jongeren en hun ouders/verzorgers zijn: via consultatiebureaus, in en om huis, in de kinderopvang, op scholen en in de wijk. Met betrekking tot ouderen wordt ingezet op behoud van kwaliteit van leven door het voorkomen van vermijdbaar letsel bij ouderen. Dit gebeurt door het geven van voorlichting aan zowel zelfstandig als niet zelfstandig wonende ouderen en door het ondersteunen van lokale intermediairs en organisaties voor langdurige zorg. Met betrekking tot sporters wordt gefocust op de preventie van sportblessures, waarmee indirect wordt bijgedragen aan het behoud van een fysiek actieve leefstijl. Dit gebeurt door het geven van voorlichting aan sporters (direct) als indirect via intermediairs (sportclub, trainer, verzorger). Daarnaast zijn extra activiteiten gericht op gedragsverandering gefinancierd via een meerjarige projectsubsidie aan VeiligheidNL voor de periode 2008 – medio 2013:

- Ontwikkeling en implementatie van een integrale risicomonitor kinderopvang, gericht op zowel arbo- als kinderveiligheid
- valpreventie ouderen (implementatie van de ketenbenadering, verbeteren veiligheidsmanagement in zorginstellingen en bundeling good practices tbv veiligheid van ouderen op straat/in het verkeer, onderzoek naar de veiligheidsbeleving van zelfstandig wonende ouderen)
- ontwikkeling/aanpassing interventies (veiliger klussen in en rondom huis en het positief beïnvloeden van risicogedrag jongeren)

Daarnaast zet VWS ook in op het gebundeld aanbieden van informatie over bijvoorbeeld effectieve interventies aan professionals via het Centrum voor Gezond Leven (CGL) van het RIVM en de websites van de Centra voor Jeugd en Gezin. Via het CGL worden lokale partijen en overheden ondersteund bij het kiezen en implementeren van effectieve interventies (zie paragraaf 5.4). Via ZonMw zijn in diverse programma's initiatieven op het terrein van letselpreventie gefinancierd ter bevordering van veilig(er) gedrag.

### 5.4 **Realisatie voornemens beleidsbrief**

#### *Registratie en gegevensverzameling*

Zoals blijkt uit paragraaf 4.1 is de gegevensverzameling via LIS en OBiN voortgezet, waarbij in 2012 ook is gekeken naar de toekomstbestendigheid van beide systemen.

Het voornemen om de DALY's van suïcide en geweld te verbeteren zijn deels uitgevoerd. In opdracht van het ministerie van VWS heeft het RIVM in 2010 de berekening van de ziektelast voor suïcide en suïcidepogingen verbeterd. Door de verbetering stijgt suïcide van de 21<sup>e</sup> naar de 11<sup>de</sup> plaats in de rangordelijst van de belangrijkste aandoeningen in Nederland. Ten aanzien van de berekeningen van DALY's voor geweld zijn geen verbeteringen doorgevoerd.

De andere twee voornemens ter verbetering van inzicht in letselproblematiek zijn wel uitgevoerd, maar hebben (nog) geen resultaten opgeleverd. LIS en

traumaregistraties zijn tot op heden nog niet op elkaar afgestemd, vanwege technische en procedurele bezwaren bij de Landelijke Traumaregistratie. In 2013 wordt opnieuw bekeken of afstemming mogelijk is. Ook is onderzocht of valletsels geregistreerd zouden kunnen worden in de eerste lijn. Dit zou meegenomen worden in een nieuwe (derde) nationale studie van het NIVEL, alleen is deze studie (nog) niet van de grond gekomen. Er zijn geen andere initiatieven geïnitieerd om valletsels te registreren in de eerste lijn.

#### *Agendering*

Het thema letselpreventie is niet, zoals het voornemen van de minister was in de beleidsbrief, als apart speerpunt benoemd in de huidige preventienota 'Landelijke nota gezondheidsbeleid – Gezondheid dichtbij' (september 2011). Wel zijn in de preventienota diverse verwijzingen naar letselpreventie aangebracht. Daar waar over bewegen in de nota wordt gesproken, is om die reden bewust de koppeling gemaakt met letselpreventie door het over veilig en verantwoord bewegen te hebben. Veilig sporten is gekoppeld aan letselpreventie enerzijds door het voorkomen van intimidatie, vandalisme en geweld en anderzijds verantwoord sporten en bewegen om zo het risico op sportblessures en sportuitval zoveel mogelijk te verkleinen. Ook bewegen bij ouderen is een belangrijk thema in de preventienota. Sport en bewegen dragen bij aan de zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid van ouderen, maar verbetert ook de mobiliteit en balans. De laatste twee zijn belangrijk bij de preventie van vallen bij ouderen.

In een pilotproject van VeiligheidNL is in twee regio's onderzocht of het mogelijk is om via ketenbenadering thuiswonende ouderen met een verhoogd risico op vallen te identificeren en door te verwijzen naar verschillende organisaties die vallen helpen te voorkomen. Het is mogelijk, maar de kosten van deze benadering bleken niet op te wegen tegen de baten. In vervolg daarop is Valanalyse 65+ ontwikkeld, deze heeft als doel eerstelijnszorgverleners te ondersteunen bij het opsporen van ouderen met een verhoogd valrisico en het geven van een advies op maat aan deze ouderen, zodat meer zelfstandig wonende ouderen valpreventieve maatregelen nemen.

In het veld wordt gebrek aan voldoende en structurele financiering voor valpreventieprogramma's voor ouderen, vooral via de zorgverzekering, gezien als een belangrijke belemmerende factor door het (lokale) werkveld. Zorgverzekeraars Nederland heeft in afgelopen jaren getracht om valpreventie in een gezamenlijk project op te pakken. Dit bleek niet haalbaar, omdat preventie valt in het concurrerende domein van de zorgverzekeraars. Er zijn diverse zorgverzekeraars die lokaal initiatieven hebben ontplooid op het gebied van valpreventie, bijvoorbeeld via de aanvullende verzekering en/of in samenwerking met gemeenten. Daarnaast zijn via ZonMw vanuit diverse programma's initiatieven ter verbetering van valpreventie gefinancierd.

#### *Interdepartementale samenwerking*

Het beleid gericht op letselpreventie wordt vormgegeven vanuit meerdere ministeries. Omdat gedeeltelijk sprake kan zijn van gemeenschappelijke aangrijpingspunten/determinanten (bijvoorbeeld alcohol, risicogedrag), het benaderen van dezelfde doelgroepen (bijvoorbeeld jongeren, ouderen, allochtonen) of gelijke settings (scholen, werk, uitgaan) heeft het meerwaarde om het veiligheidsbeleid vanuit de verschillende beleidsdomeinen beter af te stemmen. Hier

kunnen ook verbindingen met andere beleidsterreinen worden gelegd, bijvoorbeeld jeugd- of ouderenbeleid. In de beleidsbrief letselpreventie is het samenwerken ten aanzien van letselpreventie met andere departementen specifiek opgenomen.

VWS heeft de interdepartementale samenwerking op het vlak van letselpreventie versterkt met het gezamenlijk vormgeven van drie projecten gericht op bevordering van gezond gedrag in drie verschillende domeinen: verkeer (I&M), arbeid (SZW) en geweld (V&J). Voor verkeer betrof het het verbeteren van de verkeersveiligheid van fietsers, voor arbeid betrof het een onderzoek naar het werken op hoogte zowel op de werkvloer als in de privé-situatie en voor geweld betrof het pilotinterventies voor geweldplegers en voor arbeid. Deze projecten zijn een uitvloeisel van de betrokkenheid van genoemde ministeries bij de totstandkoming van de beleidsbrief. De drie projecten zijn uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de betreffende ministeries.

Verdere samenwerking heeft plaatsgevonden op basis van specifieke behoeften van individuele ministeries. Dit vond plaats via jaarlijkse bilaterale gesprekken door VWS met de contactpersonen van andere ministeries. Hieruit zijn diverse samenwerkingsverbanden voortgekomen. VWS heeft bijvoorbeeld deelgenomen aan de versnellingssteams om te komen tot de Beleidsimpuls Verkeersveiligheid van het ministerie van I&M. Een ander voorbeeld is de pilot "preventieve aanpak geweld in Amsterdam", een initiatief van het ministerie van V&J en waaraan VWS een inhoudelijke bijdrage levert door deelname aan de Stuurgroep van deze pilot.

Naast de regierol voor interdepartementale samenwerking heeft VWS ook de coördinerende rol voor Nederlandse inbreng ten aanzien van letselpreventie en veiligheid in internationale netwerken en organisaties zoals de WHO.

#### *Informeren en ondersteuning regionale en lokale partijen en overheden*

Het vergroten van het inzicht in de effectiviteit van interventies op het gebied van letselpreventie is in de afgelopen beleidsperiode gerealiseerd door meer erkende interventies bij de Erkenningscommissie Interventies. Er is in deze beleidsperiode meer effectonderzoek uitgevoerd. Deels is dit gefinancierd via de instellingssubsidie van VeiligheidNL (drie interventies) en deels via tenders van ZonMw (twee interventies). De erkenningen van letselpreventie interventies lopen niet achter ten opzichte van andere leefstijlthema's. Wel waren de financieringsmogelijkheden voor effectonderzoek in de beleidsperiode beduidend minder. Hoogleraren geven aan dat zij geen duidelijke inhaalslag hebben gezien rondom onderzoek naar gedragsinterventies. Zij benoemen als uitdaging dat er meer aandacht moet komen voor de implementatie van (kosten)effectieve interventies.

In de afgelopen beleidsperiode zijn de mogelijkheden voor een academische werkplaats letselpreventie verkend. Het starten van een extra werkplaats letselpreventie was binnen de bestaande gelden niet mogelijk, omdat de call voor de tweede periode van de bestaande academische werkplaatsen al was uitgestuurd en het geld daarvoor was gealloceerd. Er is vervolgens nog een inventarisatie uitgevoerd bij GGD'en naar lokale vragen die leefden rondom het thema letselpreventie. De behoefte was nihil, waardoor hier geen verdere acties op zijn ondernomen. In de beleidsperiode heeft VeiligheidNL in samenwerking

met de academische werkplaats AGORA een effectevaluatie rondom Halt U Valt! uitgevoerd met financiering vanuit ZonMw. Hoogleraren erkennen wel het belang van letselpreventie als wetenschappelijke thema, maar geven tegelijkertijd aan dat er onvoldoende geld beschikbaar is om wetenschappelijke onderzoek op dit terrein uit te voeren, waardoor weinig universiteiten zich bezig houden met letselpreventie en met de effectiviteit van gedragsinterventies in het bijzonder. Tevens geven hoogleraren aan dat de afstemming tussen wetenschap en praktijk niet optimaal te vinden. Vragen vanuit praktijk kunnen niet altijd worden beantwoord door wetenschappers, omdat zij daar geen geld voor beschikbaar hebben en het meestal niet ingepast kan worden in bestaande onderzoeksprojecten. Vanuit de wetenschap blijkt het lastig om (kosten)effectieve interventies daadwerkelijk in de praktijk te implementeren, enerzijds vanwege kennisgebrek vanuit lokale gebruikers en anderzijds vanwege individuele, specifieke behoefte van lokale gebruikers waar deze interventies niet altijd aan (kunnen) voldoen.

Via het Centrum Gezond Leven (RIVM) zijn lokale partijen en overheden ondersteund bij het kiezen en implementeren van effectieve interventies. De I-database op het loket gezond leven bevat een overzicht van (effectieve) interventies, waar letselpreventie ook onderdeel van uitmaakt. Daarnaast is in 2011 het thema letselpreventie opgenomen in de Handreiking Gezonde Gemeente, deze handreiking ondersteunt gemeenten bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van lokaal gezondheidsbeleid. Gemeenten, die in hun nota lokaal gezondheidsbeleid aandacht hadden besteed aan letselpreventie, geven aan dat de keuze om aandacht te besteden aan een thema wordt gemaakt op basis van lokale cijfers, meestal afkomstig van de GGD. De meeste gemeenten geven aan dat letselpreventie niet opnieuw wordt benoemd in de nota omdat ze meer focus (minder speerpunten) willen aanbrengen en omdat letselpreventie niet als speerpunt wordt benoemd in de landelijke nota. Overigens besteden gemeenten niet alleen via de nota lokaal gezondheidsbeleid aandacht aan letselpreventie, maar ook via andere beleidsterreinen zoals ruimtelijke ordening (verkeersveiligheid), veiligheidsbeleid (geweld), sportbeleid en wmo (valpreventie ouderen).

Een uitgebreide uitwerking van de realisatie van de beleidsvoornemens is opgenomen in bijlage 3.

## 6 Financiën

De uitvoering van de operationele doelstelling van VWS richt zich met name op de stimulerende en faciliterende rol. De beschermende rol valt onder een andere operationele doelstelling (inzet NVWA). Ook financiering van het instrument toezicht houden is niet meegenomen in dit hoofdstuk.

Subsidieverlening aan de stichting VeiligheidNL is de belangrijkste uitgave op het gebied van letselpreventie binnen de operationele doelstelling. De basistaken (registratie en monitoring en inzet op gedragsverandering in risicocategorieën) worden gefinancierd via een instellingsubsidie (ongeveer € 4 miljoen per jaar). Ook sportblessurepreventie wordt met de instellingsubsidie gefinancierd. In aanvulling daarop is, naast enkele losse projectsubsidies, een meerjarige projectsubsidie (€ 6 miljoen) aan VeiligheidNL verstrekt voor de periode 2008 – medio 2013 voor de uitvoering van extra activiteiten:

- ontwikkeling en uitvoering integrale risicomonitor kinderopvang (€ 0,5 miljoen)
- valpreventie ouderen (implementatie van de ketenbenadering, verbeteren veiligheidsmanagement in zorginstellingen en bundeling good practices tbv veiligheid van ouderen op straat/in het verkeer, onderzoek naar de veiligheidsbeleving van zelfstandig wonende ouderen; totaal €1,1 miljoen)
- ontwikkeling/aanpassing interventies (veiliger klussen in en rondom huis en het positief beïnvloeden van risicogedrag jongeren; totaal € 1,8 miljoen)
- versterken kennisinfrastructuur (verbetering LIS, methodeontwikkeling voor kosten-baten- en effectiviteitanalyses, internationale database met effectieve interventies letselpreventie, Europese samenwerking; totaal € 2,4 miljoen)
- beantwoording van kennisvragen van de NVWA (productveiligheid, € 0,2 miljoen)

De dataverzameling door middel van de bevolkingsenquête Ongevallen en Bewegen in Nederland (OBiN) wordt vierjaarlijks aanbesteed.

De middelen voor suïcidepreventie zijn geïntensiveerd over de afgelopen periode, van € 470.000 in 2008 naar € 1,08 miljoen in 2012.

Daarnaast is met financiering van ZonMw ongeveer € 3,3 miljoen besteed aan onder andere aan het speerpunt valpreventie bij senioren. Dit vond plaats binnen het programma Preventiekracht thuiszorg (later: PreventieKracht dicht bij huis), uitgevoerd via met name thuiszorgorganisaties en GGD'en.

Verder heeft ZonMw in de beleidsperiode diverse onderzoeksprojecten (waaronder effectonderzoeken en evaluatiestudies) binnen uiteenlopende programma's gefinancierd. In totaal betrof het een bedrag ongeveer € 1,6 miljoen.

Tenslotte is via ZonMw voor € 7 miljoen aan campagnes over letselpreventie gefinancierd.

Het is niet mogelijk om de opdracht aan het CGL (RIVM), gericht op alle thema's vallend onder leefstijl, uiteen te rafelen naar letselpreventie. Daarom worden hier geen bedragen genoemd.

De coördinerende rol wordt door VWS zelf uitgevoerd. Hiervoor is 1 fte

beschikbaar, waarmee ingezet wordt op zowel de beleidsontwikkeling en coördinatie van de beleidsuitvoering als de afstemming en samenwerking met collega's binnen VWS, interdepartementaal en internationale fora.

De jaarlijkse uitgaven (tussen 8-9 miljoen euro, inclusief ZonMw) ten behoeve van de operationele doelstelling bedragen ongeveer 0,25% van de jaarlijkse zorgkosten voor privéongevallen, sportblessures en (pogingen tot) suïcide (ongeveer 3,8 miljard euro).

**Tabel 3 Financiën operationele doelstelling periode 2008 – 2012**

<b>Bedragen in euro's</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Instellingsubsidie VeiligheidNL</b>	3.254.280	4.092.597	4.195.540	4.132.558	4.203.262
Registratie en monitoring	(463.391)	(1.318.121)	(1.377.650)	(1.334.607)	(1.155.071)
Bevorderen veilig gedrag	(2.790.889)	(2.774.476)	(2.817.890)	(2.797.951)	(3.048.191)
<b>Projectsubsidie VeiligheidNL</b>	2.410.180*	1.242.000	1.242.000	1.285.506	770.408
<b>Ongevallen en Bewegen in Nederland (registratie en monitoring)**</b>	195.000	208.080	116.864	116.864	116.864
<b>Projecten SZW, IenM, VenJ</b>	300.000	-	-	-	-
<b>Overige activiteiten</b>	-	2.874	36.230	60.190	-
<b>Suïcidepreventie</b>	470.000	772.000	1.125.000	1.035.000	1.080.000
<b>Totaal VWS</b>	<b>6.629.460</b>	<b>6.317.551</b>	<b>6.715.634</b>	<b>6.630.118</b>	<b>€ 6.170.534</b>
<b>Via ZonMw</b>	<b>4,9 miljoen</b>				
<b>Via ZonMw subsidie aan VeiligheidNL ikv landelijke leefstijlcampagnes</b>	<b>7 miljoen</b>				

\* inclusief € 0,5 miljoen extra activiteiten sportblessurepreventie

\*\* OBIN omvat niet alleen vragen over ongevallen en letsels, maar ook over bewegen en in beperkte mate over andere volksgezondheidsonderwerpen.



## 7 Percepties belanghebbenden (klankbordgroep)

### 7.1 Legitimiteit

De drie rollen 'bescherming van burgers', 'stimulering en facilitering' en 'coördinatie' die worden benoemd en toegelicht in het rapport, zijn volgens de klankbordgroep inderdaad de rollen die het ministerie van VWS op zich moet nemen. De klankbordgroep ziet geen andere rollen, die het ministerie ten aanzien van letselpreventie op zich zou moeten nemen.

Ten aanzien van de invulling van de rollen, is de klankbordgroep van mening dat de regierol sterker had gekund. De klankbordgroep relateert deze regierol aan de verantwoordelijkheidsverdeling op het terrein van de publieke gezondheid, waarvan de uitvoering door VWS gedelegeerd is naar gemeenten. De klankbordgroep constateert dat partijen letselpreventie niet zelf oppakken (bijvoorbeeld in het kader van academische werkplaatsen). VWS had het onderwerp meer kunnen agenderen door letselpreventie als prioriteit te benoemen in de landelijke nota en door zelf actief partijen bij elkaar te brengen. Ook tussen de diverse departementen is sprake van schotten en had VWS de regierol sterker op kunnen pakken. De klankbordgroep geeft aan dat er winst te behalen valt op kennismanagement, gebruik van een gezamenlijk begrippenkader en een vergelijkbare aanpak van analyses van ongevallen. Ook op het gebied van gedragsverandering valt van elkaar te leren, hierin kunnen de diverse ministeries op verschillende domeinen bezig zijn. Aan geweld wordt bijvoorbeeld door verschillende ministeries aandacht gegeven. Ten aanzien van valpreventie bij ouderen bestaat bij de klankbordgroep het beeld dat de overheid daar geen extra inzet op heeft gedaan.

### 7.2 Doeltreffendheid en doelmatigheid

Er is maar een beperkte uitspraak te doen over zowel doeltreffendheid als doelmatigheid, omdat externe factoren behoorlijk van invloed zijn op de effectiviteit van het letselpreventiebeleid.

#### *Doeltreffendheid*

De klankbordgroep erkent dat het moeilijk is om zo'n groot terrein in beeld te krijgen, maar dat het goed gelukt is wat betreft gegevensbronnen. De DALY berekening voor suïcide is verbeterd waardoor een nauwkeuriger interpretatie van de cijfers van de huidige registraties kan plaatsvinden. Hier worden enkele kanttekeningen bij geplaatst: registratiesystemen (naast die van VWS) zijn niet op alle terreinen goed/gelijk gebleven (verkeer, arbeid, geweld). Bij geweld is sprake van een onderrapportage via het politieregistratiesysteem. Voorts stelt de klankbordgroep dat de interpretatie van de cijfers nog wel een extra verdiepingsslag verdient voor toekomstig beleid.

De klankbordgroep is van mening dat de gemaakte afbakening te beperkt is. Een deel van de gevolgen van letsels wordt gemist omdat de psychische en sociale gevolgen buiten beschouwing gelaten worden (dit is overigens nog een onontgonnen terrein). Ook is het een gemiste kans dat er nog geen verbeterde DALY berekening is voor geweld.

De klankbordgroep constateert dat de kosten van letsels met 50% zijn

toegenomen, maar dat dit nog niets zegt over de doeltreffendheid van het overheidsbeleid.

Ten aanzien van effectieve interventies vraagt de klankbordgroep zich af of er voldoende inzicht is in het gebruik van deze interventies. Geconcludeerd wordt dat er geen harde uitspraken gedaan kunnen worden over doeltreffendheid. Wel wordt geconstateerd dat het suïcidebeleid niet tot succes geleid heeft.

#### *Doelmatigheid*

Zoals hiervoor aangegeven, kan slechts een beperkte uitspraak gedaan worden over zowel doeltreffendheid als doelmatigheid, omdat externe factoren in verschillende mate van invloed zijn op de effectiviteit van het letselpreventiebeleid.

De klankbordgroep stelt dat de overheid op zich de juiste instrumenten heeft ingezet, maar dat het randvoorwaardelijk beter had gekund. Ze had een meer proactieve rol van de overheid verwacht in het agenderen en aanjagen van acties op het terrein van letselpreventie.

Ten aanzien van wet- en regelgeving op het gebied van kinderveiligheid is er nog wel winst te behalen: te denken valt aan schoolzwemmen, fietshelmen, thermostaatkranen.

### **7.3 Aanbevelingen**

De klankbordgroep formuleert gezamenlijk de volgende aanbevelingen ten aanzien van het letselpreventiebeleid:

#### *Verantwoordelijkheid en rol overheid*

Een krachtiger regierol, ook interdepartementaal, door toezicht op afspraken met partners en door te sturen op ontwikkeling, gebruik van een gezamenlijk begrippenkader en vergelijkbare aanpak van analyses van ongevallen. De regierol houdt ook in dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen nationale en lokale overheid en andere spelers helder is en er een goede kennisintegratie bestaat tussen de domeinen.

Ter verbetering van doeltreffendheid en doelmatigheid is het aan te bevelen vooraf een doelen- en effectenboom te maken ten aanzien van het beleid en verwachte resultaten, waarbij ook de inzet van geld en actoren helder gemaakt wordt. Het beleid zou zich moeten concentreren op de top 10 van ongevalsscenario's per domein/doelgroep.

#### *Gerichte informatievoorziening*

Voorlichting vooral en sterker inzetten op kwetsbare groepen (kinderen en ouderen) op basis van goede analyse en meest doeltreffende manier om gedragsverandering teweeg te brengen. Stimuleer gezondheid in de verschillende levensfasen.

#### *Verdieping inzicht letselproblematiek*

De huidige indicator (SEH-behandelingen) geeft onvoldoende inzicht, DALY's of kosten zijn een betere indicator. De klankbordgroep beveelt verder aan om de cijfers te corrigeren voor aan risico's blootgestelde populaties voor de verschillende domeinen. Ook zou voor elk domein een goede duiding van de cijfers moeten worden gegeven. De berekening van de DALY's voor geweld moet worden verbeterd, daarnaast moeten ook de psychische en sociale gevolgen van letsels worden meegenomen.

Het aantal effectieve interventies is beperkt, er is meer inzicht nodig in de aangrijpingspunten/causaliteit van de ongevallen in de verschillende domeinen (leading indicatoren), zodat de gevaren meer centraal komen te staan in plaats van de gevolgen. Ook is er meer onderzoek nodig naar de implementatie van bewezen effectieve interventies in de praktijk, om te weten hoeveel geïmplementeerd wordt en wat de knelpunten en mogelijkheden zijn ter verbetering van zowel de interventie als de implementatie.

## 8 Conclusie

In dit hoofdstuk worden de probleemanalyse, rol(len) van de rijksoverheid (en specifiek het ministerie van VWS), de legitimiteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid van VWS op het gebied van letselpreventiebeleid samengevat.

### 8.1 Aanleiding beleid

Nederland is een van de veiligste landen van de wereld. Daar is veel inzet voor nodig geweest in alle relevante domeinen. Het vraagt continue aandacht om op het huidige niveau te blijven. Het betekent ook niet automatisch dat alle domeinen zich gunstig ontwikkelen, er kunnen verschuivingen optreden tussen domeinen en doelgroepen, waardoor prioriteiten moeten worden verlegd. Met het huidige niveau sterven er jaarlijks ongeveer 5.600 mensen door een ongeval of opzettelijk toegebracht letsels, vooral door een privé-ongeval (bijvoorbeeld een val in huis) of door suicide. Veel letsels lopen gelukkig niet fataal af en worden behandeld op een SEH-afdeling of tijdens een ziekenhuisopname. Zo worden op SEH-afdelingen gemiddeld per jaar 870.000 letsels behandeld en zijn de letsels in 150.000 gevallen zodanig ernstig dat ziekenhuisopname noodzakelijk is (periode 2007-2011).

De laatste twee jaar is het aantal SEH-behandelingen voor letsels door privéongevallen en sportblessures gelijk gebleven. Maar het aantal ziekenhuisopnamen, de ziektelast en de totale kosten zijn in de periode 2007 – 2011 wel toegenomen. Dit betekent dat letsels nog steeds een relatief groot volksgezondheidsprobleem zijn en de aanleiding voor het beleid nog steeds actueel is.

### 8.2 Rol van de overheid

Preventie van letsels door ongevallen, geweld en suicide levert een bedrage aan de gezonde levensverwachting en het voorkomen van vermijdbare sterfte en is daarmee een belangrijk onderdeel van het volksgezondheidsbeleid, zoals benoemd in artikel 22 van de Nederlandse Grondwet. Maar ook vanuit het oogpunt van maatschappelijke participatie (arbeid, sport, etc.), mobiliteit en veiligheid is het voorkomen van ongevallen en opzettelijk toegebracht letsel (geweld, suicide) van belang. Dit betekent dat rijksoverheidsbeleid en – verantwoordelijkheid ten aanzien van letselpreventie verdeeld is over meerdere ministeries.

Voor het letselpreventiebeleid van VWS zijn drie rollen te onderscheiden voor de overheid: bescherming van burgers door wet- en regelgeving, een stimulerende en faciliterende rol in de preventie van letsels door bevordering van gezond gedrag en een coördinerende rol, zowel internationaal als nationaal over het gehele veld.

De belanghebbenden zijn het eens met de drie rollen die het ministerie van VWS heeft vervuld ten aanzien van letselpreventie. Hierbij wordt door de klankbordgroep opgemerkt dat de coördinerende rol sterker had gekund, omdat partijen in het veld het onderwerp letselpreventie niet vanzelf oppakken. Tegelijkertijd is de begeleidingsgroep van mening dat VWS zijn coördinerende

rol ten aanzien van afstemming en samenwerking met alle betrokken departementen heeft opgepakt, daar waar zinvol.

Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om burgers te beschermen tegen risico's waar ze geen invloed op hebben. Maar burgers zijn zelf aan zet om zich te beschermen tegen risico's die ze zelf kunnen beperken. Vanwege het relatief grote gezondheidsprobleem beschouwt het ministerie van VWS het als zijn verantwoordelijkheid om ook in te zetten op bevordering van gezond gedrag, met name van de jeugd en kwetsbare groepen. Voor de operationele doelstelling 'het voorkomen van gezondheidsschade door ongevallen' (later ondergebracht in 'meer mensen kiezen voor een gezonde leefstijl') is de inzet van de overheid op letselpreventie vooral gericht op het stimuleren en faciliteren van gezond gedrag: € 26 miljoen van in totaal € 32,5 miljoen. Via ZonMw is ook bijgedragen aan gedragsverandering vanuit programma's (€ 4,9 miljoen) en massamediale campagnes (€ 7 miljoen).

### **8.3 Doeltreffendheid en doelmatigheid**

Voor letselpreventie geldt als prestatie-indicator een daling van het aantal SEH-behandelingen in ziekenhuizen door privé-ongevallen en sportblessures. In 2008 was dit 650.000 behandelingen, in 2009 640.000, in 2010 en 2011 600.000 behandelingen. Er zijn nog geen cijfers over 2012, maar de verwachting is dat het aantal behandelingen rond de 600.000 zal blijven schommelen. Hiermee zal het streefcijfer zoals gesteld in 2008 voor 2012 (610.000 behandelingen) waarschijnlijk gehaald worden. De Disability Adjusted Life Years (DALY's)<sup>16</sup> zijn in de afgelopen jaren wel toegenomen. Vanwege de beperkte zeggingskracht van de indicator 'aantal SEH-behandelingen' stelt de klankbordgroep de validiteit van de gekozen prestatie-indicator SEH-behandelingen ter discussie.

Bij het beoordelen van doeltreffendheid is het van belang te constateren dat de meeste winst van preventiebeleid al in het verleden is geboekt. Uit het rapport van VeiligheidNL (2011) wordt dat bijvoorbeeld duidelijk voor het geval van kinderveiligheid. In de periode 2000-2009 daalde het aantal SEH-behandelingen van kinderen van 0-4 jaar met 27% en dit zat vooral in de speerpunten van preventie op dit gebied: ernstige vergiftigingen (-32%), verdrinkingen (-41%), verbrandingen (-35%) en valongevallen (-23%). Hoewel er volgens de auteurs geen één-op een relatie gelegd kan worden tussen de geleverde preventie-inspanningen en de bereikte resultaten in ongevallentrends op bevolkingsniveau, stellen ze dat samen met wetgeving, zelfregulering en veiligheidsinnovatie deze preventie-inspanningen een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de veiligheid in Nederland.

Het is niet goed mogelijk om voor de meest recente periode (2007-2011) specifieke effecten van preventie aan te tonen. Dit komt mede door de korte tijdsperiode en de inmiddels relatief lage ongevals cijfers (Nederland is een van de veiligste landen ter wereld). Daarnaast heeft de medische zorg in deze periode de letaliteit sterk gereduceerd. Tegelijkertijd zijn de DALY's in de afgelopen jaren wel toegenomen, wat wijst op een verschuiving naar meer

---

<sup>16</sup> De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: verloren levensjaren en jaren geleefd met ziekte.

ernstige letsels, onder andere bij valincidenten van ouderen. Dit is deels ook terug te zien in de kosten, deze zijn met 50% toegenomen in de afgelopen 5 jaar. Veranderingen in het zorggebruik in het algemeen zijn een andere reden voor stijging van de kosten. Het zorggebruik wordt bijvoorbeeld beïnvloed door het hulpzoekgedrag van patiënten en door veranderingen in richtlijnen, financiering, opnamebeleid en indicatiestelling van zorgverleners. De sterk stijgende trend in ziekenhuisopname kan hier waarschijnlijk deels mee worden verklaard, vermoedelijk wordt men sneller (maar korter) opgenomen, o.a. ter observatie of eerder geopereerd.

Indirect kan er wel iets gezegd worden over de doeltreffendheid door specifiek te kijken naar het beleidsinstrument communicatie en voorlichting. Zo is de kennis over de effectiviteit van interventies op het gebied van letselpreventie in de beleidsperiode vergroot. Een brede implementatie van deze interventies zal zeker effect hebben op het aantal letsels. Het gebundeld aanbieden van interventies via het CGL kan bijdragen aan bredere implementatie ervan. Ook zijn er voorbeelden van mogelijke indirecte effecten. Bij trampolinespringen is bijvoorbeeld de stijging in aantallen letsels omgebogen. Waarschijnlijk komt dit door de toegenomen aandacht aan veiligheidsvoorschriften (zoals veiligheidsnetten) bij tuintrampolines. Dit is een vorm van voorlichting die mogelijk is gemaakt door beleid.

Voor sportblessurepreventiebeleid heeft VeiligheidNL een evaluatie gedaan over de periode 2008-2011. De toepassing van diverse persoonlijke beschermende maatregelen (helm, brace, tape, scheenbeschermers, bitje en kniebeschermers) is voor diverse sporttakken significant verbeterd. Deze maatregelen worden echter nog lang niet altijd consequent toegepast, omdat het risico op een blessure vaak wordt onderschat.

## Afkortingen

AGORA	Academische Werkplaats Publieke Gezondheid
ANWB	Algemene Nederlandsche Wielrijdersbond
BZK	Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties
CbO	Consultatiebureaus voor ouderen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCV	Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid
CGL	Centrum Gezond Leven
CSV	Centrum School en Veiligheid
DALY's	Disability Adjusted Life Years
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EU	Europese unie
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
I&M	Infrastructuur en Milieu
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
LIS	Letselinformatiesysteem
LTR	Landelijke Traumaregistratie
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NOC*NSF	Nederlands Olympisch Comité*Nederlandse Sport Federatie
ns	niet statistisch significant
NVWA	Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit
OBiN	Ongevallen en Beweging in Nederland
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
PGA	Persoonsgerichte Aanpak
POH	Praktijkondersteuners van huisartsen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Rpe	Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek
SEH	Spoedeisende hulp
SWOV	Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
SZW	Sociale zaken en werkgelegenheid
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
V&J	Veiligheid en Justitie
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
Wpg	Wet publieke gezondheid

## Referenties

### **Rapporten en artikelen**

Consument en Veiligheid. Trend in letsels. Successen van preventie. Amsterdam, Consument en Veiligheid, 2011.

Consument en Veiligheid. Preventie van sportblessures in Nederland 2008-2011: inzicht in activiteiten en resultaten. Amsterdam, Consument en Veiligheid, 2012.

De Putter CE, van Beeck EF, Looman CWN, Toet H, Hovius SE, Selles RW. Trends in wrist fractures in children and adolescents, 1997-2009 J Hand Surg Am 2011;36(11):1810-1815

Haagsma JA. Disability Adjusted Life Years and Acute Onset Disorders, improving estimates of the non-fatal burden of injuries and infectious intestinal disease. PhD Thesis, Rotterdam, 2010

Hartholt K. Falls and Drugs in the Older Population: Medical and Societal Consequences. PhD Thesis, Rotterdam, 2012

Janssens L. Population study and long-term outcome in pediatric trauma. PhD Thesis, Utrecht, 2012

Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, RIVM, 2010.

Lanting LC, Hoeymans N (eindredactie). Let op letsels. Preventie van ongevallen, geweld en suïcide, RIVM, 2008.

Lyons RA, Polinder S et al. Methodological issues in comparing injury incidence across countries. Inj. Control Saf. Promot. 2006;13(2):63-70

Staat van de Gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Utrecht, november 2012.

Trimbos instituut. Quick scan, Onderzoek naar suïcide in Nederland 2009 – 2012, Trimbos instituut, december 2010.

Van Beek et al. Kinderveiligheid: Nederland is nog niet klaar, 2012.

Van Beelen MEJ, Beirens TMJ, den Hertog P, van Beeck EF, Raat H (2013) First-Time Parents Are Not Well Enough Prepared for the Safety of Their Infant. PLoS ONE 8(3): e58062. doi:10.1371/journal.pone.0058062

VeiligheidNL, Quickscan letselpreventie in gemeentelijk beleid. Factsheet 26. Amsterdam, maart 2012.



**Beleidsdocumenten**

Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek, Staatscourant, nr. 18352, september 2012.

VWS, Veiligheid in de privésfeer, kamerstuk 18453, nummer 2, vergaderjaar 1983-1984.

VWS, Nota Veilig Thuis – Preventiebeleid Privéongevallen, kamerstuk 25825, nummers 1-2, vergaderjaar 1997-1998.

VWS, Beleidsbrief letselpreventie 2008-2012, kamerstuk 22894, nummer 211, vergaderjaar 2008-2009.

VWS, Begroting 2009, kamerstuk 119613, vergaderjaar 2008-2008.

VWS, Begroting 2011, kamerstuk 148633, vergaderjaar 2010-2011.

VWS, Jaarrapportage Vermindering Suïcidaliteit, kamerstuk 22894, nummer 251, vergaderjaar 2009-2010.

VWS, Jaarrapportage Vermindering Suïcidaliteit, kamerstuk 22894, nummer 296, vergaderjaar 2010-2011.

VWS, Jaarrapportage Vermindering Suïcidaliteit, kamerstuk 22894, nummer 309, vergaderjaar 2011-2012.

VWS, Beleidsadvies Verminderen van suïcidaliteit, kamerstuk 22894, nummer 172, vergaderjaar 2007-2008.

I&M, Beleidsimpuls Verkeersveiligheid, kamerstuk 29 398, nummer 340, vergaderjaar 2012-2013.

I&M, Strategisch Plan Verkeersveiligheid 2008-2020, kamerstuk 29 398, nummer 120, vergaderjaar 2007-2008.

I&M, Actieprogramma Verkeersveiligheid 2009-2010, kamerstuk 29 398, nummer 153, vergaderjaar 2008-2009.

I&M, Actieprogramma Verkeersveiligheid 2011-2012, kamerstuk 29 398, nummer 275, vergaderjaar 2010-2011.

## Bijlage 1: Samenstelling klankbordgroep en begeleidingsgroep

### **Klankbordgroep**

*Voorzitter: Drs. Cees (C.J.M.) van Eijk (zelfstandig ondernemer, voormalig wethouder Utrecht)*

- Prof. Dr. Hans (J.A.M.) van Oers (RIVM, Transzo)
- Dr. Ed (E.F.) van Beeck (ErasmusMC)
- Dr. Paul (P.H.J.J.) Swuste (TU Delft/NVVK)
- Drs. Rob (R.) Methorst (DVS)
- Drs. Erik (H.E.J.) Theunissen (Landelijke programmaleider Aanpak Geweld)
- Johan (J.) Gort, MSc, MSHE (TNO)
- Dr. Wieke (J.W.) Tas (VWS)

### **Begeleidingsgroep**

*Voorzitter: Ir. Margreet (A.M.) Hofstede (VWS)*

- Drs. Ivoline (I.L.) van Erpecum (V&J)
- Ir. Kate (K.) de Jager (I&M)
- Drs. Tony (F.A.) Thoeng (SZW)
- Jan Wouter (J.W.) Damen (OC&W)
- Drs. Maarten (M.) Koornneef (VWS)
- André (A.R.) van den Berg (VWS)

## Bijlage 2: Lijst geïnterviewden

- Dr. Ir. Marco (M.J.P.) Brugmans, VeiligheidNL
- Dr. Nancy (N.) Hoeymans, RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
- Dr. Loes (L.C.) Lanting en Drs. Marian (M.J.T.) Sturkenboom, RIVM, Centrum Gezond Leven
- Dr. Jeanet (J.) Bruil en Drs. Jan (J.G.M.) Bouwens, ZonMW
- Mr. Mady (M.O.) Samuels, ministerie VWS, directie Curatieve Zorg
- Drs. Inge (I.A.) Rasser, ministerie VWS, directie Langdurige Zorg
- Drs. Maarten (M.) Koorneef, ministerie VWS, directie Sport
- Drs. Aaf (A.) Tiems, ministerie VWS, directie Maatschappelijke Ondersteuning
- Ir. Kate (K.) de Jager, ministerie I&M
- Drs. Ivoline (I.L.) van Erpecum, ministerie V&J
- Drs. Tony (F.A.) Thoeng, ministerie SZW
- Ir. Loek (L.J.W.) Hesemans, ministerie VWS
- Drs. Marjolijn (M.M.) van Hest, Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid
- Dr. Leontien (L.M.) Sturms, Landelijk Netwerk Acute Zorg
- Drs. Tineke (C.) van Sprundel, Actiz
- Drs. Mirjam (M.W.J.) Maasdam, Zorgverzekeraars Nederland
- Prof. Dr. François (F.G.) Schellevis, Nivel
- Dr. Madelon (M.C.G.) Pijls-Johannesma, CZ

### **Hoogleraren**

- Prof. Ir. Fred (F.C.M.) Wegman, TU Delft, SWOV
- Prof. Dr. Ir. Paulien (P.M.) Bongers, VUmc Amsterdam, TNO
- Prof. Dr. Frank (F.J.G.) Backx, UMC Utrecht
- Prof. Dr. Menno (S.A.) Reijneveld, UMC Groningen
- Prof. Dr. Willem (W.) van Mechelen, VUmc Amsterdam
- Mirjam (M.E.J.) van Beelen, MSc, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam

### **Gemeenten**

- Gemeente Breda
- Gemeente Edam-Volendam
- Gemeente Westland
- Gemeente Terneuzen
- Gemeente Losser
- Gemeente Bunnik
- Gemeente Meerssen

### Bijlage 3: specifieke informatie realisatie beleidsbrief 2008 - 2012

**Tabel 4 Overzicht van voornemens beleidsbrief en stand van zaken**

<b>Voornemen</b>	<b>Uitvoering</b>	<b>Toelichting</b>
Overwegen om letselpreventie in de volgende preventienota te prioriteren, omdat het om een groot en soms onderschat volksgezondheidprobleem gaat met evenwel veel vermijdbare ziektelast en andere schade.	Ja	Besloten is om letselpreventie niet als apart speerpunt te benoemen, maar er zijn wel diverse onderdelen van letselpreventie benoemd.
Gegevensverzameling door middel van LIS en OBiN continueren, als basis voor het preventiebeleid.	Ja	LIS en OBiN zijn gecontinueerd.
In overleg met het RIVM treden over verbeterde berekeningen van DALY's voor geweld en suïcide omdat de ziektelast hiervan onderschat wordt.	Deels	DALY's voor suïcide wel, geweld niet.
Betrokken partijen vragen om LIS en de traumaregistraties beter op elkaar af te stemmen, om hiermee meer inzicht te krijgen op het ontstaan en de gevolgen van ernstige letsels.	Ja	Er zijn wel acties ondernomen, maar LIS en traumaregistraties zijn tot op heden nog niet op elkaar afgestemd, vanwege technische en procedurele bezwaren bij de Landelijke Traumaregistratie.
De mogelijkheid laten onderzoeken om letsel door vallen te registreren in de eerstelijnszorg, om meer inzicht te krijgen in de risicofactoren.	Ja	Dit had meegenomen kunnen worden in een nieuwe nationale studie van het NIVEL, maar deze is niet van de grond gekomen vanwege gebrek aan financiering.
Aansturen op het evalueren van preventieve maatregelen, in overleg met ZonMw en Stichting Consument en Veiligheid om meer zicht te krijgen op wat werkt en wat niet.	Ja	Accentverlegging heeft plaatsgevonden via rechtstreekse subsidie van VeiligheidNL en tenders van ZonMw.
In overleg met o.a. Consument en Veiligheid en andere relevante partijen de mogelijkheden van een academische werkplaats Letselpreventie verkennen om wetenschap en praktijk beter op elkaar te laten aansluiten.	Ja	Het starten van een extra werkplaats letselpreventie was binnen de bestaande gelden niet mogelijk. Vanuit lokale partijen waren onvoldoende vragen voor het thema letselpreventie.
Lokale partijen en overheden via het Centrum Gezond Leven ondersteunen bij het kiezen en implementeren van effectieve interventies.	Ja	Via de I-database op het loket gezond leven is een overzicht beschikbaar van (effectieve) interventies, waar letselpreventie ook onderdeel van uitmaakt. In 2011 is het thema letselpreventie opgenomen in de Handreiking Gezonde Gemeente.
Samenwerken ten aanzien van letselpreventie met andere	Ja	Er zijn 3 projecten in 3 domeinen; verkeer (I&M), arbeid (SZW) en

departementen.		geweld (V&J) gezamenlijk vormgegeven. Daarnaast heeft samenwerking plaatsgevonden op basis van specifieke behoeften van individuele ministeries.
Ketenzorg versterken ten behoeve van valpreventie via ZonMw, om de daarin gelegen kansen voor preventie beter te benutten.	Ja	Pilot uitgevoerd in twee regio's, resultaten leidden tot ontwikkeling Valanalyse 65+.
Valpreventie agenderen in de lopende verkenning van de preventieve rol van verzekeraars om hun mogelijke rol daarbij optimaal te benutten.	Ja	Zorgverzekeraars Nederland heeft in de afgelopen jaren getracht om valpreventie in een gezamenlijk project op te pakken. Dat bleek niet haalbaar, omdat preventie valt in het concurrerende domein.
De uitvoering van deze voornemens over vier jaar evalueren.	Ja	Dit is meegenomen in deze beleidsdoorlichting.

#### **Letselpreventie in preventienota**

In de vierjaarlijkse landelijke nota gezondheidsbeleid benoemt de minister de landelijke prioriteiten die aanknopingspunten bieden voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. In de beleidsbrief letselpreventie heeft de minister benoemd dat overwogen moet worden om letselpreventie te prioriteren in de volgende preventienota. De redenen hiervoor zijn dat letsels een groot en soms onderschat volksgezondheidsprobleem zijn met evenwel vermijdbare ziektelast en andere schade. In 2011 verscheen de nieuwste preventienota 'Landelijke nota gezondheidsbeleid – Gezondheid dichtbij'. De vijf speerpunten zoals benoemd in de preventienota 2006 (roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie) zijn blijven bestaan, met een extra focus op het thema bewegen.

Letselpreventie is daarin niet benoemd als apart speerpunt. Verder zijn in de preventienota diverse verwijzingen naar letselpreventie aangebracht. Daar waar over bewegen in de nota wordt gesproken, is om die reden bewust de koppeling gemaakt met letselpreventie door het over veilig en verantwoord bewegen te hebben. Veilig sporten is gekoppeld aan letselpreventie enerzijds door het voorkomen van intimidatie, vandalisme en geweld en anderzijds verantwoord sporten en bewegen om zo het risico op sportblessures en sportuitval zoveel mogelijk te verkleinen. Ook bewegen bij ouderen is een belangrijk thema in de preventienota. Sport en bewegen dragen bij aan de zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en gezondheid van ouderen, maar verbetert ook de mobiliteit en balans. Laatste twee zijn belangrijk bij de preventie van vallen bij ouderen.

#### **Registraties en berekening ziektelast**

De minister formuleerde in de beleidsbrief het voornemen: gegevensverzameling door middel van LIS en OBiN continueren als basis voor het preventiebeleid. In de periode 2008-2012 is dit ook daadwerkelijk gebeurd.

De minister heeft in de beleidsbrief aangegeven belang te hechten aan verbeterd inzicht in het ontstaan en de gevolgen van ernstige letsels. Om deze verbetering te kunnen bewerkstelligen is een betere afstemming tussen LIS (VeiligheidNL) en de Landelijke Traumaregistratie (LTR) nodig. In 2010 is er op initia-

tief van VeiligheidNL overleg geweest tussen beide partijen. Maar de LTR was tot recent zowel technisch als procedureel nog niet in staat om hun gegevens te kunnen koppelen aan andere databestanden. De betrokkenen bij de LTR vinden preventie van letsels erg belangrijk en staan positief tegenover een toekomstige verkenning van de mogelijkheden om LIS te koppelen aan de LTR. Daarbij zullen goede afspraken gemaakt moeten worden over het gebruik en beheer van de gezamenlijke data ook in relatie tot privacybescherming. 2013 lijkt een goed jaar om de contacten tussen beide partijen aan te halen.

De ziektelast (uitgedrukt in 'Disability Adjusted Life Years', DALY's) vormt een onmisbaar begrip in de beschrijving van de staat van de volksgezondheid, ook in de beschrijving van letsels. De lichamelijke letsels door suïcidaal gedrag en geweld waren ten tijden van het verschijnen van de beleidsbrief nog onvoldoende in kaart gebracht om de volledige ziektelast te kunnen berekenen. Vandaar dat de minister het voornemen 'in overleg met het RIVM treden over verbeterde berekeningen van DALY's voor geweld en suïcide omdat de ziektelast hiervan wordt onderschat' in de beleidsbrief heeft geformuleerd. In opdracht van het ministerie van VWS heeft het RIVM in 2010 de berekening van de ziektelast voor suïcide en suïcidepogingen verbeterd. Door de verbetering stijgt suïcide van de 21<sup>e</sup> naar de 11<sup>de</sup> plaats in de rangordelijst van de belangrijkste aandoeningen in Nederland. Ten aanzien van de berekeningen van DALY's voor geweld is geen overleg geweest met het RIVM en zijn dus geen verbeteringen doorgevoerd.

### **Effectieve interventies en samenwerking wetenschap en praktijk**

Het RIVM Themarapport 'Let op letsels' constateerde dat er op enkele uitzonderingen na weinig bekend was over het bereik en de effectiviteit van maatregelen op het gebied van letselpreventie. De belangrijkste reden daarvoor was dat er weinig evaluatiestudies waren uitgevoerd. En van de evaluatiestudies die er waren, werd vaak alleen op het niveau van kennis of zelfgerapporteerde gedragsveranderingen gemeten. Om effecten van interventies op de volksgezondheid te kunnen kwantificeren is echter informatie nodig over het effect op het aantal ongevallen of het aantal letsels en de gevolgen hiervan. Dergelijk onderzoek vergt een gedegen onderzoeksopzet en is een kwestie van een lange adem en voldoende financiën. Het rapport stelde verder dat het terrein van letselpreventie nog meer gezondheidswinst zou kunnen opleveren door beter aan te sluiten bij bekende doelgroepen en risicofactoren.

De minister heeft in de beleidsbrief aangegeven aan te sturen op het evalueren van preventieve maatregelen, in overleg met ZonMw en Stichting Consument en Veiligheid om meer zicht te krijgen op wat werkt en wat niet.

In 2007 is de Erkenningscommissie Interventies op initiatief van het Ministerie van VWS opgericht. De Erkenningscommissie Interventies beoordeelt interventies op drie niveaus: theoretisch goed onderbouwd, waarschijnlijk effectief en bewezen effectief. Met de komst van deze Erkenningscommissie Interventies wordt het zicht op wat wel en niet werkt gebundeld inzichtelijk gemaakt. Sinds de oprichting van de Erkenningscommissie Interventies zijn negen interventies op het gebied van letselpreventie positief beoordeeld<sup>17</sup>. Daarvan zijn vijf interventies gericht op valpreventie bij senioren, twee op sportblessurepreventie, één op valtraining bij basisschoolleerlingen en één interventie op veiligheid bij

---

<sup>17</sup> Tot 31 december 2012

kinderen van 0-4 jaar. Vier van de interventies zijn beoordeeld op het niveau theoretisch goed onderbouwd. Op basis van theorie lijkt effectiviteit van deze interventies aannemelijk, maar dit is nog niet met onderzoek aangetoond. De overige vijf interventies zijn wel beoordeeld op effectiviteit; vier op het niveau waarschijnlijk effectief en één interventie op het niveau bewezen effectief. Bij twee interventies wordt het effect op het niveau van ongevallen aangetoond, de overige interventies tonen effecten aan op intermediaire maten (gedrag of gedragsdeterminanten). Het effectonderzoek bij de interventie op het niveau bewezen effectief is afgerond voor het verschijnen van de beleidsbrief letselpreventie. Drie interventies zijn tijdens de beleidsperiode onderzocht op effectiviteit, allen gefinancierd met bestaande subsidiegelden vanuit het ministerie van VWS. Het effectonderzoek van één interventie (momenteel beoordeeld op het niveau theoretisch goed onderbouwd) is gestart tijdens de beleidsperiode en loopt nog, dit onderzoek wordt gefinancierd vanuit ZonMW. Daarnaast is één effectonderzoek naar een interventie gericht op letselpreventie gehonoreerd bij ZonMW in de beleidsperiode. Deze interventie is nog niet beoordeeld door de Erkenningscommissie Interventies. Financiering voor één interventie (momenteel beoordeeld op het niveau theoretisch goed onderbouwd) is afgewezen voor financiering door ZonMw.

In 2008 werd het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) opgericht in opdracht van het ministerie van VWS. Het CGL heeft als opdracht het realiseren van overzicht, aanbrengen van samenhang én het ondersteunen van professionals op het terrein van gezondheidsbevordering en preventie. Professionele gezondheidsbevordering vindt vooral lokaal plaats en kent weinig wettelijke verplichtingen voor omvang en kwaliteit. Het CGL ondersteunt het lokale veld daarbij. De Erkenningscommissie Interventies staat onder auspiciën van het CGL. Het CGL ziet een duidelijke groei in het aantal en de kwaliteit van interventiebeschrijvingen en onderzoek rondom letselpreventieinterventies. Er is zeker sprake geweest van een inhaalslag.

Een interviewronde onder een vijftal hoogleraren betrokken bij publieke gezondheid en/of één van de domeinen van letselpreventie levert een minder positief beeld op. Ten aanzien van de effectiviteit van maatregelen, zoals autogordels bij verkeersveiligheid en tape/braces bij sportblessurepreventie is voldoende bekend. Maar op het gebied van gedragsinterventies hebben de hoogleraren geen duidelijke inhaalslag gezien. Zij geven aan dat letselpreventie een relevant thema is voor de wetenschap, omdat letsels een belangrijke doodsoorzaak zijn. Tegelijkertijd is er onvoldoende geld beschikbaar om wetenschappelijk onderzoek uit te voeren, waardoor weinig universiteiten zich bezig houden met letselpreventie en met de effectiviteit van gedragsinterventies in het bijzonder. Dit laatste wordt onderschreven door het CGL dat aangeeft dat het uitvoeren van effectonderzoek de afgelopen jaren niet eenvoudig was. Er was minder geld beschikbaar, terwijl er wel steeds meer partijen aanvragen indienen. De kwaliteitverschillen tussen de aanvragen is uiterst klein. Het CGL brengt als nuancering aan dat bij de aanvragen voor effectonderzoek letselinterventies niet achter lopen op andere leefstijlinterventies.

Een tweede voornemen rondom de effectiviteit van interventies was het verkennen van de mogelijkheden van een academische werkplaats Letselpreventie in overleg met o.a. VeiligheidNL en andere relevante partijen om wetenschap en praktijk beter op elkaar te laten aansluiten.

De call voor de tweede periode van bestaande academische werkplaatsen, die niet thematisch was ingestoken, is uitgestuurd in dezelfde tijd dat de beleidsbrief verscheen. In die call was het geld al verdeeld over de bestaande werkplaatsen, waardoor het starten van een extra werkplaats binnen de bestaande gelden niet mogelijk was. In deze call werd letselpreventie met een verwijzing naar de beleidsbrief verder niet genoemd.

Het uitgangspunt van een academische werkplaats is het op wetenschappelijke wijze beantwoorden van vragen uit dat veld. Er is onder GGD'en een inventarisatie uitgevoerd naar vragen rondom het thema letselpreventie. Daaruit kwam dat alleen de GGD Midden-Nederland hier behoefte aan had, deze GGD was echter niet betrokken bij een academische werkplaats. Ook binnen de academische werkplaatsen is gevraagd in hoeverre er behoefte was/vragen kwamen uit het veld. De behoefte was nihil. In de beleidsperiode heeft VeiligheidNL in samenwerking met de academische werkplaats AGORA een effectevaluatie rondom Halt U Valt! uitgevoerd met financiering vanuit ZonMw.

Uit de interviewronde onder een vijftal hoogleraren betrokken bij publieke gezondheid en/of één van de domeinen van letselpreventie blijkt dat zij de afstemming tussen wetenschap en praktijk niet optimaal vinden. Vragen vanuit praktijk kunnen niet altijd worden beantwoord door wetenschap, omdat de wetenschap daar geen geld voor beschikbaar heeft en het meestal niet ingepast kan worden in bestaande onderzoeksprojecten. Vanuit de wetenschap blijkt het lastig om (kosten)effectieve interventies daadwerkelijk in de praktijk te implementeren, enerzijds vanwege kennisgebrek vanuit lokale gebruikers en anderzijds vanwege individuele, specifieke behoefte van lokale gebruikers waar deze interventies niet altijd aan (kunnen) voldoen. Meerdere hoogleraren benoemen de implementatie van (kosten)effectieve interventies als een uitdaging dat momenteel binnen meerdere leefstijlthema's speelt en waar meer aandacht voor moet komen. Door een aantal hoogleraren wordt benoemd dat wetenschap, beleid en praktijk eigenlijk samen moeten komen in een samenwerkingsverband, al dan niet in de vorm van een academische werkplaats, om deze verbinding daadwerkelijk van de grond te kunnen krijgen.

Het laatste voornemen van de minister rondom het thema effectiviteit van interventies betrof het ondersteunen van lokale partijen en overheden via het Centrum Gezond Leven bij het kiezen en implementeren van effectieve interventies. Decentraal beleid heeft als groot voordeel dat lokale overheden maatregelen kunnen afstemmen op lokale prioriteiten en situaties. Daarbij is wel belangrijk dat beleidsmakers en uitvoerders kennis over de effectiviteit van interventies toepassen in hun lokale praktijk.

Vanuit de beleving van het Centrum Gezond Leven kunnen de lokale partijen de I-database, met daarin alle interventies op het gebied van letselpreventie, maar bijvoorbeeld ook MOVISIE (voor geweld) goed vinden. De ervaring van het Centrum Gezond Leven is dat lokale partijen de keuze voor een bepaalde interventie niet alleen af laten hangen van de te behalen gezondheidswinst, ook andere factoren spelen een rol (bijvoorbeeld kosten van interventie en implementatie, snel resultaat). Lokale partijen laten zich vaak leiden door de speerpunten in de landelijke nota gezondheidsbeleid. Letselpreventie wordt niet als speerpunt benoemd. De bezoekersaantallen van de digitale handreiking Gezonde Gemeente, dé verzamelplaats met informatie voor gemeentelijk gezondheidsbeleid laten zien dat er wel aandacht voor is. In onderstaande tabel



zijn de bezoekersaantallen van de digitale handreiking Gezonde Gemeente met een uitsplitsing naar de specifieke thema's weergegeven. Daaruit blijkt dat het letselpreventie regelmatig wordt geraadpleegd, maar minder in verhouding tot andere thema's. Bij GGD'en is valpreventie bijvoorbeeld al jaren een belangrijk thema en kinderveiligheid is structureel ingebed bij de jeugdgezondheidszorg met een richtlijn ondersteund door de kinderveiligheidskaarten. Er is nog duidelijke winst te behalen als diverse thema's gebundeld worden aangeboden aan een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld eenzaamheid in combinatie met valpreventie.

**Tabel 5 Gemiddeld aantal unieke bezoekers\* per kwartaal op de digitale Handreiking Gezonde Gemeente, algemeen en voor de themadelen (n)**

Jaar	HGG	Kwartaal			
		1	2	3	4
<b>2011</b>					
<b>Gemiddeld</b>	Algemeen	-	876	782	1135
	Overgewicht	-	268	248	331
	Roken	-	142	137	141
	Alcohol	-	174	176	213
	Depressie	-	161	155	169
	Seksuele gezondheid	-	113	95	123
	Letsel	-	-	-	91**
<b>2012</b>					
<b>Gemiddeld</b>	Algemeen	1473	1451	1131	1185
	Overgewicht	457	424	318	502
	Roken	199	183	129	185
	Alcohol	255	277	250	392
	Depressie	213	218	161	251
	Seksuele gezondheid	178	156	112	188
	Letsel	106	105	61	117

*Cijfers uit het eerste kwartaal 2011 zijn niet beschikbaar omdat de handreiking pas in het tweede kwartaal van 2011 online is gegaan*

*\* Het betreft hier het aantal unieke browsers, maar voor de leesbaarheid spreken we over bezoekers.*

*\*\* Berekend op basis van twee maanden (november en december), omdat dit themadeel pas in november 2011 online is gegaan.*

Uit de Quickscan letselpreventie in gemeentelijk beleid (VeiligheidNL, 2012) uitgevoerd eind 2011 blijkt dat 17 gemeenten aandacht besteden aan letselpreventie bij jeugd (0-23), ouderen (55+) of sporters in hun nota lokaal gezondheidsbeleid. Met gemeenteambtenaren van zeven gemeenten, betrokken bij deze nota, zijn interviews gehouden. Uit deze interviews blijkt dat de keuze om aandacht te besteden aan een van de doelgroepen is gemaakt op basis van lokale cijfers, meestal afkomstig van in overleg met de GGD. Sommige gemeenten besteedden aandacht aan valpreventie, omdat de thuiszorgorganisatie(s) dit hadden aangedragen. De meeste ondervraagde gemeenteambtenaren geven aan dat het thema letselpreventie niet opnieuw is benoemd of benoemd zal worden in de nota lokaal gezondheidsbeleid. Belangrijkste reden daarvoor is dat gemeenten meer focus (minder

onderwerpen) aan willen brengen en letselpreventie dan minder prioriteit heeft, ook al omdat letselpreventie niet één van de speerpunten is in de landelijke nota. Als gemeenten een keuze moeten maken voor een interventie, raadplegen ze nagenoeg altijd de GGD, die heeft daar meer zicht op en expertise in. De ondervraagde gemeenteambtenaren maken zelf weinig gebruik van het loket Gezond Leven van het Centrum Gezond Leven. Ze kennen het wel, maar gaan er vanuit dat GGD'en deze informatie kennen en gebruiken bij hun advisering naar gemeenten.

### **Interdepartementale samenwerking**

#### *Specifieke informatie over de drie samenwerkingsprojecten*

Het eerste project betrof een samenwerking tussen het ministerie van VWS en het ministerie van SZW over de preventie van valgevaar. In dit project heeft VeiligheidNL een onderzoek uitgevoerd naar de mogelijke risico's, beschermingsmaatregelen en gedrag van het werken op hoogte, zowel op de werkvloer als in de privésituatie. Ook is gekeken naar de overeenkomsten en verschillen in een professionele omgeving (werkgevers en werknemers) en een privéomgeving (doe-het-zelvers). De uitkomsten zijn als basis gebruikt voor gedragscampagnes om de veiligheid te bevorderen, zowel binnen de werk- als de privésector. Voor het domein arbeid heeft dit onder meer geleid tot de Alerta-campagne en –de latere- Sjaak- en Werkbuddiescampagnes. Deze campagnes maken onderdeel uit van het project 'Versterking gedragscommunicatie arbeidsveiligheid (2010-2013), dat zich richt op ongevalsreductie door concrete gedrags- en cultuurinterventies op de werkvloer. Eén van de prioritaire risico's in de aanpak was valgevaar en het voorkomen daarvan. De gegenereerde kennis over werken op hoogte in de privésituatie is verwerkt in de doe-het-zelven campagnes, die VeiligheidNL uitvoert in samenwerking met o.a. de bouwmarkten.

Het tweede project betrof een samenwerking tussen het ministerie van VWS en het ministerie van V&J. Het betrof een aantal pilotprojecten met Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) voor geweldplegers die de gemeente Rotterdam heeft uitgevoerd in het kader van de Persoonsgerichte Aanpak (PGA) van geweld. Het doel van deze pilots was te komen tot zinvolle behandeling van geweldplegers, zodat zij hun gewelddadige gedrag veranderen of in ieder geval leren te beheersen en daarmee het aantal door hen toegebrachte letsels te verminderen.

Het derde en laatste project betrof een samenwerking tussen het ministerie van VWS en het ministerie van I&M. In dit project is een aantal lokale projecten ter verbetering van de fietsveiligheid gefinancierd. In de provincie Limburg is succesvol het project "Op weg naar school" uitgevoerd, waarbij op basis van meningen van scholieren van de middelbare school over het school-thuistraject knelpunten zijn opgespoord en aangepakt. Deze aanpak heeft inmiddels ook op andere scholen in Nederland navolging gekregen. In de gemeente Dronten betrof het een gecombineerd maatregelenpakket van kleine infrastructurele aanpassingen in combinatie met snelheidshandhaving en educatie (instructiemiddagen en lesbrief) door de Fietsersbond. In Rotterdam is met inzet van een Vakleerkracht Verkeerseducatie Voortgezet Onderwijs en een module fietsvaardigheid middelbare scholieren niet alleen geleerd zelfstandig en veilig te fietsen, maar ook geleerd te reflecteren op hun eigen verkeersgedrag en dat van anderen en zich bewust te worden van het feit dat fietsen gezond is.

Daarnaast hebben de verschillende ministeries ook nog specifieke actieplannen of impulsen ontwikkeld ten behoeve van letselpreventie op hun domeinen. Het ministerie van V&J bijvoorbeeld heeft specifiek beleid ontwikkeld ten aanzien van geweld. Dit betreft het interdepartementale Actieplan tegen geweld (2005-2008) en het programma Aanpak expressief geweld in het (semi)publieke domein (2008 – 2011). Implementatie van het landelijke politiekprogramma Antwoord op geweld (2012-2015) vindt nu plaats.

### **Specifieke thema's**

#### *Valpreventie*

Vallen bij senioren (55+) veroorzaakt verreweg de hoogste sterfte en ziektelast van alle letselcategorieën. In de beleidsbrief wordt daarom een aantal voornemens rondom valpreventie benoemd.

De minister wilde de ketenbenadering van valpreventie stimuleren door thuiswonende ouderen met een verhoogd risico op vallen te identificeren en door te verwijzen naar verschillende organisaties die vallen helpen te voorkomen.

In 2007 heeft VeiligheidNL een pilotproject uitgevoerd waarbij in twee regio's (Nijmegen en Dirksland) gestreefd is naar een ketenbenadering van valpreventie waarbij een valkliniek de spil is. Na deze pilot heeft VeiligheidNL besloten om niet door te gaan met het actief stimuleren en ondersteunen van de vorming van valnetwerken, aangezien de kosten hiervan niet op blijken te wegen tegen de baten<sup>18</sup>. Naast deze pilot zijn initiatieven ontplooid voor twee belangrijke beroepsgroepen bij het signaleren van hoog valrisico bij ouderen: de praktijkondersteuners van huisartsen (POH) en de medewerkers van consultatiebureaus voor ouderen (CbO). POH's en medewerkers van een CbO zitten in dezelfde schakel van de valketen; voornamelijk de signalering en aansluitend daarop advisering en doorverwijzing. Beide beroepsgroepen kunnen ervoor zorgen dat eerder wordt ingegrepen bij een verhoogde valkans. Uit onderzoek onder POH's, dat in 2008 heeft plaatsgevonden, blijkt dat veel behoefte bestaat aan meer kennis over en ondersteuning bij valpreventie. VeiligheidNL heeft daarom de interventie Valanalyse 65+ ontwikkeld. Deze interventie heeft als doel eerstelijnszorgverleners (in de eerste plaats praktijkondersteuners van huisartsen en medewerkers van een consultatiebureau voor ouderen, maar ook voor thuiszorgmedewerkers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en andere paramedici die ouderen zien) ondersteunen bij het opsporen van ouderen met een verhoogd valrisico en het geven van een advies op maat aan deze ouderen zodat meer zelfstandig wonende ouderen valpreventieve maatregelen nemen en het risico op een val, en daardoor ook het aantal valongevallen, bij deze groep verminderd wordt. De interventie Valanalyse 65+ is onder voorbehoud erkend als theoretisch goed onderbouwd door de Erkeningscommissie Interventies en wordt momenteel landelijk geïmplementeerd door VeiligheidNL.

Gebrek aan voldoende en structurele financiering voor valpreventieprogramma's, vooral via de zorgverzekering, wordt in de praktijk gezien als een belangrijke belemmerende factor door het (lokale) werkveld. De minister heeft daarom het voornemen geformuleerd om valpreventie te agenderen in de lopende verkenning van de preventieve rol van verzekeraars

---

<sup>18</sup> Nog verwijzing toevoegen!

om hun mogelijke rol daarbij optimaal te benutten. Zorgverzekeraars Nederland heeft in afgelopen jaren getracht om valpreventie in een gezamenlijk project op te pakken, maar omdat preventie valt in het concurrerende domein van de zorgverzekeraars bleek dat niet haalbaar. Uit een inventarisatie onder zorgkantoren en zorgverzekeraars blijkt dat valpreventie een thema is. Zorgkantoren geven aan dat leefstijl waaronder valpreventie steeds belangrijk wordt in de Verpleging en Verzorging bijvoorbeeld door het kwaliteitskader voor thuiszorg en intramurale ouderenzorg. De inkoopprocedures van zorgkantoren zijn daar op aangepast. Vanuit de Zorgverzekeringswet is het lastig om aandacht te besteden aan valpreventie. Zorgverzekeraars erkennen wel dat het huidige zorgstelsel vraag om verandering, de financiering is een steeds nijpender probleem. Zij ontplooiën daarom initiatieven bijvoorbeeld via de aanvullende verzekering en/of in samenwerking met gemeenten.

Het registreren van letsels in de eerste lijn gezondheidszorg (waar huisartsenpraktijken toe behoren) is essentieel om groepen met een verhoogd risico te kunnen opsporen. Daarom heeft de minister het voornemen om de mogelijkheid te laten onderzoeken om letsel door vallen te registreren in de eerstelijnszorg, om meer inzicht te krijgen in de risicofactoren, opgenomen in de beleidsbrief. Een lastig punt in deze is dat letsels als zodanig niet routinematig in de registraties van huisartsen terecht komen, maar alleen de gevolgen. Dus een heupfractuur van een patiënt wordt geregistreerd, maar niet dat deze heupfractuur het gevolg is van een val. Een nieuwe (derde) nationale studie van het NIVEL waarin een registratie van valletsels mee had kunnen worden genomen, is nooit van de grond gekomen vanwege financiering.

In de langdurige zorg zijn diverse initiatieven rondom valpreventie geweest, deze worden hieronder kort toegelicht.

Sinds 2007 is er een kwaliteitskader voor thuiszorg en intramurale ouderenzorg, waarbij organisaties elk jaar procesindicatoren meten waaronder het aantal valincidenten. Deze informatie komt beschikbaar op [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl), zodat burgers de organisaties kunnen vergelijken op deze kwaliteitsaspecten. De inspectie gebruikt deze informatie voor toetsing van de organisaties en Zorgverzekeraars Nederland gebruikt deze informatie om inkoopafspraken te maken. Organisaties zijn daarnaast verplicht om individuele valincidenten te melden bij de inspectie, de inspectie toetst daarbij ook of de organisatie voldoende gedaan heeft om valincident (in de toekomst) te voorkomen. De zorgorganisaties gebruiken deze informatie ter verbetering van hun eigen processen, zodat ze bijvoorbeeld het volgende jaar beter scoren op dat onderwerp en daarmee laten ze zien dat ze verbeteren.

Van 2005 tot 2011 liep het initiatief Zorg voor Beter van het ministerie van VWS in samenspraak met brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties onder regie van ZonMW<sup>19</sup>. Zorg voor Beter is een implementatieprogramma dat zich richt op verbetering en innovatie in de langdurende zorg, gehandicaptenzorg, langdurende geestelijke gezondheidszorg, verpleging, verzorging en thuiszorg. Het programma richt zich op het verspreiden, implementeren en borgen van succesvolle diensten en producten voor zorgverleners (werkwijzen, instrumenten) die kwaliteitsverbetering en innovatie in de langdurende zorg ondersteunen. Valpreventie was één van de onderwerpen die in Zorg voor Beter aan bod kwam.

---

<sup>19</sup> <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zorg-voor-beter-ii>

De inspectie voor de Gezondheidszorg heeft effectievere preventie als één van de permanente aandachtspunten opgenomen in het meerjarenbeleid. De inspectie selecteerde voor de Staat van de Gezondheidszorg 2012 als één van de zes doelgroepen ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen met als doel begeleiding gericht op meer bewegen om op die manier leefstijlbegeleiding structureel te verankeren in de zorg. In het inspectieonderzoek is onderzocht wat een redelijke inspanning is voor instellingen in de intramurale ouderen om bewegestimulering bij ouderen die in deze instellingen verblijven, structureel onderdeel van de zorgverlening te maken. De resultaten van het onderzoek hebben er toe geleid dat verzorgings- en verpleeghuizen nog 2 jaar de tijd hebben om bewegestimulering structureel te implementeren. Vanaf 2015 toetst de inspectie de naleving en treedt waar nodig handhavend op.

In de beleidsbrief heeft de minister aangegeven valpreventie onder senioren als prioriteit op laten nemen bij programma's van ZonMw. Van 2007 tot 2009 liep het ZonMW-programma Preventiekracht Thuiszorg en van 2009 tot 2011 het ZonMW-programma Preventiekracht dichtbij huis<sup>20</sup>. Het voorkomen van valincidenten is als één van de speerpunten in deze programma's benoemd.

In de toekomst wordt de verantwoordelijkheid ten aanzien van valpreventie, naast de verzekeraars, steeds meer neergelegd bij de gemeenten. Zij zijn verantwoordelijk voor de zorg in de buurt met o.a. verzorging (volgens Regeerakkoord), welzijn, huishoudelijke verzorging, dagbesteding, vervoer.

#### *(Brom-)fietsongevallen*

Op 10 juli 2008 heeft de minister van Infrastructuur & Milieu het Strategisch Plan Verkeersveiligheid (SPV) 2008-2020 aangeboden, zoals in de beleidsbrief is genoemd. In de periode 2009-2012 zijn twee tweejaarlijkse actieprogramma's Verkeersveiligheid met concrete activiteiten uitgevoerd. In 2009-2010 vielen de gedefinieerde activiteiten uiteen in generieke activiteiten, gebaseerd op de drie pijlers van het verkeersveiligheidsbeleid (samenwerking, integrale aanpak en Duurzaam Veilig) en activiteiten per aandachtsgebied (doelgroep, vervoersmiddel en/of type infrastructuur). De aandachtsgebieden zijn: voetgangers, fietsers, enkelvoudige ongevallen, kinderen, ouderen, beginnende bestuurders, berijders van brom-, snorfietsen en brommobielen, motorrijders, bestuurders onder invloed van alcohol, drugs, medicijnen of vermoeidheid, snelheidsovertreders, 50 en 80 km-wegen, vracht- en bestelverkeer. De ervaringen die met dit actieprogramma zijn opgedaan, zijn gebruikt om het actieprogramma 2011-2012 verder te optimaliseren. Dit heeft er toe geleid dat vier prioritaire thema's zijn benoemd die extra aandacht krijgen: de verbetering van de veiligheid van fietsers, het terugdringen van het aantal enkelzijdige ongevallen, verbetering van de veiligheid van de oudere verkeersdeelnemer en die van de jonge beginnende bestuurders. In beide actieprogramma's is er wordt mede invulling gegeven aan de aanbevelingen uit het RIVM Themarapport 'Let op letsels'. Het ministerie van I&M informeert de Tweede Kamer jaarlijks over de ontwikkelingen op het gebied van verkeersveiligheid, er vindt geen gedetailleerde monitoring van de actieprogramma's plaats.

---

<sup>20</sup> <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/preventiekracht-thuiszorg>

Wanneer de verkeershandhaving en verbeteringen van de infrastructuur op peil blijven, zullen er 500 tot 570 verkeersdoden en 16.700 tot 18.300 ernstig verkeersgewonden te betreuren zijn in 2020. Deze cijfers komen uit de prognoses van de SWOV 2012. Daarmee zijn de doelstellingen voor 2020 (het aantal verkeersdoden maximaal 500 en het aantal ernstig verkeersgewonden maximaal 10.600) nog niet in zicht. De prognoses waren aanleiding voor de minister om samen met decentrale en maatschappelijke partners aanvullende maatregelen te treffen. Het pakket nieuwe maatregelen in de Beleidsimpuls Verkeersveiligheid, medio 2012 opgetekend, kan zorgen voor een extra reductie van maximaal 50 verkeersdoden en 1.000 tot 2.500 ernstig verkeersgewonden in 2020. In de Beleidsimpuls staan dezelfde drie risicogroepen centraal die ook benoemd zijn in de beleidsbrief tav verkeersongevallen: fietsers, senioren en jonge beginnende bestuurders. Deze groepen zijn veelvuldig betrokken bij een ernstig letselongeval, al dan niet met dodelijke afloop.

Sinds 1993 is het aantal fietskilometers door 50-plussers met maar liefst zestig procent gestegen. Het aantal ouderen is gegroeid en deze groep is meer gaan fietsen. Dat is gunstig, het houdt senioren gezond en in beweging. Maar er is helaas ook een keerzijde. Ouderen zijn kwetsbaar en belanden relatief vaak in het ziekenhuis na een fietsongeluk. Het aantal ouderen met ernstig letsel is sinds 2000 zelfs met vijftig procent toegenomen. Een groot deel van de maatregelen in de Beleidsimpuls richt zich daarom op het terugdringen van fietsongevallen. Zo brengen gemeenten voor 2014 lokale fietsknelpunten in kaart, waaronder gevaarlijke oversteekplaatsen, paaltjes etcetera. En stellen ze een aanpak op om deze knelpunten op te lossen. Om het gemeenten makkelijker te maken, inventariseert het ministerie van Infrastructuur en Milieu samen met de VNG en het Fietsberaad welke gemeenten in Nederland al een goede verbeteraanpak fietsveiligheid (best practices) hebben. Op basis hiervan ontwikkelt het ministerie een modelaanpak die de VNG begin 2013 aan gemeenten beschikbaar stelt. Verder kunnen gemeenten de hulp inschakelen van partijen als de Fietsersbond, Veilig Verkeer Nederland en Blijf Veilig Mobiel bij het in beeld brengen van knelpunten en de keuze voor (doelgroep) maatregelen.

Naast deze activiteiten zijn er nog extra maatregelen aangekondigd. Zo subsidieert het ministerie van Infrastructuur en Milieu de fietsverlichtingscampagne van de fietsersbond. En rolt de RAI Vereniging een kwaliteitssysteem voor fietsverlichting uit bij fietswinkels. Tot slot krijgt de kennisontwikkeling van fietsveiligheid een extra stimulans, bijvoorbeeld met de Nationale Onderzoeksagenda Fietsveiligheid. Deze onderzoeksagenda schenkt onder andere aandacht aan oudere fietsers, elektrische fietsen en veilige fietsontwerpen. Want de kennis over fietsveiligheid is nog niet op hetzelfde niveau als dat van de autoveiligheid.

Specifiek voor senioren werken binnen het activiteitenprogramma Blijf Veilig Mobiel negen partijen samen aan veiligheid voor senioren in het verkeer. Blijf Veilig Mobiel heeft de afgelopen jaren diverse succesvolle producten ontwikkeld, waaronder een scootmobielcursus, fietsactiviteiten en mobiliteitsdagen. De organisatie gaat deze producten nu onder een breder publiek onder de aandacht brengen en legt ook de verbinding met de gezondheidszorg. Ook neemt ze de uitvoering van diverse extra maatregelen op zich. In 2013 stelt Blijf Veilig Mobiel onder meer een zebra-checklist beschikbaar aan gemeenten. Daarmee

kunnen gemeenten nagaan of een zebra wel veilig is voor ouderen. Ook geeft ze een Aankoopwijzer Scootmobiel uit, voor het kiezen van de juiste scootmobiel. Daarnaast ontwikkelt ze nieuwe producten waaronder een online test voor zicht en gehoor.

Verkeersongevallen zijn de belangrijkste doodsoorzaak onder jongeren.

Overmoedig gedrag en gebrek aan ervaring leiden er toe dat jongeren vooral in de periode kort na het behalen van het rijbewijs vaker betrokken zijn bij verkeersongevallen. Het risico is vooral hoog onder jonge mannen. Het is belangrijk dat jongeren:

- Grenzen leren kennen in het verkeer. Daarom is het Beginnersrijbewijs ingevoerd. Dit is een (straf )puntenstelsel voor beginnende automobilisten;
- Rijervaring opdoen. Daarom is het experiment 2toDrive gestart. Daarmee kunnen jongeren al vanaf 16,5 jaar beginnen met rijlessen, vanaf 17 jaar rijexamen doen en tot 18 jaar alleen rijden onder begeleiding van een coach. Ook het praktijkexamen voor de bromfiets en een getrapte toegang voor het motorrijbewijs moeten ervoor zorgen dat jonge bestuurders op een veiligere manier meedoen in het verkeer;
- Goede verkeersvoorlichting krijgen. De jongerenorganisatie TeamAlert verzorgt verkeerseducatie en voorlichtingscampagnes over bijvoorbeeld alcohol- en drugsgebruik in het verkeer.

Om de voortgang van de uitvoering van de Beleidsimpuls te bewaken en nieuwe inzichten vlot om te kunnen zetten in concrete maatregelen vindt halfjaarlijks overleg met alle betrokken partners plaats. Daarnaast monitort de SWOV jaarlijks hoe de verkeersveiligheid zich ontwikkelt door trends in beeld te brengen, met speciale aandacht voor de risicogroepen. De eerste resultaten worden eind 2013 bekend gemaakt.

### *Suïcidepreventie*

Ten aanzien van suïcidepreventie was er al een standpunt bepaald in het Beleidsadvies 'Verminderen van suïcidaliteit' (Tweede Kamer, 2007-2008, 22 894, nr. 172). Daar wordt in de beleidsbrief letselpreventie naar verwezen. Zoals aangekondigd is er een overzicht gemaakt van al het onderzoek dat heeft plaatsgevonden en momenteel nog loopt op het gebied van suïcidepreventie (Trimbos instituut, 2010). Dit met als doel dat onderzoekers goed inzicht hebben op welke (deel)gebieden al onderzoek loopt of heeft plaatsgevonden. Ook de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag is medio 2012 uitgebracht. Deze wordt aanbevolen voor artsen, verpleegkundigen, psychologen en psychotherapeuten, die werkzaam zijn in de gezondheidszorg. Aan de derde aanbeveling toespitsing op belangrijke doelgroepen die nog niet worden bereikt is geen uitvoering gegeven.

De Tweede Kamer is jaarlijks geïnformeerd over de cijfers rondom suïcidaliteit en de uitvoering van de Beleidsagenda Suïcidaliteit middels de Jaarrapportages Vermindering Suïcidaliteit (Kamerstuk 22 894 nr. 251, vergaderjaar 2009-2010; Kamerstuk 22 894 nr. 296, vergaderjaar 2010-2011; Kamerstuk 22 894 nr. 309, vergaderjaar 2011-2012; Kamerstuk 22894 nr. 313, vergaderjaar 2012-2013).