

Preventieve gezondheidszorg

8.1 Inleiding

Voorkomen is beter dan genezen, is een veelgehoorde uitspraak. Preventie heeft als doel te zorgen dat mensen gezond blijven door enerzijds de gezondheid te bevorderen en anderzijds de gezondheid te beschermen. Dit kan bereikt worden door ziekten en aandoeningen te voorkomen of in een vroeg stadium op te sporen en door complicaties van ziekten te voorkomen. Maar het bevorderen van gezondheid moet ook in de bredere context van de definitie van de World Health Organisation¹ van gezondheid gezien worden: preventie heeft als doel om te bevorderen dat mensen optimaal functioneren, zowel fysiek als mentaal als sociaal. De algehele kwaliteit van leven staat daarbij centraal.

De overheid heeft de grondwettelijke taak² om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) draagt hiervoor de systeemverantwoordelijkheid. Dit betekent dat hij verantwoordelijk is voor de ontwikkeling en uitvoering van het preventiebeleid in Nederland.³ Dit preventiebeleid valt in drie onderdelen uiteen:

- 1 Ziektepreventie omvat maatregelen die gericht zijn op het voorkomen of op de vroege signalering van specifieke ziekten bij een individu. Hieronder vallen met name vaccinatie, screening en gerichte medicatie.
- 2 Gezondheidsbescherming heeft als doel de bevolking te beschermen tegen gezondheidsbedreigende factoren zoals straling of chemische verontreiniging. Door het maken van wet- en regelgeving (bijvoorbeeld door aanscherping van de tabakswet met het verbod te roken in openbare ruimtes) en het handhaven daarvan worden mensen minder blootgesteld aan gezondheidsbedreigende factoren.

- 3 Gezondheidsbevordering richt zich op het bevorderen en het in stand houden van een gezonde leefstijl en een gezonde sociale en fysieke omgeving om daarmee ziekten te voorkomen. Via gezondheidsvoorlichting of advies op maat kan een gezonde leefstijl worden bevorderd. Ook kan een goede sociale en fysieke omgeving gezond gedrag en gezondheid stimuleren.⁴

Met name bij de onderdelen gezondheidsbescherming en -bevordering wordt zichtbaar dat preventie het domein van de gezondheidszorg ruim overstijgt. Dit betekent dat de wetgeving inzake preventie dus niet alleen de gezondheidszorg raakt, maar de samenleving als geheel betreft.

Dit hoofdstuk geeft in hoofdlijnen de juridische aspecten van de preventieve zorg in Nederland.

1 Zie ook de definitie van de World Health Organization van 'health': 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.' Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

2 Art. 22 lid 1 Gw: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.' Sociale grondrechten worden onderscheiden van klassieke grondrechten. Een klassiek grondrecht beschermt de privéfeer van de burgers – lijf en goed en vrijheid – tegen onrechtmatige interventies door de overheid. Sociale grondrechten zijn opdrachten aan de overheid om zich ten behoeve van de burgers in te zetten voor bepaalde doelstellingen van algemeen belang, zoals onderwijs, werkgelegenheid en volksgezondheid. In tegenstelling tot klassieke grondrechten kunnen burgers de realisering van sociale grondrechten niet individueel afdwingen bij de rechter.

3 www.minvws.nl/dossiers/preventie/default.asp

4 Nationaal Kompas Volksgezondheid, www.rivm.nl/vt/object_document/04158n16g09.html

Hierbij komen eerst de reikwijdte en het domein van de preventieve zorg aan bod en daarna wordt uitgebreider ingegaan op de wettelijke kaders die dit veld beheersen.

8.2 Typen van preventie

Binnen preventie is er zowel sprake van collectieve activiteiten gericht op bevolkingsgroepen als van individuele gezondheidszorg die op medische indicatie plaatsvindt. Het eerste betreft een preventief aanbod, terwijl het tweede om diagnostiek op medische indicatie gaat. In de klassieke indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie werd een ordening voorondersteld tussen preventie, cure en care: succesvolle preventie reduceert de behoefte aan cure en een effectieve cure vermindert de behoefte aan care. De verhouding tussen preventie, cure en care is in de zorg echter ingrijpend veranderd door de introductie van de ketenzorg voor chronisch zieken. In de zorg voor chronisch zieken – waarbij van genezing geen sprake is – gaat het niet om opeenvolgende activiteiten maar om activiteiten die continu met elkaar zijn vervlochten. Deze ketenbenadering heeft geleid tot een herdefiniëring van de preventiebegrippen.⁵

Het College voor Zorgverzekeringen is daarom een nieuwe indeling gaan hanteren⁶:

- 1 Universele preventie is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet wordt gekenmerkt door het bestaan van een verhoogd risico op ziekte. Doel is de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen. Bijvoorbeeld: bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.
- 2 Selectieve preventie is gericht op (hoog)risicogroepen in de bevolking, met als doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen. Bijvoorbeeld: In de *NHG-Standaard Diabetes mellitus* staat dat de huisarts Hindoestanen vanaf 35 jaar een bloedsuikerbepaling moet aanbieden.
- 3 Geïndiceerde preventie is gericht op individuen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel de risicofactoren of symptomen die voorafgaan aan de ziekte. Doel is het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidschade te voorkomen. Bijvoorbeeld: jaarlijks

onderzoek op borstkanker bij vrouwen met erfelijke borstkanker in de familie.

- 4 Zorggerelateerde preventie richt zich op personen met gezondheidsproblemen. Doel is het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, het verminderen van de ziektelast en voorkoming van comorbiditeit. Bijvoorbeeld: stoppen met roken bij de patiënt met een chronische longaandoening.

Deze indeling doet recht aan het feit dat preventie steeds meer door de verschillende sectoren van de gezondheidszorg heen gaat lopen: zowel de openbare gezondheidszorg als de individuele gezondheidszorg heeft preventieve werkzaamheden. Universele en selectieve preventie worden collectief aangeboden en geïndiceerde en zorggerelateerde preventie maken onderdeel uit van de individuele gezondheidszorg.

Klassieke indeling

De nieuwe indeling in preventie vervangt de klassieke indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie, waarin preventieve activiteiten onderscheiden werden in de drie fasen van het ziekteproces:

- Primaire preventie: ziekten voorkomen door ontstaansoorzaken weg te nemen. De doelgroep bij primaire preventie is een gezonde (deel)populatie. Een voorbeeld van primaire preventie is de vaccinatie van zuigelingen in Nederland.
- Secundaire preventie: ziekten in een vroeg stadium opsporen. De doelgroep bestaat uit personen die ziek zijn dan wel een verhoogd risico of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte is bij deze personen echter nog niet vastgesteld. Het bevolkingsonderzoek borstkanker is een voorbeeld van secundaire preventie door het screenen van een populatie met een verhoogd risico (vrouwen tussen de 50 en 70 jaar).
- Tertiaire preventie: vorm van individuele zorg. Hieronder vallen activiteiten die erop gericht

5 College voor Zorgverzekeringen. Essaybundel: Van preventie verzekerd. Acht invalshoeken op preventie en de verzekerde zorg. Diemen 2006.

6 College voor Zorgverzekeringen. Rapport Van preventie verzekerd. Diemen 16 juli 2007, p. 17.

zijn tekorten in de gezondheidstoestand op te opheffen, te reduceren of te compenseren op individueel niveau. De ziekte is immers al gediagnosticeerd. Het voorkomen van complicaties en het voorkomen dat de ziekte erger wordt, vallen eveneens onder deze vorm van preventie. De bewaking van cholesterolgehalte en bloeddruk alsmede de medicamenteuze behandeling daarvan na een hartinfarct is een voorbeeld van deze categorie.

8.3 Domeinen in de preventieve gezondheidszorg

8.3.1 OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

De openbare of publieke gezondheidszorg behartigt zaken waar burgers niet snel om zullen vragen, maar die wel geregeld moeten zijn voor een gezonde samenleving.⁷ Het meest karakteristieke van openbare gezondheidszorg in vergelijking met de individuele gezondheidszorg is dus dat er geen sprake is van een individuele hulpvraag. Voor zover preventie van overheidswege collectief wordt aangeboden, valt het daarmee binnen het domein van de openbare gezondheidszorg. Dit is een heel breed terrein, dat strekt van mediacampanes tegen roken tot de zuigelingenverzorging op het consultatiebureau en van het voorkomen van pandemieën tot bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. De wetgeving die het terrein van de openbare gezondheidszorg reguleert, is van publiekrechtelijke aard.⁸

Hoewel er duidelijke verschillen zijn tussen de openbare gezondheidszorg en de individuele zorg, is er de afgelopen jaren sprake van een trend waarbij beide beleidsterreinen naar elkaar toeschuiven en meer geïntegreerd raken. Dit is bijvoorbeeld duidelijk zichtbaar bij het zojuist genoemde uitstrijkje: vrouwen in een bepaalde leeftijdscategorie krijgen een vanuit de openbare gezondheidszorg georganiseerd aanbod, terwijl het uitstrijkje zelf over het algemeen door de huisarts wordt verricht. Maar ook zorginhoudelijke factoren, zoals de toegenomen zorg voor chronisch zieken, zijn hier de oorzaak van en maken een nauwere samenwerking wenselijk en noodzakelijk.⁹

8.3.2 INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG

Binnen de individuele gezondheidszorg is de aandacht voor preventie aan het toenemen. Mede door de vergrijzing is er een groeiend aantal chronisch zieken, waarbij de focus van de zorg niet ligt op curatie, maar op het voorkomen van complicaties en verergering. Bovendien wordt steeds meer gedacht vanuit risicoprofielen, waarbij ernaar wordt gestreefd om risico's op bepaalde aandoeningen te verkleinen. Een voorbeeld hiervan is de NHG-standaard van de huisartsen over cardiovasculair risicomanagement, waarbij huisartsen aan de hand van inschattingen van risico's op cardiovasculaire problematiek hun verdere diagnostisch en therapeutisch beleid bepalen ter preventie van het optreden van deze cardiovasculaire ziekten. Ook de toenemende beschikbaarheid van genetische kennis en het daarmee samenhangende geïndividualiseerde risicoprofiel dragen bij aan de toenemende aandacht voor preventie in de individuele zorg. Bovendien creëert elk aanbod zijn eigen vraag en daarom kan worden verwacht dat patiënten in het kader van de individuele gezondheidszorg vaker zelf om screening vragen. Deze individuele gezondheidszorg wordt in belangrijke mate gereguleerd door de wetgeving uit het burgerlijk recht, zoals de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).

Toename van preventieactiviteiten in de individuele zorg is ook nodig omdat, ondanks de toegenomen kennis over gezond gedrag, ongezonde gedragingen slechts in beperkte mate afnemen. Het boeken van gezondheidswinst op individueel en op collectief niveau vormt een gezamenlijke doelstelling van de individuele en publieke gezondheidszorg en is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van beide partijen.

Ondanks deze trend vinden de meeste activiteiten op het gebied van preventie plaats in het publieke domein. Het verbeteren van de volksgezondheid is immers een taak van de overheid, die met name

7 Uniken Venema HP, Jonkers-Kuiper LV. Openbare gezondheidszorg, vitaal voor een gezonde samenleving. Utrecht: Landelijke Vereniging GGD'en; 1999.

8 Voor nadere uitleg van deze terminologie zie hoofdstuk 1.

9 Mackenbach JP. Hervorming publieke gezondheid nodig. MC. 2005;60:568-71.

door middel van preventie kan worden uitgevoerd. Naast samenwerking met de individuele zorg maakt de overheid voor de verwezenlijking van deze taak gebruik van belangrijke dwarsverbanden met andere publieke domeinen, zoals welzijn, onderwijs, milieu, openbare orde en wonen.

8.3.3 INDIVIDUELE UITVOERERS VAN OPENBARE GEZONDHEIDSZORG

Openbare gezondheidszorg is een verantwoordelijkheid van de (gemeentelijke) overheid. Dit betekent echter niet automatisch dat de overheid ook zelf zorg moet dragen voor de uitvoering van de openbare gezondheidszorg. Het overheidsbeleid is erop gericht particuliere belanghebbenden (zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zoals GGZ-instellingen) te stimuleren tot het aanbieden van preventieve activiteiten. Deze trend is ook waarneembaar in de individuele gezondheidszorg en andere publieke sectoren, waar de overheid de uitvoering van publieke taken steeds vaker overlaat aan particuliere (markt)partijen. De overheid ziet daarbij toe op de blijvende toegankelijkheid voor de burger en bewaakt de kwaliteit.

In diverse beroepen binnen het terrein van de gezondheidszorg behoort preventie tot de taken.¹⁰ Zo voeren medewerkers van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) op het terrein van preventie, gezondheidsvoorlichting en gezondheidsopvoeding projecten uit die tot doel hebben gezondheid te bevorderen. Voorbeelden zijn voorlichtingsprogramma's en wijkgerichte programma's op scholen over roken en overgewicht. Bij de uitvoering van de projecten werken ze samen met hun doelgroep en met andere organisaties binnen hun regio. Sociaal-geneeskundigen (arts arbeid en gezondheid en arts maatschappij en gezondheid), tandartsen, huisartsen en andere medici voeren verschillende preventieactiviteiten uit, waaronder screening, voorlichting en vaccinaties. Paramedici zoals diëtisten, mondhygiënisten en arbeidshygiënisten hebben preventieve taken, die per beroep verschillen. Niet altijd benaderen de preventiewerkers de doelgroep zelf; dit gebeurt ook door intermediaire partijen, ook wel sleutelfiguren genoemd, zoals leraren en leeftijdsgenoten.

Op het individuele niveau van de uitvoering van openbare gezondheidszorg is de WGBO van

toepassing.¹¹ Dit betekent onder meer dat de individuele hulpverlener in de openbare preventieve zorg net als in de curatieve zorg de patiënt/cliënt moet informeren, dat de patiënt/cliënt toestemming moet geven en dat de hulpverlener de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en moet handelen volgens de professionele standaard. Een belangrijk verschil is echter dat de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt/cliënt niet vanuit een hulpvraag, dus op verzoek van patiënt/cliënt tot stand is gekomen, maar vanuit een aanbod van de hulpverlener. Hierdoor is de positie van de hulpverlener in de preventieve zorg een andere dan in de curatieve zorg. De consultatiebureau-arts mag bijvoorbeeld niet zonder toestemming van de betrokkene de huisarts informeren over zijn bevindingen. De huisarts mag op zijn beurt niet zomaar de consultatiebureau-arts informeren, omdat de consultatiebureau-arts niet behoort tot degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst tussen de huisarts en patiënt.¹² Uitgangspunten die binnen de curatieve zorg ingeburgerd zijn, zijn binnen een preventieve setting minder vanzelfsprekend.

8.4 Wettelijke kaders voor preventie

Preventie is een onderwerp waarop veel wetgeving van toepassing is. Voor de preventie die binnen de openbare gezondheidszorg wordt aangeboden, zijn de belangrijkste kaders neergelegd in de publiekrechtelijke wetgeving. In deze wetgeving worden de overheidstaken beschreven om de volksgezondheid te bevorderen. Naast de algemene bepaling in de Grondwet kent Nederland verschillende wetten die erop zijn gericht de gezondheid van de bevolking te beschermen of te bevorderen. De belangrijkste hiervan zijn de Wet publieke gezondheid en de Wet op het volksonderzoek, de Tabakswet, de Drank- en horecawet en de Warenwet. De eerste twee wetten betreffen de gezondheidszorg, terwijl de overige wetten regelgeving voor de gehele samenleving betreffen. Ook in de Wet maatschappelijke on-

¹⁰ www.rivm.nl/vtv/object_document/04159n16909.html

¹¹ Art. 7:464 BW (WGBO).

¹² Art 7:457 lid 2 BW (WGBO).

dersteuning (Wmo), een wet die ten doel heeft de participatie van burgers in de maatschappij te bevorderen, is indirect een preventiefunctie van de gemeentelijke overheid opgenomen. De Wmo streeft er immers naar chronisch zieken en gehandicapten tijdig de goede ondersteuning te bieden, zodat zij langer zelfstandig blijven wonen en de regie in eigen hand kunnen houden. Zorggerelateerde preventie ter voorkoming van verlies van zelfredzaamheid is daarbij een vereiste om deze maatschappelijke participatie te realiseren en te garanderen.

De wet- en regelgeving op het gebied van het beschermen en bevorderen van de gezondheid staat of valt met de handhaving ervan. De Voedsel en Waren Autoriteit/Keuringsdienst van Waren (VWA/KvW) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn onderdelen van het staatstoezicht op de volksgezondheid in ons land. De VWA/KvW ziet erop toe dat de wettelijke regels worden nageleefd voor eet- en drinkwaren en consumentenproducten zoals die staan vermeld in de Warenwet, Tabakswet en Drank- en horecawet. Ook moet de VWA/KvW mogelijke gezondheidsbedreigende situaties signaleren. Het toezicht van de IGZ bestrijkt het gehele domein van de gezondheidszorg. De IGZ houdt dus zowel toezicht op de individuele gezondheidszorg als op uitvoering van de Wet publieke gezondheid en de Wet op het bevolkingsonderzoek. Omdat deze laatste twee wetten het domein van de gezondheidszorg betreffen, zal hierop nader worden ingegaan.

8.4.1 WET PUBLIEKE GEZONDHEID (WPG)

Op 1 december 2008 is de Wet publieke gezondheid (WPG) in werking getreden. Deze wet vervangt de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV), de Infectieziektenwet en de Quarantainewet. De reden voor deze nieuwe wetgeving is dat Nederland de nieuwe Internationale Gezondheidsregeling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)¹³ moet gaan implementeren. Deze nieuwe Internationale Gezondheidsregeling (IGR) was opgesteld vanwege de dringende noodzaak voor internationale afspraken om mondiale dreigingen van infectieziekten crises, zoals het SARS-virus¹⁴ en de vogelgriep, het hoofd te kunnen bieden. De nationale wetgeving moest zodanig worden aangepast dat Nederland kon voldoen aan deze IGR.

Infectieziektebestrijding

De implementatie van de IGR in Nederland maakte dat de infectieziekteteregelgeving, die verspreid was over drie wetten: de WCPV, de Infectieziektenwet en de Quarantainewet, grondig diende te worden herzien. Die herziening was overigens ook los van deze implementatieplicht dringend gewenst. De versnippering van de infectieziektenregelgeving en de deels achterhaalde inhoud ervan, stonden een adequate bestrijding van een infectieziektecrisis in de weg. Een goede operationele uitvoering van de infectieziektebestrijding in tijden van crisis staat of valt immers met duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Om mondiaal infectieziektecrises te kunnen aanpakken is de IGR aanzienlijk verruimd met meldingsplichten en met centrale sturing door de WHO. Deze heeft de bevoegdheid gekregen aanbevelingen te doen over de (voorbereiding op) bestrijding van infectieziekten met een mondiale dreiging. Deze aanbevelingen kunnen alleen op zinvolle wijze worden omgezet in nationale maatregelen, indien centrale verantwoordelijkheid hiervoor in een land aanwezig is. Tegen deze achtergrond is in de WPG voorzien in centrale sturing door de rijksoverheid: de minister van VWS krijgt meer bevoegdheden jegens de verantwoordelijke burgemeesters. Daarnaast is sprake van aanpassing van de meldingssystematiek, waarbij een belangrijke rol is neergelegd bij het nationale coördinatiepunt infectieziektebestrijding. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)/Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) vervult deze rol. De nieuwe WPG regelt tot slot dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel te kunnen opsporen en bestrijden op plaatsen met veel internationaal verkeer, zoals grote havens en vliegvelden (Schiphol en Rotterdam met name).¹⁵

Kernpunten ten aanzien van infectiebestrijding in de WPG zijn:

¹³ Trb. 2007, 34.

¹⁴ SARS staat voor: Severe Acute Respiratory Syndrome.

¹⁵ <http://www.vng.nl/Documenten/Extranet/Sez/ZWS/wpg-Sameninfectiebestr.pdf>

- Creëren van centrale aansturing in de organisatie van de infectieziektebestrijding, met name van ziekten van hoge besmettelijkheid en letaliteit op de zogenoemde A-lijst (polio, pokken, SARS). Dit betekent concreet dat de gemeente op aansturing van de rijksoverheid maatregelen moet treffen. Bestrijding is dan niet langer enkel de verantwoordelijkheid van de gemeente, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de rijksoverheid en gemeente.
- De rijksoverheid heeft een regelende rol in de verdeling van vaccins en dergelijke in het geval dat er beperkte beschikbaarheid is en prioriteiten moeten worden gesteld.
- Op lokaal niveau heeft de burgemeester formeel een leidende rol in de bestrijding van uitbraken van infectieziekten. Dit komt overeen met de reeds bestaande praktijk en de rol van de burgemeester op het gebied van openbare orde in het kader van de Gemeentewet, alsmede in de bestrijding van crises in de zin van de Wet rampen en zware ongevallen (WRZO).
- Een infectieziekte – bijvoorbeeld griep – kan een zodanige omvang aannemen dat het maatschappelijke leven erdoor wordt ontwricht. De bestrijding van dergelijke crises, waarbij coördinatie van verschillende diensten is vereist, is geregeld in de WRZO en de VWR. Wat de relatie tot de openbare veiligheid betreft, moet de minister van VWS zijn optreden interdepartementaal afstemmen.

Centrum Infectieziektebestrijding (Cib)

Protocollen

Een voorbeeld van landelijke protocollering van activiteiten op het gebied van de preventieve zorg is de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het Cib. De LCI-protocollen zijn een belangrijk instrument voor het realiseren en handhaven van een landelijk kwaliteitsbeleid op het gebied van de infectieziektebestrijding. De protocollen infectieziekten zijn bedoeld als ondersteuning voor de dagelijkse GGD-praktijk. Met name de gegevens die relevant zijn voor de Nederlandse situatie worden vermeld. De protocollen geven per infectieziekte, voor zover relevant voor de praktijk van de bestrijding, een systematisch overzicht van:

- de stand van zaken van de wetenschap plus opgave van relevante literatuur;
- landelijke afspraken over de aanpak van de bestrijding;
- de rol van de GGD en andere participanten (netwerk).

Draaiboeken

De draaiboeken zijn bedoeld om incidenten met een grote impact in korte tijd op een professionele manier het hoofd te kunnen bieden. Door bundeling van de beschikbare expertise kan ook op een locatie waar niet kan worden teruggegaan op reeds opgedane ervaring, op een adequate manier worden gereageerd. De draaiboeken geven een stapsgewijze werkwijze voor de GGD-praktijk. Aandachtspunten, procedures en hulpmateriaal zijn opgenomen als handreiking.¹⁶

Omdat infectieziektebestrijding start met herkenning van een infectie bij een patiënt, is er in de WPG bepaald dat artsen bij de GGD een melding moeten doen indien zij bij patiënten bepaalde infectieziekten vaststellen of vermoeden. In de wet is vastgesteld om welke infectieziekten het gaat,¹⁷ binnen hoeveel uur de melding moet plaatsvinden¹⁸ en welke gegevens de melding moet bevatten.¹⁹ Deze wettelijk gereguleerde meldingsplicht verplicht de arts het beroepsgeheim te doorbreken, maar slechts zover het de in de wet omschreven gegevens betreft. De GGD geeft de meldingen van infectieziekten vervolgens door aan de burgemeester en aan het RIVM. Indien een patiënt niet vrijwillig meewerkt aan de maatregelen die noodzakelijk zijn ter bescherming van de volksgezondheid, heeft de burgemeester onder voorwaarden de bevoegdheid om een patiënt door middel van een beschikking te laten opnemen ter isolatie, medisch onderzoek te laten ondergaan en in quarantaine te plaatsen. Deze beschikking wordt via de officier van justitie ter toetsing aan de rechtbank voorgelegd.

¹⁶ www.infectieziekten.info

¹⁷ Art. 1 sub e t/m f WPG.

¹⁸ Art. 21 en 22 WPG.

¹⁹ Art. 24 WPG.

Collectieve preventie

In de Wet publieke gezondheid (WPG) is de inhoud van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) ongewijzigd overgenomen. De WCPV was in 1989 in werking getreden en in 2003²⁰ zodanig gewijzigd dat preciezer was omschreven wat de basistaken van gemeenten zijn die zij ten minste moeten (laten) uitvoeren. Met de invoering van de WPG is er één nieuw element toegevoegd aan de gemeentelijke taak voor de jeugdgezondheidszorg en dat betreft de verplichte digitale gegevensopslag. Bovendien krijgt de gemeente als nieuwe taak opgedragen om zorg te dragen voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg. Over de implementatie en uitvoering van deze twee nieuwe elementen in de wet zal nog nadere besluitvorming volgen.

Voor de collectieve preventie is in de wetgeving veel verantwoordelijkheid bij de gemeente neergelegd. Een historische uitvoeringstaak van de gemeente was lange tijd de jeugdgezondheidszorg, die zich richt op de jeugd van 0 tot 19 jaar oud, hun ouders en intermediaire instellingen (zoals scholen). Deze taak werd van oudsher door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) uitgevoerd en behoort samen met de infectieziektebestrijding tot de oudste taken van de publieke gezondheidszorg.²¹ Inmiddels, sinds 1 januari 2003, zijn de gemeenten niet meer verplicht deze taak zelf uit te voeren, maar mogen zij deze zorg ook laten uitvoeren door instellingen voor zorg aan ouder en kind (thuiszorginstellingen).

Voor de uitvoering van taken op het gebied van de volksgezondheid houden gemeenten, al dan niet gezamenlijk, een GGD in stand. De belangrijkste taken van de GGD liggen op het terrein van de preventie en volgen rechtstreeks uit de WPG:²²

- 1 verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
- 2 bewaken van gezondheidsaspecten van bestuurlijke beslissingen;
- 3 bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's;
- 4 bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- 5 bevorderen van technische hygiënezorg;²³
- 6 bevorderen van psychosociale hulp bij rampen;
- 7 uitvoeren van de infectieziektebestrijding;
- 8 uitvoeren van de jeugdgezondheidszorg.²⁴

De rijksoverheid heeft op basis van de WPG de plicht om iedere vier jaar de landelijke prioriteiten (en een onderzoeksprogramma) op het gebied van de collectieve preventie vast te stellen. Deze landelijke preventienota is onderdeel van het cyclische proces om de uitwerking en de uitvoering van het preventiebeleid in Nederland nader vorm te geven. In dit cyclische proces bouwen de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de landelijke preventienota van VWS en de gemeentelijke nota's op elkaar voort. De VTV's van het RIVM bevatten informatie, gegevens en analyses over de volksgezondheid en de zorg in Nederland. In de landelijke preventienota verwoordt de minister van VWS het beleid op basis van deze VTV's. In oktober 2003 bracht de minister van VWS de eerste preventienota Langer gezond leven uit in deze cyclus. Veel gemeenten hebben in aansluiting hierop lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd en uitgevoerd. Vier jaar later heeft de rijksoverheid de tweede preventienota uitgebracht: *Kiezen voor gezond leven*.²⁵ Deze nota vormt weer de basis voor de volgende lokale gezondheidsbeleidontwikkelingen.

Kiezen voor gezond leven 2007-2010

De doelstellingen per speerpunt zijn:

- 1 Roken:
 - in 2010 is nog 20 procent een roker (2006: 28 procent).
- 2 Schadelijk alcoholgebruik:
 - het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar moet worden teruggebracht naar het niveau van 1992;

²⁰ Stb. 2002, 549.

²¹ Ouwelant W van den. Heilzame wetten. Historie, karakter, plaats en vorm van de publieke gezondheidszorg. In: Ouwelant W van den, Dute JCJ. Preventieve gezondheidszorg. Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht. Den Haag: Sdu Uitgevers; 2005. p. 7-101.

²² Art. 2 lid 2 WPG.

²³ Dit betreft bijvoorbeeld adviezen aan scholen en kinderdagverblijven over hygiënemaatregelen.

²⁴ Mackenbach JP, Maas PJ van der. Volksgezondheid en gezondheidszorg. 4e geheel herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2008. p.301.

²⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Kiezen voor gezond leven 2007-2010, *Kamerstukken II 2006/07*, 22894, nr. 110.

- er moeten minder volwassen probleemdrinkers zijn: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.
- 3 Overgewicht:
 - het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005);
 - het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).
- 4 Diabetes:
 - het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen;
 - daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties.
- 5 Depressie:
 - meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (in 2006 werden circa 4000 personen bereikt).

Controle op de kwaliteit van de geleverde (openbare) zorg oefent de overheid uit via de Kwaliteitswet zorginstellingen (zie ook hoofdstuk 12). Via protocollering van preventieve activiteiten door de betrokken beroepsgroepen vindt landelijke uniformering plaats. Deze uniformering vormt de landelijke norm en daarmee de kwaliteitsstandaard die de IGZ gebruikt bij het uitoefenen van toezicht. In de praktijk betekent dit minder ruimte voor de gemeenten voor een eigen en lokale invulling van kwaliteit van zorg. Indirect zorgt de overheid via de Kwaliteitswet zorginstellingen dus voor een versterkte centrale aansturing van de invulling van de taken op het gebied van collectieve preventie. Bovendien heeft de minister van VWS op basis van de WPG de taak te zorgen voor een landelijke ondersteuningsstructuur, het bevorderen van interdepartementale en internationale samenwerking en de bevoegdheid regels te stellen voor informatieverstrekking door gemeenten. Ook hiermee wordt centrale sturing gegeven aan de kwaliteit van de collectieve preventie.

8.4.2 WET OP HET BEVOLKINGSONDERZOEK (WBO)

Een tweede belangrijke wet in het kader van de preventieve gezondheidszorg, in het bijzonder de universele preventie, is de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO), ingesteld in 1996. In art. 1 WBO wordt onder bevolkingsonderzoek verstaan:

Geneeskundig onderzoek van personen dat wordt verricht ter uitvoering van een aan de gehele bevolking of aan een categorie daarvan gedaan aanbod dat gericht is op het ten behoeve of mede ten behoeve van de te onderzoeken personen opsporen van ziekten van een bepaalde aard of van bepaalde risico-indicatoren.

Bevolkingsonderzoek is een activiteit die bij uitstek tot de collectieve gezondheidszorg behoort. Het karakteristieke van bevolkingsonderzoek is gelegen in de omstandigheid dat een burger (actief) ongevraagd geconfronteerd wordt met een aanbod op initiatief van een arts of medische instantie terwijl hij in principe vrij van klachten is.²⁶ In de memorie van toelichting bij de WBO heeft de regering opgemerkt dat het aanbod van een bevolkingsonderzoek bijna altijd de belofte van gezondheidswinst inhoudt voor de burger. De afwijking of ziekte waarvoor een opsporingsaanbod wordt gedaan, zal daarom daadwerkelijk moeten kunnen worden opgespoord. Aan een bevolkingsonderzoek mogen volgens de memorie van toelichting derhalve stringenter eisen worden gesteld met betrekking tot de veiligheid, doelmatigheid en doeltreffendheid dan aan medisch handelen in het algemeen.²⁷ Daarbij wordt in de memorie van toelichting echter wel aangetekend dat moet worden voorkomen dat er te veel vals positieve uitslagen ontstaan.

Uitspraak Regionaal Tuchtcollege Amsterdam²⁸

Mevrouw G. liet zich op 15 februari 2000 onderzoeken in het kader van het bevolkingsonderzoek borstkanker. De week daarop kreeg zij bericht dat bij het onderzoek geen afwijkingen waren gevonden. Omstreeks 20 april 2000 voelde zij een knobbeltje in de rechterborst: een kwaadaardige tumor. Mevrouw G. diende bij het Regionaal Tuchtcollege een klacht in tegen de twee radiologen die de mammografie hadden beoordeeld die in het kader van het bevolkingsonderzoek was gemaakt.

²⁶ ZonMw. Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek. Den Haag; 2000.

²⁷ Wet op het bevolkingsonderzoek, *Kamerstukken II* 1988/89, 21264, nr. 3, p 5-6 (MvT).

²⁸ RT Amsterdam 28 augustus 2001; TvGR 2002/7.

Het Regionaal Tuchtcollege verklaart de klachten ongegrond. Weliswaar kon achteraf de tumor worden teruggevonden op de mamografie van het bevolkingsonderzoek, maar het is niet onjuist geweest dat de radiologen dit 'minimal sign' niet verontrustend vonden. Ook moet in aanmerking worden genomen dat screeningsradiologie minder precisie heeft dan klinische diagnostiek. In de klinische setting kan de radioloog meer dan één minuut besteden aan het bestuderen van de foto en bovendien kan hij dan over aanvullende gegevens beschikken.

Bovendien merkt het Regionaal Tuchtcollege op dat bij een dergelijk bevolkingsonderzoek onvermijdelijk fout-positieve en fout-negatieve beoordelingen worden gegeven en dat het in verband met de belasting voor de betrokken vrouwen belangrijk is om het aantal fout-positieve beoordelingen zo laag mogelijk te houden, ook al betekent dat dat het aantal fout-negatieve beoordelingen toeneemt.

Omdat er geen gezondheidsklacht is, is het moeilijk om van te voren aan te geven welk voordeel een individu van deelname aan een bevolkingsonderzoek kan verwachten. Dit ligt anders bij het instemmen met een diagnostisch onderzoek waaraan een concrete klacht ten grondslag ligt, omdat in dat geval het verklaren van de ervaren klacht de doelstelling is. Daarom zullen bij een bevolkingsonderzoek de risico's verbonden aan een bepaalde onderzoeksmethode afgewogen moeten worden tegen het rendement voor de gehele te onderzoeken groep. De WBO is bedoeld om mensen te beschermen tegen bevolkingsonderzoeken die een gevaar kunnen vormen voor hun lichamelijke of geestelijke gezondheid.

Deze bescherming biedt de WBO door middel van een vergunningenstelsel: voor bevolkingsonderzoek is een vergunning vereist indien gebruik wordt gemaakt van ioniserende straling, het bevolkingsonderzoek naar kanker betreft of naar ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen behandeling of preventie mogelijk is. Het verrichten van andere typen bevolkingsonderzoek is dus in beginsel vrij. Indien een vergunning nodig is, kan deze worden aangevraagd bij de minister van VWS. Na advies van de Gezondheidsraad besluit de minister van VWS de vergunning al dan niet

te verlenen. De aanvrager kan tegen dit besluit in bezwaar en beroep gaan. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de naleving van de WBO en kan bij handelingen in strijd met de wet aangifte doen. Overtreding wordt gestraft met een geldboete.

Stichting Proefprocessenfonds Clara Wichmann vorderde samen met drie vrouwen bij de rechtbank in kort geding²⁹ dat de Staat de leeftijdsgrens van 75 jaar bij het bevolkingsonderzoek op borstkanker moest afschaffen. Zij voerden daartoe aan dat vrouwen zelf moeten kunnen bepalen of zij aan onderzoek blijven deelnemen, ongeacht hun leeftijd. Voor het handhaven van de leeftijdsgrens waren volgens eiseressen geen medische, technische of andere rechtvaardigingsgronden en maakte de Staat zich schuldig aan discriminatie. De voorzieningenrechter overweegt dat de Commissie WBO van de Gezondheidsraad in haar advies van 2001 de huidige leeftijdsgrens kennelijk acceptabel heeft geoordeeld. Bij vrouwen op hoge(re) leeftijd is borstkanker eerder waarneembaar dan bij jongere vrouwen, maar groeit het langzamer. Hierdoor zal vroegtijdige ontdekking en behandeling met het stijgen van de leeftijd van de betrokken personen in steeds mindere mate de kwaliteit van het leven verhogen of levensverlengend werken. De rechtbank wees de vordering af.

Een voorbeeld van een niet-vergunningplichtig bevolkingsonderzoek is de hielprik bij pasgeborenen. Bij de hielprik is er geen sprake van toepassing van ioniserende straling, er wordt geen onderzoek naar kanker gedaan, de onderzoeksmethode is deugdelijk en de op te sporen aandoeningen zijn in beginsel behandelbaar.

De minister kan een vergunning weigeren als het onderzoek wetenschappelijk ondeugdelijk is, als het niet in overeenstemming is met de wettelijke regels voor medisch handelen of als het nut niet opweegt tegen de risico's voor de te onderzoeken persoon.³⁰

²⁹ Rb Den Haag 30 oktober 2007, *GJ* 2007, 164 (m.nt. AC Hendriks & YM Drewes).

³⁰ Art. 7 WBO.

Bij elk bevolkingsonderzoek, ook als het niet-vergunningsplichtig onderzoek betreft, moet zorgvuldig worden gewogen of de potentiële voordelen van een bevolkingsonderzoek de nadelen zullen overtreffen. De discussie rond prostaat-kankerscreening is hierbij een mooi voorbeeld. Met screening kan vroegtijdige behandeling van prostaatkanker ingezet worden. Een deel van de mannen die dan wordt behandeld, heeft hier baat bij, maar een ander deel zou zonder deze screening nooit symptomen hebben ontwikkeld, omdat zij aan iets anders sterven voordat de prostaatkanker bij hen tot klachten zou hebben geleid. De vraag is dan wat zwaarder weegt: het voordeel van het vroegtijdig behandelen van sommige mannen versus het nadeel van overbehandeling van anderen. Bij bevolkingsonderzoek gaat het daarom om risico- en rendementsafwegingen zonder dat daarbij het belang van het individu uit het oog mag worden verloren. Sterker nog, het moet uiteindelijk gaan om een belang van de te onderzoeken persoon zelf.³¹ Een individuele burger is niet in staat afwegingen over risico en rendement op populatieniveau te maken en zal daarom moeten kunnen vertrouwen op de kwaliteit van het aanbod. Omvang van het volksgezondheidsprobleem, risico's van de onderzoeksmethode, sensitiviteit en specificiteit van de onderzoeksmethode, beschikbaarheid van effectieve therapeutische opties en kosten-effectiviteitsverhouding zijn eisen die hierbij centraal staan. Deze eisen zijn als eerste geformuleerd door Wilson en Jungner in 1968 en zijn, ondanks discussies, nog onverminderd van kracht.

Criteria van Wilson en Jungner voor screening:³²

- 1 Er is sprake van een belangrijk probleem.
- 2 Er is een aanvaarde behandelwijze.
- 3 Er zijn medische voorzieningen beschikbaar.
- 4 Er is een herkenbaar latent stadium.
- 5 Er is een geschikte test of onderzoeksmethode.
- 6 De test is aanvaardbaar.
- 7 Het natuurlijke beloop is bekend.
- 8 Het is duidelijk wie wel en wie niet behandeld moet worden.
- 9 De kosten en baten zijn in balans.
- 10 Het proces van opsporing dient continu te zijn.

Uit de evaluatie van de WBO, uitgevoerd in opdracht van ZonMw³³, was reeds in 2000 naar voren gekomen dat te weinig typen van bevolkingsonderzoek worden getoetst in het kader van het huidige vergunningstelsel. De typen die wél worden getoetst, doorlopen soms een onevenredig zware procedure. De wet heeft dus per saldo een onevenwichtig effect op het totaal van het screeningsaanbod en geeft op deze wijze onvoldoende gestalte aan het beschermingsmotief. De evaluatiecommissie adviseerde de wetgever eigenlijk om terug te komen op het initiële vertrekpunt van terughoudendheid.

Een ruimere definitie van screening kan zorgen voor een groter bereik van de WBO en differentiatie in het toetsingsregime (toelating/vergunning) kan leiden tot doeltreffender procedures. Ook stelde de commissie voor een aantal materiële normen uit de WGBO toe te voegen aan de WBO, zoals eisen die in het kader van bevolkingsonderzoek worden gesteld aan informatieverstrekking en omgang met verzamelde gegevens of lichaamsmateriaal.

Sinds dit rapport is er een grote ontwikkeling geweest in screeningsmogelijkheden, zoals het groeiend aantal gezondheidsstests op de markt, het toenemende aanbod van preventieconsulten en check-ups. De minister van VWS heeft zowel de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) als de Gezondheidsraad verzocht een advies uit te brengen over screening. De RVZ hecht meer waarde aan de keuzevrijheid van de burger.³⁴ De Gezondheidsraad daarentegen weegt de beschermingstaak van de overheid zwaar, zwaarder dan de keuzevrijheid van de burger.³⁵ De overheid moet volgens de Gezondheidsraad een kwaliteitsimpuls geven voor een deugdelijk aanbod, wat via een

31 Voorbeelden van dergelijke belangen zijn: kennis met het oog op procreatie en kennis over besmettelijkheid.

32 Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nr. 34. Geneva: WHO; 1968.

33 ZonMw. Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek. Den Haag; 2000.

34 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Screening en de rol van de overheid. Den Haag; 2008; publicatienummer 08/03.

35 Gezondheidsraad. Screening: tussen hoop en hype. Den Haag: Gezondheidsraad; 2008; publicatienummer 2008/05.

'keurmerk' van testen bewerkstelligd kan worden. Het overheidsaanbod van screeningsonderzoek moet beperkt blijven tot behandelbare aandoeningen en de regelgeving en informatieverstrekking rondom zelftesten moet worden verbeterd. Een centrale regie op bevolkingsonderzoeken zal via een Permanente Commissie Screening gevoerd moeten gaan worden. Het kabinet heeft terughoudend gereageerd op deze voorstellen voor een keurmerk en het instellen van deze commissie. Als via zelfregulering voldoende waarborgen voor kwaliteit van screening gerealiseerd worden, zou de vergunningsplicht eventueel kunnen vervallen. Maar zolang dat niet het geval is, is het kabinet voornemens de WBO te handhaven en te verbeteren, conform het advies van de Gezondheidsraad en het evaluatierapport van ZonMw.³⁶

In relatie met de in hoofdstuk 9 te behandelen Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) is het tot slot van belang erop te wijzen dat in geval van vergunningplichtig bevolkingsonderzoek de regels van de WMO niet van toepassing zijn.³⁷ Gezien de intensieve toetsing in het kader van de vergunningverlening in de zin van de WBO achtte de wetgever aanvullende medisch-ethische toetsing niet nodig. Betreft het niet-vergunningsplichtig bevolkingsonderzoek met een wetenschappelijke doel, dan is medisch-ethische toetsing in de zin van de WMO wel aan de orde.

36 Gevers JKM. Screening: de tijden veranderen, de wetgever volgt (nog) niet. TvGR. 2008:504-10.

37 Art. 1 lid 3 WMO.

Literatuur

- College voor Zorgverzekeringen. Essaybundel: Van preventie verzekerd. Acht invalshoeken op preventie en de verzekerde zorg. Diemen; 2006.
- College voor zorgverzekeringen. Van preventie verzekerd. Diemen 16 juli 2007, p. 17.
- Gevers JKM. Screening: de tijden veranderen, de wetgever volgt (nog) niet. TvGR. 2008:504-10.
- Gezondheidsraad. Screening: tussen hoop en hype. Den Haag: Gezondheidsraad; 2008; publicatienr. 2008/05.
- Leenen HJJ, Dute JCJ, Kastelein WR. Handboek gezondheidsrecht. Deel II. Gezondheidszorg en recht. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2008.
- Mackenbach JP. Hervorming publieke gezondheid nodig. MC. 2005;60:568-71.
- Mackenbach JP, Maas PJ van der. Volksgezondheid en gezondheidszorg. 4^e geheel herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2008.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Kiezen voor gezond leven 2007-2010: *Kamerstuk* 2006-2007, 22894, nr. 110. Den Haag; 2006.
- Ouwelant W van den. Heilzame wetten. Historie, karakter, plaats en vorm van de publieke gezondheidszorg. In: Ouwelant W van den, Dute JCJ. Preventieve gezondheidszorg. Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht. Den Haag: Sdu Uitgevers; 2005, p. 7-101.

- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Volksgezondheid en zorg. Zoetermeer; 2001.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Screening en de rol van de overheid. Den Haag; 2008; publicatienummer 08/03.
- Uniken Venema HP, Jonkers-Kuiper LV. Openbare gezondheidszorg, vitaal voor een gezonde samenleving. Utrecht: Landelijke Vereniging GGD'en; 1999.
- Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nr 34. Geneva: WHO; 1968.
- ZonMw. Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek. Den Haag: 2000.

- www.gezondheidsraad.nl (Gezondheidsraad)
- www.ggd.nl (GGD Nederland)
- www.infectieziekten.info
- www.minvws.nl (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport)
- www.rivm.nl (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu)
- www.rvz.net (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg)
- www.vng.nl