

Programmaplan

LekkerLangLeven

December 2007

Inhoudsopgave

1	<u>INLEIDING</u>	3
2	<u>ACHTERGROND</u>	3
3	<u>UITGANGSPUNTEN</u>	6
4	<u>SPEERPUNTEN EN DOELEN</u>	9
4.1	LEEFSTIJL	9
4.2	GEZONDHEIDSCHECK	11
4.3	ONDERZOEK	14
4.4	COMMUNICATIE	15
5	<u>PROGRAMMA IN DE TIJD</u>	16
6	<u>ORGANISATIE</u>	17
7	<u>EVALUATIE EN BELEIDSCYCLUS</u>	17
8	<u>BUDGET</u>	18
9	<u>REFERENTIES</u>	19
	<u>BIJLAGE: UITWERKING INHOUDELIJKE PROJECTEN</u>	20
A.	LEEFSTIJL	20
B.	GEZONDHEIDSCHECK	23
C.	ONDERZOEK	25

1 Inleiding

In dit programmaplan leest u waarom en hoe Diabetes Fonds, Nederlandse Hartstichting en Nierstichting binnen het gemeenschappelijk Preventieprogramma LekkerLangLeven hun krachten bundelen om via professionals, burgers en overheid te komen tot geïntegreerde preventie van hart- en vaatziekten, chronisch nierfalen en diabetes. Het programmaplan geeft aan welke thema's binnen dit programma worden opgepakt, welke doelen daarbij gesteld worden en welke hoofdactiviteiten daarbij uitgevoerd zullen worden. Dit programmaplan is leidend voor de duur van het programma, maar via jaarplannen zullen activiteiten jaarlijks worden aangepast aan de actualiteit.

2 Achtergrond

Het Diabetes Fonds, de Nederlandse Hartstichting en de Nierstichting maken zich sinds jaar en dag hard voor patiënten met diabetes, hart- en vaatziekten en nierziekten. Bij elkaar opgeteld zetten zij zich in voor ruim 1,5 miljoen patiënten. De ontwikkelingen in de moderne geneeskunde in de afgelopen decennia hebben tot veel goeds geleid, zeker op het gebied van de behandeling van en zorg voor acute ziekten. Zo is sterfte aan hartinfarcten sinds de jaren '70 meer dan gehalveerd en is dialyse als gevolg van de klassieke nierziekten en diabetes type 1 afgelopen decennia gestabiliseerd en zelfs afgenomen (Nederlandse Hartstichting 2006, Gansevoort 2004) .

Bij het ontstaan van diabetes mellitus, chronisch nierfalen en hart- en vaatziekten spelen veel gemeenschappelijke risicofactoren een rol. Naast roken zijn dit de onderdelen van het 'metabool syndroom': hoge bloeddruk, verhoogd bloedsuiker, overgewicht, verhoogd cholesterol, verhoogde triglyceriden en een verhoogde eiwituitscheiding in de urine. Bij 3 of meer van deze risicofactoren wordt doorgaans gesproken van het metabool syndroom. Goede medische behandeling en verandering van de leefstijl is dan noodzakelijk.

Een steeds ongezondere leefstijl leidt echter tot de snelle aanwas van nieuwe, steeds jongere, vaak chronisch zieke patiënten met meerdere van deze drie aandoeningen tegelijk. De fondsen maken zich grote zorgen over de trends in leefstijlfactoren die van invloed zijn op het ontstaan van de drie ziektes. Bijvoorbeeld (Nederlandse Hartstichting 2006, 2007¹):

¹ NHS

-
- de helft (48%) van de mensen van 12 jaar of ouder voldoet niet aan de norm om een ½ uur per dag te bewegen. Van de jongeren (10–17 jaar) voldoet 75% niet aan de norm om 1 uur per dag matig tot intensief te bewegen.
 - 75–80% van de 20 tot 50 jarigen voldoet niet aan de norm voor voldoende groente en fruit, 90% van de mensen ouder dan 12 jaar eet te veel verzadigde vetzuren en 1 op de 10 Nederlanders drinkt te veel alcohol. 20% van de jongens en 11% van de meisjes tussen 15 en 25 jaar drinkt meer dan verantwoord is voor hun gezondheid.
 - het aantal Nederlanders dat rookt stijgt van 28% naar 29%. Onder jongeren is echter wel een dalende trend waarneembaar (23% van de jongeren van 10–19 jaar rookt).

Veel organisaties organiseren activiteiten en programma's om het tij te keren. Maar net als een veenbrand blijkt het probleem hardnekkig en lastig te bestrijden (De Hollander 2006). Hoewel enig succes (bijvoorbeeld bij roken) kan worden geclaimd, rookt nog steeds bijna 1/3 van de volwassenen en is een grote doorbraak in de aanpak van andere leefstijl gerelateerde risicofactoren voor de drie ziektes nog niet in zicht. Dit geldt zeker voor bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status (SES) waar veel risicogedrag voorkomt. De levensverwachting in die groepen is maar liefst 3 jaar korter en gemiddeld leven mensen in die groepen 13 jaar langer met ziektes.

Het is tegen deze achtergrond dat het Diabetes Fonds, de Nierstichting en de Nederlandse Hartstichting hebben besloten de handen ineen te slaan voor de preventie van hart- en vaatziekten, nierfalen en diabetes. Zij willen ten aanzien van gemeenschappelijke preventie thema's de krachten bundelen op de terreinen lobby en pleitbezorging, voorlichting, bewustwording, vroege opsporing en behandeling van mensen met een verhoogd risico op de drie ziektes, en onderzoek.

Feiten en cijfers

Onderdelen metabool syndroom

- De helft van de volwassenen is te zwaar en 10% lijdt aan vetzucht (**obesitas**). Eén op de 7 kinderen tussen 4 en 15 jaar was in 2002–2004 te zwaar. Dat is een verdubbeling ten opzichte van 1997. (Nederlandse Hartstichting 2006, 2007)
- Jaarlijks komen er 70.000 patiënten bij met **diabetes mellitus**. De ziekte komt ook op steeds jongere leeftijd voor. Geschat wordt dat er momenteel 150.000–250.000 mensen met ongediagnosticeerde diabetes zijn. (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas 2007)
- Ongeveer 1 op de 8 Nederlanders heeft een **verhoogd cholesterolgehalte** in het bloed. Maar een zeer klein deel daarvan is echt erfelijk belast. Vaak hebben mensen wel een verhoogde gevoeligheid voor het ontwikkelen van een verhoogd cholesterolgehalte. Door een ongezonde leefstijl kan het cholesterolgehalte bij hen snel oplopen. (Nederlandse Hartstichting 2006)
- Ongeveer een kwart van de mensen tussen 20–70 jaar heeft een **verhoogde bloeddruk**. (Nederlandse Hartstichting 2006)
- Ongeveer 1 op de 10 volwassen Nederlanders heeft een vorm van nierschade, vaak met een verhoogde uitscheiding van **eiwit in de urine** (de Zeeuw 2005). Meestal is deze nierschade niet bekend bij de huisarts (Halbesma 2006). Deze mensen lopen niet alleen een groter risico op slechter werkende nieren, maar hebben of krijgen ook vaak te maken met hart- en vaatziekten en diabetes. Chronische, ook vroege, nierschade wordt steeds meer onderkend als een oorzaak van hart- en vaatziekten.

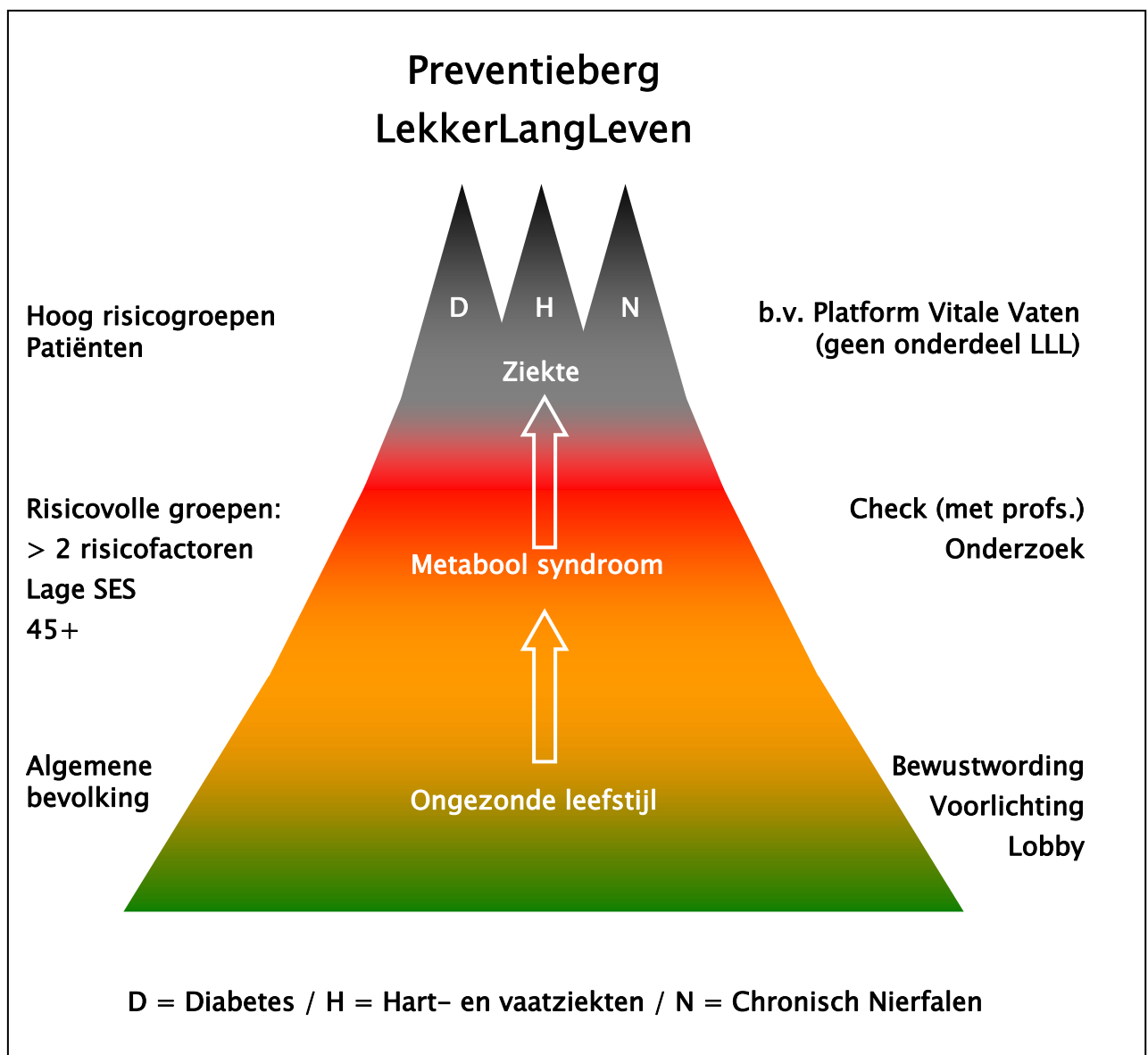
Verder...

- Jaarlijks zijn er 150.000 nieuwe uitingen van hart- en vaatziekten (Nederlandse Hartstichting 2005).
- Het aantal sterfgevallen aan hart- en vaatziekte als gevolg van roken is bijna 5.800 per jaar (RIVM 2007).
- De prevalentie van eindstadium chronisch nierfalen (dialyse of transplantatie nodig) verdubbelde sinds 1990 tot ruim 12.000 in 2006 (Oppe 2007). Het gezamenlijke aandeel van diabetes type 2 en vaataandoeningen als onderliggende oorzaak van dialyse steeg van 17% in 1990 naar 35% in 2006 (Oppe 2007).
- Tussen 1990 en 2005 steeg de incidentie van mensen in dialyse van ruim

3 Uitgangspunten

Voorafgaand aan de formulering van de programmadoelen hebben de drie fondsen zes uitgangspunten geformuleerd die als referentiekader voor dit programma gelden:

1. de steeds ongezondere leefstijl is onacceptabel.
2. het gezamenlijk aanpakken van gemeenschappelijke preventie thema's voor de drie ziektes is krachtig.
3. de fondsen signaleren een berg met 3 niveaus waarop invloed uitgeoefend kan worden:



-
- Niveau 1. Onder aan de berg staat de Nederlandse bevolking. Hier moeten vele partijen samenwerken om de veenbrand van ongezonde leefstijl te bestrijden. De overheid heeft hier een cruciale, actieve coördinerende rol te vervullen, maar doet dit nu nog onvoldoende, ook al zijn er hoopvolle ontwikkelingen. De fondsen maken zich sterk voor bewustwording, agendering van het probleem en aanjagen van de juiste partijen.
 - Niveau 2. Er is een grote en toenemende groep mensen die een verhoogd risico lopen op ziekte, maar die dit nog niet weten. Risicovol zijn met name mensen uit lage SES groepen, mensen boven de 45 en mensen die meerdere risicofactoren hebben. Gebrek aan bewustzijn over eigen gedrag, kennis, de sociale en fysieke omgeving en cultureel bepaalde factoren zijn oorzaken voor het ongezonde gedrag. Er zijn vele mensen die behandeling, voorlichting en begeleiding nodig hebben. Daar waar het preventie betreft overlappen de ziektebeelden elkaar aanzienlijk. De fondsen nemen een actieve rol om Nederlanders meer bewust te maken van hun risicofactoren en hoe ze hun gezondheid positief kunnen beïnvloeden. Daarbij wordt een effectief preventieaanbod voor risicogroepen (opsporing en behandeling/begeleiding) ontwikkeld en geïntegreerd in de structurele zorg.
 - Niveau 3. De gevolgen van ziekte zijn meer ziektespecifiek en worden reeds door ieder fonds opgepakt naar aandachtsgebied. Daarbij wordt ook in toenemende mate samengewerkt. Bijvoorbeeld in het platform Vitale Vaten waar alledrie de fondsen adviserend lid zijn (Diabetesfonds middels een afvaardiging vanuit de Diabetes Federatie).
4. Daar waar zinvol wordt gezocht naar een nog bredere samenwerking. Op het terrein van de lobby zal nauw worden samengewerkt met de commissie Preventie van de Sectie Gezondheidsfondsen (SGF) van de Vereniging Fondsenwervende Instellingen (VFI). De activiteiten² die via deze commissie namens meerdere gezondheidsfondsen worden opgezet, richten zich op een lobby voor structurele financiering van preventie en een integrale preventie. De aanpak sluit goed aan op de ambities van dit programma. De drie fondsen participeren actief in deze commissie. Ook de

² Werkplan 2007 commissie Preventie Sectie Gezondheidsfondsen (SGF) van de Vereniging Fondsenwervende Instellingen (VFI) m.b.t. lobby voor financiering en integrale aanpak van preventie: monitoring brede preventievisie, netwerk uitbouwen tot een volwaardige partner, stimuleren interdepartementale samenwerking via expertmeetings en een lokaal project met prestatieafspraken lokale overheid en verzekeraars.

beleidsagenda³ van de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) ligt in het verlengde van dit programma. De Nierstichting heeft namens de SGF sinds 2007 zitting in het bestuur van de NPHF. Nauwe samenwerking ligt daarom voor de hand.

5. Onderzoek maakt een aanzienlijk deel uit van het programma ter onderbouwing, ondersteuning en evaluatie van de activiteiten.
6. Het gezamenlijk optrekken heeft niet alleen inhoudelijk meerwaarde, maar ook fondsenwervend. Het feit dat fondsen meerwaarde zoeken in samenwerking wordt positief gewaardeerd.

³ De beleidsagenda van de NPHF 2006–2007: Gezondheidseffecten van de Wet op de Zorgverzekering en de WMO, Nieuwe nota preventiebeleid, Preventie en Zorgverzekeraars, Voortgang modernisering onderwijs, Kennisinstructuur Public Health, Beroepskrachtenplanning, Preventie en Curatie, Sturen op gezondheid, Versterken van de public health sector.

4 Speerpunten en doelen

Op basis van de hiervoor geschetste achtergrond en uitgangspunten hebben de drie fondsen de volgende hoofddoelstelling van het programma LekkerLangLeven geformuleerd:

Hoofddoelstelling programma

Dit gemeenschappelijk preventieprogramma moet ertoe leiden dat de geïntegreerde preventie van hart- en vaatziekten, chronisch nierfalen en diabetes op de kaart staat bij professionals, burgers en de overheid. Ook moeten belangrijke stappen zijn gezet op weg naar een structurele infrastructuur voor geïntegreerde preventie van deze drie aandoeningen. Dit gebeurt door gezamenlijk onderzoek, lobby en pleitbezorging, voorlichting en bewustwording, en het ontwikkelen plus implementeren van structurele vroege opsporing en behandeling van mensen met een verhoogd risico op de drie ziektes in de zorg.

Deze hoofddoelstelling willen de fondsen realiseren door in te zetten op de volgende speerpunten:

- Leefstijl
- Check
- Onderzoek
- Communicatie

In de volgende paragrafen worden de vier speerpunten nader toegelicht en wordt per speerpunt aangegeven welke doelen worden nagestreefd. In de bijlage zijn de speerpunten verder uitgewerkt in projectbeschrijvingen.

4.1 Leefstijl

De drie fondsen willen bij burgers, politiek en overheid aandacht vragen voor het grote maatschappelijke probleem van de veenbrand van ongezonde leefstijl. De drie fondsen signaleren, onder andere op basis van recente rapporten (De Hollander 2006, Raad voor de Volksgezondheid 2006) drie problemen die met voorrang moeten worden aangepakt om de veenbrand te blussen:

1. Ongezonde omgeving. Ongezonder gedrag in Nederland is hardnekkig door de ongunstige omgeving voor het maken van gezondere keuzes. Er is de afgelopen jaren steeds sterker het accent gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van het individu, ook als het gaat om gezond gedrag en gezondheid. De individuele

keuzevrijheid is echter vaak nogal betrekkelijk, vooral vanwege de ongunstige invloed van de sociale en fysieke omgeving op leefstijl en gezondheid, samen met persoonsgebonden eigenschappen van het individu. De 'gezonde' keuze moet daarom niet alleen gemakkelijk en aantrekkelijk worden gemaakt, maar ook nog eens voor iedereen realiseerbaar. Hiervoor is een intensieve en *integrale aanpak* nodig gericht op actieve betrokkenheid van andere sectoren, zoals milieu, onderwijs, landbouw, volkshuisvesting en verkeer.

2. Versnippering preventief aanbod. Heel veel organisaties ontwikkelen allerlei programma's om het tijt te keren en mensen te bewegen gezonder te gaan leven. Er is echter een te grote versnippering van activiteiten. Een goede aanpak van ongezonde leefstijl vergt een lange termijn visie, heldere en ambitieuze doelstellingen, effectieve netwerken en coördinatie.
3. Preventie niet structureel gefinancierd. Structurele financiering van preventie ontbreekt. Veel succesvolle preventieprojecten krijgen hierdoor geen vervolg. Ook betekent dit dat preventieve zorg vooral ervaren wordt als extra werklast op de toch al hoge werkdruk van de zorgprofessional, zonder dat er geld is om de organisatie van zorg hierop aan te passen. Geïndiceerde preventie moet daarom vergoed worden in de basisverzekering om preventie bij risicovolle groepen voor de drie ziektes te stimuleren.

Gelukkig is het preventieveld anno 2007 sterk in beweging. De nieuwe minister van Volksgezondheid Ab Klink is meer preventie minded dan zijn voorgangers. Bovendien zullen of zijn recent een aantal belangrijke adviezen en beleidsdocumenten over preventie beschikbaar (ge)komen:

- Preventie verzekerd (College voor Zorgverzekeringen 2007)
- Gezond gedrag bevorderd (werkgroep Interdepartementaal Beleidsonderzoek 2007)
- Gezond zijn, gezond blijven; Een visie op gezondheid en preventie (VWS, 2007)
- Tweede nota lokaal gezondheidsbeleid die alle gemeentes in 2007 gereed moeten hebben.
- Een nieuwe wet Publieke gezondheid

Met de oprichting van het Centrum Gezond Leven bij het RIVM is een belangrijke stap gezet naar een eenduidig, evidence based, preventie aanbod. Het recente advies van College voor Zorgverzekeringen (CVZ) adviseert het kabinet om geïndiceerde preventie (voor risicogroepen) in de basisverzekering op te nemen. Een nationale lange termijn visie op aanpak van ongezonde leefstijl is beschikbaar gekomen met het uitkomen van de brede preventie visie van VWS.

Kortom, er is veel beleidsdrukke. Coördinatie van preventief aanbod is onderweg. Waar het nu op aankomt is dat deze initiatieven ook echt van de grond komen en dat er daadwerkelijk implementatie gaat plaatsvinden (debat PHForum 27 september 2007).

De drie gezondheidsfondsen willen aan deze ontwikkelingen bijdragen door bewustwording te bewerkstelligen bij burgers, bedrijfsleven, overheid en politiek wat betreft de relatie tussen ongezonde leefstijl, een ongezonde omgeving en de drie ziektes. Daarmee willen we deze groepen stimuleren tot gedrags- cq

Doelstellingen 'Leefstijl'

- A. In 2012 heeft een actieve bijdrage van de drie fondsen aan de commissie Preventie van de Samenwerkende Gezondheidsfondsen ertoe bijgedragen dat (a) de aandacht bij beleidsmakers en politici voor het belang van een omgeving die gezonde keuzes ondersteunt tot concreet beleid heeft geleid, (b) de versnippering van preventief aanbod is verminderd en (c) geïndiceerde preventie structureel wordt gefinancierd.
- B. In 2012 is mede dankzij de bijdrage van de drie fondsen inzichtelijk hoe gemeenten omgaan met het aanpakken van ongezonde leefstijl en de rol van de fysieke en sociale omgeving daarbij. Dit inzicht ondersteunt gemeenten en GGD-en bij de ontwikkeling en implementatie van lokaal gezondheidsbeleid.
- C. In 2012 is de bewustwording bij burgers en politici over de veenbrand van ongezonde leefstijl en het belang van een gezondere leefstijl voor preventie van de drie aandoeningen toegenomen van xx tot yy (te bepalen op basis van een nulmeting).
- D. In 2008 zijn voorlichtingsmaterialen van de drie fondsen met betrekking tot gezond leven en risicofactoren voor de drie ziektes op elkaar afgestemd. Zo nodig zijn gezamenlijke materialen ontwikkeld en verspreid.

beleidsverandering.

4.2 GezondheidsCheck

Teveel Nederlanders hebben risicofactoren voor diabetes, chronisch nierfalen en hart- en vaatziekten waar zij iets aan kunnen doen. Door hun ongezonde leefstijl lopen zij een sterk verhoogd risico op ziekte op steeds jongere leeftijd. Momenteel willen veel mensen gelukkig weten hoe de eigen gezondheid ervoor staat. De niercheck, de diabetestest en de cholesterolprikactie verheugen zich dan ook in een grote belangstelling.

Gezien de eerder beschreven samenhang in het ontstaan en de preventie van diabetes mellitus, chronisch nierfalen en hart- en vaatziekten, zijn er volop kansen mensen met vroege stadia van deze aandoeningen geïntegreerd op te sporen en te behandelen. De fondsen vinden dat elke Nederlander die tot een risicovolle groep voor de drie ziektes behoort, zijn gezondheidsprofiel voor deze aandoeningen moet kunnen weten via één integrale gezondheidscheck. Deze moet maatgevend worden voor andere checks voor de drie ziektes. Risicovolle groepen zijn daarbij in ieder geval:

- Mensen uit lage SES groepen, waaronder allochtonen. Zij houden er over het algemeen een ongezondere leefstijl op na dan andere mensen. Vaak is men zich onvoldoende bewust van de effecten van hun gedrag op hun eigen gezondheid en de daarmee verhoogde kans op ziekte. De (gezonde) levensverwachting is hier dan ook aanzienlijk lager dan gemiddeld.
- Mensen van middelbare leeftijd en ouder (ouder dan 45 jaar). Zij zijn ‘at risk’ omdat door hun leeftijd de sluimerende schade aan de vaten als gevolg van de atherosclerose zo groot is geworden dat een van de drie ziektes zich kan openbaren.
- Mensen met meer dan 1 risicofactor.

Dat vroegtijdige opsporing actueel en van belang is, blijkt ook uit het recent door CVZ uitgebrachte rapport “Van preventie verzekerd”, waarin het CVZ de minister van VWS aanbeveelt “mensen met een hoog risico actief op te sporen en die personen toe te leiden naar de individuele zorg”.

De fondsen constateren echter wel dat er diverse problemen zijn:

1. Er is een wildgroei aan gezondheidstesten aan het ontstaan. Ook de fondsen dragen daar aan bij.
2. De koppeling met een vervolgaanbod (voorlichting, behandeling en begeleiding) binnen bestaande zorgstructuren zijn bij bestaande checks vaak onvoldoende geregeld of ontbreken geheel.
3. Bij de huidige checks is er vaak discussie over de ‘evidence’ en betrouwbaarheid.

De fondsen concluderen dat een goede standaard voor het opzetten en uitvoeren van een geïntegreerde gezondheidscheck voor de drie ziektes deze problemen zou kunnen helpen verminderen. In het kader van dit programma streven de drie fondsen er daarom naar een **Standaard voor een GezondheidsCheck** te ontwikkelen. De ontwikkeling en implementatie daarvan zal in nauwe samenwerking gebeuren met de professionals in de gezondheidszorg. Deze Standaard moet uiteindelijk structureel in de zorgsetting worden geïntegreerd en toegepast. Het recente besluit van huisartsen

om een eigen preventieaanbod (lees: check) te gaan ontwikkelen (www.lhv.nl) biedt hiervoor grote kansen.

Het ontwikkelen, evalueren en implementeren van een goede check samen met de professionals zal tijd in beslag nemen. De fondsen willen ondertussen graag risicovolle groepen bewust maken van hun ongezonde leefstijl, binnen deze groepen mensen met een hoog risico op de drie ziektes actief opsporen en daarmee laten zien aan de reguliere zorg hoe groot het belang is van het actief aanbieden van een GezondheidsCheck en preventief vervolgaanbod aan deze groepen. Ook willen we op korte termijn ervaring opdoen met een geïntegreerde check. Daarom willen de drie fondsen samen met relevante partners tijdelijk (voorlopers van) de Standaard toepassen en aanbieden op locaties waar veel risicovolle groepen aanwezig zijn. Dit kan bijvoorbeeld zijn in 'blue collar' bedrijven, moskeeën of buurthuizen. De fondsen stoppen hiermee op het moment dat de reguliere zorg op grote schaal op basis van de Standaard risicovolle mensen actief opspoor, behandelt en begeleidt. De ervaringen en resultaten van de GezondheidsCheck op locatie kunnen gebruikt worden voor de verdere ontwikkeling, verbetering en implementatie van de Standaard voor een GezondheidsCheck in de reguliere zorg.

Doelstellingen 'GezondheidsCheck'

- A. In 2012 kan elke Nederlander uit de risicovolle groep (zie doelgroepen) weten hoe zijn gezondheid er ten aanzien van de drie aandoeningen voorstaat, met behulp van een getrapte GezondheidsCheck. Deze GezondheidsCheck wordt volgens een "Standaard voor de GezondheidsCheck" actief aangeboden aan de risicovolle groepen binnen 80% van de professionele settings. Op basis van de resultaten van de GezondheidsCheck wordt begeleiding, behandeling dan wel nazorg aangeboden. Hoofddoelstelling: structureel aanbod.
- B. Eind 2011 hebben de drie fondsen actief bijgedragen aan de bewustwording van de doelgroepen op specifieke locaties (bedrijven, moskeeën, buurthuizen) m.b.v. de GezondheidsCheck op locatie. De fondsen bewijzen zo aan de reguliere zorg het belang van het actief aanbieden van een GezondheidsCheck en een preventief vervolgaanbod aan risicovolle groepen. Pressiedoelstelling: tijdelijk aanbod.

4.3 Onderzoek

Om de sterke aanwas en opsporing van mensen met diabetes, hart- en vaatziekten en nierfalen te stoppen is veel onderzoek nodig. De uitkomst van een expertmeeting die de drie fondsen op 26 september 2006 organiseerden was o.a. dat meer inzicht nodig is naar de samenhang tussen de drie ziektes en welke bestaande en nieuwe markers het beste voor opsporing gebruikt kunnen worden.

De drie fondsen zijn van mening dat het belangrijk is om het niet bij opsporen alleen te laten. Mensen die de gezondheidscheck hebben gedaan moeten niet aan hun "lot" overgelaten worden. Er is bijvoorbeeld nog weinig bekend over de wijze waarop mensen met de uitslag van een gezondheidscheck omgaan (risico-informatie), hoe een goede omgang bevorderd kan worden en wat dit betekent voor het opzetten en aanbieden van gezondheidschecks. Dit bleek o.a. tijdens consultering van experts over preventie van diabetes door het Diabetes Fonds.

Ook is een goed aanbod aan evidence based leefstijlinterventies nodig als vervolg op de gezondheidscheck. Er zijn al tal van initiatieven op dit terrein voor de drie ziekten maar er is sprake van versnippering en een tekort aan evidence. De drie fondsen starten binnen dit programma daarom een onderzoeksprogramma waar aan kennisvermeerdering van deze onderwerpen wordt gewerkt.

Doelstellingen 'Onderzoek'

- A. In 2012 is er meer inzicht in de samenhang tussen de drie ziektes en welke markers voor opsporing gebruikt kunnen worden.
- B. In 2012 is bekend wat het effect is van het bekend zijn/raken met een (risico) op ziekte op bewustwording en op gedragsverandering (risicobeleving en impact hiervan op gedrag) en wat dit betekent voor risicocommunicatie rondom gezondheidschecks.
- C. In 2012 is bekend wat (kosten)effectieve leefstijlinterventies zijn die kunnen worden aangeboden om (het risico) op ontwikkeling van diabetes (type II), chronisch nierfalen en/of hart- en vaatziekten te voorkomen bij mensen die een gezondheidscheck hebben gedaan.

4.4 Communicatie

Binnen het programma kunnen we twee niveaus van communicatie onderscheiden:

- communicatie over het programma, met als doel om het programma zelf onder de aandacht te brengen van verschillende doelgroepen.
- communicatie binnen het programma, ter ondersteuning van de doelstellingen die binnen het programma geformuleerd zijn. In dat geval maakt communicatie integraal onderdeel uit van het programma.

Op het overkoepelende niveau gaat het onder andere om het creëren van sympathie en bekendheid over het programma en ervoor zorgen dat verschillende doelgroepen geïnformeerd zijn en betrokken worden bij het plan. Uiteindelijk moet deze communicatie leiden tot een positieve houding van de doelgroepen ten aanzien van dit programma en bereidheid tot ondersteuning van en medewerking aan het programma, waar dat nodig is.

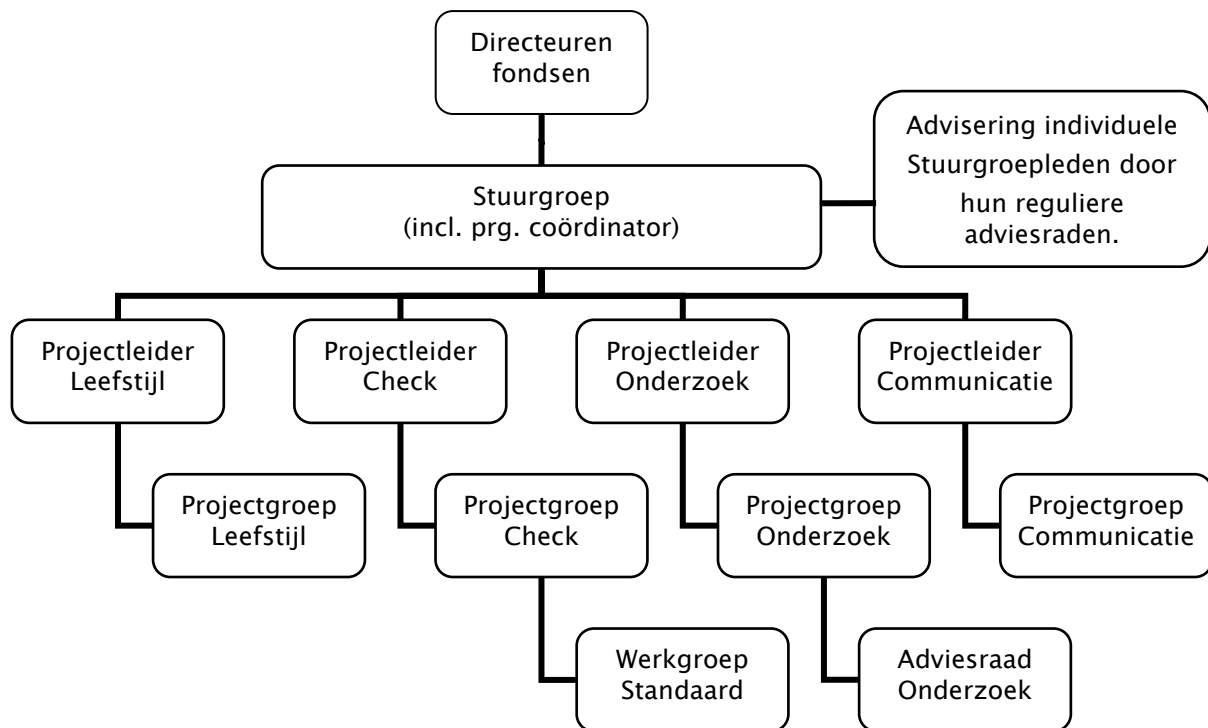
Voor de speerpunten ‘leefstijl’ en ‘gezondheidscheck’ is communicatie essentieel om de doelstellingen van deze speerpunten te realiseren. Daarom zal binnen deze projecten aparte communicatieplannen worden geformuleerd.

5 Programma in de tijd

	2007				2008				2009				2010				2011					
	Kwartaal	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Leefstijl																						
Lobby (SGF)				U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
Stemmingsbarometer				V	O	E		V	O	E		V	O	E		V	O	E				
Keurmerk				V	V	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Afstemmen voorlichting				V	V	O	U	U	U	U	U	U	U									
Check																						
Vorbereidend onderzoek																						
Marktverkenning locaties			V	U																		
Risico- en krachtenveldanalyse				U																		
Vooronderzoek huisartsen				V	U																	
Vooronderzoek bevolking				V	O	U																
Evaluatie pilot op locatie				V	O	U																
Evaluatie pilot reguliere zorg								V	O	U	U	E										
Ontwikkeling Standaard (jaarversies 2008, 2010, 2012)			V	V	O	O	O	O	E	E	E	O	O	O	E	E	E	O	E	E		
Ontwikkeling toolkits				V	O	O	O	E	O	O	U	E										
Implementatie en communicatie reguliere zorg								V	V	O	O	U	U	U	U	U	U	U	U	E	E	
Implementatie en communicatie op locatie				V	V	E	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	E		
Onderzoek																						
CTMM (markers)				PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Thema 1 (risico beleving & comm)																						
Inventarisatie				U	U	U																
Call				V	U																	
Beoordeling					U	U																
Subsidietoekenning						U																
Monitoring uitvoering									U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
Thema 2 (leefstijlinterventies)																						
Inventarisatie				U	U	U																
Call							V	U														
Beoordeling								U	U	U												
Subsidietoekenning										U												
Monitoring uitvoering												U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U
Kleine subsidierondes/open ruimte				PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Communicatie																						
Lancering campagne				U																		
Overig				PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
V= Vorbereidende activiteiten, O = Ontwikkelingsactiviteiten, U = Uitvoerings/implementatie activiteiten, E = Evaluatie activiteiten PM = Pro Memorie																						

6 Organisatie

Opdrachtgever van dit programma zijn de directeuren van de drie fondsen. In de praktijk functioneert een stuurgroep als gedelegeerd opdrachtgever. Deze stuurgroep bestaat uit één (gedelegeerd) lid van de directie/management team van elk van de fondsen plus een coördinerend programmamanager. Het programma wordt uitgevoerd door 4 projectteams, ieder met een eigen projectleider. De projectteams zijn samengesteld door medewerkers van de drie fondsen, zo nodig aangevuld met externen. De projectleiders leggen verantwoording af aan de stuurgroep.



De samenwerking, organisatie en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

7 Evaluatie en beleidscyclus

Dit programmaplan geeft aan welke speerpunten binnen dit programma worden opgepakt, welke doelen daarbij gesteld worden en welke hoofdactiviteiten daarbij uitgevoerd zullen worden. Bij de start van het programma en in elk najaar worden in een jaarplan de activiteiten voor het komende jaar verder uitgewerkt en vastgelegd, inclusief mijlpalen, capaciteitsplanning en een begroting. In oktober dient steeds het

eerste concept jaarplan beschikbaar te zijn ten behoeve van de beleidscycli van de drie fondsen. Elk jaarplan start met een korte evaluatie van het lopende jaar, resulterend in conclusies voor het jaar erop. In het jaarplan voor 2010 vindt een uitgebreidere evaluatie plaats op basis waarvan grotere koerswijzigingen van het programma aan de orde kunnen komen indien nodig. Jaarplannen worden in januari van elk jaar vastgesteld door de stuurgroep.

8 Budget

Het totale programmabudget bedraagt voor 2007–2011 €3.150.000. Ieder fonds investeert dus in totaal €1.050.000 in het gemeenschappelijke programma. In 2007 bedraagt het programmabudget €750.000 (ieder €250.000). Hiervan is in totaal maximaal €150.000 beschikbaar voor overheadkosten voor de komende 5 jaar. De overige €600.000 is beschikbaar voor de vier deelprojecten. In de daaropvolgende vier jaren bedraagt het jaarbudget voor het programma €600.000. Deze investeringsintentie is gebaseerd op dit programmaplan, maar wel elk jaar afhankelijk van de jaarplannen. Het jaarbudget en de globale aanwending ervan worden elk jaarlijks vastgesteld in januari en opgenomen in Bijlage 4 van de samenwerkingsovereenkomst tussen de drie fondsen. De onderverdeling van het budget over de diverse projecten is als volgt:

Project	Totaal budget 2007–2011
Leefstijl	€ 300.000
GezondheidsCheck	€ 700.000
Onderzoek	€ 1.600.000
Risicocommunicatie/beleving	(€ 750.000)
Leefstijlinterventies	(€ 750.000)
Overige kosten	(€ 100.000)
Communicatie	€ 400.000
Overhead	€ 150.000
Totaal	€ 3.150.000

9 Referenties

- Blokstra A, Baan CA, Boshuizen HC, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Picavet HSJ, Smit HA, Wijga AH, Verschuren WMM. Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005–2025. Blokstra A, Verschuren WMM (eds) RIVM 201004.
- De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, van Oers JAM, Polder JJ Zorg voor de gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven, 2006
- Gansevoort RT, van der Heij B, Stegeman CA, de Charro FT, Nieuwenhuizen MG, de Zeeuw D, de Jong PE. Trends in the incidence of treated end-stage renal failure in The Netherlands: hope for the future? *Kidney Int Suppl.* 2004 Nov;(92):S7–10.
- Halbesma N, Kuiken DS, Brantsma AH, Bakker SJ, Wetzels JF, De Zeeuw D, De Jong PE, Gansevoort RT. Macroalbuminuria is a better risk marker than low estimated GFR to identify individuals at risk for accelerated GFR loss in population screening. *J Am Soc Nephrol.* 2006 Sep;17(9):2582–90.
- Koek HL, van Dis SJ, Peters RJG, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland. In: van Leest LATM, Koek HL, van Trijp MJCA, van Dis SJ, Peters RJG, Bots ML, Verschuren WMM (red). Hart- en vaatziekten in Nederland 2005, cijfers over risicofactoren, ziekte, behandeling en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2005: 6–12.
- Leest van LATM, Verschuren. Leefstijl- en risicofactoren voor hart- en vaatziekten in de Nederlandse bevolking: prevalenties en trends. In: Jager-Geurts MH, Peters RJG, van Dis SJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2006, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2006: 89–107.
- Nederlandse Hartstichting. Factsheet Jongeren en hart- en vaatziekten. Nederlandse Hartstichting, 2007b (in press).
- Oppe M, Treur MJ, Barendregt W, Charro de FTh. De ontwikkeling van het nierfunctievervangings-programma in Nederland gedurende de periode 1990–2006, Renine 2007.
- Raad voor de Volksgezondheid. Publieke Gezondheid. RVZ, 2006.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> versie 3.11.1, 8 november 2007
- Zeeuw de D, Hillege HL, de Jong PE. The kidney, a cardiovascular risk marker, and a new target for therapy. *Kidney Int Suppl.* 2005 Sep;(98):S25–9.

Bijlage: Uitwerking inhoudelijke projecten

A. *Leefstijl*

Primaire doelgroepen van dit project zijn de rijksoverheid, lokale overheid, politiek, verzekeraars en burgers met een ongezonde leefstijl. Belangrijke intermediaire doelgroepen zijn maatschappelijke partijen, zoals de Samenwerkende Gezondheidsfondsen en Nederlandse Public Health Federatie.

Dit project wordt uitgewerkt door de volgende drie activiteiten:

1. **Monitoring en lobby.** Zoals eerder beschreven zijn er vele positieve ontwikkelingen en is er veel beleidsdrukte rondom preventie. Deze zouden kunnen leiden tot een integrale aanpak van de veenbrand van ongezonde leefstijl. Of dit ook daadwerkelijk zal doorzetten is de vraag. De drie fondsen willen dit monitoren en actief deelnemen aan het maatschappelijk debat.

Aanpak: Vanuit LekkerLangLeven zal worden deelgenomen aan het maatschappelijk preventie debat via actieve inbreng van de drie fondsen in de commissie Preventie van de Samenwerkende Gezondheidsfondsen (SGF) en door inbreng als bestuurslid van de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF). De Nierstichting verzorgt sinds 2007 zowel het voorzitterschap van de commissie Preventie van de SGF als het bestuurslidmaatschap bij de NPHF namens de SGF. Daarnaast willen de fondsen waar nodig ad hoc reageren op de landelijke en regionale actualiteit als de aanpak van ongezonde leefstijl in het geding is en een reactie vanuit de SGF of NPHF niet voor de hand ligt.

2. **Maatschappelijke bewustwording en lokaal gezondheidsbeleid.** Maatschappelijke bewustwording is nodig om de integrale aanpak van ongezonde leefstijl hoger op de politieke agenda's te krijgen en te houden. In het verlengde daarvan is het belangrijk om de ontwikkeling en uitvoering van een lokaal gezondheidsbeleid op gebied van leefstijl te stimuleren en ondersteunen. De drie fondsen willen daar als volgt invulling aan geven:
 - In 2008 wordt een jaarlijkse stemmingsbarometer onder politici en burgers gestart over hun houding ten aanzien van het aanpakken van ongezonde leefstijl. Naast een aantal terugkerende vragen kan deze barometer ook ingaan op de actualiteit. Deze stemmingsbarometer wordt gebruikt om jaarlijks aandacht te vragen voor ongezonde leefstijl en een effectieve aanpak daarvan. De eerste monitor geldt tegelijk als nulmeting voor dit project.

Aanpak: De stemmingsbarometer wordt 5x uitgebracht (2008–2012) in de week van de gezondheid. Dit betekent dat in het vierde kwartaal van het jaar ervoor een contract wordt afgesloten met het bureau dat dit zal opzetten en uitvoeren (briefing incl. onderwerpen die aan bod moeten komen, aanbesteding) en in het eerste kwartaal de barometer zal worden uitgevoerd. Naast een aantal structurele vragen die elk jaar terugkomen, zullen vragen worden gesteld over actuele zaken. Accountmanagement met het uitvoerend bureau gebeurt door de projectleider.

- In 2007 komt een projectplan gereed gericht op de ontwikkeling van een soort keurmerk voor gemeenten op gebied van hun bijdrage aan een gezonde leefomgeving (fysiek en sociaal). Er kan daarbij worden aangesloten bij diverse initiatieven op dit gebied. De zogenaamde ‘richtlijnen lokaal gezondheidsbeleid’ die in het kader van het VWS programma ‘Beter Voorkomen’ door Stivoro, het Voedingscentrum en het Trimbos Instituut worden ontwikkeld, lijken een veelbelovende ontwikkeling. Binnen de richtlijnen zitten zowel aspecten van integraal beleid als daadwerkelijke interventies die uitgevoerd moeten worden op scholen of door GGD'en. Het biedt gemeenten verder handvatten om te komen tot lokaal beleid op het gebied van leefstijl factoren. De richtlijnen voor Overgewicht en Roken zijn reeds beschikbaar. Het ontbreekt vooral nog aan implementatie ervan. Een keurmerk zou hieraan een bijdrage kunnen leveren, door gemeenten die een richtlijn hebben geïmplementeerd te certificeren op dat punt. De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) steunt deze ontwikkeling en ziet de richtlijnen als een standaard voor de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid en daarmee ook als toetsingsnorm.

De Inspectie is zelf bezig met het ontwikkelen van indicatoren voor toezicht op uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid. Het Centrum Gezond Leven van het RIVM is bezig leefstijl interventies te certificeren. Het onderzoeksbureau van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG/SGBO) is tenslotte bezig met een benchmark gezonde gemeenten.

De fondsen willen bijdragen aan deze ontwikkelingen. De fondsen vinden het daarbij belangrijk dat vooruitstrevende gemeenten worden beloond, ‘best practices’ zichtbaar worden en inzichtelijk wordt hoe gemeenten omgaan met het belang van een gezonde omgeving voor het maken van gezonde keuzes door hun inwoners.

Aanpak: na een telefonische ronde langs relevante partijen (o.a. SGBO/VNG, IGZ, RIVM/CGL, NIGZ, GGDNL, VWS) zal een kort voorstel geschreven worden over hoe een keurmerk van LLL kan aansluiten bij/bijdragen aan lopende initiatieven. Deze wordt besproken met deze partijen. Op basis daarvan wordt een projectplan geschreven dat gezien de verwachte aanbesteding de vorm kan hebben van een offertebriefing. Afhankelijk van de uitkomst zal de capaciteit/budget planning binnen LLL besproken worden.

Accountmanagement met het uitvoerend bureau gebeurt door de projectleider.

3. **Voorlichting aan burgers.** Eind 2009 zal de voorlichting aan burgers van de drie fondsen m.b.t. gezond leven en risicofactoren voor de drie ziektes op elkaar zijn afgestemd en enkele gezamenlijke voorlichtingsactiviteiten uitgevoerd.

Aanpak: Door de werkgroep worden de belangrijkste gezamenlijke kernboodschappen bepaald. Na een inventarisatie van voorlichtingsmaterialen (GVO materialen) bij de fondsen die relevant zijn voor de gezamenlijke kernboodschappen wordt in een bijeenkomst van de drie fondsen bepaald welke materialen afstemming behoeven en in hoeverre en gezamenlijk materiaal moet worden ontwikkeld. Verder zal een simpele procedure worden besproken hoe toekomstig materiaal kan worden afgestemd. Dit alles wordt in een eenjarig plan van aanpak gebundeld met een prioritering. Dit plan zal in 2008 gereed komen. De belangrijkste prioriteiten zullen in 2008 in gang gezet worden. Eind 2009 is het plan uitgevoerd. Deze activiteit wordt hoofdzakelijk uitgevoerd door de communicatie en voorlichtingsdeskundigen bij de drie fondsen.

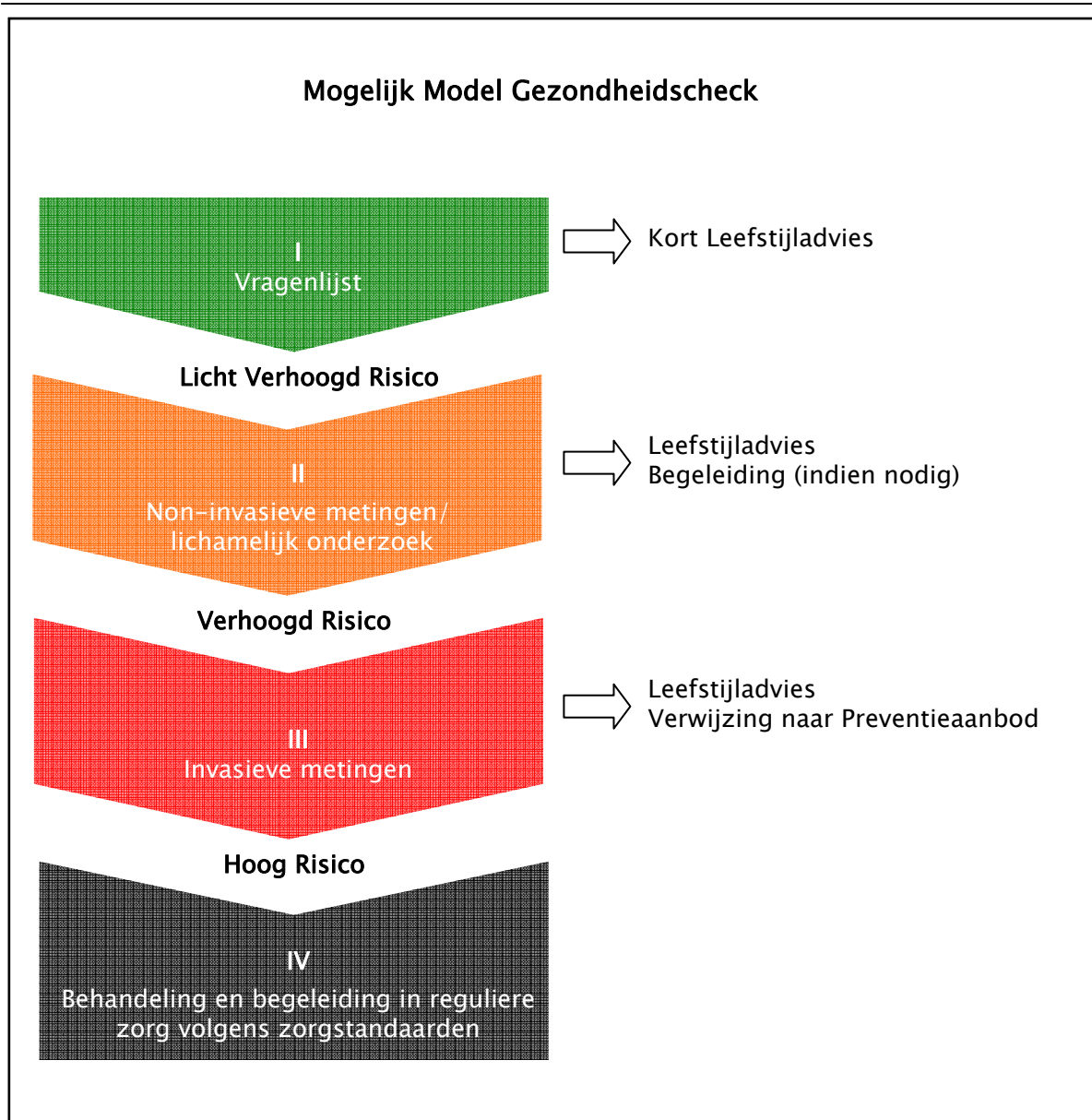
B. GezondheidsCheck

Binnen dit project zal een Standaard voor een GezondheidsCheck worden ontwikkeld door een speciaal daarvoor opgerichte werkgroep bestaand uit relevante professionals en partijen. In deze Standaard komt te staan waaruit de GezondheidsCheck moet bestaan en welke voorwaarden en eisen gesteld worden aan inhoud, organisatie, faciliteiten, kwaliteit en deskundigheid van professionals, follow up, communicatie, enz.

De Standaard voor een GezondheidsCheck die de drie fondsen voor ogen hebben, is enerzijds gebaseerd op actuele, evidence based richtlijnen (diabetes, cardiovasculair risicomangement en de transmurale richtlijn voor preventie en diagnostiek van chronische nierschade (i.o)) en is anderzijds innovatief door gebruik van eventuele actuele ontwikkelingen m.b.t. genetische en biomarkers t.b.v. de individuele risicoschattingen die we in de GezondheidsCheck willen incorporeren. De input daarvoor komt o.a. uit het deelproject Onderzoek. De GezondheidsCheck evolueert daarmee telkens op basis van de nieuwste ontwikkelingen. De voorwaarden voor afname van deze check moeten goed zijn omschreven.

De Standaard voor een GezondheidsCheck begint met een vragenlijst (checklist) waarmee een soort voorselectie kan plaatsvinden op basis waarvan besloten kan worden of er verder gekeken (moet) wordt/worden en een kort leefstijladvies wordt gegeven. Vervolgens worden (non-) invasieve metingen verricht door medisch geschoolde mensen. Hierop volgend wordt een kort leefstijladvies gegeven en wordt indien nodig verwezen naar een follow-up in de reguliere zorg. De Standaard voor een GezondheidsCheck zou er uit kunnen zien als weergegeven in het model op de volgende bladzijde.

Bij de ontwikkeling door de bovengenoemde werkgroep ligt de nadruk sterk op het generen van draagvlak en betrokkenheid van de professionals. De uitgangssituatie daarvoor lijkt gunstig nu de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) onlangs van hun leden mandaat heeft gekregen om samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een eigen preventieaanbod (lees check) te ontwikkelen die vanuit de huisartsen wordt aangeboden (www.lhv.nl). Voorbereidende gesprekken met LHV en NHG over samenwerking op dit punt geven aan dat de belangen voor een aanzienlijk deel in dezelfde richting wijzen. Het moet dus mogelijk zijn de wens van beide partijen om een goede Standaard voor een check te ontwikkelen te bundelen. Als basis worden de richtlijnen gebruikt.



De Standaard voor de GezondheidsCheck zal in 2 of 3 'jaarversies' worden ontwikkeld en getest. In het voorjaar van 2008 is een eerste voorloper beschikbaar, eind 2008 de eerste officiële versie (Standaard 2008). Op basis van een evaluatie zal in 2010 de tweede versie (Standaard 2010) en indien nodig in 2012 de derde versie (Standaard 2012) volgen. Afhankelijk van wanneer de ontwikkeling zover is dat aan de criteria "kwalitatief goed" en "door het veld geaccepteerd" voldaan kan worden, wordt overgegaan tot landelijke implementatie. Actualisatie van de 2^e en 3^e versie geschiedt a.d.h.v. de resultaten van een consensusbijeenkomst van een klankbordgroep waarin de meest actuele ontwikkelingen, richtlijnen en resultaten uit de pilots worden besproken en gewogen.

Naast de Standaard voor een GezondheidsCheck wordt een Toolkit met ondersteunende implementatie materialen ontwikkeld.

De Standaard voor een GezondheidsCheck zal tijdelijk worden ingezet “op locatie” in bijvoorbeeld bedrijven, moskeeën en buurthuizen om de periode die de reguliere zorg nodig heeft om de GezondheidsCheck volgens de Standaard te ontwikkelen en structureel aan te bieden, te overbruggen. Deze **GezondheidsCheck op locatie** is gebaseerd op de Standaard en zal enerzijds zeer beknopt zijn, anderzijds kan ook aandacht besteed worden aan andere parameters, bijvoorbeeld werkdruk/werkstress en verhoudingen op de werkvloer als er in een bedrijf wordt gecheckt. De GezondheidsCheck op locatie wordt naar verwachting in een kwartier of 20 minuten afgenomen en dat vervolgens wordt doorverwezen naar een vervolgaanbod om risicofactoren aan te kunnen pakken.

De GezondheidsCheck op locatie moet kwalitatief en kwantitatief goede informatie opleveren zodat bij eventuele doorverwijzing naar de huisarts, deze weet dat de gegevens goed en zinvol zijn en daarmee de doorverwijzing gegrond plaatsvindt. Deze check zal ofwel door de Arbo-diensten, bedrijfsgezondheidsdiensten en door speciale meetteams van de drie fondsen worden aangeboden, afhankelijk van de wensen, mogelijkheden bij bedrijven en andere locaties.

C. Onderzoek

De drie fondsen zetten binnen dit programma onderzoek uit naar de volgende drie thema's:

1. de samenhang tussen de drie ziektes en welke markers voor opsporing gebruikt kunnen worden.
2. het effect van het bekend zijn/raken met een (risico) op ziekte op bewustwording en op gedragsverandering (risicobeleving en impact hiervan op gedrag) en wat dit betekent voor risicocommunicatie rondom gezondheidschecks.
3. (Kosten)effectieve leefstijlinterventies en omgevingsinterventies voor mensen die de GezondheidsCheck hebben gedaan.

Thema 1: via Center for Translational Molecular Medicine

Voor de samenhang tussen de drie ziektebeelden en markers voor vroege opsporing (thema 1) zal het deelproject Onderzoek gebruik maken van het onderzoek dat is ingediend bij het Center for Translational Molecular Medicine (CTMM, 200 miljoen). Hier zijn twee aanvragen ingediend ter opsporing van genetische en vroege markers voor het ontstaan van type 2 diabetes. De Hartstichting steekt in de komende 5 jaar 10 miljoen Euro in CTMM. Het Diabetesfonds en Nierstichting beslissen nog over een bijdrage. Vanuit het programma LekkerLangLeven wordt getracht de drie ziektes geïntegreerd aan de orde te laten komen in de onderzoeken die zullen worden gestart.

Thema 2 en 3: via subsidierondes

Inventariserende fase

Voor de beide andere thema's (2 en 3) wordt eerst een inventariserende fase ingelast (2007/2008). In deze periode wordt per thema een expertmeeting georganiseerd. Centraal staat de vraag welke onderzoeksvragen al beantwoord zijn en welk onderzoek aanvullend nog gedaan moet worden. Daarnaast wordt een inventarisatie uitgevoerd over bestaand onderzoek op de beide thema's. Op basis van deze beide uitkomsten wordt een onderzoeksagenda voor de beide thema's vastgesteld.

Subsidietoekenning

Na vaststelling van de onderzoeksagenda wordt voor de twee onderzoeksthema's een afzonderlijke call uitgezet (2008/2009). De beschikbare subsidie wordt grotendeels verdeeld over de twee onderzoeksthema's (€750.000 per thema). Per thema wordt 1 grote subsidieronde georganiseerd waarin onderzoeksgroepen op uitnodiging maar wel in competitie met anderen wordt gevraagd een onderzoeksvoorstel in te dienen. De onderzoeksperiode per thema bedraagt 3 jaar. Voor kleinere onderzoeksvragen die de komende jaren kunnen gaan spelen op de twee thema's wordt op dat moment bekeken of deze uitgezet kunnen worden in (een) aparte subsidieronde(s). Het budget daarvoor moet ook op dat moment bekeken en bepaald worden in het licht van de totale daadwerkelijke programma-uitgaven.

Procedure

Onderzoeksgroepen die zich met de thema's bezighouden worden uitgenodigd om een onderzoeksvoorstel in te dienen. Samenwerking tussen onderzoeksgroepen (bundelen van expertise) heeft de voorkeur. De voorstellen worden door internationale referenten beoordeeld. Toekenning van de subsidie vindt vervolgens

plaats op voordracht van een adviesraad bestaande uit 2 vertegenwoordigers van de wetenschappelijk adviesraad van ieder fonds, aangevuld met 3 internationale experts.

Monitoring van resultaten

Jaarlijks vindt een tussenrapportage plaats over de resultaten van de toegekende onderzoeken tot op dat moment. Tevens wordt jaarlijks een state of the art bijeenkomst georganiseerd over de resultaten van het onderzoek tot dan toe. Dit biedt de mogelijkheid om nieuwe inzichten mee te nemen bij de ontwikkeling van nieuwe jaarversies van de GezondheidsCheck.