

Vergaderjaar 2001–2002

**28 089**

**Gezondheid en milieu**

**Nr. 3**

## **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 13 juni 2002

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bleek er bij enkele fracties behoefte te bestaan een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 9 november 2001 inzake de notitie gezondheid en milieu (28 089).

De vragen zijn door de minister, voorzien van een inleiding, beantwoord bij brief van 13 juni 2002. De vragen en antwoorden zijn hieronder afgedrukt.

De fungerend voorzitter van de commissie,  
Terpstra

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), Fng. Voorzitter, Noorman-den Uyl (PvdA), Rijpstra (VVD), Cornielje (VVD), Rouvoet (ChristenUnie), Van Blerck-Woerdman (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Ross-van Dorp (CDA), Hamer (PvdA), Arib (PvdA), Bussemaker (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Eurlings (CDA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Zvonar (LPF), Bonke (LPF), Dekker (LPF), Van Geen (D66), Jense (LN), Vietsch (CDA), Jukema (LPF), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA).  
Piv. leden: Vacature (VVD), Vacature (PvdA), Vacature (VVD), Vacature (VVD), Van der Vlies (SGP), Vacature (VVD), Ferrier (CDA), Cörüz (CDA), Mosterd (CDA), Vacature (PvdA), Vacature (PvdA), Vacature (PvdA), Rosenmüller (GroenLinks), Vergeer-Mudde (SP), Vacature (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Smolders (LPF), T. De Graaf (LPF), De Jong (LPF), Dittrich (D66), Teeven (LN), Vacature (CDA), Wiersma (LPF), Van Gent (GroenLinks), Verburg (CDA).

## Inleiding

Hierbij zend ik u, mede namens de minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, de antwoorden op de vragen, gesteld tijdens de schriftelijke vragenronde in de vaste commissie voor de Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 9 november 2001 inzake gezondheid en milieu (TK 28 089 nr. 1).

De fysieke omgeving is een belangrijke determinant van gezondheid, tal van milieufactoren kunnen de leefomgeving beïnvloeden. De belangrijkste oorzaken van gezondheidsverlies door milieufactoren zijn verontreiniging van de buitenlucht met fijn stof en ozon, ernstige geluidshinder door verkeer en verontreiniging van het binnenmilieu met radon, fijn stof (tabaksrook) en allergene, vochtminnende biologische agentia. Burgers ervaren een sterke relatie tussen hun omgeving en hun gezondheid, zij maken zich vooral zorgen om gezondheidsrisico's door specifieke lokale milieufactoren. Tegelijkertijd hebben zij het gevoel hier weinig invloed op uit te kunnen oefenen. Dit kan leiden tot gevoelens van onzekerheid en ongerustheid die zich vertalen in gezondheidsklachten die worden toegeschreven aan deze milieufactoren. Voor een gezonde omgeving en een gezond milieu zijn veel verschillende actoren verantwoordelijk. In dit licht is het van belang de verantwoordelijkheid van de overheid duidelijk in beeld te brengen en goed in te vullen.

Gezondheid en milieu is een breed thema dat zich niet beperkt tot het VWS en VROM terrein. Dit wordt weerspiegelt door de diversiteit van uw vragen. In de Notitie Gezondheid en Milieu is geïnventariseerd welke invloed de verschillende milieufactoren hebben op de gezondheid. Op basis van deze inventarisatie is aangegeven op welke onderdelen het milieu- en gezondheidsbeleid dient te worden versterkt. De versterking is uitgewerkt in het Actieprogramma gezondheid en milieu: Uitwerking van een beleidsversterking, dat minister Pronk op 25 april jl. aan u heeft aangeboden (TK 28 089 nr. 2). Daar waar de vragen betrekking hebben op onderwerpen die onderdeel zijn van het actieprogramma, verwijs ik naar het actieprogramma.

Het actieprogramma bevat 36 acties die zijn ingevuld langs drie lijnen gericht op:

- integraal overheidsbeleid zowel op lokaal, nationaal als internationaal niveau;
- verbetering van de communicatie met burgers en maatschappelijke organisaties;
- innovatie op het terrein van binnenmilieu, lokaal beleid, onderzoek, monitoring en de aanpak van nieuwe risico's.

Het actieprogramma richt zich op het beter in beeld brengen van effecten van milieuverontreiniging op de gezondheid en wil bevorderen dat deze in de besluitvorming worden meegenomen. Om de invloed van burgers op lokale besluitvorming te vergroten wordt onderzocht op welke wijze voorzien kan worden in onafhankelijke deskundige ondersteuning van bewoners(groepen) bij lokale problemen. Informatie over gezondheid en milieu moet in één voor het publiek toegankelijk informatiesysteem komen. Beoordelingscriteria voor het nemen van risicobeperkende maatregelen worden ontwikkeld. De medisch milieukundige functie bij GGD'en wordt versterkt.

Het actieprogramma moet leiden tot zowel het terugdringen van gezondheidsrisico's door milieufactoren, als het waar mogelijk wegnemen van de oorzaak van ongerustheid door milieurisico's.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers

## Vragen PvdA-fractie

1

*Kan worden onderbouwd waarom er alleen voor maatregelen op lokaal niveau is gekozen om de gezondheidsproblemen ten gevolge van milieuoverlast terug te dringen? Concludeert de minister dat er op nationaal en regionaal niveau geen aanvullend beleid mogelijk en/of zinvol is om gezondheidsproblemen ten gevolge van milieuoverlast terug te dringen? Zo niet, waarom staan er in de nota dan geen voorstellen voor verbetering van het beleid op landelijk en regionaal niveau?*

Doelstelling van de notitie is verdere terugdringing van gezondheids-effecten ten gevolge van milieufactoren en het bevorderen van de kwaliteit van de fysieke leefomgeving. Belangrijke punten hierbij zijn meer aandacht voor de samenhang en verbreding van het onderwerp gezondheid en milieu op nationaal en lokaal niveau en voor ongerustheid van de bevolking veroorzaakt door milieufactoren.

In het Actieprogramma gezondheid en milieu: Uitwerking van een beleidsversterking (verder: actieprogramma) dat op 25 april jl. door de minister van VROM, mede namens de minister van VWS, aan de Tweede kamer is aangeboden worden deze maatregelen verder uitgewerkt.

2

*Jaarlijks worden enige 1000-en mensen opgenomen in ziekenhuizen of sterven aan ozon en fijn stof. Kunt u uitsplitsen om hoeveel sterftegevallen het gaat, en om hoeveel ziekenhuisopnames?*

De Milieubalans 2001 (pag. 105) geeft een schatting van het aantal vervroegde sterfgevallen als gevolg van de huidige niveaus van luchtverontreiniging in Nederland. Naar schatting kunnen ongeveer 850 vervroegde sterfgevallen en ongeveer 1800 spoedopnames voor aandoeningen aan de luchtwegen en hart- en vaatziekten worden toegeschreven aan luchtverontreiniging door fijn stof en ozon.

3

*Welke negatieve gevolgen heeft tabaksrook voor het binnenmilieu? Hoe verhoudt zich dat tot andere binnenmilieuproblemen? Waarom wordt tabaksrook overigens niet als probleem aangegeven? Hoeveel slachtoffers zijn het gevolg van passief meeroken?*

Binnenmilieu is een belangrijk aandachtsveld van het actieprogramma. Het Ministerie van VWS zal de reeds bestaande inspanningen om roken te ontmoedigen intensiveren. Het Ministerie van VROM intensificeert haar inspanningen om het VROM-gebouw, in navolging van VWS, volledig rookvrij te maken.

Roken levert een aanzienlijke bijdrage aan de vervuiling van het binnenmilieu. Van de rook van één sigaret komt 85% in de omgeving terecht. De notitie Gezondheid en Milieu geeft aan dat bewonersgedrag de kwaliteit van het binnenmilieu beïnvloedt. Roken is een belangrijk aspect van dit bewonersgedrag.

Ook passief roken veroorzaakt gezondheidsschade. In 1993 is voor Nederland berekend dat jaarlijks ongeveer 200 «meerokers» sterven aan longkanker als gevolg van passief roken. Het Nederlands Kanker Instituut heeft dit bepaald op basis van een rapport van het Environmental Protection Agency, een onderdeel van de Amerikaanse regering. Ook rokersziekten zoals hart- en vaatziekten en andere ziekten van luchtwegen en longen blijven passief rokers niet bespaard. Gegevens om dit nader te kwantificeren zijn niet beschikbaar.

4

*Is bekend dat er spanning is tussen Arbo-wetgeving en terugdringing van geluidsoverlast? Ter adstruering het volgende voorbeeld. In Heijplaat Rotterdam zijn 's-avonds harde sirenes in de haven te horen om te waarschuwen voor bewegende kranen. Omdat de sirene ook in de cabine hoorbaar moet zijn, moet volgens de arbeidsinspectie een zeer luide sirene afgaan.*

*Het gaat dus om piekgeluiden, waarbij het geluidsniveau buiten en binnen de woningen op zich hoger dan het equivalent niveau is (65 dB(A) overdag toegestaan op de gevel / 60 dB(A) 's-avonds en 55 dB(A) 's nacht en in het weekend).*

Ja. In zijn algemeenheid is dit een bekend verschijnsel, dat zich ook voordoeft bij emplacementen en achteruitrijdende vrachtwagens. In de praktijk blijkt dat vaak oplossingen gevonden kunnen worden, die zowel aan de geluidseisen als aan de veiligheidseisen tegemoet kunnen komen. Zo kan men denken aan lichtsignalen in plaats van geluidssignalen. Enige flexibiliteit bij de toepassing van de regels is dan wel een vereiste.

5

*Zijn bij de percentages woningen waarvan de gezondheid van de bewoners minder is de woningen in de buurt van snelwegen meegenomen? Is bekend welke toekomstige knelpunten gaan ontstaan door aanleg van nieuwe en verbrede infrastructuur (weg, spoor) en bouw van nieuwe woningen?*

De data-analyse waarop het percentage is gebaseerd (zie TNO-rapport blz. 127) heeft als kleinste eenheid de 4-cijferige postcode, wat als woonwijk wordt gedefinieerd. De situering van de woningen ten opzichte van snelwegen is niet apart in beschouwing genomen, maar deze woningen maken wel deel uit van de resultaten van het onderzoek.

Het beleid is gericht op het voorkomen van het ontstaan van nieuwe knelpunten bij nieuwe (en uitbreidingen van bestaande) infrastructuur en woningbouwlocaties. In bijna alle gevallen lukt dat ook, zij het soms tegen hoge kosten. Een voorbeeld daarvan is de stadsuitbreiding «Leidsche Rijn» bij Utrecht waar een omleiding van de A2 nodig is om aan de gewenste milieukwaliteit te voldoen.

Voor het vooraf toetsen van beleidsplannen op gezondheidseffecten is het instrument Gezondheidseffectscreening Stad en Milieu ontwikkeld (GES/S&M) dat mogelijk ook breder kan worden ingezet. Voor grote infrastructurele projecten is een milieueffectrapportage (MER) verplicht. Het bepalen van mogelijke gezondheidsrisico's maakt hiervan onderdeel uit. Voor zogenaamde benuttingsmaatregelen die de capaciteit van de bestaande snelwegen vergroten, geldt de «Leidraad milieueffecten benuttingsmaatregelen» (TK 28 000 XII, nr. 43). De leidraad is gericht op beheersing van de milieueffecten van de verhoogde verkeersdruk die door de capaciteitsvergroting ontstaan.

6

*In hoeverre is er een spanning tussen gezond en duurzaam bouwen? Zijn er op gebied van gezondheidszorg problemen om de verscherpte energieprestatiecoëfficiënt (0,6 motie De Boer) in te voeren?*

Gezond en duurzaam bouwen hoeft geen spanning op te leveren. Wel vraagt de toenemende thermische isolatie, kierdichten en dergelijke meer aandacht voor het behouden van voldoende ventilatievoorzieningen en het gebruiken daarvan. Het is belangrijk goed te ventileren om verontreinigingen in binnenlucht te kunnen afvoeren. Het actieprogramma gaat meer specifiek in op de mogelijkheden om de gezondheid in gebouwen te verbeteren.

Problemen op het gebied van de gezondheidszorg om de verscherpte energieprestatiecoëfficiënt in te voeren zijn mij niet bekend. De installatie- en bouwwereld heeft niet aangegeven technische problemen te voorzien. Overigens geldt de verscherpte norm voor nieuwe gebouwen.

7

*Wordt er nog onderzoek gedaan naar de risico's van legionella, waarbij incidenten gekoppeld zouden moeten worden aan risicoprofielen van gebouwen? Kunnen daarbij de kansen om legionella op te lopen getoetst worden aan de feitelijke ziektegevallen?*

Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (verder: GGD'en) gaan over tot bronopsporing na melding van ziektegevallen (in het kader van de Infectieziektenwet) en tot de eventuele waarschuwing van verbruikers (bij overschrijding van de legionellanorm in het leidingwater). Hierbij wordt een indeling gemaakt van locaties in verschillende risicocategorieën. Deze werkwijze is vastgelegd in een protocol dat door alle GGD'en wordt gebruikt en in overleg met de VROM-inspectie is vastgesteld. Indien er niet direct gevaar is voor de volksgezondheid, worden incidenten (i.c. overschrijdingen van de norm) door de VROM-inspectie afgehandeld. Bij het bepalen van de nodige maatregelen, wordt uiteraard ook een risicoanalyse gemaakt, waarbij ondermeer wordt gekeken naar de mate van overschrijding van de norm, het aantal mensen dat wordt blootgesteld, de gevoeligheid van bepaalde groepen voor besmetting en de kwetsbaarheid van installaties voor verontreiniging. Aan de hand hiervan kunnen gerichte acties worden ondernomen.

De Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater is onlangs geëvalueerd. Op basis van deze evaluatie wordt een voorstel ontwikkeld voor omzetting van de regeling in een Amvb onder de Waterleidingwet. Door alle departementen wordt het belang onderkend van aanpalend onderzoek om de effectiviteit van de regeling te vergroten. Bezien zal worden of het in dit verband mogelijk is het brononderzoek te koppelen aan risicoprofielen van gebouwen. Mogelijk biedt het advies van de Gezondheidsraad, dat ik binnenkort verwacht, hier ook nog aanknopingspunten voor. Brononderzoek kan echter geen alternatief zijn voor de preventie van legionellabesmetting.

8

*In hoeverre is het rampencoördinerend ministerie van BZK betrokken bij calamiteiten en risicocommunicatie?*

Het Nationaal Handboek Crisisbesluitvorming van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties geeft een praktische leidraad voor de beheersing van crises. Ieder departement is verantwoordelijk voor het eigen crisisbeleid.

De minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties is verantwoordelijk voor de afstemming van de orde- en veiligheidsmaatregelen op centraal niveau. Het Nationaal Coördinatiecentrum (NCC) speelt bij de uitvoering van deze verantwoordelijkheid een centrale rol. Wanneer zich een omvangrijke crisis voordoet, kan de kernbezetting van het NCC worden uitgebreid. Hierin is voor de interdepartementale coördinatie van de communicatie ook het Nationaal Voorlichtingscentrum (NVC) opgenomen. Het NVC is verantwoordelijk voor de voorlichting vanuit het rijk in tijden van crises waarbij meerdere ministeries betrokken zijn. Het NVC bestaat uit een vast team van voorlichters van verschillende ministeries, die speciaal worden getraind om op te treden in crisissituaties.

Op het gebied van de medische hulpverlening bij rampen vindt samenwerking plaats tussen BZK en VWS. BZK is verantwoordelijk voor de organisatie van de hulpverlening en VWS voor de kwaliteit van de hulpverlening.

*De bestaande doelstellingen voor met name ozon en fijn stof uit het NMP4 zijn onvoldoende om gezondheidseffecten te voorkomen. Wat zijn dan wel afdoende maatregelen en worden deze ook genomen?*

Het milieubeleid streeft in het algemeen naar een milieukwaliteit waarbij gezondheidsrisico's verwaarloosbaar zijn. Ozon en fijn stof zijn stoffen die geen drempelwaarde kennen waar beneden geen gezondheidseffecten optreden. Inzet van het beleid voor ozon en fijn stof is daarom een zo laag mogelijke concentratie van deze stoffen. In het NMP4 is daarom, naast de luchtkwaliteitsdoelstellingen voor 2010, ook de luchtkwaliteit aangegeven die voor de langere termijn als einddoel wordt nagestreefd.

Het NMP4 geeft de emissiedoelstellingen aan voor emissiereductie van zwaveldioxide (SO<sub>2</sub>), stikstofoxiden (NO<sub>x</sub>), ammoniak (NH<sub>3</sub>) en Vluchtige Organische Stoffen (VOS) in 2010 in Nederland. In het kader van de UN/ECE en de EU zijn emissieplafonds vastgesteld voor stoffen die leiden tot ozonvorming. Het NMP4 zet in op nog lagere emissieplafonds in 2010 voor Nederland.

De betrokken stoffen, met name NO<sub>x</sub> en VOS, leiden tot ozonvorming. In oktober 2003 presenteert de minister van VROM de Tweede Kamer een plan van aanpak met concrete maatregelen om de emissiedoelstellingen voor 2010 te bereiken. De vier eerder genoemde stoffen (SO<sub>2</sub>, NO<sub>x</sub>, VOS en NH<sub>3</sub>) veroorzaken indirect (secundair, door vorming van deeltjes uit gassen) ook een substantiële bijdrage aan de concentraties van fijn stof. Doelstellingen voor emissiereductie van fijn stof door directe uitstoot zijn nog niet vastgesteld. Wetenschappelijk onderzoek moet eerst meer inzicht geven in de relatie tussen de verschillende soorten fijn stof en de daaraan verbonden gezondheidseffecten. Wel stelt de minister van VROM uiterlijk eind 2003 een bestrijdingsplan voor fijn stof vast. Tot die tijd richt het bestrijdingsbeleid voor fijn stof zich op verdergaande uitvoering van het reeds bestaande stofbeleid ten aanzien van stationaire bronnen. Dit beleid is gebaseerd op toepassing van de meest recente stand der techniek (ALARA) en van het bestaande en voorgenomen beleid ten aanzien van de verkeersemmissies.

10

*Wat is de invloed van radon uit bouwmaterialen op mensen die in de bouw werken?*

De meeste werknemers in de bouw werken in een goed geventileerde omgeving. Hier is geen sprake van verhoogde radonconcentraties. In dergelijke situaties zal radon uit bouwmaterialen geen toegevoegde gezondheidsrisico's veroorzaken.

11

*Is er een relatie tussen sociaal-economische omstandigheden en milieu en gezondheid? Wat is deze relatie?*

In het kabinetsstandpunt over sociaal-economische gezondheidsverschillen van 16 november 2001 (TK 28 000 XVI, nr. 18) is uiteen gezet wat bekend is over de relatie tussen sociaal-economische status (SES) en milieuomstandigheden. Het verband tussen de SES van bewoners en de mate waarin zij het milieu verontreinigen en er last van ondervinden is bijna lineair. De mensen met de laagste SES verontreinigen naar verhouding het minst, maar zij wonen meestal in de gebieden met de hoogste milieubelasting. Kwantitatieve gegevens over de daadwerkelijke effecten van deze omstandigheden op de gezondheid van deze mensen zijn niet bekend, maar zijn zeker wel aannemelijk. Zie ook het antwoord op vraag 65.

12

*Waarom wordt geur geschaard onder de milieufactoren die mogelijk gezondheidseffecten veroorzaken. Bestaat er dan twijfel over de vraag of hinder een gezondheidseffect is?*

Geur wordt gerekend tot de milieufactoren die mogelijk gezondheidseffecten kunnen veroorzaken, omdat de relatie tussen geur en de hieraan verbonden hinder niet eenduidig is. Geurhinder is een aantasting van iemands welbevinden en in die zin een aantasting van zijn «gezondheid» in de ruimste definitie van dit begrip. In hoeverre geur(hinder) ook andere aspecten van gezondheid aantast is nog onderwerp van onderzoek. Een andere onzekerheid bij geurhinder is de relatie tussen geurbelasting en geurhinder. Zeker is wel dat de aard van de geur en persoonlijke gevoelheden een rol spelen.

13

*Welke relatie is er met milieu en gezondheid, en welke conclusies trekt u uit de risicoanalyse van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg?*

Gezondheidsrisico's door milieufactoren zijn een van de risico's waar het advies «Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren» van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) betrekking op heeft. De Raad vraagt onder meer aandacht voor een goede monitoring en signalering en voor een goed kennismanagement. Ook wijst de Raad op het belang van risicocommunicatie en het inzichtelijk maken van afwegingen die een rol spelen bij het nemen van besluiten over maatregelen voor beheersing van milieurisico's. Het actieprogramma sluit hier op aan door in te zetten op verbetering van de informatievoorziening en intensivering van het onderzoek naar milieugerelateerde gezondheidsrisico's en signalering hiervan. Ook wordt een beoordelingskader ontwikkeld om de besluitvorming te structureren en te verhelderen. Belangrijke onderdeel van het actieprogramma is verbetering van de risicocommunicatie. Naast ontwikkeling van een communicatiestrategie geeft het actieprogramma ook aan de kennis over risicocommunicatie bij overheden en intermediaire organisaties te willen verbeteren.

14

*Het aantal medisch milieukundigen is relatief gering. Waarop baseert u dat er een tekort aan capaciteit van medisch milieukundigen bestaat?*

De Inspectie voor de gezondheidszorg heeft in 1998 geconstateerd dat de medisch milieukundige taakuitoefening niet altijd van voldoende niveau is en dat voor een adequate uitvoering door GGD'en op een aantal terreinen versterking nodig is. De problemen worden volgens de IGZ mede veroorzaakt doordat de geringe formatie voor medisch milieukundige taken bij GGD'en problemen voor de continuïteit en de beschikbaarheid veroorzaakt.

15

*Waarom zijn er tot nu toe weinig projecten uitgevoerd die zich richten op de fysieke omgeving in grote steden? Welke mogelijkheden biedt een slimmer ruimtelijke inrichting van de steden (verkeer, ligging woonwijken etc) om milieu en gezondheidsproblemen terug te dringen? Is in dit kader overwogen om de GES een minder vrijblijvend instrument te maken? Zo nee, waarom niet?*

*Met welke andere beleidsvelden is integratie mogelijk, zodat gezondheidsproblemen ten gevolge van milieuoverlast kunnen worden teruggedrongen?*



Het beleid ten aanzien van een meer integrale aanpak van de fysieke omgeving van steden is nog vrij nieuw. Naast experimenten zoals Stad & Milieu (gestart in 1997) heeft dit beleid een sterke impuls gekregen met het ISV (Investeringsbudget Stedelijke Vernieuwing, gestart in 2000) en het IPSV (Innovatieprogramma Stedelijke Vernieuwing, gestart in 2001). Veel projecten verkeren nog in het stadium van planvorming. De komende jaren zullen in toenemende mate projecten worden uitgevoerd en zal de relatie tussen gezondheid en fysieke omgeving meer onder de aandacht worden gebracht.

De evaluatie ISV 1e tranche en de Tussenevaluatie Stad & Milieu laten zien dat veel gemeenten nog onvoldoende zijn toegerust om integraal omgevingsbeleid in plaats van sectoraal beleid uit te voeren. Met name in de zogenaamde stedelijke probleemgebieden, waar sprake is van druk op bestaande en nieuwe functies en waar verschillende milieufactoren tegelijkertijd hinder veroorzaken, is winst te verwachten. Het resultaat kan tot uiting komen in efficiënter ruimtegebruik en verbetering van de leefkwaliteit, terugdringen van negatieve gezondheidseffecten door milieufactoren.

De Gezondheidseffectscreening Stad & Milieu (GES/S&M) is ontwikkeld met het oog op de Experimentenwet Stad en Milieu. Het biedt GGD'en een instrument voor het opstellen van een gezondheidsadvies dat noodzakelijk is wanneer een gemeente wil overgaan tot een stap 3 besluit (afwijking van normen). De GES/S&M is eind 2000 gereed gekomen en wordt in een aantal projecten toegepast (ook projecten waar geen stap 3 aan de orde is of projecten die geen Stad & Milieu experiment zijn). Deze zomer komt een vernieuwde versie van de GES/S&M gereed, waarin de praktijkervaring tot nu toe is verwerkt. Sinds september 2001 is bij GGD Nederland een steunpunt GES/S&M ingesteld om de toepassing van GES/S&M te stimuleren. Medio 2002 wordt de evaluatie van het steunpunt GES/S&M afgerond. Op dit moment is een verplichtend karakter van GES/S&M prematuur. De evaluatie zal duidelijk moeten maken in hoeverre het mogelijk is de GES/S&M breder in te zetten en op welke wijze dit kan gebeuren. Hierbij kan worden gedacht aan stimulering van en ondersteuning bij de uitvoering van een GES/S&M of verplichtstelling voor grote bouwlocaties, infrastructuur- en herstructureringsprojecten.

Een betere integratie, dat wil zeggen preventie van gezondheidsproblemen als gevolg van milieuoverlast, kan een punt van aandacht zijn in een groot aantal beleidsvelden. Te denken valt aan ruimtelijke ordening, duurzaam bouwen (bijvoorbeeld geluidsisolatie), technische ontwikkelingen (zoals vermindering milieuhinder door verkeer en industrie), sociaal en economisch beleid (zoals dat in het Grote Stedenbeleid wordt ontwikkeld in relatie tot het fysieke omgevingsbeleid in de steden) en verkeers- en vervoersbeleid (bijvoorbeeld aandacht voor openbaar vervoer, keuze van wegdek en routing verkeer).

16

*Komt er een periodiek overzicht van de resultaten van het beleidsprogramma Milieu en Gezondheid?*

Ja, het actieprogramma wordt ingezet voor vijf jaren. De uitvoering van het actieprogramma wordt gemonitord en periodiek gerapporteerd.

17

*Wat is het budget voor het beleidsprogramma, en wat zijn de aandelen per betrokken ministerie in dit budget?*

Het beleidsprogramma is vertaald in een actieprogramma. De acties worden over een periode van vijf jaar ingezet. Bij de verdere uitwerking van het actieprogramma worden de benodigde financiële middelen meegenomen. De begroting 2003 van respectievelijk VROM en VWS, zal



aangeven welke middelen specifiek voor de uitvoering van het actieprogramma beschikbaar komen.

18

*Waarom ontbreekt in het hoofdstuk samenhang met andere beleids-terreinen de samenhang met het natuurbeleid? Uit onderzoeken in de VS en het VK blijkt dat er een relatie is tussen gezondheid en natuur en groene woonomgeving. In de nota wordt op deze samenhang niet ingegaan. Deelt de minister de mening van de onderzoeken uit de VS en het VK? Waarom ontbreekt dit in deze nota, en wat zijn de resultaten van onderzoek (bijv. operatie Boomhut) dat in Nederland is uitgevoerd? Kunt u alsnog op deze samenhang ingaan?*

*Is er in dit verband ook reden om vanuit het gezichtspunt van de gezondheid in de vijfde nota Ruimtelijke Ordening expliciet een groennorm op te nemen voor de gebieden die voor verstedelijking in aanmerking komen (de zogenaamde bundelinggebieden)?*

In hoeverre natuur in de leefomgeving de gezondheid beïnvloedt, is nog onduidelijk. Het natuurbeeld en de verwachtingen die bij mensen leven, zijn bepalende factoren voor het al dan niet als positief ervaren van de natuur. De aandacht voor dit onderwerp neemt toe en een aantal publicaties geeft aan dat weinig onderzoek is verricht naar de relatie natuur en gezondheid. Naar aanleiding van de «Operatie Boomhut» (1999) gaan de adviesraden van LNV, VROM en VWS op verzoek van de ministeries een advies uitbrengen dat meer inzicht moet geven in de kennisleemten op dit terrein en aanbevelingen geeft hoe deze kunnen worden aangepakt. De Raad voor Ruimtelijk, Milieu- en Natuuronderzoek coördineert dit proces. Voorts heeft het Kabinet in het nationaal ruimtelijk beleid in algemene zin inhoud gegeven aan gezondheid, duurzaamheid en veiligheid en aan ruimtelijke kwaliteit. Voor een aantal specifieke «groene» onderwerpen vindt nadere uitwerking plaats in het Tweede Structuurschema Groene Ruimte. Een op nationaal niveau nader vast te stellen «groennorm» acht het Kabinet niet nodig.

19

*2 tot 5% van de milieu- en gezondheidsproblemen zijn o.a. toe te schrijven aan biotechnologie. Kan dat gespecificeerd worden? Wat voor soort gezondheidseffecten zijn dat, en wat zijn de perspectieven voor de langere termijn?*

Genoemd percentage is gerelateerd aan een groot aantal factoren. Inzicht in specifieke factoren kan slechts beperkt kwantitatief onderbouwd worden. In de notitie Gezondheid en Milieu wordt aangegeven dat biotechnologie mogelijk gezondheidseffecten kan veroorzaken. Elke markt-introductie gaat vergezeld van een risicoanalyse vooraf waarbij de risico's wetenschappelijk zo goed mogelijk worden ingeschat. Er blijft dan altijd een theoretisch restrisico voor de volksgezondheid over. De Tweede Kamer heeft in een notaoverleg aangegeven dat zij het wenselijk vindt dat post-marketing monitoring van ggo's wordt uitgevoerd om te controleren op de afwezigheid van negatieve effecten en om de juistheid van de conclusies van de pre-market beoordeling van ggo's te bevestigen. Naar aanleiding van het verzoek van de Tweede Kamer heb ik toegezegd de mogelijkheden van een dergelijk systeem te onderzoeken.

20

*Wat zijn de gezondheidseffecten van de veldsterkten van elektrische apparatuur die binnenshuis aanwezig zijn?*

Elektrische apparatuur in het huis veroorzaakt elektrische en magnetische velden. De elektrische velden van deze apparatuur zijn naar huidig inzicht

ongevaarlijk. De sterkte van het magnetische veld van elektrische apparaten, die binnenshuis worden gebruikt, varieert van relatief hoge waarden voor apparaten die doorgaans gedurende korte tijd op een kleine afstand van het lichaam worden gebruikt (bijvoorbeeld een elektrisch scheerapparaat of een boormachine), tot lage waarden voor apparaten die zich meestal verder van het lichaam bevinden (bijvoorbeeld keukenapparatuur en kleurentelevisies).

De Gezondheidsraad heeft in 2000 een blootstellingslimiet voor deze magnetische velden aanbevolen. Deze limiet heeft betrekking op kortetermijneffecten, die niet tot blijvende gezondheidsschade leiden. Voor de meeste huishoudelijke apparaten wordt deze blootstellingslimiet niet overschreden. Voor sommige apparaten die op korte afstand van het lichaam worden gebruikt (zoals scheerapparaten, föhns en boormachines) is dit wel het geval. Op Europees niveau worden op dit moment normen voor magnetische veldsterkten ontwikkeld waaraan deze apparaten zullen moeten voldoen.

### **Vragen VVD-fractie**

21

*De uitstoot van stoffen heeft de ozonlaag zodanig aangetast dat zijn bescherming tegen UV-straling is afgenomen. Dit is een oorzaak van verhoogde incidentie van kanker die ondanks de internationale beleidsinspanningen van de afgelopen jaren tot tenminste 2040 zal voortduren. De gezondheidseffecten veroorzaakt door UV-straling zijn nu nog relatief gering, maar is er hier geen sprake van een gezondheidseffect van milieufactoren dat in de loop van de jaren zal stijgen? Is het dan niet noodzakelijk om, nu een hoge incidentie van huidkanker nog voorkomen kan worden, beleidsmaatregelen in de vorm van een voorlichtingscampagne over de risico's van blootstelling aan te veel UV-straling te nemen?*

Door aantasting van de ozonlaag is de jaarlijkse UV-belasting in Nederland inderdaad toegenomen. Analyses van het RIVM laten zien dat de voor gezondheidseffecten relevante UV-belasting in de afgelopen tien jaar circa 5–12% hoger was dan rond 1980. Als gevolg van de toename in de UV-belasting zal, bij gelijkblijvend «zon»-gedrag de incidentie van huidkanker toenemen. Omdat blootstelling aan UV-straling niet onmiddellijk, maar pas na langere termijn kan leiden tot huidkanker zal de toename in de incidentie achter lopen bij de toename in de UV-straling. Al sinds de jaren 80 voert de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF campagne om mensen te wijzen op de gevaren van UV-straling en huidkanker. Deze campagnes stimuleren mensen om verstandig te zonnen en regelmatig zonnebrandcrèmes te gebruiken. De campagnes richten zich zowel op zomerzonnen als wintersport. Vooral jongeren en werkenden zijn doelgroep van de campagnes. Ook wordt aandacht gevraagd voor de vroegtijdige ontdekking van huidkanker. Gedurende de zomermaanden wordt in de media de te verwachten UV-index gemeld, een maat voor de maximale UV-stralingssterkte, gekoppeld aan een zon-advies.

22

*Veel gezondheidsschade door het milieu ontstaat binnenshuis. In de notitie staat dat goede ventilatie van groot belang is om een gezond binnenmilieu te creëren. Als beleidsmaatregel om dit gedaan te krijgen heeft het Kabinet een voorlichtingscampagne gepland. Echter, dit lijkt ons weinig effectief. Mensen zijn niet bang voor het milieu in hun eigen huis, maar wel voor tocht (verkoudheid) en voor een te hoge elektriciteitsrekening. Een voorlichtingscampagne zal daar weinig verandering in brengen. Hoe verhoudt dit streven zich tot het isolatieoffensief van het ministerie van VROM? Zijn er ook technische maatregelen gepland om mensen te dwingen of te verleiden om beter te ventileren? Te denken valt*

*aan bouwregelgeving waarin goede ventilatievoorzieningen zijn vastgelegd.*

Voor het behoud van een goede kwaliteit van de binnenlucht is naast het elimineren van vervuilende bronnen, de luchtverversing van belang. Om voldoende luchtverversing te kunnen realiseren zijn in het Bouwbesluit minimumeisen gesteld aan onder meer de aanwezigheid van voldoende ventilatievoorzieningen in een gebouw.

Het resultaat van ventilatievoorzieningen is een samenspel van de ontworpen en uitgevoerde kwaliteit, het gebruik van de voorziening en het onderhoud. Daar waar het gaat om gebruik en onderhoud is het gedrag van de gebruiker/eigenaar een bepalende factor. De praktijk laat zien dat vaak onvoldoende wordt geventileerd. Belangrijke oorzaak hiervan is dat de gebruiker/eigenaar onvoldoende bekend is met het belang van ventilatie en geen inzicht heeft in de eigen rol op dit punt. In samenwerking met belangenorganisaties wordt gewerkt aan die kennisverbreding. Zo heeft de Nederlandse Woonbond in december 2000 een toetslijst ventilatie uitgebracht, waarmee bewoners zelf de ventilatie van hun woning kunnen beoordelen. Deze lijst is nu ook beschikbaar op internet. Ook een voorlichtingscampagne kan bijdragen aan het noodzakelijke «ventilatiebewustzijn» van de gebruiker-eigenaar van de woning. Tevens is bij het EPA-advies (energie-prestatie-advies) aandacht voor ventilatievoorzieningen. Waar het aanbrengen van isolerende maatregelen zou leiden tot verlies van ventilatiemogelijkheden, wordt in het EPA-advies ook het aanbrengen van ventilatievoorzieningen opgenomen. Zie ook het antwoord op vraag 54 en het actieprogramma.

23

*Kan de minister een uitgebreide analyse geven over de veiligheidsbeoordeling bij introductie van GGO-gewassen?*

Voor een uitgebreide analyse verwijst ik naar de Integrale Nota Biotechnologie (INB) (TK 27 428, nr. 2), die recent uitgebreid aan bod is geweest in de Tijdelijke Kamercommissie Biotechnologie (TCB) en de Tweede Kamer. Ook verwijst ik naar de beantwoording van de 31 prealabele vragen van de TCB (TK 27 428 en 27 543, nr. 4) en de 206 vragen van de TCB van 10 december 2001 (TK 27 428, nr. 7).

24

*Beleid op het gebied van milieu en gezondheid wordt vaak gevoerd op grond van ad-hoc overwegingen die tot incidentenpolitiek kunnen leiden. Zo staat in de notitie onder andere: de bereidheid om risico's te reduceren is vlak na een grootschalig incident groot. Het rendement staat dan buiten discussie en de risicoperceptie kan doorschieten. Ook staat vermeld dat de publieke emotie veel invloed heeft op beleidsbeslissingen over risico's. Dit lijkt de VVD-fractie een zeer juiste en belangrijke constatering. We moeten er voor zorgdragen dat beleid niet te zeer bepaald wordt door incidentenpolitiek. Er zijn milieuproblemen die veel onrust onder de bevolking veroorzaken, maar waarvan de werkelijke gezondheidsschade zeer gering is. Er zijn ook milieuproblemen die geen of relatief weinig onrust veroorzaken en die leiden tot grote gezondheidsschade. Gaat het Kabinet werken aan een soort afwegingskader waarin de nadelen (gezondheidsschade en ongerustheid onder de bevolking), de voordelen en de kosten van eventuele maatregelen tegen elkaar afgewogen kunnen worden? Op deze manier worden de middelen die er zijn ook daadwerkelijk ingezet op het aanpakken van milieuproblemen die echt gezondheidswinst opleveren. Hoe denkt de minister dat de rol van incidentenpolitiek in risicobeleid verkleind kan worden, zodat realisme in risicobeleid de voorhand krijgt?*

Het actieprogramma kondigt de ontwikkeling van een beoordelingskader aan. Dit beoordelingskader moet het mogelijk maken transparante en toetsbare beleidskeuzen te maken en prioriteiten vast te stellen. Bij de beleidsafweging is naast (meetbare) gezondheidseffecten aandacht nodig voor zaken als maatschappelijk nut en aanwezigheid van alternatieven en kosten, maar ook de risicobeleving door burgers speelt een rol. Incidenten zullen altijd een zekere rol blijven spelen maar dit mag niet ten koste gaan van een goede beleidsafweging.

25

*Is het voor het welslagen van het gezondheids- en milieubeleid niet van belang dat er tijdig geïnvesteerd wordt in het opleiden van meer medisch milieukundigen? Heeft het Kabinet hier ideeën over?*

Ik onderschrijf het belang van het tijdig investeren in het opleiden van medisch milieukundigen. Tot mijn genoegen kan ik meedelen dat het opleidingstraject maatschappij en gezondheid dit najaar van start gaat. Deze specialisatie leidt basisartsen op tot artsen maatschappij en gezondheid voor de diverse aandachtsgebieden op het terrein van de openbare gezondheidszorg (waaronder de medische milieukunde). Daarnaast is het ook van belang dat wordt geïnvesteerd in de deskundigheid van de andere gezondheidsprofessionals op dit terrein, te weten de huidige artsen algemene gezondheidszorg die de portefeuille gezondheid en milieu beheren, de verpleegkundigen en de milieugezondheidskundigen. De beschikbaarheid van voldoende en goed opgeleide deskundigen heeft mijn aandacht. Ik zal bevorderen dat de benodigde initiatieven worden genomen. Verder richt het project versterking van de medisch milieukundige functie bij GGD'en zich op de opleiding van huidige en toekomstige professionals.

#### **Vragen CDA-fractie**

26

*Het wonen in de buurt van hoogspanningslijnen heeft een statistisch significante associatie met een verhoogd risico op leukemie bij kinderen jonger dan 15 jaar.*

*Nader onderzoek zal plaatsvinden en passende maatregelen zullen worden genomen in relatie tot de maatschappelijke kosten en baten. Op welke wijze vindt dit «nader onderzoek» plaats, en wat wordt bedoeld met «passende maatregelen»? Kan worden aangegeven in welke mate maatschappelijke kosten en baten hierbij een rol spelen? Welke afwegingen spelen hierbij een rol? Waarom wordt hier, hangende het nader onderzoek, niet het voorzorgbeginsel in acht genomen?*

Op dit moment wordt een inventarisatie gemaakt van mogelijke maatregelen aan bovengrondse hoogspanningslijnen, de effecten van dergelijke maatregelen op het invloedsgebied van de lijnen in termen van de veroorzaakte magneetvelden en de kosten van dergelijke maatregelen. Ook wordt op macroschaal ingeschat wat de invloed van de mogelijke maatregelen is op het aantal woningen dat in de invloedsgebieden van dergelijke lijnen ligt. Na afronding van dit onderzoek (medio dit jaar) wordt nagegaan of de baten van eventuele maatregelen kunnen worden bepaald in termen van een mogelijke toename in ruimtelijke kwaliteit en het ontstaan van extra ruimte door de maatregelen. Het onderzoek gaat tevens in op alternatieven om de verschillende factoren tegen elkaar af te wegen. Op grond van de resultaten zal het toekomstige beleid worden vastgesteld. Vooruitlopend op de resultaten van het onderzoek heeft de minister van VROM, met het oog op het voorzorgbeginsel de gemeente Utrecht geadviseerd om bij de planning van nieuwe woningbouwlocaties na te gaan of

deze binnen het invloedsgebied van bovengrondse hoogspanningslijnen liggen en, indien dit het geval is, maatregelen te overwegen.

27

*Wetenschappelijk epidemiologisch onderzoek heeft (nog) niet aangetoond dat er een nadelig gezondheidseffect is t.a.v. antennes t.b.v. mobiele telefonie op woongebouwen.*

*Is deze opvatting ook getoetst aan recente ervaringsgegevens in bijv. Spanje, waar wel een significante relatie lijkt te bestaan tussen gezondheidseffecten en antennes op gebouwen?*

*Wat wordt bedoeld met «plaatsing op woongebouwen zal verder zo weinig mogelijk gebeuren»? Waarom is nu al niet het voorzorgsbeginsel hierbij van toepassing en wordt dit vooralsnog verboden?*

*Plaatsing volgt slechts nadat instemming van de betrokken bewoners is verkregen. Hoe en door wie worden bewoners voorgelicht alvorens deze bestemming wordt verkregen?*

De Gezondheidsraad concludeert in het advies «GSM-basisstations» (publicatie nr. 2000/16) dat de kans verwaarloosbaar klein is dat zich in woon- en werkruimtes onder basisstations gezondheidsproblemen voordoen als gevolg van blootstelling aan elektromagnetische velden die van antennes afkomstig zijn. Deze conclusie is gebaseerd op de uitkomsten van wetenschappelijke onderzoeken. Op zichzelf staande meldingen van clusters van ziekte, zoals het recente geval in Valladolid in Spanje, vormen onvoldoende wetenschappelijke basis voor nadere conclusies van de Gezondheidsraad. Overigens wordt door een Spaanse commissie van deskundigen uiterst zorgvuldig naar de situatie in Valladolid gekeken en vooralsnog wordt het onwaarschijnlijk geacht dat het kankercluster in verband staat met blootstelling aan elektromagnetische velden. Op basis van de beschikbare wetenschappelijke gegevens komt de Gezondheidsraad tot de conclusie dat er voor de drie nader onderzochte mogelijke gezondheidseffecten – biologische effecten, carcinogenese en specifieke klachten – geen aanleiding is tot redelijke vermoedens van gezondheidsrisico's. Daarom vindt de Gezondheidsraad dat er ook op basis van het voorzorgsbeginsel geen aanleiding is tot aanscherping van de blootstellingslimieten. Om de klachten te helpen voorkomen beveelt de Gezondheidsraad aan om goede voorlichting te geven en de bewoners daadwerkelijk, en in een vroeg stadium, te betrekken bij plaatsingsplannen op het dak van hun woongebouw. In lijn met deze aanbeveling wordt in het concept-convenant Nationaal Antennebeleid afgesproken dat de operators bij de bespreking met gemeenten over hun plaatsingsplannen aannemelijk moeten maken dat plaatsing op woongebouwen noodzakelijk is. Voorts wordt in het convenant het instemmingsrecht van huurders geregeld. De operators dienen hiervoor het initiatief te nemen en, conform de afspraken, de benodigde informatie over de voorgenomen plaatsing te verschaffen. Daarnaast zullen zij actief informatie geven over de gezondheidseffecten van blootstelling aan elektromagnetische velden. Dergelijke informatie is tevens te verkrijgen via het Nationaal Antennebureau dat onderdeel is van de Inspectie van Verkeer en Waterstaat.

28

*De communicatie tussen overheid en burger zal worden verbeterd, de inzet van maatschappelijke organisaties zal hierbij een duidelijke plaats krijgen.*

*Verder in de nota wordt een aantal aandachtspunten voor risicocommunicatie op landelijk en lokaal niveau opgesomd (blz. 20). Onder wiens regie zal dit communicatieplan worden opgesteld, wie draagt zorg voor financiering, en wat wordt bedoeld met inzet van maatschappelijke organisaties? Kunnen enkele voorbeelden worden gegeven?*

Het ministerie van VROM neemt het voortouw voor de ontwikkeling van de communicatiestrategie over gezondheidsrisico's door milieufactoren.

Speerpunten hierbij zijn:

- invloed geven aan maatschappelijke groeperingen en burgers;
- actief en passief verspreiden van informatie;
- vergroten deskundigheid risicocommunicatie en inzet daarvan bij overheid en intermediaire organisaties.

De communicatiestrategie moet aangeven hoe, wanneer, door wie en op welke wijze communicatie met de bevolking over milieu en gezondheid het beste kan gebeuren. Bij de uitwerking worden vertegenwoordigers van de overheid en maatschappelijke organisaties betrokken.

Voor de financiering van het actieprogramma zie vraag 17.

29

*Kan meer inzicht worden gegeven in de uitvoeringskosten van gemeentelijke taken in het kader van het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg, en wanneer zal dit door alle gemeenten in de volle breedte kunnen worden uitgevoerd?*

De uitvoeringskosten van gemeentelijke taken in het kader van de Wet op de collectieve preventie volksgezondheid (verder: Wcpcv) worden op dit moment op initiatief van de Stuurgroep Nationaal Contract voor OGZ in kaart gebracht en geanalyseerd op basis van een best practices-methode door Van Naem en Partners. Hierdoor ontstaat meer inzicht op de benodigde kosten voor een adequate uitvoering van de basistaken door alle gemeenten. De eerste resultaten van dit onderzoek zijn in maart van dit jaar beschikbaar gekomen. De uiteindelijke resultaten van dit onderzoek zullen duidelijk maken in hoeverre de gemeenten extra financiële ondersteuning nodig hebben bij de uitvoering van de gemeentelijke taken krachtens de Wcpcv.

30

*Een duidelijke structuur voor de medische milieukunde bij de GGD'en ontbreekt. Versterking van de medische milieukunde was één van de prioriteiten in 2001. Kan meer inzicht worden verschaft in het reeds opgestelde visiedocument? Wat is nodig, en hoe wordt een en ander gefinancierd?*

Het visiedocument (Op weg naar een duurzame organisatie van de medische milieukunde bij GGD'en, GGD Nederland, Utrecht, oktober 2001) is eind vorig jaar door de Algemene Ledenvergadering van GGD'en aanvaard en het bestuur heeft GGD Nederland gevraagd de uitwerking ter hand te nemen. Het visiedocument gaat uit van een gelaagde uitvoeringsstructuur. Dit betekent meer en beter opgeleide menskracht in de eerste lijn, clustering en samenwerking voor de tweede lijn en de instelling van een centraal coördinatiecentrum voor kwaliteitsbewaking en protocolontwikkeling. Op dit moment bereidt GGD Nederland in overleg met de VNG en de ministeries van VROM en VWS een project voor dat moet leiden tot een daadwerkelijke versterking van de medisch milieukundige functie van GGD'en. Het traject dat moet leiden tot invulling van deze versterking van lokaal milieugezondheidsbeleid zal een aantal jaren vergen. Allereerst zal de visie van GGD Nederland ter zake, die vertrekpunt voor de versterking is, in overleg met betrokkenen, moeten worden vertaald in een uitvoeringsvoorstel. De ontwikkeling hiervan zal worden gevolgd door een implementatiefase waarna de ontstane situatie zal worden geëvalueerd en zal moeten stabiliseren. Het project zal dit jaar starten.

Naast de versterking van de uitvoeringsstructuur wordt ingezet op verbetering van de kennisinfrastructuur. Een adequate uitvoering van de basis-



taak medische milieukunde vormt de basis voor de uitvoering van GHOR-taken (= geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen).

De projectkosten zijn te onderscheiden in kosten voor de project-uitvoering, de implementatie en structurele kosten. De projectkosten zijn gereserveerd op de begroting van VWS. Zolang het uitvoeringsvoorstel nog niet is vastgesteld kan slechts een globale indicatie van de kosten voor implementatie en structurele invulling worden gegeven. Zie ook vragen 46, 58 en 59.

31

*In 1987 is het netwerk Gezonde Steden opgericht waarvan inmiddels 23 steden lid zijn. Welke oorzaak ligt ten grondslag aan het feit dat slechts 23 steden participeren?*

Het netwerk Gezonde Steden heeft zich in het verleden met name gericht op steden die voorlopers waren op het terrein van lokaal gezondheidsbeleid. Aanvankelijk werd aansluiting gezocht bij het healthy cities project van de WHO. De kwalificatie «healthy city» was door de strenge eisen alleen haalbaar voor de grootste steden. Op dit moment voldoet alleen Rotterdam aan deze eisen. Van belang is voorts dat de laatste jaren niet is voorzien in de coördinatie van het netwerk, waardoor minder activiteiten zijn ontplooid. Het voorgaande heeft geleid tot de relatief beperkte deelname van steden aan het netwerk Gezonde Steden.

De kennis en ervaringen van de steden die participeren in het netwerk Gezonde Steden worden door de VNG en GGD Nederland gebruikt bij de uitvoering van het project «Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid, van intenties naar inhoud». Inmiddels bestaan er plannen om het netwerk om te zetten in een netwerk Gezonde Gemeenten. Zie hiervoor het antwoord op vraag 45.

32

*Beleidsplannen zullen vooraf worden getoetst op gezondheidseffecten. Welke status heeft zo'n toetsing? Kan e.e.a. ertoe leiden dat beleidsplannen worden afgekeurd of aangepast? Zo ja, wie bepaalt dit?*

Een toets op gezondheid kan deel uitmaken van de ambtelijke of bestuurlijke afweging van de gemeente en kan leiden tot afkeuring of aanpassing van de plannen. Alleen wanneer een stap 3 voor een Stad & Milieu project aan de orde is, is een gezondheidsadvies van de GGD verplicht voor de gemeente, hiervoor kan gebruik worden gemaakt van de GES/S&M. De minister moet een verzoek voor stap 3 goedkeuren en betreft bij deze goedkeuring onder meer het gezondheidsadvies.

In het actieprogramma kondigen de Ministers van VROM en VWS aan gezondheidseffecten beter mee te laten wegen in de besluitvorming. Hierbij wordt aansluiting gezocht bij het gebruik van bestaande toetsen, zoals de Milieu Effect Rapportage (MER) en de Gezondheidseffectscreening (GES). Zie ook het antwoord op vraag 15.

Een dergelijke toets op gezondheid is overigens altijd aanvullend op het toetsen van plannen aan de bestaande (wettelijke) milieunormen die mede zijn gebaseerd op de gezondheidsrisico's. De noodzaak van een toetsing aan de relevante milieunormen, zoals die voor de luchtkwaliteit, is recentelijk nog gebleken bij de beoordeling van het bestemmingsplan Ypenburg. Het oorspronkelijke goedkeuringsbesluit van de provincie Zuid-Holland is hierbij door de Raad van State vernietigd, omdat geen toetsing aan de luchtkwaliteitnormstelling had plaatsgevonden.

33

*Monitoren op het gebied van de gezondheidssituatie vindt lokaal door de GGD'en plaats en landelijk door het RIVM. Is voorzien in communicatie tussen RIVM en GGD'en? Is er een soort meldplicht voor GGD'en?*

De communicatie tussen GGD'en en het RIVM over de gezondheidssituatie op landelijk en lokaal niveau is als volgt ingevuld. GGD'en hebben de taak inzicht te geven in de gezondheidssituatie van de bevolking ten behoeve van de ontwikkeling van lokaal gezondheidsbeleid. Het RIVM heeft een dergelijke taak wat betreft het landelijk gezondheidsbeleid. In februari 2001 is het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg ondertekend door vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, het Ministerie van BZK, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland. In het Nationaal Contract Openbare Gezondheidszorg is de intentie verwoord om te gaan werken aan een betere samenwerking en afstemming op het gebied van kennisinfrastructuur en beleidsonderbouwing op lokaal en nationaal niveau. Eind 2001 is in dit kader het project «Lokale en Nationale monitor Volksgezondheid» gestart. Dit project is een samenwerking tussen GGD'en, GGD Nederland, RIVM en VWS. Het beoogde resultaat is een systeem waarmee de gezondheidssituatie op lokaal en nationaal niveau periodiek in kaart wordt gebracht, op een manier die effecten van gezondheidsbeleid zichtbaar en meetbaar maakt en gegevensuitwisseling bevordert.

34

*Er wordt een signaleringssysteem opgezet voor toekomstige bedreigingen. Waar wordt deze functie ondergebracht? Moet worden gedacht aan een soort alarmnummer voor milieurisico's? Worden naast burgers ook huisartsen en bedrijfsartsen hierbij gebruikt als informanten?*

De Gezondheidsraad, de inspecties en het RIVM houden zich op dit moment onder meer bezig met het signaleren van nog niet geïdentificeerde en toekomstige bedreigingen. Ook uit klachtenmeldingen kunnen signalen naar voren komen. Het actieprogramma kondigt de uitwerking van een signaleringssysteem aan gericht op een effectieve opvang, evaluatie en bundeling van signalen (afkomstig van verschillende informatiebronnen). Een (gecentraliseerde) beoordelingscommissie moet signalen over milieu en gezondheid identificeren, gaan verzamelen en beoordelen. Hierin zullen onder meer vertegenwoordigers van de Gezondheidsraad, GGD Nederland, Milieudiensten, RIVM en TNO zitting hebben.

35

*De ministeries van VROM en VWS zullen een infrastructuur in het leven roepen om onderzoek (ook op lokaal niveau) mogelijk te maken. Mogelijkheden blijven zeer beperkt evenwel. Kan inzicht worden verschaft in het door de overheid beschikbaar te stellen budget?*

De mogelijkheden om onderzoek uit te voeren naar in omvang beperkte lokale milieugerelateerde gezondheidsproblemen zijn nu erg beperkt door gebrek aan capaciteit bij GGD'en en financieringsmogelijkheden. In het kader van het actieprogramma worden mogelijkheden en randvoorwaarden onderzocht om bewoners(groepen) in staat te stellen onafhankelijke deskundige ondersteuning te verkrijgen bij lokale problemen. Ook zullen bestaande (deels lokale) registratie- en monitoringactiviteiten gekoppeld en geharmoniseerd worden. Zie ook actieprogramma en het antwoord op vragen 16 en 17.

### **Vragen D66-fractie**

36

*Blootstelling aan ozon en fijn stof leidt jaarlijks tot enige duizenden sterfgevallen en ziekenhuisopnames. De doelstellingen zoals geformuleerd in het NMP4 zijn onvoldoende om deze gezondheidseffecten te voorkomen. Welke extra maatregelen zal het Kabinet treffen om deze gezondheids-*

*effecten te voorkomen? In hoeverre vindt het Kabinet de gezondheidsrisico's aanvaardbaar?*

Zie de antwoorden op vraag 9 en 37.

37

*Hoe denkt het Kabinet te gaan voldoen aan de EU-richtlijn betreffende luchtkwaliteit?*

Krachtens de kaderrichtlijn van de EU voor luchtkwaliteit zijn in drie dochterrichtlijnen grenswaarden vastgelegd voor zwaveldioxide, stikstofdioxide, fijn stof, lood, koolmonoxide en benzeen; voor ozon zijn streefwaarden vastgesteld, die in de Nederlandse wetgeving de betekenis hebben van richtwaarden. De meeste grenswaarden en de streefwaarden voor ozon leveren met voortzetting van het bestaande milieubeleid geen problemen op, uitgezonderd stikstofdioxide (NO<sub>2</sub>) en fijn stof.

Met het oog hierop is voor stikstofoxiden het emissiebeleid aangescherpt (zie NMP4). Analyses van het RIVM laten zien dat uitvoering van het aangescherpte beleid ertoe zal leiden dat overschrijdingen van de NO<sub>2</sub>-grenswaarde in 2010 aanzienlijk zullen afnemen en verwacht wordt dat in 2015 ook de resterende overschrijdingen zijn verdwenen. Het Kabinet heeft eerder aangegeven dat een communautaire oplossing voor het niet tijdig kunnen voldoen aan de richtlijn nodig is. Ook andere lidstaten kampen met problemen om tijdig aan de normen te voldoen. Uiteraard dient in de tussentijd wel te worden gezien welke maatregelen op korte termijn mogelijk zijn om de luchtkwaliteitsituatie te verbeteren, zoals bij Overschie waar op korte termijn verkeersmaatregelen worden genomen om de luchtkwaliteit te verbeteren.

De grenswaarden voor fijn stof voor 2005, respectievelijk 2010 (indicatief), zullen naar verwachting op ruimere schaal worden overschreden. Bij de vaststelling van deze grenswaarden ontbrak het op een aantal aspecten aan kennis. Nieuwe informatie inzake fijn stofconcentraties in de lidstaten en resultaten van wetenschappelijk onderzoek betreffende de gezondheidskundige onderbouwing van de normstelling geven wellicht aanleiding om de grenswaarden voor fijn stof te herzien. Zie ook het antwoord op vraag 9.

In 2003 wordt de huidige normstelling in EU-kader geëvalueerd, waarna de Europese Commissie zonnodig een procedure voor wijziging van de grenswaarden start. Desalniettemin zal Nederland uiterlijk eind 2003, conform de verplichting in de richtlijn, een bestrijdingsplan voorleggen dat aangeeft met welke maatregelen zoveel mogelijk aan de bestaande grenswaarden kan worden voldaan.

38

*Radonstraling kan ook effecten voor de volksgezondheid hebben, daarom wordt een Stralings Prestatie Norm ontwikkeld. Kan het Kabinet een prognose geven van de verbetering van de volksgezondheid door deze norm?*

Zoals aangegeven in de brief van de staatssecretaris van Volkshuisvesting, Ruimtelijke ordening en Milieubeheer van 19 juni 1997 (TK 21 483, nr. 21) is de gemiddelde radonconcentratie in Nederland, in vergelijking met de ons omringende landen, relatief gunstig. Het radonbeleid richt zich op het behouden van deze gunstige situatie, rekening houdend met de hieraan verbonden kosten en ander beleid. Dit betekent dat het radonbeleid primair beoogt een verdere toename van nadelige effecten van radon op de volksgezondheid te voorkomen. Hierbij merk ik op dat in de twee decennia na 1970 de radonconcentratie van nieuw gebouwde woningen met circa 50% is toegenomen. Om de stijgende trend van blootstelling aan radonstraling te doorbreken is voor nieuwe woningen een Stralings Prestatie Norm (SPN) ontwikkeld.

39

*Elf procent van de bevolking wordt geconfronteerd met ernstige slaapverstooring. Het Kabinet geeft aan dat vooral op lokaal niveau geluidsgerelateerde maatregelen genomen moeten worden. Hoe gaat het Kabinet hier op toezien? Hoe wordt er zorg voor gedragen dat het gemeentelijk beleid niet meer zo gedifferentieerd is als thans (iedere gemeente hanteert andere «stilte-uren»)? Schept het Kabinet randvoorwaarden?*

Geluidbelasting die slaapverstooring veroorzaakt wordt op verschillende manieren aangepakt. Allereerst wordt de saneringsoperatie op basis van de Wet geluidhinder uitgevoerd. Het rijk stelt een budget beschikbaar waarmee gemeenten de geluidsaneringsmaatregelen kunnen financieren. Gemeenten bepalen de planning van de uitvoering van de maatregelen. Bij de afrekening wordt gecontroleerd of de maatregelen op rechtmatige en doelmatige wijze zijn getroffen. Ten tweede richt het beleid op boven-lokaal niveau zich op het aanpakken van de bron. Voor de rijksinfrastructuur (wegen en spoorwegen) worden maatregelen ontwikkeld en geïmplementeerd door het rijk. De maximale geluidemissies van voertuigen (auto's en treinen) en banden worden in EU verband gereguleerd. Het is aan gemeenten om bronmaatregelen op gemeentelijke wegen toe te passen. Het rijk kent daartoe een stimuleringsregeling voor de toepassing van de zogenaamde Stille wegdekken. Binnen de kaders van de nationale wet- en regelgeving hebben de overheden mogelijkheden om zelf beleid te voeren. De rijksdoelstellingen zijn verwoord in het NMP4. In het NMP4 zijn onder meer als doelstellingen opgenomen dat in 2010 de grenswaarde van 70 dB(A) niet meer wordt overschreden en dat in 2010 een forse verbetering van de akoestische kwaliteit in het stedelijk gebied is gerealiseerd, mede door aanpak van de rijksinfrastructuur.

40

*Wat wordt bedoeld met een forse verbetering van de akoestische kwaliteit in het stedelijk gebied? Denkt het Kabinet aan een streefpercentage?*

In het NMP4 is aangegeven dat de omschreven aanpak van het rijk tot resultaat heeft dat (behalve de knelpunten waar de grenswaarde wordt overschreden), tot 2010 wegverkeerslawaaai vanwege de rijksinfrastructuur bij meer dan 90% van de locaties waar de gevelbelasting van de woningen boven de 65 dB(A) ligt wordt aangepakt en naar verwachting bij 50% van de locaties waar de gevelbelasting boven de 60 dB(A) ligt. Voor spoorweglawaaai wordt een soortgelijke aanpak gevolgd.

41

*In 15% van de woonwijken is sprake van onvoldoende kwaliteit van de leefomgeving. Kan aangegeven worden hoe de bevolkingssamenstelling van deze wijken eruit ziet?*

De beoordeling van de kwaliteit van de woonomgeving is in relatie gebracht met objectieve sociaal-demografische kenmerken (inkomen, percentage ouderen, percentage allochtonen, huishoudsamenstelling en opleidingsniveau). Het gemiddelde inkomen per huishouding en het aandeel allochtonen blijkt de meeste invloed te hebben op de beleving van de woonomgeving.

De leefomgevingkwaliteit blijkt ook een relatie te hebben met het sociaal profiel: 16% van de gezinnen met hoog welstandsniveau woont in een situatie waar de norm voor stikstofdioxide wordt overschreden, terwijl dit voor 33% van de gezinnen met een laag welstandsniveau geldt. Zie ook het antwoord op vraag 56.

42

*Het Grote Stedenbeleid is er nadrukkelijk op gericht om de kwaliteit van de leefomgeving in de stad te verbeteren. Wat zijn de geboekte resultaten tot nu toe en hoe wordt dit gemonitord?*

Op 4 maart 2002 heeft Minister van Boxtel een brief over de Tussenstand bij het grote stedenbeleid naar de Tweede Kamer gestuurd. In deze Tussenstand wordt aan de hand van diverse monitoren onder andere ingegaan op de tot nu toe geboekte resultaten van het Grote Stedenbeleid bij de verbetering van de kwaliteit van de leefomgeving in de stad. Kortheidshalve volsta ik hier met een verwijzing naar die Tussenstand.

43

*Op lokaal niveau zal meer aandacht moeten komen voor geurhinder. Hoe ziet het Kabinet er op toe dat dit daadwerkelijk gebeurt?*

Het geurbeleid is sedert 1995 gedecentraliseerd. De ontwikkeling van de geurhinder wordt door het RIVM gemonitord. In het Milieuprogramma 2002–2005 (TK 28 003, nr. 2) is aangegeven dat het aantal geurgehinderten de laatste jaren een dalende trend vertoont en het in het NMP3 gestelde doel nadert (d.w.z. in 2000 stabilisatie van de geurhinder op het niveau van 1985 en voor 2010 het wegnemen van alle ernstige hinder door geur).

44

*Kan meer specifiek worden aangegeven hoe het traject tot het oplossen van de meeste ernstige en urgente gevallen van bodemverontreiniging eruit ziet?*

Een geval van bodemverontreiniging wordt door middel van een onderzoekstraject zodanig in kaart gebracht dat bezien kan worden of en hoe deze gesaneerd moet worden. Op een verdachte locatie wordt achter-eenvolgens een historisch onderzoek en een oriënterend onderzoek gedaan. Hierbij wordt gezocht naar die stoffen, die relevant zijn, gezien de historie van het terrein. Indien hieruit blijkt dat er daadwerkelijk sprake is van verontreiniging wordt deze in een nader onderzoek nauwkeuriger in kaart gebracht. Op basis hiervan wordt besloten of er sprake dient te zijn van sanering. Saneringsurgentie ontstaat op grond van humane risico's, ecologische risico's of verspreidingsrisico's. Indien dit het geval is wordt vervolgens een saneringsonderzoek gedaan en een saneringsplan opgesteld. In het saneringsplan wordt op basis van een juridische analyse en op basis van belang ook een besluit genomen over de verdeling van de kosten. De bevoegde overheid stelt beschikkingen over de onderzoeksrapporten en het saneringsplan vast. Daarbij wordt tevens de urgentie bepaald: binnen 4 jaar te saneren of op langere termijn. Indien de saneerder niet aan deze termijn voldoet kan de bevoegde overheid een bevel opleggen.

De bevoegde overheden uit de Wet bodembescherming (de provincies en 28 grote steden) zullen in 2004 een totaaloverzicht hebben van de hoeveelheid resterende ernstige bodemsaneringgevallen. Sinds begin 2002 dienen zij vijfjaarlijks een programma in, met daarin de planning van bodemsanering voor die periode. De meest urgente gevallen worden hierin opgenomen, naast de gevallen die vanwege samenloop met maatschappelijke initiatieven in die periode aangepakt dienen te worden. Het kabinetsstandpunt beleidsvernieuwing bodemsanering, waarin deze nieuwe programmatische aanpak van de bodemsaneringsoperatie wordt voorgesteld, is begin 2002 naar de Tweede Kamer gestuurd (TK 28 199, nr. 1).

45

*Welke impuls geeft het Kabinet aan de nieuwe invulling van het gezonde Stedennetwerk?*

Op dit moment wordt door de VNG een plan ontwikkeld om het netwerk Gezonde Steden om te vormen tot een netwerk Gezonde Gemeenten. Daarmee komt tot uitdrukking dat alle gemeenten lokaal gezondheidsbeleid moeten ontwikkelen. In de wijziging van de Wet collectieve preventie volksgezondheid is immers opgenomen dat gemeenten elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid moeten vaststellen. De eerste lokale nota moet vóór 1 juli 2003 worden vastgesteld.

Het ministerie van VWS heeft voor de ondersteuning van het netwerk Gezonde Gemeenten € 68 067,- gereserveerd op de begroting voor 2002. In dit netwerk zal opnieuw aandacht worden geschonken aan vernieuwende impulsen op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid en ontwikkelingen in het buitenland. Meer dan voorheen zal echter aansluiting worden gezocht met (kleine) gemeenten die de eerste stappen zetten op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid. Zie ook het antwoord op vraag 31.

46

*Kan meer informatie worden verstrekt over het project gericht op de versterking van de medische milieukunde dat de GGD is gestart? Hoe ziet het project eruit? Wat is de doelstelling, het beschikbare budget en de opleidingsduur?*

Zie het antwoord op vraag 30.

47

*TNO concludeert dat de effecten op de volksgezondheid voorkomen kunnen worden als de grenzen uit het geluidhinderbeleid in acht genomen zouden worden. Welke consequenties heeft dit voor het beleid? Hoe moet in dit kader de bij begroting VROM 2001 voorgestelde bezuiniging op geluidswallen gezien worden?*

De conclusie van TNO is een bevestiging van het beleid zoals in het NMP4 is opgenomen. Een van de doelstellingen voor het geluidbeleid is dat in 2010 de grenswaarde van 70 dB(A) bij woningen niet meer wordt overschreden. Daarnaast wordt de saneringsoperatie verkeerslawaaai voortgezet en wordt de huidige omissie in de wet- en regelgeving om te komen tot een adequate handhaving van afgesproken waarden aangepakt, onder meer door de introductie van geluidproductieplafonds. Wel moet worden aangetekend dat gezondheidseffecten en hinder reeds bij een geluidbelasting van minder dan 70 dB(A) kunnen optreden. De genoemde inzet en de huidige inspanning om meer bronmaatregelen te treffen, bijvoorbeeld door de start van het Innovatieprogramma Geluid, zullen de komende jaren moeten zorgen dat de geluidbelasting tot aanvaardbare niveaus wordt teruggebracht.

De voorgestelde bezuinigingen voor het begrotingsjaar 2000 (voor 2001 waren geen bezuinigingen voorzien), waren een gevolg van de wens tot bezuinigingen van het Kabinet. Op de begroting van VROM kwamen geen andere budgetten in aanmerking, omdat daar individuele rechten of irreversibele problemen in het geding waren. Bovendien zou het geluidsprobleem meer bij de bron moeten worden aangepakt en niet door landschap ontsierende schermen. De voorgestelde bezuinigingen zijn niet geëffectueerd. Daarentegen is meer geld beschikbaar gesteld om de ergste saneringsgevallen van maatregelen te kunnen voorzien.



48

*Wordt het waterschappen niet onmogelijk gemaakt de nationale doelstellingen uit de beleidsnota's na te streven, als het CTB toestaat dat stoffen het milieu een factor 30–40x boven deze nationale normen vervuilen?*

Om deze situatie te voorkomen, is in de regelgeving voor de toelating vastgelegd dat een middel niet toelaatbaar is, wanneer het gebruik tot een meer dan kortdurende overschrijding van de nationale milieukwaliteitsnorm (in casu het Maximaal Toelaatbaar Risiconiveau) leidt. In de regelgeving voor landbouwkundig onmisbare middelen is hierop een uitzondering mogelijk gemaakt. Tot nu toe zijn echter geen middelen op basis van deze regelgeving toegelaten.

49

*Bij de afleiding van veilig geachte normen voor chemische stoffen voor organismen in water wordt gepoogd een zo onafhankelijk mogelijke, en wetenschappelijk correcte, methode toe te passen, conform het NMP, de 4e Nota waterhuishouding en het INS-programma van het RIVM. Toch ligt deze methodiek stelselmatig onder vuur en zijn er inmiddels flinke bressen in het bouwwerk geschoten. Met name bij de toelating van bestrijdingsmiddelen door het CTB blijft er van de constructie niet veel meer over en is het nationale beleid inmiddels de facto overboord gezet. Hoe valt dit te rijmen met de alarmerende berichten in het NMP4?*

De werkwijze voor het vaststellen van milieukwaliteitsnormen volgens de «wetenschappelijk correcte methode» heeft geen wijziging ondergaan. Zoals bij vraag 48 is aangegeven wordt deze milieukwaliteitsnorm gerespecteerd. Er is dus geen wijziging in nationaal beleid.

50

*Is het waar dat voor «Chloorthalonil» het «acceptabel» niveau met bijna een factor 70 is verhoogd?*

Het CTB heeft aangegeven dat de in januari 2002 afgegeven toelatingen voor middelen op basis van chloorthalonil voldoen aan het meest recente Maximaal Toelaatbaar Risiconiveau, zoals vastgesteld door het RIVM. Het «acceptabel» niveau is derhalve niet verhoogd.

### **Vragen GroenLinks-fractie**

51

*Kunt u een demografische verdeling geven van de (honderdduizenden) personen die gezondheidsschade hebben als gevolg van blootstelling aan ozon en fijn stof?*

De niveaus van fijn stof en ozon en de bevolkingssamenstelling variëren ruimtelijk binnen Nederland slechts in relatief geringe mate. Het ontbreken van grote verschillen hierin maakt het bijna onmogelijk om eventueel aanwezige effecten op de gezondheid in onderzoek aan te tonen. Wel is bekend dat juist kinderen en ouderen (vooral ouderen boven de 65 jaar die leiden aan hart- en vaatziekten of luchtwegaandoeningen) gevoelig zijn voor luchtverontreiniging. Dit blijkt uit onderzoek bij kinderen op plaatsen met lokaal sterk verhoogde concentraties van luchtverontreiniging (zoals dicht langs drukke snelwegen in stedelijk gebied) waar een toename van luchtwegklachten in relatie tot luchtverontreiniging is aangetoond. De gevoelige groep van ouderen zal in omvang toenemen door de verwachte vergrijzing. Dit betekent dat ondanks aanzienlijke verbetering van de luchtkwaliteiten het te verwachten aantal ouderen dat gezondheidseffecten van luchtverontreiniging ondervindt, niet evenredig zal afnemen, maar mogelijk zal stabiliseren of zelfs toenemen.

52

*Op blz. 7 staat dat de bestaande doelstellingen voor fijn stof en ozon in NMP4 onvoldoende zijn om gezondheidseffecten als gevolg van ozon en fijn stof te voorkomen. Welk beleid wil de regering ontwikkelen om deze gezondheidseffecten verder tegen te gaan?*

Zie het antwoord op vraag 9 en 37.

53

*Wat is de bijdrage van vuile scholen aan gezondheidsproblemen bij kinderen?*

De mate van vervuiling van een school is een van de aspecten die de kwaliteit van het binnenmilieu van de school bepalen. Het onderscheid tussen schone en vuile scholen valt echter niet volledig samen met het onderscheid tussen een gezond en een ongezond binnenmilieu. Het binnenmilieu van scholen wordt verontreinigd door bronnen van buitenaf en door verontreinigingen die het gebruik van de school met zich mee brengen. Deze verontreinigingen kunnen worden tegengegaan door schoonmaken en ventileren.

Meest genoemde gezondheidsproblemen bij kinderen door factoren in het binnenmilieu bij scholen in het primair onderwijs zijn overgevoeligheidsreacties, infecties en functiestoornissen door allergenen, micro-organismen en diverse stoffen in de lucht. Regelmatig worden in scholen hoge CO<sub>2</sub>-gehalten gemeten die wijzen op een te geringe ventilatie en een indicatie zijn voor een slechte kwaliteit van het binnenmilieu. De verbanden tussen schoonmaken, ventileren en gezondheidseffecten zijn echter onvoldoende onderzocht om hierover kwantitatieve uitspraken te kunnen doen.

Een van de aandachtsgebieden van het actieprogramma is verbetering van het binnenmilieu. De acties richten zich onder meer op verbetering van de kwaliteit van het binnenmilieu van scholen. Zie ook het actieprogramma.

54

*Hoe ziet het beleid voor voorlichting over binnenmilieu er concreet uit in termen van budget, uitvoerende instantie, looptijd, doelgroep e.d.?*

In het actieprogramma staat aangegeven dat het Ministerie van VROM zich beraadt op de inzet van een campagne waarin de problemen van het binnenmilieu, waaronder met name ventileren, onder de aandacht zal worden gebracht in combinatie met andere problemen, zoals geluidshinder en legionella.

55

*Wat meet de Gezondheids Effect Screening (GES)? Wat zijn beïnvloedende factoren? Op blz. 17 staat dat de GES de mogelijkheid biedt om beleidsplannen (voorgenomen ruimtelijke ontwikkelingen) vóóraf op gezondheidseffecten te toetsen. Legt de GES ook een relatie met de bestaande situatie?*

De Gezondheidseffectscreening Stad en Milieu (GES/S&M) kwantificeert milieufactoren en het aantal mensen dat hieraan is blootgesteld in een bepaald gebied. Op basis hiervan wordt de ernst en omvang van de gezondheidseffecten vastgesteld.

De beïnvloedende factoren zijn beperkt tot factoren die op lokaal niveau effect hebben en lokaal te beïnvloeden zijn. Het gaat om de volgende factoren:

- bedrijven (luchtverontreiniging, stank, geluidhinder, externe veiligheid),

- wegverkeer (luchtverontreiniging, stank, geluidhinder, externe veiligheid),
- railverkeer (geluidhinder, externe veiligheid),
- waterverkeer (geluidhinder, externe veiligheid),
- vliegverkeer (stank, geluidhinder, externe veiligheid),
- bodemverontreiniging.

Een uitbereiding van GES/S&M met een module voor elektromagnetische velden van hoogspanningsleidingen, radiozendinstallaties en GSM-basisstations is in bewerking en ook wordt onderzocht of de factoren groen en water in de woonomgeving zich lenen voor nieuwe modules.

Toetsen van ruimtelijke plannen vooraf maakt het mogelijk om gezondheid een rol te laten spelen bij de keuze tussen verschillende planvarianten. Hiertoe wordt de gezondheidssituatie van zowel de huidige situatie als van de toekomstige planvarianten beoordeeld.

56

*Op blz. 9 staat dat er een moeilijk kwantificeerbare relatie is tussen leefomgeving en gezondheid. Wordt/is hier onderzoek naar uitgevoerd, en zo ja wat zijn de resultaten?*

Veel onderzoek wordt uitgevoerd naar de relatie tussen leefomgevingsfactoren en gezondheid. Beide zijn echter brede begrippen, wat het onderzoek buitengewoon ingewikkeld maakt. Vele factoren beïnvloeden de gezondheid en het is duidelijk dat gemiddeld in Nederland de leefomgeving niet (gelukkig niet meer) de grootste bijdrage aan een slechte gezondheid levert. Lokaal kunnen daar echter wel uitzonderingen op zijn en men moet ook nog bedacht zijn op complexere oorzaakgevolg ketens. Komt het wellicht door een slechte milieukwaliteit dat in een bepaalde wijk de huizenprijzen zakken, daardoor meer sociaal zwakkeren in de wijk komen te wonen, waardoor het algemene gezondheidsspeil in de wijk daalt? Dit soort vragen is lastig te beantwoorden, omdat veel informatie nodig is en de resultaten van analyses lang niet altijd eenduidig zijn. Op deelaspecten (geluid, lucht) is wel veel kennis voorhanden die in dit soort studies met vrucht wordt gebruikt.

57

*Ziet u mogelijkheid om de gemeenten financieel te ondersteunen bij het uitvoeren van hun nieuwe taken op het gebied van collectieve preventie en bij het opstellen van een beleidsnota gezondheidsbeleid?*

In de ondersteuning bij het opstellen van een nota gezondheidsbeleid is voorzien door het starten van het project «Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid, van intenties naar inhoud» dat door de VNG en GGD Nederland wordt uitgevoerd. Deskundigheidsbevordering op lokaal niveau is hierbij een punt van aandacht. Vanaf 2000 biedt de NSPH (National School of Public Health) modules aan voor gemeenteambtenaren en GGD-medewerkers die betrokken zijn bij het maken van een nota gezondheidsbeleid. Tevens organiseert de NSPH in samenwerking met VNG en GGD Nederland regionale bijeenkomsten voor gemeenteraadsleden om hun te informeren over lokaal gezondheidsbeleid.

Zie wat betreft de financiële aspecten het antwoord op vraag 29.

58

*GGD Nederland heeft versterking van de medische milieukunde aangemerkt als één van de prioriteiten voor 2001. Wat wordt hiervan het tastbare resultaat, bijv. in de vorm van het uitbreiden van formatieplaatsen?*

Zie het antwoord op vraag 30.

59

*Welke structurele bijdrage levert het rijk aan het versterken van de medische milieukunde bij de GGD'en?*

Zie het antwoord op vraag 30.

60

*Op blz. 186 van het NMP4 wordt onder de kop «Beleidsprogramma Milieu en Gezondheid» opgemerkt dat de informatie-uitwisseling tussen GGD'en en milieudiensten niet altijd optimaal verloopt. Een integrale benadering van zowel signalering als beleidsvoorbereiding op lokaal niveau zou gewenst zijn. Wat wordt in het kader van het beleidsprogramma Milieu en Gezondheid gedaan om deze informatie-uitwisseling te verbeteren en een integrale benadering tot stand te brengen? Wat is de rijksbijdrage hieraan?*

Het actieprogramma richt zich onder meer op de ontwikkeling van een communicatiestrategie, waarin de GGD'en en Milieudiensten een rol hebben, VROM neemt hiervoor het initiatief. In het kader van de versterking van milieu- en gezondheidsbeleid op lokaal niveau wordt ingezet op versterking van de samenhang via het grote stedenbeleid, het Investeringsfonds Stedelijke Vernieuwing en de lokale nota's gezondheidsbeleid. Ook start VROM met de VNG een project gericht op de verzameling van basisgegevens die noodzakelijk zijn voor het voeren van integraal beleid voor milieu en gezondheid op gemeentelijk niveau.

61

*Op blz. 24/25 wordt opgemerkt dat het huidige milieubeleid zich met name richt op het terugdringen van de mate waarin activiteiten vervuilen, maar dat daarnaast ook de factoren bevolkingsomvang en activiteitsniveau van invloed zijn. Op welke manier wil de minister de factoren bevolkingsomvang en activiteitsniveau onderwerp van beleid en beter beheersbaar maken?*

Bevolkingsomvang is een gegeven en bevolkingsaanwas een autonome ontwikkeling waarmee in milieumaatregelen rekening dient te worden gehouden. Maatregelen gericht op beïnvloeding van het activiteitsniveau zullen daarom, voor zover mogelijk en nodig, onderwerp van beleid moeten zijn. Het zal dan voornamelijk gaan om maatregelen die een wijziging in het gedrag moeten bevorderen.

62

*In de notitie wordt op een aantal plaatsen verwezen naar beleid dat in het kader van het NMP4 ontwikkeld zal worden (bijv. op blz. 20 en 21 staat een opsomming van de terreinen waarvan in het NMP4 een beleidsvernieuwing wordt aangekondigd). Echter, het NMP4 richt zich op de lange termijn; namelijk de periode tot 2030. Kunt u aangeven wat er in de komende kabinetsperiode voor beleidsvernieuwing op deze terreinen te verwachten is?*

Het actieprogramma bevat 36 acties die de komende vijf jaren worden uitgewerkt. De acties richten zich op het bevorderen van een integrale en heldere afweging door overheden door versterking van milieu- en gezondheidsbeleid op de diverse bestuursniveaus, op verbetering van de informatie en communicatie en op innovatie op het terrein van onderzoek, ruimtelijke ordening, saneringsoperaties, duurzaam ondernemen en verbetering van de kwaliteit van het binnenmilieu.

63

*Deskundigen op het gebied van milieuhygiëne en infectieziektebestrijding hebben vragen gesteld ten aanzien van de effectiviteit van het regeringsbeleid gericht op het voorkómen van legionellabesmetting. Wat is de reactie van de regering op dit punt?*

De Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater (verder: de regeling) die is opgesteld in overleg met deskundigen en instanties heeft als grondslag de risico's van besmetting door gebruik van leidingwater zo goed mogelijk te beheersen. Volledig uitsluiten van risico's is echter onmogelijk. Het Kabinet is tot op heden van mening dat gestreefd moet worden naar een zo groot mogelijke risicoreductie.

De regeling leidt ertoe dat voor de meeste gebouwen, waar geen sprake is van verneveling van water, volstaan kan worden met een beperkte risicoanalyse die bestaat uit een inventarisatie van tappunten. Dit kost weinig tijd en geld. Inmiddels is de Tijdelijke regeling geëvalueerd, waarbij ook de kritiek en opmerkingen vanuit het veld zijn meegenomen (zie ook mijn antwoord op vraag 78). Op basis van deze evaluatie wordt een voorstel ontwikkeld voor omzetting van de regeling in een Amvb onder de Waterleidingwet. Zodra meer bekend is over de inhoud van het besluit, zult u hier nader over geïnformeerd worden.

64

*Wat is de reactie van de regering op de voorstellen van de Haarlemse GGD (november 2001) voor een andere opzet van de legionellabestrijding?*

In de artikelen in NRC en Algemeen Dagblad van 23 en 24 november 2001 bepleit een medewerker van de GGD Zuid-Kennemerland een andere aanpak van de legionellaproblematiek. Preventieve maatregelen zouden alleen moeten worden uitgevoerd in ziekenhuizen en verpleeghuizen en op locaties die als bron van een besmetting zijn geïdentificeerd. In verband met de intensivering van de bronopsporing zou een landelijk centrum voor legionella-onderzoek moeten worden opgericht.

Zoals ik ook in mijn antwoord op vraag 7 heb toegelicht, onderschrijf ik het belang van goed brononderzoek. Brononderzoek kan echter geen alternatief zijn voor de preventieve aanpak, waarbij eigenaren van collectieve installaties een risicoanalyse uitvoeren en zo nodig een beheersplan opstellen. Het achterwege laten van een preventieve aanpak leidt tot de onwenselijke situatie waarbij mensen met een verhoogde kans op legionellose (zoals ouderen, diabetici, rokers of mensen met een verzwakte afweer) bij een zwembad, hotel, sauna of sportinrichting moeten worden gewaarschuwd dat ze het pand op eigen risico betreden of dat hen de toegang zelfs geheel moet worden ontzegd.

### **Vragen SP-fractie**

65

*Uit de VTV-studie blijkt dat met name de gezondheidstoestand van bewoners van achterstandswijken in grote steden achter blijft bij de rest van ons land. Een van de aangrijpingspunten zou kunnen zijn het milieubeleid, immers er blijkt een rechtstreeks verband te bestaan tussen de sociaal-economische status van bewoners en de mate waarin zij het milieu vervuilen en er last van ondervinden. De mensen met sociaal-economische status verontreinigen naar verhouding het minste, maar zij wonen meestal in de minst milieuvriendelijke gebieden (zie brief VWS, 16 november 2001, Gezondheid in de grote steden, blz. 21). Wat gaat de regering hieraan doen?*

In het kabinetsstandpunt over sociaal-economische gezondheidsverschillen van 16 november 2001 (TK 28 000 XVI, nr. 18) is een beleidsagenda voor de toekomst opgenomen die enerzijds bestaat uit continuering, respectievelijk intensivering van bestaand beleid en anderzijds uit opties voor nieuwe beleidsinitiatieven voor de komende kabinetsperiode. De uitwerking van deze agenda moet uitmonden in een implementatieprogramma met concrete maatregelen en intensiveringen.

In deze beleidsagenda voor de toekomst staan enkele aandachtspunten die specifiek zijn gericht op de relatie tussen een lage sociaal-economische status (SES) en milieuomstandigheden zoals:

- Verbeteren van het inzicht in de betekenis van woonomstandigheden en leefomgeving voor het ontstaan van gezondheidsverschillen, zodat gemeenten gericht beleidsinstrumenten kunnen inzetten in het lokale gezondheidsbeleid.
- Breder inzetten van de Gezondheidseffectscreening Stad en Milieu door gemeenten bij gemeentelijke infrastructuurprojecten.
- Versterken van de samenwerking tussen de GGD'en en de lokale Milieudiensten.

Voorts is ook het aandachtspunt «voorbereiden van het verankeren van gezondheid in het grotestedenbeleid» in dit verband van groot belang. Met de uitwerking van de beleidsagenda is het Kabinet momenteel doende. Naar verwachting wordt het implementatieprogramma dit najaar aan de Kamer aangeboden.

66

*Welke onderzoeken zijn u bekend over het verband tussen sociaal-economische status en milieubelasting, op persoons- of wijkniveau, om welke onderzoeken gaat het, en wat zijn de uitkomsten hiervan?*

Zowel in landelijke als lokale gezondheidsenquêtes worden verschillen in ervaren milieubelasting tussen groepen met een hoge en lage sociaal-economische status (SES) en tussen hoge en lage SES-wijken herhaaldelijk aangetroffen (zie ook antwoord op vraag 11). Een voorbeeld is de gezondheidsenquête in Eindhoven uit 1998/99. De bewoners van achterstandswijken in Eindhoven geven de buurt waarin ze wonen, gemiddeld een lager rapportcijfer dan de overige Eindhovenaren (5,7 ten opzichte van 7.2). Ook wanneer naar een aantal afzonderlijke fysieke aspecten wordt gekeken, springen bewoners van deze gebieden er in ongunstige zin uit: meer lawaaioverlast (39 versus 30 procent), meer problemen met de huisvesting (17 versus 9 procent), meer problemen met de leefsituatie in gemeente/buurt (17 versus 8 procent) en een hoger percentage van de bevolking dat van mening is dat de buurt er op achteruitgaat (28 versus 17 procent). De Eindhovense gegevens bevestigen de relatie tussen fysieke omgeving en ervaren gezondheid.

Ook in de Milieuverkenningen (RIVM, Nationale Milieuverkenningen 5, 2000–2030, blz. 219–226) is op basis van gegevens over de ruimtelijke, sociale en milieukwaliteit van de leefomgeving en gezondheid geconstateerd dat in bepaalde leefmilieus veel ongunstige factoren bij elkaar komen. Wijken die sociaal-economisch slecht scoren, scoren vaak ook minder gunstig wat betreft fysieke omgeving en het milieu. Er blijkt bovendien een duidelijke samenhang met gezondheid. Hoe dichter woningen bij elkaar zijn gebouwd en hoe hoger het niveau van geluid of luchtverontreiniging in een wijk, hoe slechter de gezondheid (blz. 223).

67

*Moeten naast kinderen en ouderen als kwetsbare groepen niet ook, zeker wat betreft effecten op de luchtwegen, sporters en carapatiënten genoemd worden?*



Kinderen en ouderen zijn genoemd als voorbeelden van grote groepen in de bevolking die potentieel extra kwetsbaar zijn voor blootstelling aan milieufactoren. Risicogroepen kunnen onderscheiden worden enerzijds op basis van extra gevoeligheid van personen en anderzijds op basis van relatief grotere blootstelling aan milieufactoren. Als het gaat om luchtverontreiniging worden carapatiënten beschouwd als een risicogroep, omdat door reeds bestaande luchtwegaandoeningen een grotere gevoeligheid aanwezig is. Sporters daarentegen hebben bij verontreinigde lucht een verhoogd risico doordat de blootstelling aan stoffen in de lucht door intensieve inademing toeneemt. Sporters vormen in zijn algemeenheid geen specifieke risicogroep.

68

*Is er in Nederland voldoende deskundigheid over psychosomatische klachten ten gevolge van zeer ingrijpende gebeurtenissen zoals de Bijlmer-ramp en Enschede? Zo ja, waar kan men terecht?*

De organisatie van de psychosociale hulpverlening bij rampen en zware ongevallen is sterk verbeterd als gevolg van de adviezen die naar aanleiding van de vuurwerkramp in Enschede en de cafébrand in Volendam door de commissies Oosting en Alders zijn opgesteld. Psychosociale hulpverlening bij rampen wordt geboden door instanties die de reguliere psychosociale hulp bieden. Om tijdens een calamiteit efficiënt en effectief te kunnen samenwerken is een structuur in het leven geroepen. Ten behoeve van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) is Nederland in regio's ingedeeld. In bijna al deze regio's is een Psychosociale Hulpverleningsorganisatie (PSHO) geïmplementeerd. Een PSHO voorziet in een actiecentrum dat nauw moet samenwerken met het centrale aanspreek- en informatiepunt. Een goede opvang en beoordeling direct na de ramp maakt een goede nazorg van psychosomatische klachten beter mogelijk. Het Instituut voor Psychotrauma heeft een handboek geschreven voor de opvang na rampen en calamiteiten. Ook de nazorgfase moet zoveel mogelijk worden overgenomen door de reguliere hulpverlening. Medio maart is een Landelijk Kenniscentrum Psychosociale Hulpverlening na Rampen opgericht. Dit kenniscentrum kan een belangrijke rol spelen bij het consulteren en adviseren rond vragen omtrent nazorg. Kennis over psychisch getraumatiseerden met lichamelijke klachten en/of ziekten en kennis over patiënten met lichamenlijk onbegrepen klachten (LOK) is nu vooral bij academische ziekenhuizen beschikbaar. In het bijzonder het AMC/De Meren (professor Gersons) en het LUMC (professor van Spinhoven), VU Medisch Centrum (professor H.M. van der Ploeg), het Academisch ziekenhuis van de KUN (post-Cambodja Klachten Onderzoek), St Radboud, het Academisch Ziekenhuis Maastricht (afdeling voor LOK in MedPsych Unit) en Academisch Ziekenhuis Rotterdam «Dijkzigt» (afdeling Traumatologie o.l.v. prof. dr. A.J. van Vugt). AMC en LUMC hebben een cursus opgezet voor huisartsen. Op Nienoord, dependance van het AMC/De Meren wordt een behandeling gegeven voor PTSS (posttraumatisch stress syndroom) en LOK. Het Centrum '45 behandelt specifieke getraumatiseerde doelgroepen zoals oorlogsgetroffenen en vluchtelingen.

69

*Zijn chronische luchtweginfecties de laatste decennia toegenomen, of is er een toename in bepaalde groepen (kinderen, ouderen) of op bepaalde plaatsen (wonen en werken bij snelwegen)? Zo ja, is er mogelijk een relatie met (een toename van) luchtvervuiling?*

Voor de beantwoording van de vraag wordt onder «chronische luchtweginfecties» verstaan: astma en COPD (chronische obstructieve longziekten). In de internationale wetenschappelijke literatuur wordt ervan uitgegaan

dat er een toename van astma bij kinderen is gedurende de laatste decennia. In Nederland zijn daarover geen harde gegevens aanwezig. Het is daarom niet met zekerheid te zeggen of er sprake is van een echte trend of dat de stijging een gevolg is van een verbeterde/verscherpte diagnose. Dit geldt in het algemeen ook voor subgroepen. Alleen bij vrouwen is sprake van een toename in COPD met roken als duidelijke oorzaak. Over lokaal gedomineerde trends is geen informatie beschikbaar. In Nederland (RIVM, Universiteit Utrecht) wordt momenteel onderzoek verricht naar de relatie tussen wonen bij (snel-) wegen en het ontstaan van astma bij kinderen. Wat betreft de rol van luchtverontreiniging bij het ontstaan of toenemen van luchtwegklachten is het wetenschappelijke standpunt op dit moment dat buitenluchtverontreiniging bijdraagt aan het verergeren van bestaande luchtwegklachten, maar niet aan het ontstaan van luchtwegaandoeningen. In het binnenmilieu daarentegen kunnen microbiële verontreinigingen voorkomen waarvan niet kan worden uitgesloten dat zij luchtwegaandoeningen veroorzaken. Het beleid gericht op het terugdringen van de verontreiniging van buitenlucht heeft tot resultaat gehad deze verontreiniging de laatste decennia aanzienlijk is afgenomen, echter nog niet in die mate dat gezondheidseffecten worden voorkomen. Zie ook het antwoord op vraag 51.

70

*Blootstelling aan ozon en fijn stof leidt jaarlijks tot enige duizenden sterfgevallen en ziekenhuisopnames. Treffen deze sterfgevallen met name risicogroepen zoals ouderen en carapatiënten?*

De groepen ouderen en personen met bestaande cardio-respiratoire aandoeningen lijken inderdaad gevoeliger te reageren op luchtverontreiniging. Op grond daarvan wordt ook verwacht dat in de jaren tot 2030, de vroegtijdige sterfte als gevolg van ozon en fijn stof nog ongeveer zal verdubbelen. Dit gebeurt ondanks een verminderde blootstelling door het ingezette emissiebeleid. Oorzaak hiervan is onder meer de toenemende vergrijzing en de bevolkingstoename.

71

*Welke beleidsmaatregelen kunnen er genomen worden om de gezondheidsrisico's van fijn stof en ozon te verkleinen en op welke termijn zijn deze uitvoerbaar? Bestaan er Europese normen voor fijn stof en voldoet Nederland daaraan?*

Zie de antwoorden op vraag 9 en 37.

72

*Om de gezondheidsrisico's vanwege radon in bestaande woningen te verkleinen worden bewoners voorgelicht over goed ventilatiegedrag. Is dat al gebeurd, en zo ja op welke manier? Waarom wordt bij het binnenmilieu tabaksrook niet genoemd, de schadelijkheid hiervan is immers duidelijk aangetoond?*

In vervolg op het actieprogramma wordt nagegaan op welke wijze invulling kan worden gegeven aan een campagne over binnenmilieu. Meer informatie over de uitwerking van een dergelijke campagne zal worden gegeven bij de rapportage over de uitvoering van het actieprogramma. Zie wat betreft tabaksrook ook het antwoord op vraag 3.

73

*Waarom wordt in het hoofdstuk geluid Schiphol niet genoemd en om deze effecten te beperken de overheid aangewezen om maatregelen te nemen?*

In het hoofdstuk geluid worden de belangrijkste veroorzakers van geluids-overlast genoemd, te weten wegverkeer, railverkeer, vliegverkeer en burelen. Daaronder valt dus ook het vliegverkeer. De overheid probeert op diverse manieren de geluidsbelasting door vliegverkeer te beperken. Ten eerste participeert Nederland in overleg binnen internationale fora, zoals de internationale burgerluchtvaartorganisatie (ICAO), onder andere gericht op het aanscherpen van geluidseisen aan vliegtuigen. Ten tweede stelt de overheid grenzen aan de geluidsbelasting die de luchtvaartsector in de omgeving van de Nederlandse luchthavens mag veroorzaken. Ten derde legt de overheid beperkingen op aan het gebruik van de gebieden in de omgeving van luchthavens. Daarbij gaat het onder andere om het amoveren en isoleren van woningen, woningbouwbeperkingen en hoogtebeperkingen.

Het beleid ten aanzien van de luchthaven Schiphol wordt neergelegd in de Wet luchtvaart en in het op deze wet gebaseerde Luchthavenverkeerbesluit en Luchthavenindelingbesluit. Voor wat betreft de overige luchtvaartterreinen in Nederland wordt het beleid en bijbehorende wet- en regelgeving momenteel vormgegeven in het kader van het project Regeling Regionale en Kleine Luchtvaartterreinen (RRKL).

74

*Voor vele duizenden stoffen is geen gezondheidkundig onderzoek gedaan, en ontbreken essentiële gegevens over de mogelijke milieueffecten. Welke prioriteitstelling is er om voor bepaalde stoffen normen vast te stellen? Wordt hiervoor blootstelling in het gewone leefmilieu rekening gehouden met continu blootstelling, met kwetsbare groepen zoals kinderen, ouderen en zwangere vrouwen en met cumulatieve effecten?*

De beleidsvernieuwing stoffen, zoals beschreven in de Strategienota Omgaan Met Stoffen (SOMS, TK 27 646 nrs 1 en 2) en de Voortgangsrapportage uitvoering SOMS (december 2001, VROM 001 285), heeft tot doel de noodzakelijk geachte essentiële gegevens over mogelijke milieu- en/of gezondheidseffecten beschikbaar te krijgen. Prioriteitsstelling van al die stoffen zal plaatsvinden op basis van onder andere de gevaarseigenschappen en het blootstellingpotentieel van die stoffen. Indien milieukwaliteitsnormen gewenst zijn ten behoeve van een goede uitvoering van de noodzakelijk geachte maatregelen, dan zullen deze vastgesteld worden in volgorde van de genoemde prioriteitsstelling. Bij de afleiding van de milieukwaliteitsnormen MTR (Maximaal Toelaatbare Risiconorm) en streefwaarden wordt, zoveel als mogelijk is, rekening gehouden met kwetsbare groepen. Beleidsmatig wordt gestreefd naar een risico per stof kleiner dan de streefwaarde (verwaarloosbaar risiconiveau) zodat, met een redelijke zekerheid, de kans op cumulatieve effecten te verwaarlozen is.

75

*Is de veiligheid in verband met chloortreinen niet het beste gegarandeerd indien deze helemaal niet meer rijden en op welke termijn is dat te verwezenlijken?*

Chloortransporten voldoen aan alle nationale en internationale regelgeving. De kans op een ongeval met een chloortrein is daarom zeer klein, maar mocht ondanks de zeer kleine kans toch een ongeval met een chloortrein plaatsvinden, dan kan dat in een stedelijke omgeving leiden tot een ramp van grote omvang, waarbij de hulpverleningsdiensten in principe machteloos staan. Deze situatie is voor de minister van VROM aanleiding geweest het initiatief te nemen tot overleg met Akzo Nobel om de productie en de verwerking van chloor geografisch zoveel mogelijk bijeen te brengen met als doel het transport van chloor tot een minimum

te beperken. De afronding van dit overleg wordt op korte termijn verwacht.

76

*De veiligheid van voedsel is niet altijd gewaarborgd. Zover bekend heeft dit niet geleid tot meetbare gezondheidseffecten. Worden hier alleen effecten als gevolg van recente incidenten bedoeld? Immers, gezondheidseffecten als gevolg van bijvoorbeeld salmonella in kippen- vlees zijn bekend. Kunnen negatieve gezondheidseffecten door bestrijdingsmiddelen met name bij kinderen worden uitgesloten? Volgens de Consumentenbond krijgt ca. 5% van de kinderen in Nederland een dosis bestrijdingsmiddelen binnen die de Amerikaanse normen overschrijdt, ook voor 20 000 kinderen zou de Europese norm worden overschreden.*

De notitie beperkt zich tot gezondheidseffecten als gevolg van milieucontaminanten in de voeding. De aanwezigheid van milieucontaminanten in voedingsmiddelen leidt in het algemeen zelden tot negatieve gezondheidseffecten. Microbiologische verontreiniging van voedsel is inderdaad wel een belangrijk probleem. Recentelijk heb ik mijn standpunt op het advies over voedselinfecties van de Gezondheidsraad (advies nr. 2000/9 dd. 24 mei 2000) aan de Kamer gestuurd. Hierin geef ik aan een nieuwe impuls te geven aan een integrale aanpak van het terugdringen van voedselinfecties en benoem ik de prioriteiten voor verder onderzoek. Wat betreft de negatieve gezondheidseffecten door bestrijdingsmiddelen, met name bij kinderen, merk ik het volgende op. Met mijn brief van 21 mei 2001 heb ik u mijn standpunt toegestuurd op de berichtgeving van de Consumentenbond over de mogelijke schadelijkheid van residuen van bestrijdingsmiddelen voor kinderen. Daarnaast heb ik de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over een eventuele aanpassing van de beoordelingsmethoden voor blootstelling van kinderen. Aanleiding voor deze vraag is de discussie in de Verenigde Staten over bestrijdingsmiddelen in de voeding van kinderen en baby's in relatie tot een mogelijke verhoogde gevoeligheid en een relatief hoge blootstelling. Het advies wordt eind van dit jaar verwacht.

77

*Bent u van mening dat bij de inrichting van nieuwe wijken meer rekening gehouden dient te worden met speelruimte voor kinderen? Zo ja wat is daarover opgenomen in de beleidsplannen van het Kabinet?*

In Nederland is de gemeente, de overheidslaag die het dichtst bij de burger staat, de eerst verantwoordelijke voor de speelruimte in wijk en buurt. Ik ben van mening dat de meeste gemeenten er in slagen om voldoende en kwalitatief goede gelegenheden te creëren voor sport en spel ondanks de toenemende ruimtedruk op de openbare ruimte. Onderzoek verricht in 2000 door DSP-Amsterdam laat zien dat in de kleine (minder dan 2500 woningen), middelgrote (2500–5000 woningen) en grote (meer dan 5000 woningen) Vinexlocaties respectievelijk 76%, 86% en 89% speel- en trapvelden aanwezig zijn.

In de Vijfde Nota voor de Ruimtelijke Ordening wordt in deel 3 in de toelichting voor de lagere overheden het kinderbelang belicht. Wat betreft de openbare ruimte stelt de nota dat «voldoende ruimte wordt gecreëerd die duurzaam veilig is ingericht, waarbij aan iedereen mogelijkheden worden geboden voor ontplooiing, ontspanning en ontmoeting». In het bijzonder wordt hierbij aandacht besteed aan de algehele sociale veiligheid en aan de voor kinderen benodigde speelruimte.

Om het achterliggend doel te bereiken, het bevorderen van voldoende mogelijkheden voor kinderen om in hun eigen buurt aan sport en spel te doen, verwacht ik meer van een samenspel tussen lokaal jeugdbeleid en lokaal ruimtelijke ordeningsbeleid dat inspeelt op de wensen van ouders

en kinderen voor de inrichting van hun buurt, dan van invoeren van ruimtelijke normen.

Vanuit dit perspectief wil ik wijzen op het beleidskader Investeringsbudget Stedelijk Vernieuwing en het daaronder ressorterend Innovatie Programma Stedelijke Vernieuwing. Het themaveld «omgevingskwaliteit» van IPSV biedt de mogelijkheid aan gemeenten en/of andere initiatiefnemers om ideeën, plannen en kleine projecten, gericht op ruimtelijke innovaties met betrekking tot jeugdbelangen in te dienen. Daarbij is zeggenschap een van de toetscriteria. Ik ben van mening dat dit beleidskader van VROM goed aansluit bij het beleidskader van VWS gericht op jeugdbeleid en dat deze kaders tezamen de samenwerking op lokaal niveau stimuleren. Dit is conform het doel van het Bestuursakkoord Nieuwe Stijl (BANS) dat tussen rijk, IPO en VNG is overeengekomen.

78

*Hoe staat het met de uitvoering van het beleid rond legionella, met name in de vier grote steden die hebben laten kennen nogal moeite te hebben met tijdige invoering? Op 23 november is het eerste Nationale Legionella Symposium gehouden door het Streeklaboratorium te Haarlem en de GGD-Kennemerland. Wat zijn hiervan de belangrijkste uitkomsten?*

De minister van VROM heeft naar aanleiding van uw verzoek een evaluatieonderzoek uit laten voeren. Hierbij is ook de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van de Tijdelijke regeling legionellapreventie in leidingwater (verder: regeling) beschreven. Het gaat in dit onderzoek om doelgroepen zoals industrie, sportaccommodaties, onderwijsinstellingen, hotels en recreatiebedrijven. Gemeenten zijn in dit onderzoek niet als specifieke doelgroep onderscheiden. De grote steden voorzien in informatie over de regeling en advisering over de uitvoering door het instellen van een coördinatiepunt (Amsterdam), een werkgroep (Rotterdam) of overwegen iets dergelijks (Den Haag). De locaties waarop de regeling van toepassing is, zijn geïnventariseerd. Op dit moment wordt gewerkt aan de ontwikkeling van risicoanalyses en beheersplannen. De bevindingen van de vier grote steden zijn meegenomen bij de evaluatie van de regeling. Tijdens het zogeheten eerste Nationale Legionella Symposium dat op 23 november 2001 is gehouden en dat vooral een informatief karakter had, gingen sprekers vanuit onder meer RIVM, GGD'en en ziekenhuizen in op beleid en onderzoek met betrekking tot legionella en legionellose. Zowel het voorkómen van besmettingen door preventieve maatregelen als het brononderzoek, de diagnose en de behandeling van patiënten na een besmetting kwamen aan de orde. Sommige sprekers (met name afkomstig uit de gemeenten en GGD'en) gaven hun visie op het beleid van de rijksoverheid, zoals ook bekend uit de brieven die hierover op 18 mei en 22 november 2001 aan de Tweede Kamer zijn gezonden en de artikelen in Algemeen Dagblad en NRC van 23 en 24 november 2001. In het Infectieziektebulletin van december 2001 (jaargang 12, nr. 12) is een samenvatting van vrijwel alle daar gehouden presentaties opgenomen. Zie ook het antwoord op de vragen 63 en 64.

79

*Erkent u dat genetische manipulatie ook ernstige risico's kan opleveren voor de volksgezondheid, bijvoorbeeld door versnelde resistentie tegen antibiotica of onbekende effecten zoals allergene reacties van eiwitten die worden geproduceerd door het ingebrachte soortvreemde gen?*

Alle ggo's of producten van ggo's worden, vóórdát ze in Europa als voedingsmiddel in de handel worden gebracht, op veiligheid voor de consument getoetst. Toetsing vindt plaats op veiligheid voor het milieu conform Verordening 2001/18 en op voedselveiligheid conform Verorde-

ning 258/97. De voedselveiligheidsstoets wordt uitgevoerd door de commissie Veiligheid Nieuwe Voedingsmiddelen van de Gezondheidsraad.

Onderdeel van deze veiligheidstoets is de mogelijke allergeniteit van het product. Van het grote aantal eiwitten dat in voedsel voorkomt, heeft slechts een zeer klein aantal een allergene effect. Slechts 8 voedselgroepen vormen de bron van 90% van alle voedselallergiën, deze groepen zijn pinda's, noten, soja, melk, eieren, vis, schaaldieren en tarwe. Het gebruik van de genen die zorgen voor aanmaak van de bekende allergene eiwitten wordt in principe niet toegestaan.

Het nieuwe eiwit dat in de genetisch gemodificeerde plant aanwezig is en zorgt voor de nieuwe, gewenste eigenschap, zoals herbicidentolerantie of bescherming tegen insectenvraat, wordt getest op allergene kenmerken. Belangrijk hierbij is de afbraak (vertering) van het eiwit in maagsap.

Verloopt die afbraak snel dan is er nauwelijks kans op allergene werking. Ook wordt de samenstelling van het eiwit vergeleken met die van bekende allergene eiwitten. Is er geen overeenkomst met een bekend allergen én breekt het eiwit snel af in de maag én laat het eiwit in een proefdiertest geen reactie zien, dan wordt het als veilig beschouwd.

Sinds enige tijd wordt geen goedkeuring meer verleend aan grootschalige marktintroductie van genetisch gemodificeerde organismen die antibioticum resistentiegenen bevatten. De toepassing van antibioticum resistentiegenen in genetisch gemodificeerde organismen ten behoeve van veldproeven zal worden beperkt tot de genen npt II en hpt. Deze genen leiden tot resistentie tegen antibiotica die niet meer van belang zijn voor de humane en dierlijke gezondheidszorg en kunnen zonder risico op verminderde inzetbaarheid in veldproeven worden toegepast.

De kans op een nadelige invloed op de gezondheid na het passeren van de beschreven veiligheidsbeoordeling is vergelijkbaar met niet biotechnologisch voedsel. Overigens wordt deze beoordeling steeds aangepast aan de stand van wetenschap en worden oude dossiers, indien daar aanleiding voor is, opnieuw beoordeeld.

80

*Wat is het beleid in omliggende landen zoals het VK, Duitsland, België en Frankrijk wat betreft elektromagnetische velden?*

In het Verenigd Koninkrijk bestaan geen wettelijk vastgestelde grenswaarden voor de blootstelling van personen aan elektromagnetische velden (EMF). Wel bestaat een algemeen wettelijk vastgestelde plicht om de risico's van activiteiten te beheersen. Voor het vaststellen van de naleving van deze verplichting met betrekking tot blootstelling aan EMF, hanteert de Health and Safety Inspectorate een richtlijn van de National Radiation Protection Board (NRPB) uit 1993. In deze richtlijn worden hogere waarden voor blootstelling geadviseerd dan die aanbevolen door de ICNIRP en de EU. De operators voor mobiele telefonie hebben wel op vrijwillige basis verklaard zich aan de EU-aanbeveling te conformeren. In Duitsland en Frankrijk is de EU-aanbeveling wettelijk geïmplementeerd. In beide landen zijn tevens aanvullende aanbevelingen dan wel regelgeving aanwezig waarmee beperkingen ten aanzien van veilige afstanden en dergelijke worden gerealiseerd.

In België is een Koninklijk Besluit van kracht waarmee de EU-aanbeveling wordt geïmplementeerd behalve voor de frequentieband karakteristiek voor mobiele telefonie (tussen 10 MHz en 10 GHz). Voor deze frequenties wordt, op basis van een advies van de Hoge Gezondheidsraad en door toepassing van het voorzorgsbeginsel, de maximale blootstelling van bevolking beperkt tot veldsterktes die de helft zijn van de EU-aanbeveling.



*Gezondheidseffecten als gevolg van verontreinigde grond treden vrijwel nooit op. Wel zijn er consequenties voor gebruiksmogelijkheden. Hoeveel grond kan niet worden gebruikt voor bouw, en hoeveel grond niet voor het kweken van groenten in verband met verontreiniging? Zijn deze adviezen altijd bekend en worden deze goed opgevolgd?*

In het beleid voor bodemverontreiniging speelt het risico voor de volksgezondheid een belangrijke rol, naast het ecologische risico en het verspreidingsrisico. Blootstelling via inslikken van verontreinigde grond (vooral door kinderen), via inhalatie van vluchtige verbindingen (via de kruipruimte) en het eten van verontreinigde gewassen uit eigen tuin vormt een serieus volksgezondheidsrisico. Het beleid richt zich op het beheersbaar maken van deze risico's. De rijksoverheid formuleert generieke kaders waarin een koppeling wordt gelegd tussen bodemkwaliteit en (gebruiks-) risico's.

De gebruiksmogelijkheden van de bodem worden mede bepaald door de bodemkwaliteit. Eventuele gebruiksbepalingen zijn divers van aard en hebben uiteenlopende consequenties. Voorbeelden zijn het niet telen van bepaalde gewassen, de noodzaak regelmatig te bekalken of het strikt reguleren van de grondwaterstand. Ook gelden restricties ten aanzien van het hergebruik van verontreinigde grond als bodem. Bij bodemsanering wordt gestreefd naar het zoveel mogelijk opheffen van de gebruiksbepalingen. Echter, zelfs na een (functiegerichte) bodemsanering kunnen nog gebruiksbepalingen resterend, bijvoorbeeld niet dieper graven dan de leeflaag dik is.

In het kabinetsstandpunt Beleidsvernieuwing Bodemsanering welke eind 2001 aan de Tweede Kamer is aangeboden (TK 28 199, nr. 1) wordt aangegeven dat de bevoegde overheden in 2004 gezamenlijk een beeld zullen verstrekken van de ernstig verontreinigde locaties in Nederland. De behandeling heeft plaatsgevonden op 9 april jl.. Dit landsdekkend beeld geeft een basis voor de planning van de werkvoorraad van de bodemsaneringsoperatie en de financiën die hiermee zijn gemoeid. Toegewerkt wordt naar een landsdekkend beeld van de gehele bodemkwaliteit in Nederland, dus ook de niet-ernstig verontreinigde locaties, de schone gebieden, en ook ten aanzien van bodemkwaliteitsaspecten die tot nu toe buiten het kader van de saneringsregeling Wet bodembescherming (verder: WBB) vielen. Stapsgewijs ontstaat daarmee een informatiestructuur waarin gegevens over bodemkwaliteit, geschiktheid voor gebruik en eventuele gebruiksbepalingen zijn terug te vinden, op basis waarvan het bevoegd gezag WBB de afweging kan en zal maken welke gebruiksmogelijkheden een bepaald gebied voor en na sanering heeft.

Adviezen over gebruiksbepalingen worden gegeven door diverse partijen, zoals de GGD, de regionale Inspectie voor de Volksgezondheid en/of de VROM-inspectie of door de bevoegde overheid. Het is mij niet bekend in hoeverre de adviezen worden opgevolgd. De overheden onderkennen hun informatieplicht naar burgers en zien (actief) bodembeheer als een belangrijk instrument daarbij. Inmiddels hebben veel gemeenten en provincies vanuit die verantwoordelijkheid bodeminformatiesystemen ontwikkeld. Het Kabinet steunt deze ontwikkelingen.

*De maatschappelijke tendens lijkt te zijn de overheid steeds nadrukkelijker aan te wijzen als verantwoordelijk voor het reduceren of uitsluiten van risico's. Is dat niet geheel terecht aangezien de overheid een verantwoordelijkheid heeft bij het reduceren van vermijdbare gezondheidsschade als gevolg van milieu?*

De overheid is grondwettelijk verantwoordelijk voor de bescherming van de gezondheid en het milieu. De confrontatie met gezondheidsrisico's in

een tijd waarin de burger steeds meer hoogwaardige bescherming eist maar ook van de overheid op allerlei terreinen verwacht dat zij terugtreedt, stelt zowel de overheid als de burger, maar ook maatschappelijke organisaties voor hele nieuwe vragen. Het gaat hier onder andere om de vraag, welke rol- en verantwoordelijkheidsverdeling aangehouden moet worden tussen overheid, bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en individuele burgers. Met het beleid op terreinen zoals bodem, water, geluid, externe veiligheid wordt dit doel nagestreefd. Op veel terreinen waar milieu van invloed is op de gezondheid is de overheid echter niet alleen verantwoordelijk. Zo moeten bijvoorbeeld op het gebied van geluid, bedrijven zich aan geluidsnormen houden en zouden individuele burgers rekening moeten houden met hun directe omgeving bij het produceren van geluid.

83

*Moet bij onzekerheid niet altijd het voorzorgprincipe worden gehanteerd, dus bij twijfel doorgaan met onderzoek en/of maatregelen?*

Dit zal per situatie beoordeeld moeten worden. Het te ontwikkelen beoordelingskader is hiervoor een instrument.

Zie het antwoord op vraag 24.

84

*Hoort bij de taak van de medisch milieukundigen ook niet het uitvoeren van gezondheidseffectrapportages bij voorgenomen beleid en hierover gevraagd en ongevraagd te rapporteren? Wat is de status van zo'n gezondheidseffectscreening? In hoeverre moeten de plaatselijke bestuurders hier rekening mee houden?*

Eén van de onderdelen van de basistaak medische milieukunde is het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. De Gezondheidseffectscreening Stad en Milieu (GES/S&M) is één van de instrumenten die kunnen worden gebruikt voor het verkrijgen van meer inzicht in de gezondheidseffecten van maatregelen. Wanneer stap 3 wordt ingezet in het kader van de Experimentenwet Stad en Milieu, is een gezondheidsadvies van de GGD verplicht. Hiervoor kan gebruik worden gemaakt van de GES/S&M. Echter ook in andere situaties kan de uitvoering van een gezondheidseffectscreening een bijdrage leveren bij de beoordeling van voorgenomen maatregelen. De uitvoering van de GES/S&M zal veelal gebeuren door de GGD in samenwerking met de Milieudienst, maar kan ook aan derden worden uitbesteed.

De medisch milieukundigen kunnen in principe gevraagd en ongevraagd rapporteren over gezondheidseffecten van voorgenomen beleid. De resultaten van de screening hebben in het algemeen het karakter van een advies aan lokale bestuurders.

Tevens wordt op dit moment in opdracht van de Stuurgroep Nationaal Contract OGZ door de VNG, GGD Nederland, de NSPH en TNO Preventie en Gezondheid gewerkt aan verdere ontwikkeling van een meer algemeen toepasbare gezondheidseffectscreening voor gebruik op lokaal niveau. Zie ook het antwoord op vraag 32.

85

*Het zwaartepunt voor advisering en uitvoering van lokaal gezondheids- en milieubeleid ligt bij de medische milieukunde. In welke verhouding staat het aantal medisch milieukundigen werkzaam bij de GGD tot het aantal mensen werkzaam bij milieudiensten in de regio? Hoeveel medisch milieukundigen zijn er momenteel werkzaam in Nederland en per GGD-regio? Het aantal medisch milieukundigen wordt versterkt. Hoeveel komen erbij, en is er genoeg deskundigheid in Nederland? Wat houdt het*

*project gericht op versterking van de medische milieukunde in en wanneer zal dat precies starten?*

De basistaak medische milieukunde wordt uitgevoerd door artsen algemene gezondheidszorg, verpleegkundigen, milieugezondheidskundigen en medisch milieukundigen. De feitelijke formatie voor medisch milieukundige taken bij GGD'en bedraagt 34 formatieplaatsen bij 44 GGD'en (dit is inclusief 8,9 formatieplaatsen voor medisch milieukundigen). De wijze van invulling en de omvang per GGD kan aanzienlijk verschillen. Het aantal medewerkers bij Milieudiensten is niet bekend. Voor informatie betreffende het project versterking lokaal milieugezondheidsbeleid zie het antwoord op vraag 30.

86

*Betekent de nieuwe aanpak van de overheid dat voortaan eerder zal worden ingegrepen en minder snel de signalen uit de samenleving gebatelliseerd zullen worden?*

De nieuwe aanpak houdt in dat de identificatie van signalen uit de samenleving wordt verbeterd en dat zal worden onderzocht of milieumaatregelen een oplossing kunnen bieden. Bij het zoeken naar oplossingen zullen vertegenwoordigers van betrokkenen worden ingeschakeld en zal communicatie met betrokkenen een belangrijke rol spelen.

87

*De NSPH gaat een nieuw opleidingstraject maatschappij en gezondheid bieden. Wie gaat deze opleidingen betalen? Krijgt de GGD extra financiële middelen om op deze manier de deskundigheid van haar medewerkers te bevorderen?*

Het nieuwe opleidingstraject maatschappij en gezondheid wordt gefinancierd door de GGD'en, waarbij VWS bijdraagt in de opleidingskosten. De GGD'en die als opleidingsinstelling gaan fungeren ontvangen een compensatie voor de niet-productieve uren van de sociaal-geneeskundigen i.o. die bij de betreffende GGD'en in dienst zijn. Financiering vindt plaats vanuit de Stichting opleiding maatschappij en gezondheid, die de beschikbare middelen gaat beheren. De bijdrage vanuit VWS is bedoeld om een opleiding met een brede insteek en meer aandacht voor praktijk-scholing mogelijk te maken. Daarnaast subsidieert VWS het opleidingsinstituut NSPH, waardoor dit instituut opleiding en onderwijs op het terrein van de openbare gezondheidszorg op een marktconforme wijze kan aanbieden.

88

*Voldoet de registratie in Nederland aan de voorwaarden om goed epidemiologisch onderzoek op het gebied van milieu uit te voeren? Bestaat er een goede registratie van mogelijk milieugerelateerde gezondheidsklachten en een goede registratie van mogelijke bronnen en kunnen deze gekoppeld worden, of moet de eerste nog worden opgebouwd uit de gezondheidsklachten en clusters die gemeld worden bij GGD'en, Meldpuntennetwerk Gezondheid en Milieu en het VROM-meldpunt? Zo ja, wanneer komt deze samenwerking tot stand en hoe wordt eraan gewerkt dat deze database vollediger wordt? Op welke manier is koppeling met potentiële bronnen mogelijk?*

Aan de Gezondheidsraad zijn vragen van vergelijkbare strekking gesteld, het advies van de Raad wordt in het najaar verwacht. Het RIVM heeft, ter voorbereiding van de uitwerking van het actieprogramma een deelproject monitoring en informatievoorziening gestart, dat ook op de in de vragen naar voren gebrachte zaken is gericht. In Nederland bestaan diverse

milieuregistratiesystemen en gezondheidsregistratiesystemen. Van een routinematige koppeling van deze systemen is echter geen sprake. Het actieprogramma kondigt de ontwikkeling van een informatiesysteem aan, waarin beschikbare kennis over registratie- en monitoringactiviteiten wordt verzameld. Het systeem moet aansluiten bij reeds lopende activiteiten door koppelingsmogelijkheden te stimuleren. De realisatie van informatieverzameling en -uitwisseling door en tussen centrale en lokale diensten en de hiervoor noodzakelijke harmonisatie van dataverzameling is hiervan een belangrijk onderdeel (zie ook antwoord vraag 33). Ik heb het RIVM gevraagd te inventariseren welke registratiesystemen door GGD'en worden gebruikt voor het registreren van milieugerelateerde gezondheidsklachten en of het opzetten van een uniforme registratie in Nederland haalbaar en zinvol wordt geacht. In het algemeen onderschrijven GGD'en het belang van een landelijke inventarisatie van milieugezondheidsklachten. Het RIVM heeft in een briefrapport suggesties voor een concrete uitwerking hiervan gegeven (RIVM 268 826 002/2002, november 2001). Een voorbeeld van een goede registratie van milieugerelateerde gezondheidsklachten is het nog lopende meerjarige onderzoeksprogramma Gezondheidskundige Evaluatie Schiphol.

89

*Een database met gegevens over risicovolle situaties in woon-, werk- en leefomgeving van burgers wordt beschikbaar gesteld voor de actieve en actuele informatievoorziening van burgers door gemeenten. Zijn deze databases openbaar, kunnen burgers en/of raadsleden daarover beschikken, en zo ja vanaf wanneer? Komt er per gemeente duidelijkheid waar klachten gemeld kunnen worden, en vanaf wanneer moet die duidelijkheid er zijn?*

De databases zijn onderdeel van de wettelijke registratieplicht voor risicovolle situaties, waartoe het Kabinet heeft besloten. Tevens wordt geregeld dat de burger op een gemakkelijke wijze toegang heeft tot deze informatie. De gegevens zijn dus openbaar en zullen, zoals door de minister van VROM in de Tweede Kamer is aangekondigd, per 1 januari 2003 beschikbaar zijn. Op gemeentelijk niveau kan men in ieder geval klachten melden conform de reeds bestaande klachten- en/of bezwaarprocedures. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om via het internetmeldpunt Lokaal Signaal van het ministerie van VROM klachten te melden. Deze klachten worden behandeld door de geïntegreerde VROM-inspectie, waarmee borging met de handhavings- en toezichtfunctie van de VROM-inspectie is gewaarborgd.

90

*Gegeven de maatschappelijke waarde van bepaalde activiteiten, producten en stoffen greep de overheid niet snel in. Wordt daarmee bedoeld dat economische belangen zwaarder telden dan gezondheidsbelangen, zelfs als het ging om ernstige gezondheidsschade en zelfs overlijden zoals in het geval van asbest?*

Nee, economische belangen wegen niet zwaarder dan gezondheidsbelangen. Een goede beleidsafweging is noodzakelijk. Zie het antwoord op vraag 24 en 91.

91

*Wanneer in Nederland in 1965 een asbestverbod zou zijn ingesteld op basis van het voorzorgprincipe in plaats van het feitelijk verbod eerst in 1993 dan zou dat ruw geschat circa 34 000 slachtoffers hebben geschied. Welke lessen trekt u hieruit? Hoeveel mensen zullen in de komende jaren jaarlijks nog overlijden aan de gevolgen van asbest? In hoeverre wordt op gemeentelijk niveau overgegaan tot inventarisatie en systematische sane-*

*ring om dit zoveel mogelijk te voorkomen en hoe stimuleert u gemeenten hierin?*

Eind jaren zestig bestond weliswaar consensus over de ernstige gezondheidseffecten van blootstelling aan asbest, maar wetenschappelijk was niet bekend hoe laag de blootstelling moet zijn om asbestziekten te voorkomen. Dientengevolge was in die periode onvoldoende maatschappelijk en politiek draagvlak aanwezig om asbest te verbieden. In de decennia daarop volgend werden de consequenties van de blootstelling aan asbest duidelijk. Toen bleek dat ook bij relatief lage blootstellingen asbestziekten zich openbaarden.

Gezien deze en andere problemen die door middel van het huidige stoffenbeleid onvoldoende worden opgelost, heeft het Kabinet op 16 maart 2001 de Strategienota Omgaan Met Stoffen (SOMS) vastgesteld, zie antwoord op vraag 74. Op dit moment overlijden in Nederland ongeveer 650 mensen per jaar aan de gevolgen van (meestal beroepsmatige) blootstelling aan asbest in het verleden, waarbij de periode tussen blootstelling en het optreden van een asbestziekte tientallen jaren kan bedragen. Het aantal sterfgevallen dat in verband staat met de blootstelling aan asbest zal naar verwachting nog stijgen en in de periode van 2015–2030 een maximum bereiken van 1400 gevallen per jaar en daarna afnemen tot 450 gevallen in 2030. Het ligt in de verwachting dat deze snelle daling zich na 2030 voort zal zetten.

Blootstelling aan asbest treedt thans met name op bij illegale en onzorgvuldige sloop. Het tegengaan van illegale en niet-selectieve sloop van asbest door herziening van het Asbestverwijderingsbesluit en het verbeteren van de handhaving daarvan, zoals aangegeven in de brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 12 december 2001 (TK 25 834, nr. 21), verdient daarom prioriteit.

Voorts kan blootstelling ook optreden indien in een gebouw niet afgeschermd niet-hechtgebonden asbest aanwezig is. In de brieven aan de Tweede Kamer d.d. 1 mei 2000 (TK 25 834, nr. 19) en 12 december 2001 is de totstandkoming aangekondigd van een Besluit asbestinventarisatie in niet-sloopsituaties voor ongeveer 60 000 gebouwen waar het grootste risico op asbestblootstelling geldt. Op grond van dit besluit zullen eigenaren van deze gebouwen, waaronder gemeenten, worden verplicht een asbestinventarisatie uit te laten voeren. Indien uit de inventarisatie blijkt dat er sprake is van blootstelling van gebruikers aan asbest, zullen maatregelen moeten worden genomen. TNO schat overigens in dat de gezondheidswinst als gevolg van het Besluit asbestinventarisatie in niet-sloopsituaties zeer beperkt is. Sommige gemeenten hebben reeds op vrijwillige basis hun gebouwenbestand op asbest laten inventariseren. Er is geen reden om vooruitlopend op de inwerkingtreding van dit besluit andere gemeenten hiertoe te stimuleren.

92

*Welke beroepsziekten komen nog voor in Nederland, en wat onderneemt u precies om deze te bestrijden?*

Een volledig beeld van het voorkomen van beroepsziekten in Nederland is niet beschikbaar. Wel kan uit gegevens van het NCvB (Nederlands Centrum voor Beroepsziekten) worden afgeleid welke beroepsziekten het meeste worden gemeld.

Het NCvB registreert meldingen van arbodiensten van beroepsziekten. Arbodiensten zijn krachtens de Arbeidsomstandighedenwet verplicht beroepsziekten te melden. Het NCvB is bij beschikking aangewezen als het instituut dat de meldingen registreert en over de meldingen rapporteert. Het is echter bekend dat niet alle beroepsziekten gemeld worden. Dit komt onder meer doordat:

- Nog niet alle bedrijfsartsen beroepsziekten melden.

- Sommige beroepsziekten zich pas na lange tijd openbaren. Daardoor kan het gebeuren dat de beroepsziekte zich pas manifesteert als de betrokkene niet meer werkt.
- De betrokkene niet met een bedrijfsarts te maken krijgt, bijvoorbeeld omdat zich geen ziekteverzuim als gevolg van de beroepsziekte voordoet.
- Het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel geen onderscheid maakt tussen het risque social en het risque professionnel. De erkenning van een beroepsziektegeval is daardoor, in tegenstelling tot in andere landen, geen zelfstandige uitkeringsgrond.

Overigens wordt door het NCvB gewerkt aan een verbetering van de meldingsdiscipline van bedrijfsartsen.

Als gevolg van de onderregistratie bestaat dus geen volledig beeld van het voorkomen van beroepsziekten in Nederland. Uit de gegevens van het NCvB blijkt dat in 2000 de volgende beroepsziekten werden gemeld (zie ook tabel 2 van de Arbobalans):

| Beroepsziekte                          | Aantal meldingen in 2000 |
|--|--------------------------|
| Aandoeningen aan het bewegingsapparaat | 3 116                    |
| - waaronder RSI                        | 3 011                    |
| Psychische aandoeningen                | 1 484                    |
| Lawaaislechthorendheid                 | 857                      |
| Huidaandoeningen                       | 288                      |
| Longaandoeningen                       | 100                      |
| OPS                                    | 27                       |
| Overig                                 | 191                      |
| <b>Totaal</b>                          | <b>6 063</b>             |

De meeste gemelde beroepsziekten zijn RSI en RSI-achtige klachten, gevolgd door psychische aandoeningen. Van de eerste soort klachten is bekend dat deze vaak veroorzaakt worden door beeldschermwerk en repeterende bewegingen. Wat de psychische aandoeningen betreft, blijkt uit de meldingen dat deze vaak veroorzaakt worden door een hoge werkdruk/hoog werktempo en door emotionele overbelasting/agressie. Daarnaast worden ook relatief vaak gevallen van lawaaislechthorendheid gemeld. Meer informatie over de meldingen bij het NCvB wordt gegeven in het Signaleringsrapport Beroepsziekten 2001, dat op 19 november vorig jaar is aangeboden aan de Tweede Kamer.

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid poogt het voorkomen van beroepsziekten terug te dringen door de blootstelling van werkenden aan arbeidsrisico's die beroepsziekten kunnen veroorzaken te verminderen. Hiertoe wordt onder meer van de volgende instrumenten gebruik gemaakt:

- Regelgeving en normering ten aanzien van de maximale blootstelling aan verschillende arbeidsrisico's.
- Afspraken maken met sectoren in arboconvenanten over de terugdringing van de blootstelling aan verschillende arbeidsrisico's.
- Voorlichting aan werkgevers en werknemers over de risico's van bepaalde arbeidssituaties.

93

*Gewezen wordt op de nieuwe gevaren en risico's van stoffen, voedselveiligheid, biotechnologie en biologische risico's. Geconcludeerd wordt dat er vernieuwing nodig is van het nationale en internationale stoffenbeleid, een internationale invoering van een goed werkend systeem van ketenbeheer wat betreft voedselveiligheid. Er wordt verwezen naar de nota biotechnologie. Hoe staat het met beleid ten aanzien van de biologische risico's?*



Biologische risico's zijn zeer divers van aard, verdienen daardoor een gerichte aanpak en zijn niet goed in één kader te vangen. Voor een aantal biologische risico's is reeds beleid ontwikkeld (bijvoorbeeld legionella, BSE) en ook de potentiële risico's voor de drinkwatervoorziening (bijvoorbeeld giardia, cryptosporidium) en voedingsmiddelen (bijvoorbeeld lysteria, salmonella) en zwemwater (bijvoorbeeld E. coli, ziekte van Weil- veroorzakende en botulineproducerende micro-organismen) hebben reeds lang de aandacht. Over de microbiële risico's van natuurlijk zwemwater is een advies van de Gezondheidsraad verschenen (publicatie nr. 2001/25, november 2001). Een beleidsreactie op dit advies is kort geleden aan de Kamer gezonden. Andere potentiële risico's vragen om een goede voorlichting (ziekte van Lyme). Van groot belang is de vroegtijdige signalering van nieuwe risico's.

94

*Meer nog dan in het verleden lijkt het belangrijk om aandacht te besteden aan de bescherming van kinderen, met name in de Derde wereldlanden, tegen effecten van blootstelling van allerlei bedreigingen zoals stoffen, bestrijdingsmiddelen, en door micro-organismen verontreinigd voedsel en drinkwater. Welke aanwijzingen zijn er dat in Nederland meer nog dan in het verleden hier aandacht aan besteed moet worden, en wat gaat u concreet hieraan doen? Wat gaat u concreet doen om de kinderen in Derde Wereldlanden te beschermen?*

Ik onderschrijf het belang van aandacht voor bescherming van kinderen in Derde wereldlanden tegen de blootstelling van allerlei bedreigingen door milieufactoren.

De verantwoordelijkheid voor dit terrein ligt echter allereerst bij mijn collega mw. Herfkens, de minister voor Ontwikkelingssamenwerking en is onderdeel van haar beleid. Ook wordt bij de uitwerking van het milieubeleid rekening gehouden met mogelijke effecten van het Nederlandse dan wel het Europese milieubeleid voor Derde wereldlanden. Uitgangspunt hierbij is dat dit beleid geen nadelige effecten mag hebben.