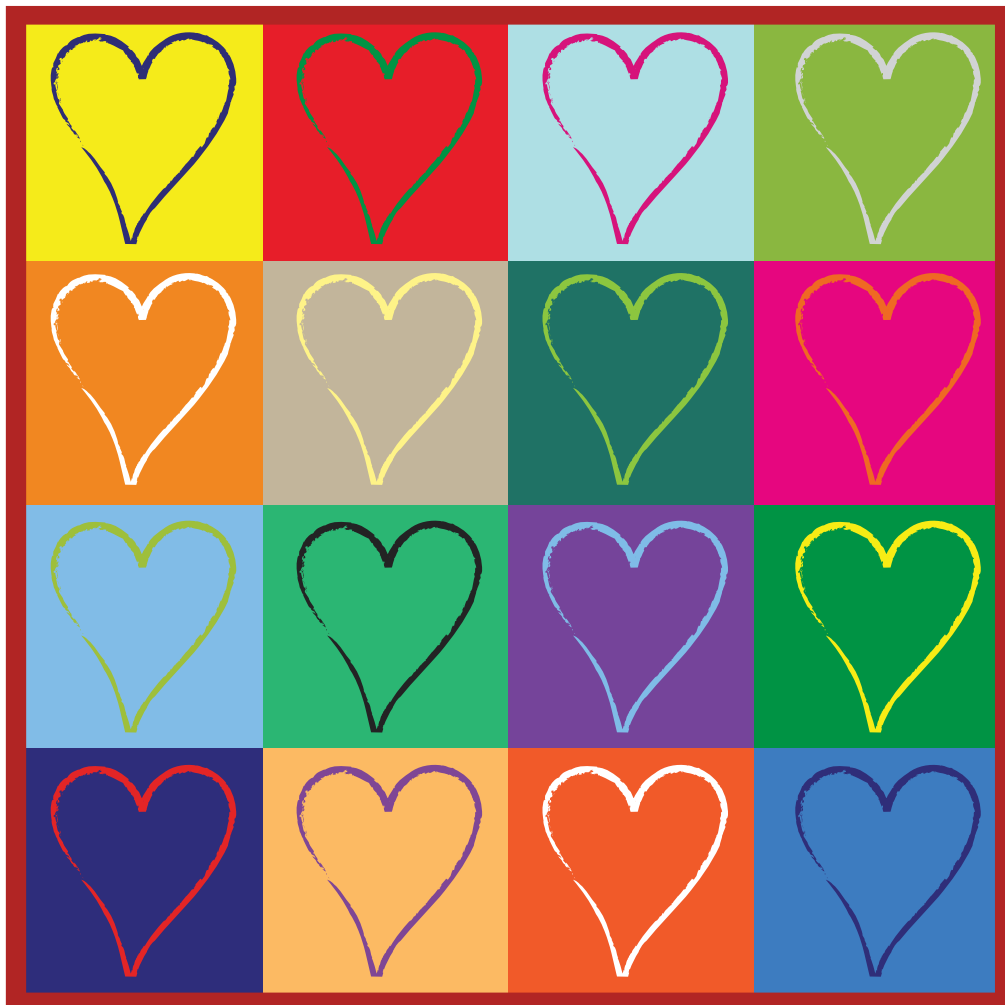


Preventie van Hart- en vaatziekten in Europa – de onvoltooide agenda

EuroHeart-werkpakket 5:
Nationale plannen, beleidslijnen en maatregelen die een effect
hebben op het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en
het voorkomen van hart- en vaatziekten



September 2009





Inhoud

Dankwoord	3
Inleiding	4
Achtergrond	5
Sterftecijfers voor mannen en vrouwen in de 16 WP 5 landen: hoog naar laag.....	6
Risicofactoren voor mannen en vrouwen in de 16 WP 5 landen: hoog naar laag.....	10
Het EuroHeart-inventarisatieproject	15
Methoden.....	15
Ontwikkeling vragenlijst.....	15
Dataverzameling.....	15
Data-analyse.....	16
Resultaten	17
Nationale organisaties.....	17
Nationale wet- en regelgeving.....	17
Nationaal beleid/nationale strategieën of plannen	17
Nationale programma's.....	22
Nationale richtlijnen/normen.....	24
Nationale doelstellingen, toezicht en evaluatie.....	25
Algemene opmerkingen	26
Essentiële elementen in een brede nationale strategie m.b.t. Hart- en vaatziekten	28
Conclusies	36
Aanbevelingen.....	37
Referenties.....	38
Appendix A: Advisory Board for Work Package 5	39
Appendix B: Questionnaire	40
Appendix C: Explanatory notes for Questionnaire	48
Appendix D: Additional data collection.....	54
Glossary.....	55





Tabellen

1. Naar leeftijd gestandaardiseerde sterftcijfers voor mannen en vrouwen jonger dan 65 in de 16 WP 5 landen: van hoog naar laag – coronaire hartziekten	6
2. Naar leeftijd gestandaardiseerde sterftcijfers voor mannen en vrouwen jonger dan 65 in de 16 WP 5 landen: van hoog naar laag - beroerte.....	8
3. Aanwezigheid risicofactoren voor mannen en vrouwen in de 16 WP 5 landen: van hoog naar laag - roken	10
4. Aanwezigheid risicofactoren voor mannen en vrouwen in de 16 WP 5 landen: van hoog naar laag – beschikbaarheid van groente en fruit	12
5. Aanwezigheid risicofactoren voor mannen en vrouwen in de 16 WP 5 landen: van hoog naar laag – percentage totale energie uit vetten	13
6. Aanwezigheid risicofactoren voor mannen en vrouwen in de 16 WP 5 landen: van hoog naar laag – percentage mensen dat 4 of meer dagen minimaal matige fysieke activiteit heeft.....	14
7. Inventarisatie bestaande en geplande wetgeving in alle WP 5 landen	19
8. Inventarisatie bestaand(e) en gepland(e) nationaal beleid/nationale strategieën en plannen in alle WP 5 landen.....	20
9. Inventarisatie bestaande en voorgestelde nationale programma's in alle WP 5 landen.....	23
10. Inventarisatie bestaande en geplande nationale richtlijnen/normen in alle WP 5 landen	24
11. Inventarisatie bestaande en geplande nationale doelstellingen, toezicht en evaluatie in alle WP 5 landen...	27

Figuren

1. Sterftcijfers door coronaire hartziekten bij mannen jonger dan 65, per 100 000.....	7
2. Sterftcijfers door coronaire hartziekten bij vrouwen jonger dan 65, per 100 000.....	7
3. Sterftcijfers door beroerte bij mannen jonger dan 65, per 100 000	9
4. Sterftcijfers door beroerte bij vrouwen jonger dan 65, per 100 000	9
5. Percentage rokers bij mannen van 15 en ouder in de WP 5 landen	11
6. Percentage rokers bij vrouwen van 15 en ouder in de WP 5 landen	11
7. Hoeveelheid fruit en groenten beschikbaar in WP 5 landen	12
8. Percentage totale energie uit vetten in de WP 5 landen	13
9. Percentage mensen dat 4 of meer dagen minimaal matige fysieke activiteit heeft per week in de WP 5 landen, 2005.....	14
10. Landen die nationaal beleid melden met betrekking tot cardiovasculaire gezondheidsbevordering en/of cardiovasculaire ziektepreventie, coronaire hartziekten, hypertensie, beroerte en hyperlipidemie	21
11. Mogelijk model voor essentiële elementen in een brede nationale strategie.....	28



Dankwoord

Dit rapport is tot stand gebracht door:

Gill Cowburn¹, Prachi Bhatnagar¹, Susanne Løgstrup²

Wij danken de nationale coördinatoren en hun collega's die hebben geholpen bij het verzamelen van de gegevens:

- Freddy van de Casseye – Belgische Cardiologische Liga
- Mads Hyldgård – Deense Hartstichting
- Marianne Sirel – Estse Hartvereniging
- Anna-Liisa Rajala – Finse Hartvereniging
- Céline dos Santos – Franse Cardiologische Federatie
- Christine Dehn – Duitse Hartstichting
- George Andrikopoulos – Griekse Hartstichting
- András Nagy – Hongaarse Hartstichting
- Bylgja Valtýsdóttir – IJslandse Hartvereniging
- Maureen Mulvihill – Ierse Hartstichting
- Maria Luce Ranucci – Italiaanse Hartstichting
- Marina Trovo – Italiaanse Stichting ter Bestrijding van Trombose (ALT)
- Marijke Luif – Nederlandse Hartstichting
- Grete Crowo – Noorse Vereniging van Hart- en Longpatiënten
- Jan Slezak – Slowaakse Hart tot Hart Liga
- Nataša Jan – Sloveense Hartvereniging
- Rebecca Salay – VK - Nationaal Hartforum

- Marleen Kestens - European Heart Network

¹ British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford, Old Road Campus, Headington, Oxford, OX3 7LF, UK - <http://www.dphpc.ox.ac.uk/bhfhprg>

² European Heart Network, Rue Montoyer 31, B-1000 Brussels, Belgium - <http://www.ehnheart.org>



Inleiding

Hart- en vaatziekten (HVZ) blijven de grootste doodsoorzaak in de Europese Unie met meer dan 2 miljoen sterfgevallen per jaar. Hoewel de risicofactoren en determinanten voor hart- en vaatziekten vaststaan, is er geen compleet beeld van strategieën en maatregelen van individuele landen om de zware menselijke en economische last die deze ziektes met zich meebrengen, het hoofd te bieden.

In de laatste vijf jaar zijn er in Europa belangrijke beleidsontwikkelingen geweest m.b.t. HVZ. Voorbeelden hiervan zijn de Raadsconclusies die in 2004 zijn aangenomen om cardiale gezondheid te bevorderen, het Europees Handvest voor een Gezond Hart dat in 2007 is geïntroduceerd, en de resolutie van het Europees Parlement om actie te ondernemen tegen HVZ, die in juli 2007 met een grote meerderheid werd aangenomen.

Om op deze ontwikkelingen voort te bouwen en specifieke bepalingen te implementeren in het Europees Handvest voor een Gezond Hart, stemden het European Heart Network en het Europees Cardiologisch Genootschap ermee in hun expertise te bundelen in het gezamenlijke EuroHeart-project. De overkoepelende doelstellingen van EuroHeart zijn het versterken van samenwerking tussen sectoren; het verkrijgen van uitgebreide, vergelijkbare informatie over beleid en maatregelen voor het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en HVZ-preventie; het verbeteren van bewustzijn, diagnoses en de behandeling van vrouwen met HVZ door heel Europa; en het creëren van een 'level playing field' door nationale versies van HVZ-richtlijnen op te stellen. Meer details van deze doelstellingen staan in aparte werkpakketten.

Dit rapport behandelt één van de EuroHeart werkpakketten - werkpakket 5 -, dat een overzicht biedt van bestaande nationale strategieën en maatregelen om cardiovasculaire gezondheid te bevorderen en/of hart- en vaatziekten te voorkomen in 16 landen in Europa. Het rapport en de conclusies zullen breed worden verspreid en kenbaar worden gemaakt aan besluitvormers in Europa, waardoor deze hun nationale strategieën kunnen herzien op basis van wat er in andere landen gebeurt. Het rapport is een momentopname van de situatie. De aanpak van HVZ is niet statisch, en constante herziening en evaluatie van het effect van de strategieën die worden geïmplementeerd is essentieel. Het European Heart Network is van mening dat, hoewel gezondheidsbeleid voornamelijk een zaak van de EU-lidstaten is, de EU hen kan steunen en kan helpen ongelijkheden binnen en tussen landen glad te strijken, bijvoorbeeld door via aanbevelingen criteria vast te stellen. In elk geval kan de EU een leidende rol spelen bij het in overweging nemen van cardiale gezondheid in ander beleid, door te zorgen voor een effectieve evaluatie van het effect op de gezondheid van maatregelen die veelvuldig in beleid worden voorgesteld.



Achtergrond

HVZ is de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen in alle Europese landen en de belangrijkste doodsoorzaak bij mannen in alle landen, behalve Frankrijk, Nederland en Spanje. Binnen Europa zijn er echter grote verschillen in sterftcijfers.

Dit is ook het geval binnen de 16 EuroHeart-landen, zoals te zien in de tabellen 1 en 2 en figuren 1-4. Het sterftcijfer door coronaire hartziekten (CHZ) bij mannen in Hongarije (105/100.000) is meer dan zes keer zo hoog als in Frankrijk (17/100.000). Bij vrouwen is het sterftcijfer in Hongarije meer dan negen keer zo hoog als in Frankrijk. Het sterftcijfer door beroertes bij mannen in Estland (41/100.000) is meer dan tien keer zo hoog als in IJsland (4/100.000). Het sterftcijfer door beroertes bij vrouwen in Estland is meer dan drie keer zo hoog als in IJsland.

Er zijn ook opmerkelijke verschillen in de trends van sterftcijfers. In Finland is tussen 1972 en 2005 de afname van het sterftcijfer voor zowel CHZ als voor beroertes significant (76% CHZ; 74% beroertes). In Griekenland is in dezelfde periode het sterftcijfer voor CHZ met 11% gestegen, maar is het sterftcijfer door beroertes afgenomen (met 48%).

In negen van de EuroHeart-landen laten de trends van de sterftcijfers voor CHZ bij vrouwen zien dat deze minder zijn afgenomen vergeleken met de sterftcijfers voor mannen.

Meer informatie over sterftcijfers van de bevolking, gelinkt aan bruto binnenlands product en bepaalde risicofactoren kan worden gevonden in de aanvullende Country Summary Reports, die beschikbaar zijn op <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

De bron voor de tabellen 1 en 2 en figuren 1-4 is: S Allender; P Scarborough; V Peto; M Rayner (2008) European cardiovascular disease statistics 2008. European Heart Network. Brussel.



Sterftcijfers voor mannen en vrouwen in de 16 WP 5 landen: van hoog naar laag

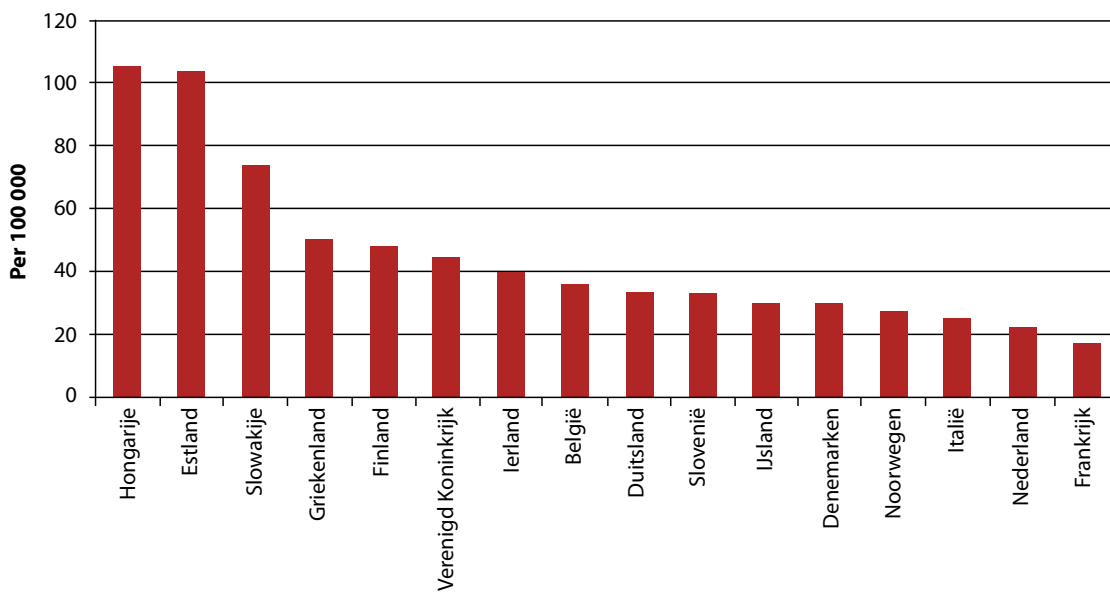
Naar leeftijd gestandaardiseerde sterftcijfers voor mannen en vrouwen jonger dan 65 in de 16 WP 5 landen: hoog naar laag

Tabel 1:
Coronaire hartziekten

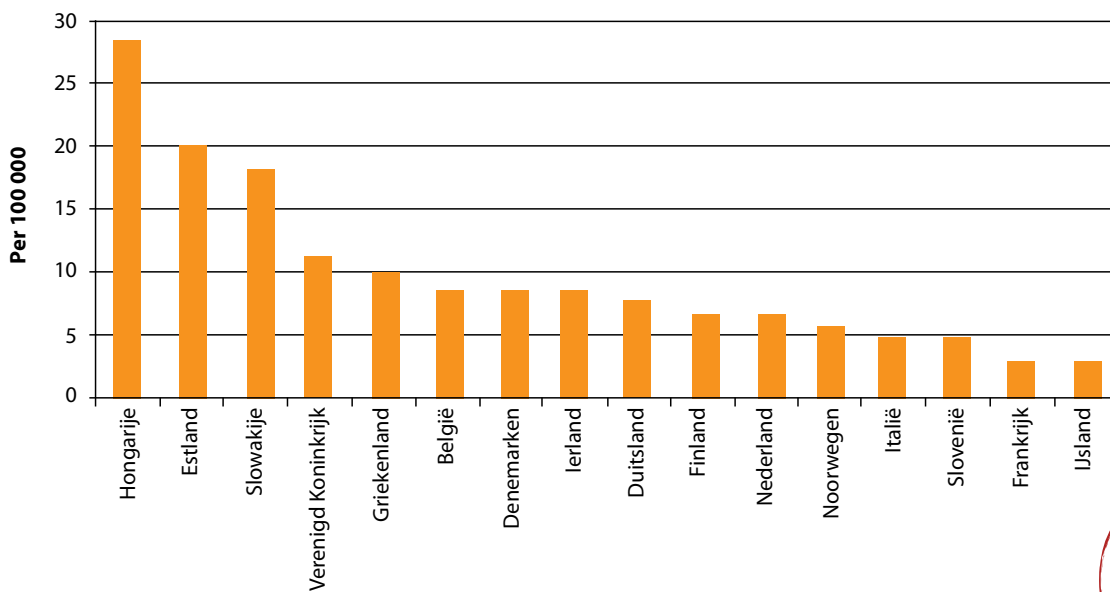
MANNEN		VROUWEN	
Land	Sterftcijfer per 100.000	Land	Sterftcijfer per 100.000
Hongarije	105	Hongarije	28
Estland	104	Estland	20
Slowakije	74	Slowakije	19
Griekenland	50	Verenigd Koninkrijk	11
Finland	48	Griekenland	10
Verenigd Koninkrijk	44	België	9
Ierland	39	Denemarken	9
België	36	Ierland	9
Duitsland	33	Duitsland	8
Slovenië	33	Finland	7
IJsland	30	Nederland	7
Denemarken	30	Noorwegen	6
Noorwegen	27	Italië	5
Italië	25	Slovenië	5
Nederland	22	Frankrijk	3
Frankrijk	17	IJsland	3



Figuur 1:
Sterftecijfers door coronaire hartziekten bij mannen jonger dan 65, per 100 000



Figuur 2:
Sterftecijfers door coronaire hartziekten bij vrouwen jonger dan 65, per 100 000



Bron: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussel.
Laatst beschikbare jaar (varieert van 1997 tot 2006)

**Tabel 2:
Beroertes**

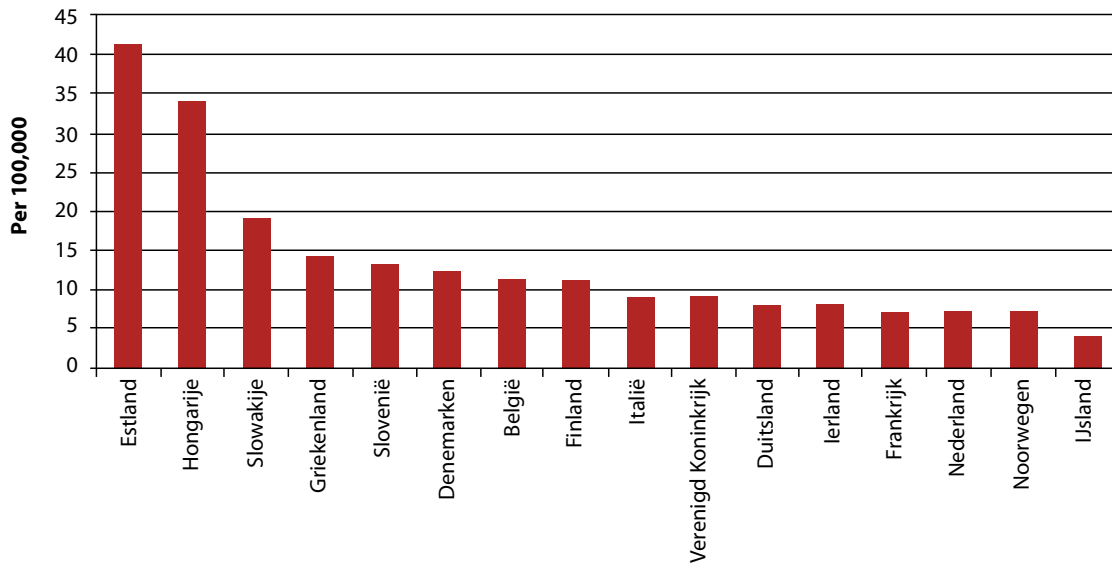
MANNEN	
Land	Sterftcijfer per 100.000
Estland	41
Hongarije	34
Slowakije	19
Griekenland	14
Slovenië	13
Denemarken	12
België	11
Finland	11
Italië	9
Verenigd Koninkrijk	9
Duitsland	8
Ierland	8
Frankrijk	7
Nederland	7
Noorwegen	7
IJsland	4

VROUWEN	
Land	Sterftcijfer per 100.000
Estland	16
Hongarije	15
België	8
Denemarken	7
Griekenland	7
Slowakije	7
Slovenië	7
Verenigd Koninkrijk	7
Finland	6
Nederland	6
Duitsland	5
IJsland	5
Italië	5
Noorwegen	5
Frankrijk	4
Ierland	4

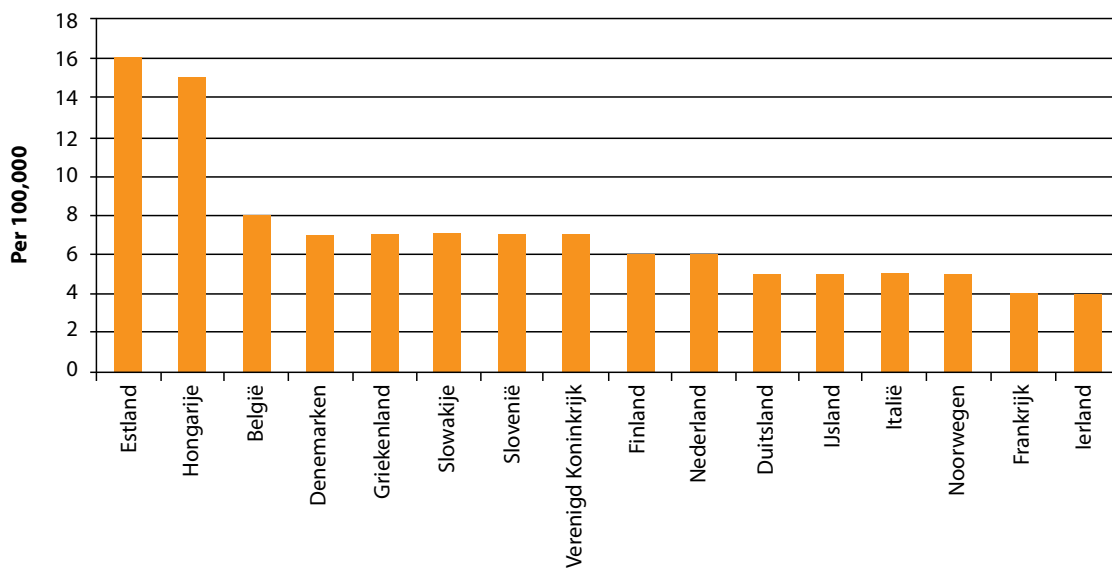




Figuur 3:
Sterftecijfers door beroerte bij mannen jonger dan 65, per 100 000



Figuur 4:
Sterftecijfers door beroerte bij vrouwen jonger dan 65, per 100 000



Bron: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussel.
Laatst beschikbare jaar (varieert van 1997 tot 2006)

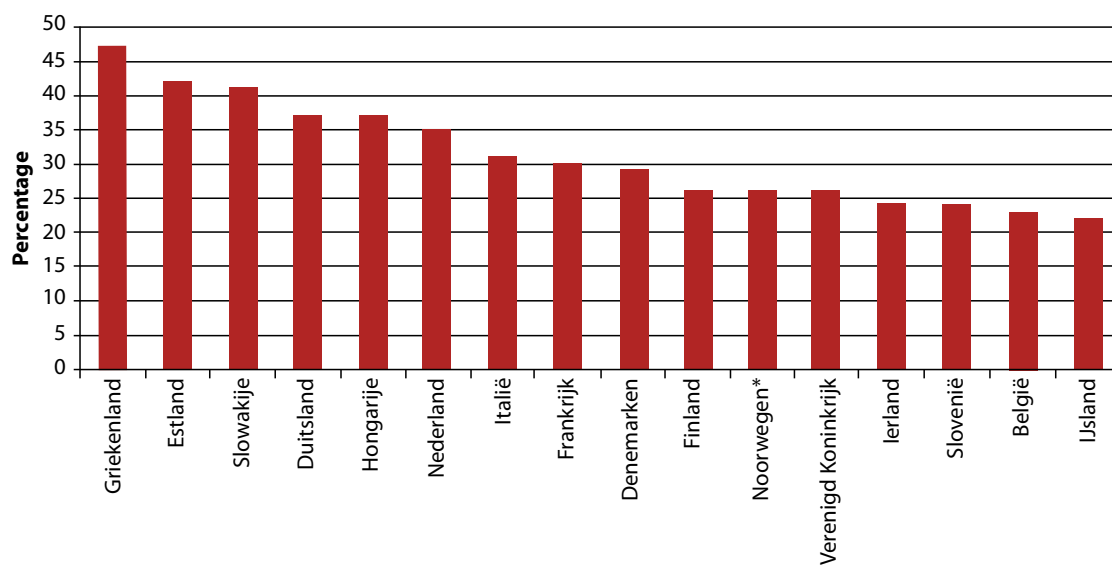


Aanwezigheid risicofactoren voor mannen en vrouwen in de 16 WP 5 landen: van hoog naar laag

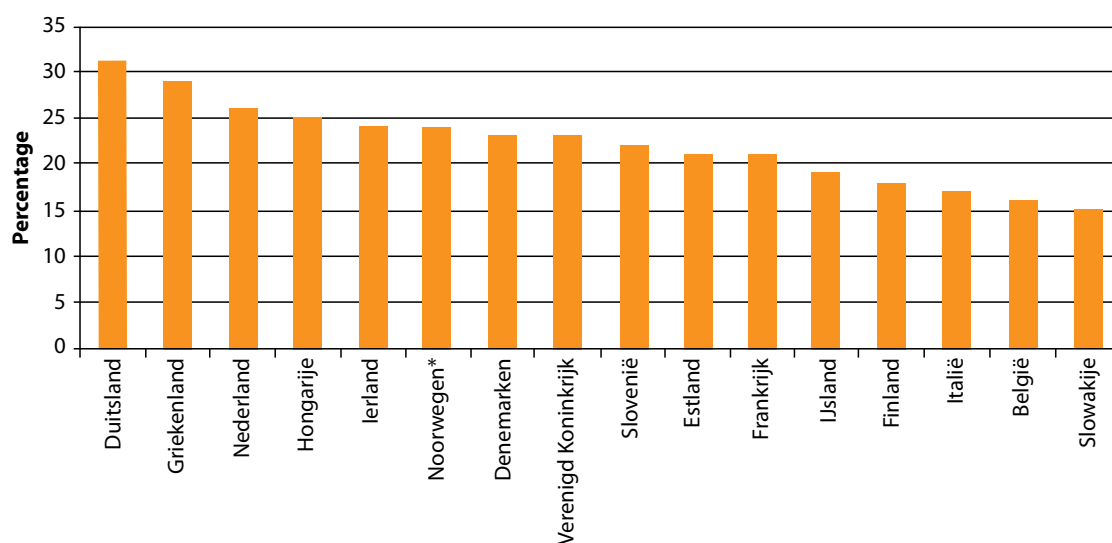
Tabel 3:
Roken: laatst beschikbare jaar

MANNEN		VROUWEN	
Land	%	Land	%
Griekenland	47	Duitsland	31
Estland	42	Griekenland	29
Slowakije	41	Nederland	26
Duitsland	37	Hongarije	25
Hongarije	37	Ierland	24
Nederland	35	Noorwegen*	24
Italië	31	Denemarken	23
Frankrijk	30	Verenigd Koninkrijk	23
Denemarken	29	Slovenië	22
Finland	26	Estland	21
Noorwegen*	26	Frankrijk	21
Verenigd Koninkrijk	26	IJsland	19
Ierland	24	Finland	18
Slovenië	24	Italië	17
België	23	België	16
IJsland	22	Slowakije	15

Figuur 5:
Percentage rokers bij mannen van 15 en ouder in de WP 5 landen



Figuur 6:
Percentage rokers bij vrouwen van 15 en ouder in de WP 5 landen



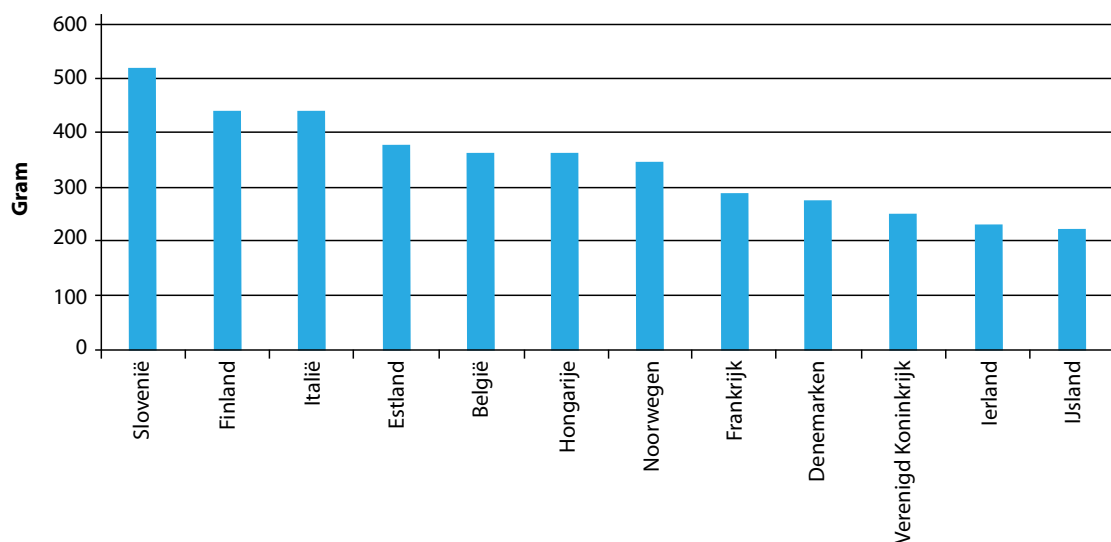
Bronnen: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussel. Laatste beschikbare jaar (varieert van 1998 tot 2008).

*Noorwegen: Noorse Gezondheidsdirectie, 2009

Tabel 4:
Beschikbaarheid van groente en fruit in de WP 5 landen

ALLE	
Land	gram/pp/dag
Slovenië	516
Finland	433
Italië	433
Estland	378
België	360
Hongarije	360
Noorwegen	341
Frankrijk	288
Denemarken	273
Verenigd Koninkrijk	248
Ierland	229
IJsland	224

Figuur 7:
Hoeveelheid fruit en groente beschikbaar in de WP 5 landen



Geen gegevens beschikbaar voor Griekenland, Duitsland, Nederland en Slowakije.

Bron: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussel. Laatste beschikbare jaar (varieert van 1980/84 tot 1997)

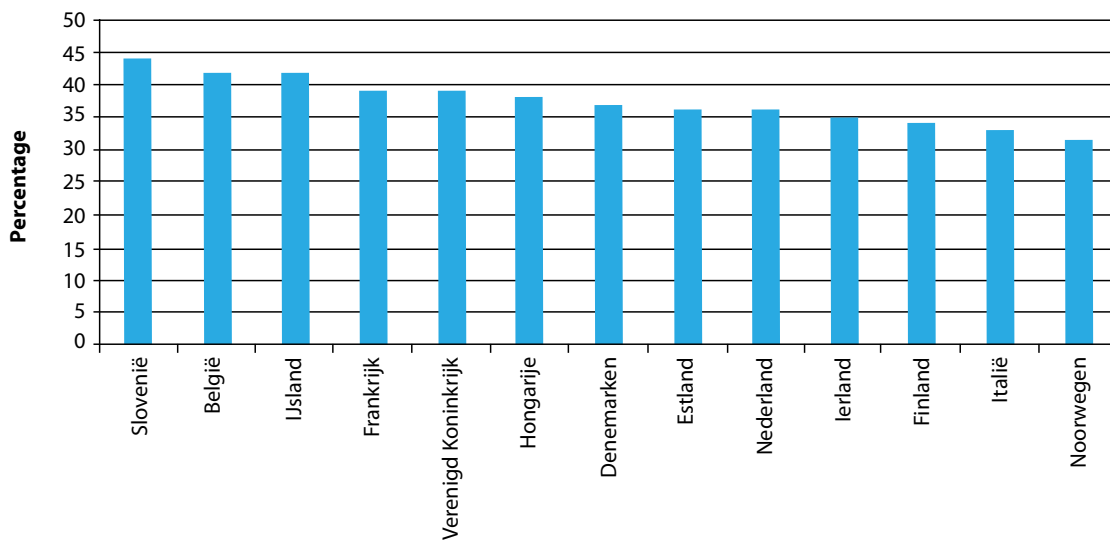




Tabel 5:
Percentage totale energie uit vetten

ALLE	
Land	%
Slovenië	44
België	42
IJsland	42
Frankrijk	39
Verenigd Koninkrijk	39
Hongarije	38
Denemarken	37
Estland	36
Nederland	36
Ierland	35
Finland	34
Italië	33
Noorwegen	31

Figuur 8:
Percentage totale energie uit vetten in de WP 5 landen



Geen gegevens beschikbaar voor Griekenland, Duitsland en Slowakije.

Bron: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics. 2008. European Heart Network. Brussel.

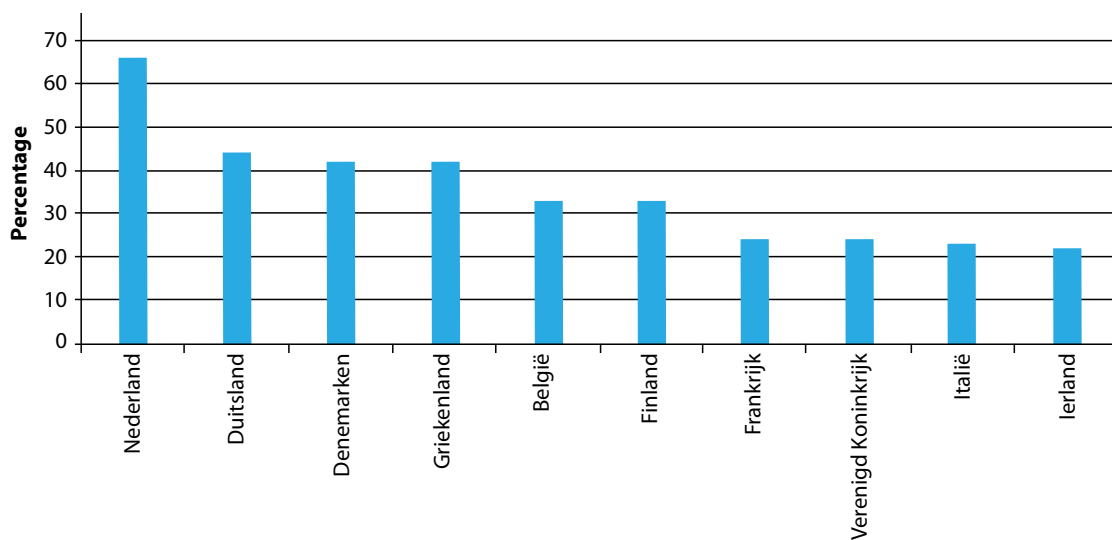
Laatst beschikbare jaar (varieert van 1980/84 tot 1997)



Tabel 6:
Percentage mensen dat 4 of meer dagen minimaal matige fysieke activiteit heeft per week , 2005

ALLE	
Land	%
Nederland	66
Duitsland	44
Denemarken	42
Griekenland	42
België	33
Finland	33
Frankrijk	24
Verenigd Koninkrijk	24
Italië	23
Ierland	22

Figuur 9:
Percentage mensen dat 4 of meer dagen minimaal matige fysieke activiteit heeft per week, 2005



Geen gegevens voor Estland, Hongarije, IJsland, Noorwegen, Slovenië en Slowakije.
 Bron: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. European cardiovascular disease statistics.
 2008. European Heart Network. Brussel





Het EuroHeart-inventarisatieproject

Dit rapport presenteert de bevindingen van het EuroHeart-inventarisatieproject (werkpakket 5), dat tot doel heeft een beeld te schetsen van strategieën voor cardiale gezondheid in 16 landen in Europa. Deze inventarisatie begon in september 2007 en werd in november 2008 afgerond.

De primaire doelstellingen van werkpakket 5 waren het door inventarisatie en analyse verkrijgen van uitgebreide, vergelijkbare informatie m.b.t. beleid, plannen en maatregelen die een effect hebben op het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en het voorkomen van HVZ. Het was gericht op het identificeren van verschillen en gaten in beleid en maatregelen door heel Europa, en het vaststellen van de essentiële elementen voor een uitgebreide nationale strategie voor HVZ. Het werkpakket is ook gericht op de bewustwording van het belang om cardiale gezondheid in een groot aantal beleidstypen in overweging te nemen. Het EuroHeart-project ontvangt subsidie van de Europese Unie in het kader van het Volksgezondheidsprogramma.

Methoden

Het inventarisatieproject was een samenwerkingsproces tussen het European Heart Network, geassocieerde nationale partners en de Onderzoeksgroep voor Gezondheidsbevordering van de Britse Hartstichting (British Heart Foundation Health Promotion Research Group – BHFHPRG) aan de Universiteit van Oxford (de academische partner voor dit werkpakket). Elke partnerorganisatie had een specifieke rol binnen het project. Het European Heart Network zorgde voor de algehele leiding en administratie van het werkpakket, en verzamelde gegevens op EU-niveau. De geassocieerde nationale partners hadden tot taak het verzamelen van gegevens binnen hun eigen land en de BHFHPRG was verantwoordelijk voor de ontwikkeling van hulpmiddelen voor dataverzameling, de data-analyses en het opstellen van het projectrapport.

Er werd een adviescollege opgericht, dat driemaal bijeenkwam (zie Bijlage A voor details over de leden van het college). Een eerste vergadering werd in oktober 2007 belegd om de plannen voor werkpakket 5 te bespreken en om het ontwerp en de ontwikkeling van hulpmiddelen voor dataverzameling te bespreken. Een tweede vergadering vond plaats in oktober 2008 om de bevindingen van het project te bespreken. Een derde en laatste vergadering van het adviescollege vond plaats in maart 2009 om de verspreiding van de bevindingen te bespreken.

Ontwikkeling vragenlijst

Het bleek dat het versturen van gestructureerde vragenlijsten via e-mail de meest efficiënte methode was om vergelijkbare gegevens te verzamelen in de deelnemende landen. De BHFHPRG ontwierp en testte een gestructureerde vragenlijst met toelichting die deels was gebaseerd op vergelijkbaar werk dat door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) was uitgevoerd^{1,2} (zie Bijlagen B & C).

Dataverzameling

Het verzamelen van informatie werd op nationaal niveau uitgevoerd door de geassocieerde partners voor dit werkpakket. Er werden drie bijeenkomsten gehouden voor nationale coördinatoren, de binnen elk deelnemend land aangewezen personen om gegevens te verzamelen namens de Universiteit



van Oxford. In een eerste vergadering in november 2007 werden de nationale coördinatoren geïnformeerd over het proces van dataverzameling zoals zij dat dienden uit te voeren, met als doel het volgens bepaalde kwaliteitscriteria verkrijgen en vastleggen van gegevens. Verdere raad en ondersteuning werd via e-mail verzorgd, terwijl nationale coördinatoren hun data verzamelden. Na het passeren van de aanvankelijke deadline voor het inleveren van de gegevens werd per e-mail contact opgenomen met de nationale coördinatoren van wie nog geen gegevens waren ontvangen (n=4) en werd hen gevraagd alsnog gegevens in te leveren. Op deze manier werden uit alle landen gegevens verkregen voor analyse. Na controle van de gegevens werden verschillende nationale coördinatoren verzocht nog ontbrekende informatie te leveren. Daarnaast werd iedere nationale coördinator gevraagd verdere informatie te verzamelen over het nationale beleid/strategie of de plannen daarvoor in hun land (zie Bijlage D). In juni 2008 werd een tweede vergadering gehouden om de eerste bevindingen van het project aan de nationale coördinatoren te presenteren. Na deze vergadering werd aan nationale coördinatoren gevraagd een samenvatting door te nemen van de informatie die zij hadden verzameld en mogelijke misinterpretaties van de gegevens te corrigeren.

In september 2008 werden de in het kader van het WHO-project^{1,2} verzamelde gegevens onderzocht om de vergelijkbaarheid van de twee datasets vast te stellen. Daarbij werd rekening gehouden met het feit dat de gegevens op verschillende momenten waren verzameld. In geval van in de gegevens gevonden discrepanties werden de nationale coördinatoren om hun mening gevraagd.

Naar aanleiding van de vergadering van het adviescollege in oktober 2008 werd iedere nationale coördinator ook gevraagd een samenvatting te maken over hun nationale beleid voor het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ.

Een laatste vergadering van de nationale coördinatoren vond plaats in maart 2009 om de laatste veranderingen aan het rapport goed te keuren en om verspreiding en opvolging ervan te bespreken.

Data-analyse

Alle data-analyses werden uitgevoerd door de BHFHPRG aan de Universiteit van Oxford. Gegevens van elk land werden gerangschikt met Excel. De analyses waren in eerste instantie gepland rond de ontwikkeling van een matrix, waarbij rekening werd gehouden met vergelijkbare soorten vergelijkende analyses¹⁻⁴ en met verwijzing naar het Ottawa-handvest⁵ (1986). Na drie rondes van dataverzameling hadden de geassocieerde nationale partners een flinke hoeveelheid informatie verzameld. De variabiliteit van de gegevens betekende echter dat we niet in staat waren een gedetailleerde analyse van alle informatie te maken. In plaats hiervan is een beschrijvende analyse opgesteld.



Resultaten

Hier wordt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen gepresenteerd. Meer informatie over individuele landen kan worden gevonden in de aanvullende Country Summary Reports, die beschikbaar zijn op <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Bijlage D bevat een woordenlijst.

Nationale organisaties

Alle landen konden een overheidsdienst aanwijzen die de hoofdverantwoordelijkheid heeft voor maatregelen m.b.t. de volksgezondheid voor het voorkomen en beheersen van chronische ziektes. De meeste landen konden ook andere overheidsdiensten en/of andere nationale organisaties aanwijzen die een vergelijkbare rol hebben.

Alle landen konden ook de overheidsdienst aanwijzen met de hoofdverantwoordelijkheid voor het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ. Een reeks andere organisaties (gouvernementele/niet-gouvernementele organisaties, liefdadigheidsinstellingen, professionele genootschappen) speelde in alle 16 landen een rol bij het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ. Sommige landen konden een organisatie aanwijzen die verantwoordelijk is voor het coördineren van de implementatie van een beleid/strategie of plan voor het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ. Ierland noemde de organisaties die verantwoordelijk zijn voor de implementatie van vastgestelde doelen. Finland meldde dat er verschillende instanties zijn met verantwoordelijkheden op het gebied van de implementatie van maatregelen voor het bereiken van specifieke doelstellingen.

Nationale wet- en regelgeving

Tabel 7 bevat de inventarisatie van bestaande en geplande wetgeving in alle 16 landen. Elk land rapporteerde een zekere wetgeving voor volksgezondheid, tabaksontmoediging en voeding. Wetgeving voor volksgezondheid was meestal algemeen van aard, waarbij de levering van gezondheidsdiensten en gerelateerde medische diensten gemeenschappelijk werd gestuurd. Tabakswetgeving omvatte bepalingen voor verboden/restricties op roken in openbare ruimtes, restricties op advertenties voor en verkoop van tabaksproducten, en waarschuwingslabels. Voedselwetgeving varieerde van etiketvereisten tot de levering van voeding aan scholen. Alle landen, behalve Griekenland, meldden wetgeving voor de beheersing van alcoholmisbruik, meestal aangaande het beperken van advertenties en/of verkoop aan jongeren. 11 van de 16 landen hadden wetgeving m.b.t. het bevorderen van lichaamsbeweging, waaronder het organiseren en bevorderen van sport en het bieden van mogelijkheden voor lichaamsbeweging op scholen. Wetgevende actie m.b.t. diabetes, obesitas, het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ, en de aanpak van ongelijkheden m.b.t. gezondheid kwam minder vaak voor; dit werd in de helft of minder dan de helft van de landen gerapporteerd. Slechts twee landen (België en Slowakije) noemden wetgeving m.b.t. stress gerelateerd aan de werkplek en/of het bieden van psychische zorg.

Nationaal beleid/nationale strategieën of plannen

Tabel 8 bevat de inventarisatie van binnen alle 16 landen bestaand(e) en voorgesteld(e) nationaal beleid/nationale strategieën of plannen. Het meeste gerapporteerde nationaal beleid kwam in algemene zin overeen met de gebieden waar meestal wetgeving over bestond. Vijftien landen rapporteerden een nationaal beleid voor volksgezondheid (behalve Duitsland, waar dit soort activiteiten de verantwoordelijkheid is van de deelstaten). Alle landen



(behalve Denemarken) rapporteerden eveneens een nationaal rookbeleid. Veertien landen (behalve Duitsland en Griekenland) hadden een nationaal beleid m.b.t. coronaire hartziekten. Alle landen (behalve Denemarken en Griekenland) hadden een nationaal beleid m.b.t. zowel voedsel als lichaamsbeweging.

Figuur 10 toont de landen die aangaven een nationaal beleid te hebben voor het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ, coronaire hartziekten, hoge bloeddruk, beroertes en hyperlipoproteïnemie. Op deze gebieden hebben de landen op verschillende manieren actie ondernomen. De meeste landen hadden een nationaal beleid voor ofwel alle ofwel vier van deze gebieden. Sommige landen hadden een nationaal beleid aangenomen m.b.t. het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ, en voor alleen coronaire hartziekten (Denemarken, Hongarije), terwijl andere (zoals Engeland en Noord-Ierland (Verenigd Koninkrijk)) een nationaal beleid m.b.t. coronaire hartziekten en een aparte strategie m.b.t. beroertes rapporteerden. Duitsland gaf aan geen nationaal beleid te hebben, maar er zijn op regionaal niveau beleidsactiviteiten m.b.t. beroertes. Griekenland gaf aan dat er een strategie voor het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van hart- en vaatziekten in voorbereiding was.

Verschillende landen rapporteerden programma's of aanbevelingen voor programma's/beleidstypen die vroege diagnose mogelijk maken (identificatie van risicogroepen of screening). Deze landen zijn: België, Estland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland en Nederland. In Franstalig België bevat de algemene aanpak voor het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid bijvoorbeeld een doelstelling om screening te verbeteren, om het algemene risico op hart- en vaatziekten voor inwoners tussen de 30 en 75 te bepalen. Over het algemeen leggen landen de verantwoordelijkheid voor identificatie en screening bij huisartsen. Drie landen, Frankrijk, Duitsland en Ierland, rapporteren aanbevelingen voor acute eerste hulp, bv. reanimatie, en toegang tot en training in het gebruik van externe defibrillatoren.

Verschillende aanpakken werden gevonden bij de rapportages van landen over hun activiteiten aangaande beleid voor ziektes en risicofactoren m.b.t. levensstijl die met hart- en vaatziekten zijn geassocieerd (alcohol, voeding, lichaamsbeweging en roken). Elf landen (en twee delen van het Verenigd Koninkrijk) rapporteerden nationaal beleid m.b.t. obesitas, diabetes en alle vier de risicofactoren m.b.t. levensstijl. Griekenland gaf aan voor geen enkele van deze gebieden nationaal beleid te hebben. Schotland meldde een obesitasbeleid, samen met een beleid voor alle risicofactoren m.b.t. levensstijl, en Noord-Ierland heeft zowel een diabetesbeleid als een beleid voor alle risicofactoren m.b.t. levensstijl. Slovenië gaf aan dat een diabetesbeleid in voorbereiding is, samen met een beleid voor alle risicofactoren m.b.t. levensstijl. Estland en Hongarije hebben een beleid voor voeding, lichaamsbeweging en roken. Denemarken gaf aan zowel een nationaal diabetesbeleid als een obesitasbeleid te hebben. Elf landen (behalve Denemarken, Estland, Frankrijk, Duitsland en Griekenland) noemden een nationaal beleid voor de aanpak van ongelijkheden m.b.t. gezondheid. Weinig landen hebben daarentegen een nationaal beleid m.b.t. stress.

Landen bleken een gemeenschappelijke structuur in hun beleidsdocumenten te hebben, hoewel er wel variaties in lengte werden gerapporteerd. De meeste beleidsdocumenten bevatten naar verluidt informatie over de ernst van het relevante gezondheidsprobleem in het land, na te streven doelstellingen en termijnen, mogelijke maatregelen, aanbevelingen en identificatie van belangrijke personen en instanties om veranderingen te steunen. Sommige landen gaven aan dat meer gedetailleerde actieplannen werden gepubliceerd om de in de beleidsdocumenten geschetste algemene verklaringen te ondersteunen, terwijl andere de publicatie van voortgangsrapportages noemden. Andere elementen die mogelijk bijdragen tot de ontwikkeling van een brede nationale strategie voor hart- en vaatziekten zullen later worden besproken. Voorbeelden van nationaal beleid ter bevordering van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van hart- en vaatziekten kunnen worden gevonden in de aanvullende Country Summary Reports, die beschikbaar zijn op <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>



Tabel 7:
Inventarisatie bestaande en geplande wetgeving in alle WP 5 landen

Land	Volksgezondheid	Hart- en vaatziekten	Obesitas	Diabetes	Alcohol	Voeding	Fysieke activiteit	Roken	FCTC ondertekend	Stress	Ongelijkheden
België, Franstalige regio	●	●	✘	✘	●	●	●	●	●	●	●
België, Nederlandstalige regio	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
België, Duitstalige regio	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	●	✘
Denemarken	●	●	●	●	●	●	✘	●	●	✘	●
Estland	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	✘
Finland	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	✘
Frankrijk	●	●	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	✘
Duitsland	●	●	●	●	●	●	✘	●	●	✘	●
Griekenland	●	✘	✘	✘	✘	●	✘	●	●	✘	✘
Hongarije	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	✘	✘
IJsland	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	●
Ierland	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	●
Italië	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●
Nederland	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	✘	✘
Noorwegen	●	✘	●	✘	●	●	●	●	●	✘	●
Slowakije	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovenië	●	●	■	○	●	●	●	●	●	✘	✘
VK, Engeland	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘
VK, Noord-Ierland	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘
VK, Schotland	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘
VK, Wales	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘

Legenda: ● = ja; ✘ = nee; ○ = in voorbereiding; ■ = weet niet, geen antwoord

Tabel 8:
Inventarisatie bestand(e) en gepland(e) nationaal beleid/nationale strategieën en plannen in alle WP 5 landen

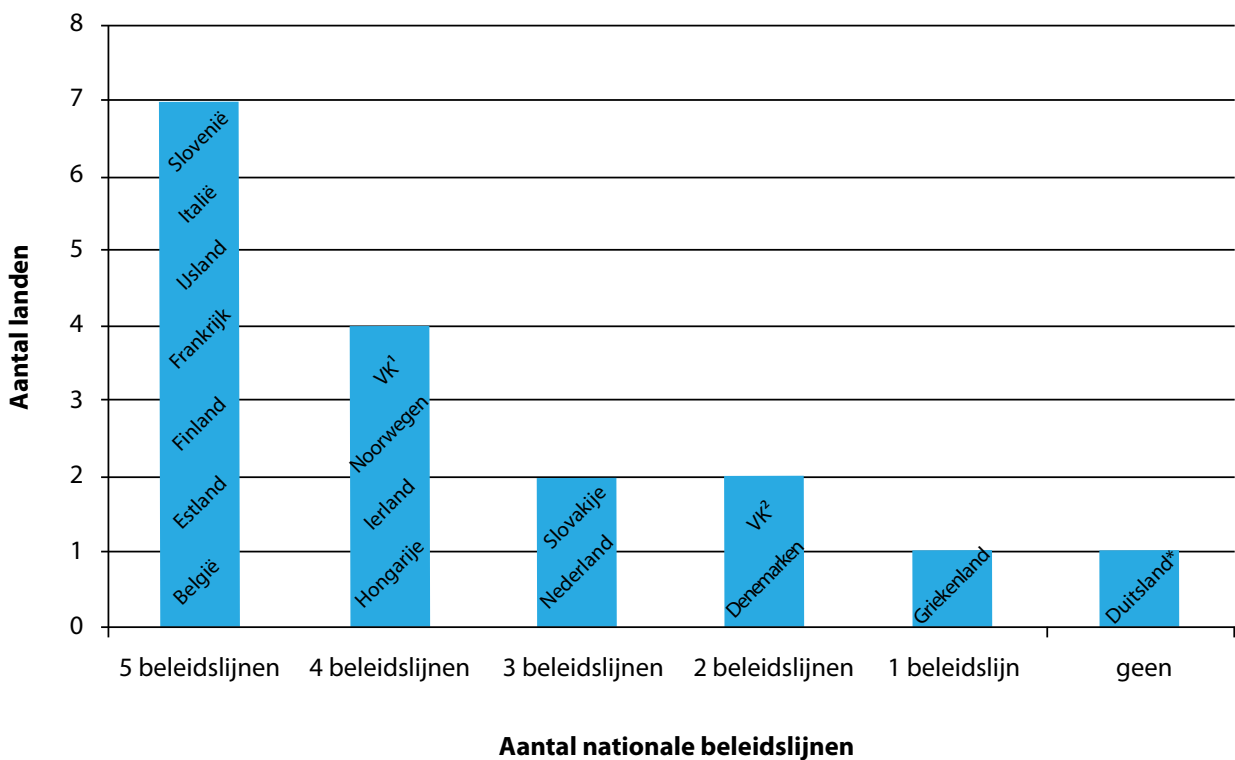
Land	Volksgezondheid	Hart- en vaatziekten	Coronaire hartziekten	Hypertensie	Beroertes	Hyperlipidemie	Obesitas	Diabetes	Alcohol	Voeding	Fysieke activiteit	Roken	Stress	Ongelijkheden
België, Franstalige regio	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
België, Nederlandstalige regio	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
België, Duitstalige regio	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
Denemarken	●	●	●	✘	✘	✘	●	●	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Estland	●	●	●	●	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	✘	✘
Finland	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●
Frankrijk	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	✘
Duitsland	✘	✘	✘	✘	✘	✘	○	○	●	●	●	●	✘	✘
Griekenland	○	○	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	✘	●	✘	✘
Hongarije	●	●	●	●	●	✘	✘	✘	✘	●	●	●	✘	●
IJsland	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●
Ierland	●	●	●	●	○	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Italië	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●
Nederland	●	●	●	✘	✘	●	○	●	●	●	●	●	✘	●
Noorwegen	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●
Slowakije	●	○	●	✘	○	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Slovenië	●	●	●	●	●	●	✘	○	●	●	●	●	○	●
VK, Engeland	●	✘	●	✘	●	✘	●	●	●	●	●	●	✘	●
VK, Noord-Ierland	●	✘	●	✘	○	✘	●	✘	●	●	●	●	●	●
VK, Schotland	●	✘	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	✘	●
VK, Wales	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●

Legenda: ● = ja; ✘ = nee; ○ = in voorbereiding; ■ = weet niet, geen antwoord



Figuur 10:

Landen die nationaal beleid melden met betrekking tot cardiovasculaire gezondheidsbevordering en/of cardiovasculaire ziekte preventie, coronair hartlijden, hypertensie, beroerte en hyperlipidemia



VK¹ - Schotland & Wales

VK² - Engeland & Noord-Ierland

* Duitsland meldt geen nationaal beleid, aangezien de deelstaten primair verantwoordelijk zijn voor strategieën m.b.t. gezondheidsbeleid.

Nationale programma's

Tabel 9 bevat de inventarisatie van bestaande en voorgestelde nationale programma's in alle 16 landen. Programma's voor de aanpak van kwesties m.b.t. roken, volksgezondheid, lichaamsbeweging, coronaire hartziekten en voeding werden door alle landen het vaakst gerapporteerd, hetgeen ook het geval was voor, en misschien te maken heeft met, de wetgeving en het beleid. De programma's behelsden o.a. multimediacampagnes en maatregelen gericht op specifieke bevolkingsgroepen via verschillende settings, zoals op scholen, op werkplekken en in de primaire gezondheidszorg. De programma's verschilden in aanpak: het merendeel van de door de meeste landen gerapporteerde programma's waren educatieve programma's ontworpen om het gezondheidsgedrag op individueel niveau te beïnvloeden, maar sommige landen meldden ook een op inwoners gerichte aanpak in bepaalde gebieden, zoals het bevorderen van lichaamsbeweging door structurele veranderingen als het aanbieden van verbeterde fiets- of speelfaciliteiten. Twaalf landen meldden een nationaal diabetesprogramma. De helft of meer van de landen noemden het bestaan van een nationaal programma ter bevordering van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van hart- en vaatziekten of programma's om hoge bloeddruk, alcoholmisbruik en/of obesitas tegen te gaan. Minder gebruikelijk waren de nationale programma's m.b.t. hyperlipoproteïnemie, beroertes en stress. Slechts vier landen (België, Finland, Italië en het Verenigd Koninkrijk) rapporteerden specifieke nationale programma's voor de aanpak van ongelijkheden m.b.t. gezondheid.

Het Nationale Kindermeetprogramma in Engeland

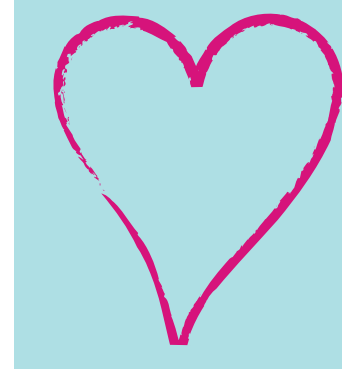
Het Nationale Kindermeetprogramma is onderdeel van het werkprogramma van de overheid tegen obesitas bij kinderen en wordt gezamenlijk uitgevoerd door de Gezondheidsdienst en de Dienst voor Kinderen, Scholen en Families. Het programma is in 2005 opgezet.

Elk jaar worden kinderen in groep 1 (4-5 jaar oud) en groep 7 (10-11 jaar oud) tijdens het schooljaar gewogen en opgemeten om informatie te verschaffen aan plaatselijke planning en levering van diensten voor kinderen, en om bewakingsgegevens op bevolkingsniveau te verzamelen om trends van groeipatronen en obesitas te kunnen analyseren.

Het programma helpt ook het algemene en professionele begrip van gewichtsproblemen bij kinderen te vergroten en is een nuttig middel om met kinderen en gezinnen over een gezonde levensstijl en gewichtsproblemen te praten. Alle ouders van kinderen die deelnemen aan het programma ontvangen de resultaten van hun kind, ongeacht hun gewicht, tenzij de ouder vraagt de resultaten niet te ontvangen.

Meer informatie: http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Healthimprovement/Healthyliving/DH_073787





Tabel 9:
Inventarisatie bestaande en voorgestelde nationale programma's in alle WP 5 landen

Land	Volksgezondheid	Hart- en vaatziekten	Coronaire hartziekten	Hypertensie	Beroertes	Hyperlipidemie	Obesitas	Diabetes	Alcohol	Voeding	Fysieke activiteit	Roken	Stress	Ongelijkheid
België, Franstalige regio	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
België, Nederlandstalige regio	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
België, Duitstalige regio	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Denemarken	✘	●	○	✘	✘	✘	✘	○	✘	✘	✘	✘	■	✘
Estland	●	●	●	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	✘	✘	✘
Finland	●	●	●	●	✘	●	✘	●	●	●	●	✘	●	●
Frankrijk	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	✘	✘
Duitsland	●	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	✘	●	✘	✘	✘
Griekenland	✘	✘	●	●	■	●	●	●	■	■	●	●	●	■
Hongarije	✘	✘	●	●	■	■	■	■	■	●	■	●	■	■
IJsland	●	✘	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●	■
Ierland	●	●	●	✘	✘	✘	✘	✘	●	●	●	●	✘	■
Italië	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●
Nederland	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	○	✘	✘	●	✘	✘
Noorwegen	●	✘	✘	●	✘	✘	✘	●	✘	●	●	●	✘	✘
Slowakije	●	●	✘	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	●	●	✘
Slovenië	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	■	■
VK, Engeland	●	✘	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
VK, Noord-Ierland	●	✘	✘	✘	●	✘	●	●	✘	●	●	●	●	●
VK, Schotland	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
VK, Wales	●	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●

Legenda: ● = ja; ✘ = nee; ○ = in voorbereiding; ■ = weet niet, geen antwoord

Nationale richtlijnen/normen

Tabel 10 bevat de inventarisatie van bestaande en geplande nationale richtlijnen/normen in alle 16 landen. Twee landen gaven aan helemaal geen nationale richtlijnen/normen te hebben (Denemarken en Griekenland). Alle andere landen meldden nationale richtlijnen/normen voor de aanpak van coronaire hartziekten en hoge bloeddruk, waarbij een minderheid (België, Finland, Ierland) aangaf dat de overheid bestaande Europese richtlijnen officieel steunt. De meeste landen hadden nationale richtlijnen/normen voor de beheersing van hyperlipoproteïnemie (behalve Denemarken, Griekenland en Italië), diabetes en het voorkomen van beroertes. Tien landen hadden richtlijnen/normen voor obesitas.

Tabel 10:
Inventarisatie bestaande en geplande nationale richtlijnen/normen in alle WP 5 landen

Land	Coronaire hartziekten	Hypertensie	Beroertes	Hyperlipidemie	Obesitas	Diabetes
België, Franstalige regio	●	●	●	●	●	✘
België, Nederlandstalige regio	●	●	●	●	●	●
België, Duitstalige regio	●	●	●	●	●	✘
Denemarken	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Estland	●	●	✘	●	●	●
Finland	●	●	●	●	●	●
Frankrijk	●	●	●	●	●	●
Duitsland	●	●	●	○	●	●
Griekenland	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Hongarije	●	●	●	●	●	●
Usland	●	●	●	●	●	●
Ierland	●	●	○	●	●	○
Italië	●	●	●	●	●	●
Nederland	●	●	●	●	●	●
Noorwegen	●	●	●	●	●	✘
Slowakije	●	●	■	●	■	●
Slovenië	●	●	●	●	✘	●
VK, Engeland	●	●	●	○	●	●
VK, Noord-Ierland	●	●	●	●	●	●
VK, Schotland	●	●	●	●	●	●
VK, Wales	●	●	●	○	●	●

Legenda: ● = ja; ✘ = nee; ○ = in voorbereiding; ■ = weet niet, geen antwoord



Nationale doelstellingen, toezicht en evaluatie

Tabel 11 toont de reacties m.b.t. nationale doelstellingen voor volksgezondheid, het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ, het eventuele toezicht op bestaande doelstellingen en informatie over regelmatige publieke rapportage en evaluatie van initiatieven voor cardiale gezondheid.

Alle landen hadden bepaalde doelstellingen voor cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ. Dit waren algemene doelstellingen om hartgerelateerde slechte gezondheid binnen specifieke bevolkingsgroepen te verbeteren en/of doelstellingen m.b.t. risicofactoren. Twee landen (Finland en Slovenië) en één gemeenschap in België noemden deze doelstellingen samen met het toezicht op het behalen van deze doelstellingen, een structuur voor regelmatige publieke rapportage en de evaluatie van maatregelen op het gebied van hartgerelateerde gezondheid. Ook Slowakije rapporteerde doelstellingen, toezicht op het behalen van deze doelstellingen, evaluatie en de ontwikkeling van een structuur voor regelmatige publieke rapportage. Estland en drie delen van het Verenigd Koninkrijk (niet Noord-Ierland) meldden doelstellingen, toezicht op het behalen van deze doelstellingen en evaluatie, maar geen bestaande structuur voor regelmatige publieke rapportage. Vijf landen (Frankrijk, IJsland, Ierland, Italië en Nederland) en één deel van het Verenigd Koninkrijk (Noord-Ierland) noemden het bestaan van doelstellingen en een vorm van toezicht op het behalen van die doelstellingen.





Algemene opmerkingen

Alhoewel het voorgaande een overzicht van gerapporteerde activiteiten is, waren om verschillende redenen slechts eenvoudige, beschrijvende analyses mogelijk. Ondanks verwoede pogingen om de methoden van dataverzameling te standaardiseren en ondanks de toewijding van de dataverzamelaars op nationaal niveau, gaven de landen informatie met zeer verschillende niveaus van diepgang, waardoor een gedetailleerde vergelijking onpraktisch werd. Soms kwam dit door een gebrek aan respons op verzoeken om belangrijke informatie aan overheidsdiensten. Ook was veel van de relevante documentatie alleen beschikbaar in een landspecifieke taal, zodat alleen een Engelstalige titel of korte samenvatting kon worden gebruikt, aangezien vertaalkosten buiten het bestek van dit werkpakket vielen.

Ondanks deze praktische problemen, die normaal zijn voor dit soort projecten, toonde de inventarisatie aan dat in de meeste Europese landen die deelnamen aan dit werkpakket nationale strategieën bestaan, alsmede maatregelen ter bevordering van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ. Het valt buiten het bestek van dit project om commentaar te leveren op de efficiëntie van dit soort maatregelen binnen landen of om de verscheidenheid in aanpakken die door verschillende landen worden gehanteerd te vergelijken en te beoordelen.

Desondanks lijken de bevindingen erop te wijzen dat in de meeste landen de wetgevende actie, beleidsmaatregelen en programma's voornamelijk gericht zijn op volksgezondheid, coronaire hartziekten, roken, voeding en lichaamsbeweging. In de meeste landen bestaat een vorm van samenwerking tussen overheid en partners, alhoewel de maatregelen niet in alle landen duidelijk worden gecoördineerd. Richtlijnen voor de beheersing van coronaire hartziekten en hoge bloeddruk kwamen vaak voor. De meeste landen gaven aan bepaalde doelstellingen te hebben voor cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ. Desondanks was de relatie tussen deze doelstellingen en toezicht, publieke rapportage van voortgangsmetingen m.b.t. het behalen van de doelstellingen en nationale evaluatie veel minder duidelijk.

Het was in ongeveer de helft van de 16 landen mogelijk budgetten aan te wijzen die waren gereserveerd voor het implementeren van beleid/programma's, maar in de meeste gevallen waren de beschikbare gegevens m.b.t. financiering incompleet. Dit kan het gevolg zijn van problemen met de manier waarop de gegevens zijn verzameld, het kan de noodzaak aangeven voor meer 'open en transparante' besluitvorming of het kan een écht gebrek aangeven in het afbakenen van middelen die puur ten goede komen van maatregelen ter bevordering van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ.

Tabel 11:
Inventarisatie bestaande en geplande nationale doelstellingen,
toezicht en evaluatie in alle WP 5 landen

Land	Volksgezondheid	Hart- en vaatziekten	Toezicht	Rapportage	Evaluatie
België, Franstalige regio	●	✘	✘	✘	✘
België, Nederlandstalige regio	●	●	●	●	●
België, Duitstalige regio	✘	✘	✘	●	✘
Denemarken	○	✘	✘	✘	✘
Estland	●	●	●	✘	●
Finland	●	●	●	●	●
Frankrijk	●	■	●	✘	●
Duitsland	●	✘	✘	✘	○
Griekenland	✘	✘	✘	✘	✘
Hongarije	✘	●	✘	✘	■
IJsland	●	●	●	✘	✘
Ierland	✘	●	●	✘	●
Italië	●	●	●	●	●
Nederland	●	✘	●	●	●
Noorwegen	●	✘	✘	●	✘
Slowakije	●	●	●	○	●
Slovenië	●	●	●	●	●
VK, Engeland	●	●	●	✘	●
VK, Noord-Ierland	●	●	●	✘	✘
VK, Schotland	●	●	●	✘	●
VK, Wales	●	●	●	✘	●

Legenda: ● = ja; ✘ = nee; ○ = in voorbereiding; ■ = weet niet, geen antwoord



Essentiële elementen in een brede nationale strategie m.b.t. hart- en vaatziekten

In verschillende landen kwamen in de documentatie vergelijkbare thema's naar voren, wat erop lijkt te duiden dat er gemeenschappelijke elementen zijn die van belang zijn voor de ontwikkeling van nationale strategieën. Figuur 11 toont een mogelijk model waarin deze elementen zijn opgenomen. In het volgende deel zullen we met voorbeelden uit de verschillende landen illustreren hoe de thema's die in figuur 11 zijn vastgesteld van toepassing zouden kunnen zijn als onderdeel van daadwerkelijke beleidsontwikkeling en -implementatie. Meer informatie over dit beleid kan worden gevonden in de aanvullende Country Summary Reports, die beschikbaar zijn op <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Figuur 11:
Mogelijk model voor essentiële elementen in een brede nationale strategie





Identificatie van het probleem binnen een populatie

Dit onderdeel gaf achtergrondinformatie over de specifieke problemen die in het beleidsdocument werden vastgesteld en de getroffen bevolkingsgroepen. In sommige gevallen was er ook informatie beschikbaar over hoe deze problemen waren vastgesteld (bijv. via nationale enquêtes, consensus binnen een deskundigengroep, etc.).

Voorbeeld:

Actieplan voor het bevorderen van cardiale gezondheid in Finland voor de jaren 2005-2011

Hart- en vaatziekten zijn de grootste doodsoorzaak bij zowel mannen als vrouwen in Finland, maar de nadruk is verplaatst naar oudere leeftijdsgroepen. Hoewel de CHZ-sterfte bij mannen van werkende leeftijd vijf maal zo groot is als bij vrouwen in die leeftijdsgroep, is het totale aantal sterfgevallen over de gehele bevolking gezien vrijwel gelijk bij mannen en vrouwen. Er zijn significante verschillen in gezondheid m.b.t. morbiditeit tussen bevolkingsgroepen, en ondanks de doelstellingen van het zorgbeleid in Finland zijn deze verschillen niet kleiner geworden. In alle sociale lagen hebben positieve ontwikkelingen plaatsgevonden, maar deze kwamen het traagst op gang in de lagere sociale klassen. Obesitas bij volwassenen en kinderen is toegenomen. Het percentage jongens van 12 jaar oud met overgewicht is tussen 1977 en 2005 toegenomen van 7% naar 27% en bij meisjes van 7% naar 18%. Het percentage jongens van 18 jaar oud met overgewicht is tussen 1977 en 2005 toegenomen van 6% naar 25% en bij meisjes van 1% naar 13%.

Bron: Anna-Liisa Rajala

Actieplan voor het bevorderen van cardiale gezondheid in Finland voor de jaren 2005-2011 (2005). Finse Hartvereniging www.sydanliitto.fi

Doelstellingen die binnen een bepaalde periode dienen te worden behaald

De einddoelstellingen van het beleid werden in de meeste beleidsdocumenten genoemd. Deze varieerden van algemene intentieverklaringen tot meer bruikbare, meetbare doelstellingen die binnen een bepaalde periode dienen te worden behaald.

Voorbeeld: Estse strategie voor cardiale gezondheid 2005-2020

Het einddoel van de strategie is om binnen de Estse bevolking een permanente afname van vroegtijdige cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit te bewerkstelligen. De doelstellingen zijn:

- het risico verminderen van Esten in de leeftijd 30-60 jaar die al in een risicogroep zitten;
- de sterfte door HVZ van mensen in de leeftijd 30-65 jaar in 2010 met 5% verminderen vergeleken met 2004;
- in 2008 tenminste 90% van mensen in de HVZ-risicogroep gescreend hebben;
- het totale HVZ-risico met 10% verminderen.

Bron: Marianne Sirell

<http://www.sm.ee/eng/pages/index.html>



Afweging van beleidsopties: bevolkings- & gemeenschapsniveau / individueel niveau

In sommige gevallen werd achtergrondinformatie verschaft over bepaalde beleidsopties (zoals een aanpak op basis van bevolking of individueel gerichte maatregelen, of een combinatie van beide) die waren overwogen voordat werd besloten tot de aanpak die in het beleid beschreven is, samen met details over hoe het besluitvormingsproces in elkaar zat.

Voorbeeld: Gezondere Harten Maken, 1999

De Minister voor Gezondheid en Kinderen richtte de Strategiegroep voor Cardiovasculaire Gezondheid op met als doel een strategische aanpak te ontwikkelen om vermijdbare sterfte en ziekte door HVZ te verminderen. De onderzoeksopdracht bestond uit het overwegen van initiatieven om cardiovasculaire gezondheid te verbeteren, de verdere ontwikkeling van hartzorg en revalidatie op primair, secundair en tertiair zorgniveau, en de coördinatie van diensten voor patiënten. De Minister verzocht de groep een uitgebreid overlegproces te starten: er werd met 53 overheids- en vrijwilligersorganisaties contact opgenomen waarvan men in 43 gevallen antwoord ontving. Vertegenwoordigers van belangrijke organisaties werden voor gesprekken uitgenodigd en daarnaast sprak de groep met personeel van ziekenhuizen en ambulances, met maatschappelijk werkers. Twee aparte vragenlijsten werden rondgestuurd naar ziekenhuizen met een hartafdeling. De groep kwam 20 keer bijeen en er werden een aantal subgroepen opgericht m.b.t. de verschillende onderdelen van de onderzoeksopdracht. Het eindrapport kwam voort uit overleg, discussies en een literatuuronderzoek van de ontwikkelingen m.b.t. behandeling en zorgdiensten in Ierland en in het buitenland. Het rapport werd ontwikkeld in het kader van andere documenten m.b.t. zorgbeleid. In overeenstemming met nationaal beleid hield de groep de volgende basisprincipes als leidraad aan:

- Gezondheid en sociaal gewin
- Gelijkheid van toegang
- Kwaliteit
- Effectiviteit en efficiëntie
- Verantwoording en toezicht

Bron: Maureen Mulvihill

Ministerie voor Gezondheid en Kinderen (1999). Gezondere Harten Maken – Het verslag van de Strategiegroep voor Cardiovasculaire Gezondheid. Government Publications Office. Dublin.

Toezeggingen (inclusief middelen), aanbevelingen & doelstellingen

In het algemeen werden aanbevelingen en doelstellingen in het beleidsdocument vastgesteld en wat minder vaak werd ook informatie gegeven over toegewezen middelen (financiën, personeel, etc.).

Voorbeeld: Italiaans Nationaal Preventieplan 2005-2007

De financiële middelen die de regio's beschikbaar stelden voor de implementatie van het plan bedroegen in totaal 240 miljoen euro per jaar, wat gelijk is aan 25% van de middelen die iedere regio krijgt om de doelstellingen van het gezondheidsplan te behalen. Naast deze middelen reserveerden de regio's nog eens 200 miljoen euro voor het Nationaal Preventieplan in de jaren 2005, 2006 en 2007. Hierdoor bedraagt het totaal aan subsidie dat de regio's kunnen besteden aan het Nationaal Preventieplan (alles inbegrepen: vaccinaties, bestrijding van muggen/ratten, openbare hygiëne, etc.) 440 miljoen euro.

Bron: http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/Tabella_CCm.pdf

http://www.ccm-network.it/Pnp_intro



Gedetailleerd plan van aanpak: identificatie van bevolkingsgroepen, actieplannen

Het meeste beleid gaf informatie over wat moest worden gedaan – een samenvatting van de belangrijkste maatregelen die zouden plaatsvinden naar aanleiding van het beleid. Net als bij andere elementen van het model, varieerde dit per beleid van algemene intentieverklaringen tot gedetailleerde beschrijvingen van taken, verantwoordelijkheden en tijdsperiodes.

Voorbeeld: Coronaire hartziekten: kader voor nationale diensten voor coronaire hartziekten – moderne normen en modellen

Het plan heeft tot doel het reduceren van hartziekten bij de gehele Engelse bevolking en bevat ook specifieke doelstellingen gericht op risicopatiënten. Het heeft verder tot doel ongelijkheden m.b.t. gezondheid te reduceren. De maatregelen die te maken hebben met de bevordering van gezondheid richten zich op zorgautoriteiten (ZA), plaatselijke autoriteiten (PA), primaire zorggroepen/trusts (PZG/PZT) en NHS-trusts.

Per oktober 2000 diene ZA, PA, PZG/PZT en NHS-trusts:

- actief te hebben deelgenomen aan de ontwikkeling van Programma's voor het Verbeteren van Gezondheid (PVG's);
- het eens te zijn geworden over hun verantwoordelijkheden voor en bijdrages aan specifieke projecten die in PVG's zijn vastgesteld;
- het eens te zijn geworden over een systeem om verantwoording af te leggen voor de maatregelen die zij zullen uitvoeren in het kader van het PVG;
- het eens te zijn geworden over een systeem dat ervoor zorgt dat de voortgang van het beleid voor het bevorderen van gezondheid wordt gerapporteerd aan en beoordeeld door de Raad;
- een contactpersoon te hebben aangewezen met wie partnerinstellingen contact kunnen opnemen.

Per april 2001 diene ZA, PA, PZG/PZT en NHS-trusts:

- het eens te zijn geworden over en bijdragen te leveren aan de uitvoering van het plaatselijke programma van een effectief beleid voor a) het doen afnemen van het aantal rokers b) het bevorderen van gezonde voeding c) het bevorderen van lichaamsbeweging en d) het doen afnemen van overgewicht en obesitas;
- een systeem te hebben dat ervoor zorgt dat alle nieuwe beleid en alle bestaande beleid dat beoordeeld dient te worden kan worden gescreend op gezondheidseffecten;
- als werkgevers een rookbeleid te hebben geïmplementeerd;
- klanten/gebruikers van diensten door te kunnen verwijzen naar hulpinstellingen voor het stoppen met roken, waaronder klinieken;
- een gelijkheidsprofiel te hebben opgesteld en plaatselijke doelstellingen ter bevordering van gelijkheid te hebben vastgesteld.

Per april 2002 diene ZA, PA, PZG/PZT en NHS-trusts:

- kwantitatieve gegevens die niet ouder zijn dan 12 maanden te hebben over de implementatie van het beleid m.b.t.:
 - o het verminderen van roken
 - o het bevorderen van gezonde voeding
 - o het bevorderen van lichaamsbeweging
 - o het verminderen van overgewicht en obesitas
- als werkgevers 'groene' transportplannen te hebben ontwikkeld en stappen te hebben genomen om werknemervriendelijk beleid te implementeren.

Per april 2003 diene ZA, PA, PZG/PZT en NHS-trusts:

- plannen te hebben geïmplementeerd om de voortgang te evalueren m.b.t. nationale doelstellingen voor Saving Lives: Our Healthier Nation en plaatselijke doelstellingen.

Het kader geeft ook aan wat opgenomen dient te worden in dienstenmodellen om effectief preventiebeleid en -programma's te leveren:

- Plaatselijke instanties diene een programma ter verbetering van gezondheid (PVG) op te stellen, waarin de prioriteit aan het verbeteren van gezondheid en het reduceren van ongelijkheden duidelijk naar voren komt; dat refereert aan aanbevelingen in het jaarverslag van de Directeur voor Volksgezondheid en aan het Plaatselijk Gelijkheidsprofiel; dat de maatregelen definieert waarvoor iedere organisatie verantwoordelijk is; dat plaatselijke links naar relevant nationaal beleid creëert; en dat de manier specificeert waarop de structuur, het proces en de resultaten worden gemeten aan



de hand waarvan de plaatselijke uitvoering zal worden beoordeeld.

- Plaatselijke instanties zullen werken met belanghebbenden om een plaatselijk implementatieteam op te richten om de implementatie van het plaatselijk uitvoeringsplan te ontwikkelen en er toezicht op te houden.
- Plaatselijke instanties dienen de gezondheidseffecten te beoordelen van grote beleidsbeslissingen die waarschijnlijk een direct of indirect effect hebben op hartzorg.
- Plaatselijke Directeuren voor Volksgezondheid dienen een gelijkheidsprofiel op te stellen voor de plaatselijke bevolking dat ongelijkheden vaststelt m.b.t. cardiale gezondheid en toegang tot preventieve en behandelende diensten. Dit zou de PVG van directe informatie moeten voorzien.
- Van zorgautoriteiten die werken met primaire zorgtrusts wordt verwacht dat deze hulpdiensten instellen voor het stoppen met roken voor rokers die dit willen. Deze diensten dienen zich te richten op minder bevoorrechte gemeenschappen, jonge mensen en zwangere vrouwen, op verschillende manieren en plaatsen beschikbaar te zijn, en ondersteuning, advies en opvolging te bieden, evenals een week lang gratis nicotinevervangende therapie voor rokers die zich dit het minst kunnen veroorloven.
- Er dient een aanpak voor gemeenschapsontwikkeling te zijn, waarbij professionals als facilitatoren optreden om plaatselijke gemeenschappen te betrekken bij beslissingen die hun gezondheid aangaan.
- De NHS en PA dienen een beleid voor de werkvloer te ontwikkelen en te implementeren om de gezondheid van werknemers te beschermen en te verbeteren (inclusief cardiale gezondheid), en om hun raden en besturen te informeren over de voortgang.

Bron: Rebecca Salay

Ministerie voor Gezondheid (2000). Coronaire hartziekten: kader voor nationale diensten voor coronaire hartziekten – moderne normen en modellen. Londen: Ministerie voor Gezondheid

Programmaontwikkeling & -implementatie

De meeste beleidsdocumenten gaven informatie over hoe het actieplan zou worden volbracht, waarbij specifieke informatie werd gegeven over hoe het actieplan zou worden uitgevoerd.

Voorbeeld: Het IJslands Nationaal Gezondheidsplan tot 2010

Het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zekerheid zal de administratieve implementatie en herziening van de doelstellingen van het plan uitvoeren. Het Directoraat Gezondheid zal voorzieningen treffen voor het verzamelen en verwerken van informatie en voor professionele toezichthouding. Districtsdokters, zorgmedewerkers, instituutdirecteuren, experts, samenwerkingscolleges en zorgautoriteitscommissies zullen assisteren bij de implementatie van de verschillende aspecten van het plan, waarvoor een aantal werkgroepen zijn opgericht. Zij zullen het nodige doen om de doelstellingen te behalen en zorgen voor toezicht op de implementatie van het plan op plaatselijk niveau. Nauwe samenwerking met ziekenhuizen, gezondheidscentra, zorgprofessionals en andere relevante partijen is cruciaal voor de implementatie van het plan. Er zal jaarlijks een bespreking of rapport worden gepubliceerd over de status en voortgang van de projecten die deel uitmaken van het Nationaal Gezondheidsplan.

Uit het Nationaal Gezondheidsplan: "Het is bovendien belangrijk dat het Gezondheidsplan op alle niveaus van zorgdiensten wordt opgevolgd en dat het de steun heeft van gemeenschapsraden, regionale organisaties, niet-gouvernementele organisaties, professionele en gespecialiseerde organisaties, particuliere ondernemingen, economische en sociale partnerorganisaties, gezinnen en individuen. Ook dient het beleid van de staat, gemeenschappen en sociale partners in verschillende delen van de samenleving een betere gezondheid in IJsland te bevorderen."

Bron: Bylgja Valtýsdóttir

Ministerie van Gezondheid en Sociale Zekerheid (2001). Het IJslands Nationaal Gezondheidsplan tot 2010. Langetermijndoelen in de gezondheidszorg. Reykjavik: Ministerie van Gezondheid en Sociale Zekerheid.



Ontwikkeling/goedkeuring van praktische richtlijnen/normen

In sommige gevallen werd informatie gegeven over hoe richtlijnen/normen dienden te worden ontwikkeld of gebruikt om de uitvoering van het beleid te ondersteunen.

Voorbeeld: Coronaire hartziekten: kader voor nationale diensten voor coronaire hartziekten – moderne normen en modellen

Op ieder gebied werden formele normen vastgesteld waarvan verwacht werd dat de Engelse NHS deze zou kunnen behalen. Deze normen waren gebaseerd op duidelijk bewijs dat interventies klinisch effectief en kostenbesparend waren. Doelgroepen beoordeelden het bewijs in elk gebied. Ook werden zorgmodellen en systemen voor dienstverlening vastgesteld waarvan was aangetoond dat deze effectief waren en die konden helpen de doelstellingen van het nationaal gezondheidskader te behalen.

Bron: Rebecca Salay

Ministerie voor Gezondheid (2000). Coronaire hartziekten: kader voor nationale diensten voor coronaire hartziekten – moderne normen en modellen. Londen: Ministerie voor Gezondheid.

Voortgangsrapportage, toezicht

Sommige beleidsdocumenten gaven informatie over toezicht op en rapportage over de voortgang van de uitvoering van de beleidsdoelstellingen.

Voorbeeld: Een leven lang gezond – de doelstellingen en strategieën voor het gezondheidsbeleid van de Deense overheid 2002 – 2010

De overheid zal een indicatorprogramma presenteren met meetbare einddoelen voor Een Leven Lang Gezond, risicofactoren, doelgroepen en kaders voor het bevorderen van gezondheid. Trends voor deze indicatoren zullen regelmatig worden geüpdate op de website www.folkesundhed.dk. Een geüpdatete versie zal in een jaarlijkse publicatie worden samengesteld gedurende de looptijd van Een Leven Lang Gezond.

Bron: Mads Hyldgaard

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Gezondheid (2003). Een leven lang gezond – de doelstellingen en strategieën voor het gezondheidsbeleid van de Deense overheid 2002-2010.

Publieke rapportage en verantwoording

Sommige beleidsdocumenten gaven ook informatie over hoe de voortgang m.b.t. het behalen van de beleidsdoelstellingen algemeen bekend zou worden gemaakt.

Voorbeeld: Gezondere Harten Maken, 1999

De Minister voor Gezondheid en Kinderen stelde een Taakgroep voor Gezonde Harten aan om toezicht te houden op de implementatie van de Strategie voor Cardiovasculaire Gezondheid en die rapporteerde aan de Gezamenlijke Parlementaire Commissie voor Gezondheid en Kinderen, en een adviesgroep die zou adviseren over de beste manier van implementatie van de aanbevelingen van het rapport. Er werden drie rapporten gepubliceerd die de voortgang beschreven:

- Heart Health Task Force (2001) Progress Report July 1999-2001. Dublin: Government Publications Office;
- Heart Health Task Force (2003) Ireland's Changing Heart (2002). Second report on Implementation of the Cardiovascular Health Strategy. Dublin: Government Publications Office;
- Health Services Executive (2006) Ireland Take Heart. Audit of Progress on the Implementation of Building Healthier Hearts 1999-2005. Dublin: HSE, Population Health.

Bron: Maureen Mulvihill

Ministerie voor Gezondheid en Kinderen (1999). Gezondere Harten Maken – Het verslag van de Taakgroep voor de Strategie voor Cardiovasculaire Gezondheid. Government Publications Office. Dublin

Op onderzoeksresultaten gebaseerde beoordeling van efficiënte opties

Een paar beleidsvarianties gaven informatie over hoe onderzoeksresultaten waren gebruikt om de ontwikkeling van het beleid te sturen, waarbij bijvoorbeeld het wetenschappelijk bewijs voor de efficiëntie van verschillende maatregelen werd genoemd.

Voorbeeld: Het IJslands Nationaal Gezondheidsplan tot 2010

Alle hoofddoelstellingen hebben een overzicht van de huidige situatie op basis van statistische gegevens of onderzoek. De kosten-batenanalyse van het Instituut voor Economische Studies is ook gebruikt bij het samenstellen van het Nationaal Gezondheidsplan.

Bron: Bylgja Valtýsdóttir

Ministerie van Gezondheid en Sociale Zekerheid (2001). Het IJslands Nationaal Gezondheidsplan tot 2010. Langetermijndoelen in de gezondheidszorg. Reykjavik: Ministerie van Gezondheid en Sociale Zekerheid.





Evaluatie van beleids- en programma-implementatie

Een ander belangrijk element, dat in beleidsdocumenten echter minder vaak werd gerapporteerd, betrof de geplande evaluatie of wetenschappelijk onderzoek dat zou worden gebruikt om het 'succes' van het beleid vast te stellen en informatie te leveren voor toekomstige planningsprocessen.

Voorbeeld: Actieplan voor Bevordering van Cardiale Gezondheid in Finland voor de jaren 2005-2011

De Finse Hartvereniging heeft elektronische nieuwsbrieven en een jaarverslag uitgebracht, die te raadplegen zijn op <http://www.sydanliitto.fi>

Sosiaalikehitys Ltd is bezig het Finse Hartplan te evalueren. Het tussenrapport kwam eind 2008 uit.

Bron: Anna-Liisa Rajala

Actieplan voor Bevordering van Cardiale Gezondheid in Finland voor de jaren 2005-2011 (2005). Finse Hartvereniging www.sydanliitto.fi

Vaststellen van personen en instanties om verandering te steunen

De meeste beleidsdocumenten konden voorbeelden geven van belangrijke groepen mensen of instanties die nodig zouden zijn om de implementatie van het beleid te ondersteunen.

Voorbeeld: 'Kaderbrief 2007-2011; visie op gezondheid en preventie. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Nederland)'

De regering roept al haar preventiepartners met parallelle belangen – zowel binnen als buiten de gezondheidszorg – op om bij te dragen aan en samen te werken om de agenda voor het veranderen en versterken van het beleid voor preventie te realiseren. Bijvoorbeeld:

- Ministerie van Volksgezondheid en andere ministeries (Onderwijs, Jeugd en Gezin, etc.)
- Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM), de Gezondheidsraad (GR), het Trimbos-instituut, etc.
- Gemeenteraden, GG & GD's, scholen, werkgevers, industrie, Nederlands Instituut voor Sport en Beweging (NISB)

Bron: Marijke Luif

Beleid m.b.t. preventie voor volksgezondheid – Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de visie van de regering op gezondheid en preventie (Kamerstukken 22849, nr. 134). Den Haag, 24 september 2008. www.tweedekamer.nl



Conclusies

Het doel van het EuroHeart-inventarisatieproject was het door inventarisatie en analyse verkrijgen van uitgebreide, vergelijkbare informatie m.b.t. beleid, plannen en maatregelen die een effect hebben op het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en het voorkomen van HVZ. Het was gericht op het identificeren van verschillen en gaten in beleid en maatregelen door heel Europa, en het vaststellen van de essentiële elementen voor een uitgebreide nationale strategie voor HVZ. In veel opzichten was het succesvol. Het project heeft activiteiten m.b.t. het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en het voorkomen van hart- en vaatziekten in 16 Europese landen beschreven en zou landen in staat moeten stellen hun activiteiten aan die van anderen te spiegelen. Het is bovendien mogelijk gebleken om gezamenlijke elementen in de beleidsdocumenten te identificeren. Deze momentopname toont dat:

- Alle landen de overheidsdienst konden aanwijzen met de hoofdverantwoordelijkheid voor het bevorderen van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ. Minder landen konden een specifieke organisatie aanwijzen die verantwoordelijk is voor het coördineren van maatregelen m.b.t. de bevordering van cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ.
- Elk land een type wetgeving voor volksgezondheid, tabaksbeheersing en voeding kon melden. De meeste landen gaven aan wetgeving te hebben m.b.t. het beheersen van alcoholgebruik en het bevorderen van lichaamsbeweging. Wetgeving voor andere zaken die gerelateerd zijn aan ziekte en risicofactoren m.b.t. levensstijl die geassocieerd zijn met hart- en vaatziekten kwam minder vaak voor.
- Het meeste gerapporteerde nationale beleid in algemene zin overeenkwam met de gebieden waar meestal wetgeving over bestond, namelijk volksgezondheid, roken, coronaire hartziekten, voeding en lichaamsbeweging. De meeste landen gaven aan nationaal beleid te hebben voor de aanpak van ongelijkheden m.b.t. gezondheid. Verschillende landen rapporteerden programma's of aanbevelingen voor programma's/beleid die vroege diagnose mogelijk maken (identificatie van risicogroepen of screening).
- Programma's voor de aanpak van zaken m.b.t. roken, volksgezondheid, lichaamsbeweging, coronaire hartziekten en voeding door alle landen het meest werden gerapporteerd, hetgeen ook het geval was voor, en misschien te maken heeft met, wetgevende en beleidsactiviteiten.
- Het moeilijk was budgetten aan te wijzen die waren gereserveerd voor het implementeren van beleid/programma's, en dat in de meeste gevallen de beschikbare gegevens m.b.t. financiering incompleet waren.
- De meeste landen nationale richtlijnen/normen rapporteerden voor de aanpak van coronaire hartziekten en hoge bloeddruk, het beheersen van hyperlipoproteïnemie, diabetes en preventie van beroertes en obesitas.
- De meeste landen aangaven bepaalde doelstellingen te hebben voor cardiovasculaire gezondheid en/of het voorkomen van HVZ. De relatie tussen deze doelstellingen en toezichthouding, publieke rapportage van voortgangsmetingen m.b.t. het behalen van de doelstellingen, en nationale evaluatie was veel minder duidelijk.

Ondanks de waarde van deze bevindingen is er een gevoel van frustratie bij alle betrokkenen bij werpakket 5 van EuroHeart dat het buiten het bestek van dit project valt om commentaar te leveren op de efficiëntie van de maatregelen die in landen worden genomen, of om alle verschillende aanpakken die door de verschillende landen gebruikt zijn te vergelijken en te beoordelen. Dit komt deels door de gebruikte methoden, die beperkt waren vanwege de voor het project beschikbare middelen. Zelfs met meer middelen zou onderzoek naar welke soorten bevordering van cardiovasculaire gezondheid en preventie van hart- en vaatziekten werken voor bepaalde bevolkingsgroepen, en in welke context, waarschijnlijk beperkt zijn door het gebrek aan beschikbare, robuuste en gestandaardiseerde informatie in de verschillende Europese landen.



Aanbevelingen

- Er is behoefte aan samenwerking en het verzamelen van gegevens op pan-Europees niveau om de efficiëntie van verschillende maatregelen of interventies ter bevordering van cardiovasculaire gezondheid en het voorkomen van hart- en vaatziekten te kunnen beoordelen.
- Er dient meer te worden gedaan voor en gerapporteerd over toezicht en evaluatie van bestaande en geplande maatregelen. Een andere aanbeveling betreft de aanwezigheid van ingebouwde systemen om bestaande strategieën en richtlijnen te vernieuwen.
- Er is een diepgaande vergelijking nodig van goed ontwikkeld cardiovasculair beleid, de benodigde middelen, de implementatie en de resultaten in een bepaald aantal landen.
- Een verdere aanbeveling is om de beleidsliteratuur te bespreken, enquêtes te houden m.b.t. ander relevant beleid, een analyse van beleidsinhoud uit te voeren, etc.



R eferenties

1. World Health Organization, Report of the global survey on the progress in national chronic diseases prevention and control. World Health Organization 2007 (ISBN 978 92 4 159569 8) Available from: http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/index6.html
2. L Joossens and M Raw The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity Tobacco Control 2006; 15: 247-253
3. Swinburn B and Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. Obesity Review 2002; 3(4):289-301.
4. World Health Organisation Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organisation 2006
5. World Health Organisation Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organisation for Health and Welfare, Ontario. 1986



Appendix A: Advisory Board for Work Package 5

The Advisory Board for this work package was composed of:

George Andrikopoulos	Hellenic Heart Foundation
Jill Farrington/ Albena Arnodova	WHO – Europe
Robin Ireland	EuroHealthNet
Tor Jungman	Finnish Heart Association
Marleen Kestens	European Heart Network
Susanne Løgstrup	European Heart Network
András Nagy	Hungarian Heart Foundation
Ruairi O'Connor	British Heart Foundation
Sophie O'Kelly	European Society of Cardiology
Michael O'Shea	Irish Heart Foundation
Mike Rayner	British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford
Per Tornvall	European Society of Cardiology



Appendix B: Questionnaire

Please complete this questionnaire with reference to the accompanying explanatory notes. Underlined terms are explained in the Glossary.

National Coordinator:

Country:

Please address any queries and return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail: gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

Deadline for return of questionnaire: Friday 15th February 2008

A. National organisations

A1. Which Government department (such as the Ministry of Health) has the main responsibility for public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

.....
.....
.....
.....

A2. Are any other Government department/s involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

.....
.....
.....
.....

A3. Which Government department has the main responsibility for cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....
.....
.....
.....

A4. Are any other national organisations (such as a National Institute) involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....



A5. Are these national organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A6. Are any non-governmental organisations, professional societies or charitable organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A7. Is any organisation responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A8. In your country, which key organisation/s would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....

.....

.....

.....

A9. Please add any other comments about information in section A

.....

.....

.....

.....



B. National Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

B1. Does your country have any national Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent) in place to address any of the following areas?

	Yes	No	Don't know	Type (e.g. Act, Law, Legislation, Ministerial Decree)	Year, Title, and websites (or PDF files, if exist)
Public health					
Cardiovascular disease					
Obesity					
Diabetes					
Alcohol					
Food and nutrition					
Physical activity					
Tobacco					
Stress					
Inequalities					
Any other relevant areas					

B2. Please add any other comments about information in Section B

.....

.....

.....

.....





C. National policies/strategies or plans

C1. Does your country have any national health policies/strategies or plans on public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....

C2. Does your country have any national health policies/strategies or plans on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Are the policies/strategies integrated? - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....

C3. Does your country have any national policies/strategies or plans in place to address any of the following specific areas?

	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				



C4. In your country, which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....
.....
.....

C5. Please add any other comments about information in Section C

.....
.....
.....

D. Policies/strategies or plans in preparation

D1. Are there any relevant national policies/strategies or plans currently in preparation?

- Yes (Please give details)
- No
- Don't know (Please give details)

.....
.....
.....

D2. Please add any other comments about information in Section D

.....
.....
.....

E. National programmes

E1. Does your country have any country-wide programmes on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?

- Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Allocated funding
- No
- Don't know (Please explain)

.....
.....
.....

E2. Does your country have any country-wide programmes on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

- Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Are the policies/strategies integrated? - Allocated funding
- No
- Don't know (Please explain)

.....
.....
.....





E3. Does your country have any country-wide programmes in place to address any of the following specific areas?

	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

E4. Which country-wide programmes have been successfully implemented?

.....

.....

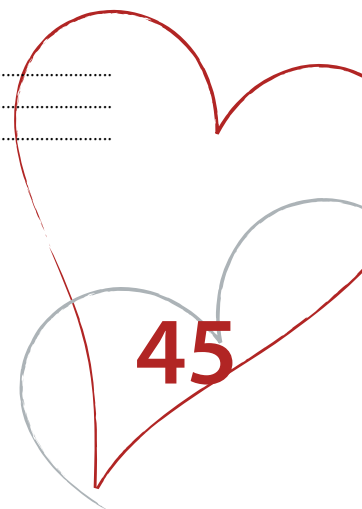
.....

E5. Please add any other comments about information in Section E

.....

.....

.....



F. Programmes in preparation

F1. Are there any relevant country-wide programmes currently in preparation?

Yes (Please give details)

No

Don't know (Please give details)

F2. Please add any other comments about information in Section F

G. National guidelines/standards

G1. Has your country adopted any country-wide guidelines/standards relevant to cardiovascular disease prevention/treatment and care which address any of the following areas?

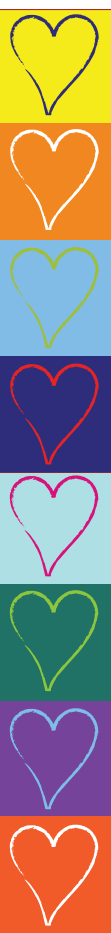
	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

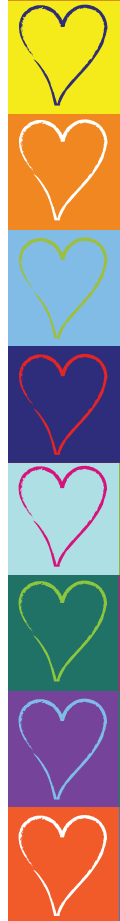
G2. Please add any other comments about information in Section G

.....

.....

.....





H. National targets, monitoring and evaluation

H1. Does your country have any national targets on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H2. Does your country have any national targets on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H3. Has your country undertaken any monitoring of progress towards achievement of any targets relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H4. Does your country have a structure for systematic public reporting on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H5. What evaluation of programmes relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention has been undertaken?

.....
.....
.....

H6. Please add any other comments about information in Section H

.....
.....
.....

Thank you for your help and time in completing this questionnaire. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

by Friday 15th February 2008.





Appendix C:

Explanatory notes for Questionnaire

These explanatory notes are designed to help you to complete questionnaire 1. Words which are underlined in the questionnaire have been defined in the glossary (see page 55).

General issues

Please complete the questionnaire in English. Where information is only available in the original language, please provide a brief summary translation in English.

We are interested in collecting information about national policies/strategies or plans and programmes which are currently relevant in your country. This could include, for example, a recently published action plan or legislation which has been in force for a considerable time. We also want to find out about country-wide policies/strategies or plans which exist as 'intentions' and those country-wide programmes which have actually been implemented.

Please use the 'don't know' column only when you have been unsuccessful in finding the requested information, and then provide a short explanation of the attempts which you have made to gather the required information. Provide URLs and pdf files wherever possible. There is a section at the end of each part of the questionnaire for you to add any further comments.

Please contact Gill Cowburn (e-mail gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk) if you are not sure about what information we are asking you to collect or where it might be found.

A. National organisations

In this part of the questionnaire, we are interested in finding out how health promotion and disease prevention structures are organised in your country. We would like to know which government departments, non-governmental and other national organisations are involved in some way in contributing towards the promotion of health and the prevention and management of chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources or from the organisations involved. Details required are the name of the organisation (please provide an English language translation) and the URL, where appropriate.

For example:

In the UK, the Department of Health has overall responsibility for public health,
<http://www.dh.gov.uk>

Some typical government departments to consider include:

Ministry of Health, Ministry of Agriculture; Ministry for Children and/or Education; Ministry for the Environment, Ministry for Home & Community, Ministry for Cultural Affairs

Some typical non-governmental organisations to consider include:

National Heart Foundations, Consumer groups, Lobbying organisations, Medical Societies, Voluntary groups

We have also asked you (in question A7) to find out which organisations are responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan. By this we mean any organisations which are coordinating either government and/or non-governmental action.

In question A8, we ask you to identify key organisations which would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here,



we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. So, if the general consensus from within your country is that organisations X and Y are the key organisations which drive action forward, please tell us about them. If, however, no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion (for example, in my opinion, organisations A, B & C do most to drive change).

B. National Acts, Laws, Legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

Here, we are interested in locating any legislative mechanisms which exist in your country to promote healthier lifestyles. This information should be available directly from government sources. Please list all of the legislation (or equivalent) which you can locate. For each, provide the year of publication or enactment, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

For example:

In the UK, the Tobacco Advertising and Promotion Bill was introduced in February 2001, <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200001/ldbills/026/2001026.htm>

C. National policies/strategies or plans

In this section, we want to establish what national health policies/strategies or plans exist in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

Policy example:

In the UK, the white paper "Choosing Health: making healthy choices easier" (2004) sets out an integrated public health policy which includes addressing cardiovascular disease and cancers, alongside risk factors like tobacco, healthy eating, obesity, physical activity and alcohol

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550

We are keen to identify how much funding has been allocated to each policy/strategy or plan. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering policies/strategies or plans. Please provide details of the amount of allocated funding for each policy/strategy or plan (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

For example:

In the UK, in 2005, the School Food Trust was allocated 15 million GBP (21,526,676 EUR) from the Department for Education and Skills to promote the education and health of children and young people by improving the quality of food supplied and consumed in schools.

<http://www.schoolfoodtrust.org.uk/content.asp?ContentId=232>

We would also like you to record whether or not the policies and/or strategies you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)?

Example of an integrated plan:

In the UK, an integrated action plan “Delivering Choosing Health; making healthy choices easier” was published in 2005

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105713.pdf

Example of 2 (non-integrated) action plans addressing particular risk factors:

Department of Health (2005) Choosing a better diet: a food and health action plan London: Department of Health

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105709.pdf

Department of Health (2005) Choosing activity: a physical activity action plan London: Department of Health

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105710.pdf

Dates covered by the plans: all three publications are ongoing from 2005

In question C4, we are interested in finding out which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here, as in section A, we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion.

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.

D. Policies/strategies or plans in preparation

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant policies/strategies or plans which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

For example:

In the UK, a new national strategy for stroke is being prepared, consultation ending October 2007

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.





E. National programmes

In this section, we want you to record information about any country-wide programmes which are being implemented in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. By this, we mean programmes which are intended to have national coverage and which are implemented across the whole country, not at regional or local level. The exceptions to this are countries (like Belgium, Germany and the UK) where health is the responsibility of regional government, where information from each region would be recorded.

This type of information should be available directly from government sources or from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

We are interested in how much funding has been allocated to each programme. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. Please provide details of the amount of allocated funding for each country-wide programme (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

We would also like you to record whether or not the country-wide programmes you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)

For example:

from 2003, the Food Standards Agency has continued to develop and deliver a salt awareness/reduction programme for the general public
<http://www.food.gov.uk/healthiereating/salt/>

This is a non-integrated national programme with a total campaign spend for Phase 3 (from 2007) of 4 million GBP (5,755,535 EUR)

<http://www.food.gov.uk/news/pressreleases/2007/mar/saltconsumptioncampaign>

In question E4, we are interested in finding out which country-wide programmes have been successfully implemented. As in section A and C, we want to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion. We ask specifically about monitoring and evaluation in section H.

Further information will be collected about the details of these programmes in Questionnaire 2.



F. Programmes in preparation

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant programmes which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

For example:

In the UK, a new programme will be implemented to address earlier identification and treatment as part of the National Alcohol Strategy

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_075218

G. National guidelines/standards

In this section, we are interested in finding out whether your country has adopted any country-wide guidelines/standards to guide the delivery of cardiovascular disease prevention as well as treatment/care. Include any governmental or non-governmental guidelines/standards, if they are widely used in your country (for example, the joint European guidelines). This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the guidelines/standards. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

For example:

In the UK, The National Service Framework for coronary heart disease was launched in 2000 and sets 12 standards for improved prevention, diagnosis and treatment, and goals to secure fair access to high quality services. The standards are to be implemented over a 10-year period.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094275

Further information will be collected about the details of these guidelines/standards in Questionnaire 2.

H. National targets, monitoring and evaluation

Here, we are interested in finding out about any national targets which have been set to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources.





Specifically we would like information (where it exists) about:

Targets at a population level

- mortality, morbidity
- biological factors (like blood pressure)
- behavioural factors (like physical activity levels)

Targets for treatment/care

- for example, around cardiopulmonary resuscitation, emergency services, rehabilitation etc.

For each, provide the date of publication and the date by which the target should be achieved, details of the target (please provide an English language translation, if necessary) and any relevant URL.

For example:

In the UK, a Public Service Agreement (PSA) target for obesity was set in 2004 "To reduce the year on year rise in the prevalence of obesity in children under 11 by 2010, in the context of a broader strategy to reduce obesity in the population as a whole"

http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Obesity/DH_4133952

We also want to record any country-wide monitoring or evaluation activity which has taken place. Questions H3 and H4 ask for information about monitoring and reporting of progress towards achievement of targets and/or plans.

For example:

a report published in November 07 summarises details of the public opinion research, business research and compliance data relating to the first three months since the smokefree law was introduced in the UK.

<http://www.smokefreeengland.co.uk/thefacts/latest-research.html>

Question H5 asks about the availability of published evaluation reports on relevant programme implementation.

For example:

In the UK the National Evaluation of Local Exercise Action Pilots was published in 2007

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073600

We gratefully acknowledge your help and the time you will spend in sourcing the information to complete questionnaire 1. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk **by Friday 15th February 2008.**

Further details will be sought from you in a second phase of data gathering in spring 2008.



Appendix D: Additional data collection

By e-mail:

I would be grateful if you could provide me with further information about the existing national policies/strategies or plans which you have already listed in questionnaire 1. This was section C in the questionnaire.

For each policy you have listed please provide the following information - in English

Title of policy document

Total number of pages in the policy

At which population group is the policy targeted?

Contents page (titles of each section)

Key themes of the policy (no more than 2-3 paragraphs)

Any other interesting features in the policy

This extra information will really bring the project alive so I appreciate the time it will take to complete it. Please return the completed information to me by e-mail no later than Wednesday 4th June 2008



Glossary

Allocated funding:

A defined amount of money which has been provided to pay for a specific purpose, and which cannot be used for any other purpose

Cardiovascular disease or CVD:

includes coronary heart disease, stroke (cerebrovascular accidents) and all other diseases of the circulatory system

Cardiopulmonary resuscitation or CPR:

an emergency treatment which aims to restart heart and breathing activity when it has stopped during cardiopulmonary arrest

Country-wide:

action intended to have national coverage and to be implemented across the whole country

Emergency services:

response and provision of medical aid during an acute episode

Health promotion:

a process of enabling people to increase control over and to improve their health. Health promotion uses strategies at the primary level of prevention which are designed to facilitate behavioural and environmental changes which are conducive to health enhancement

Charitable organisation:

an organisation which exists to use donated funds for public benefit

Disease prevention:**Primary prevention:**

aims to deter disease before it occurs

Secondary prevention:

any strategy (such as early detection and prompt treatment of disease) which aims to reduce the presence of an existing disease in a population, thus preventing further deterioration and/or early death

Goal:

a statement of a desired outcome

Guidelines:

an agreed series of actions and strategies used to guide practice

Health policy/ strategy:

a written, formally adopted consensus about health issues which need to be addressed and approaches to be used to achieve change. For example, a policy includes a set of statements and decisions defining goals, priorities and main directions for attaining these goals. It may also include strategies for how the policy is to be implemented

Integrated:

bringing together a range of issues across different areas which are worked on and progressed together rather than separately

National:

a geographical area defined by fixed borders

Non-governmental organisation:

an organisation which undertakes some of the tasks of a national government, but is not a government department or part of one, and which operates to a greater or lesser extent at arm's length from the government

Plan:

a scheme, prepared according to policy and strategic directions, and defining activities, to generate products/targets set to achieve desired goals

Prevention and control of chronic disease:

the use of specific strategies to reduce and manage the occurrence of a disease in a population

Professional societies:

organisations which act as learned societies for people with shared professional qualifications and interests

Programme:

a series of related and connected activities which are designed to deliver specific objectives

Public health:

the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society. Modern public health is concerned with addressing determinants of health across a population

Standards:

a set of pre-defined levels of activity to be achieved

Target:

an agreed and declared quantitative output which can be used to assess progress towards achievement of a goal

Treatment:

the provision of medical services (including rehabilitation services) to alleviate symptoms following diagnosis of illness





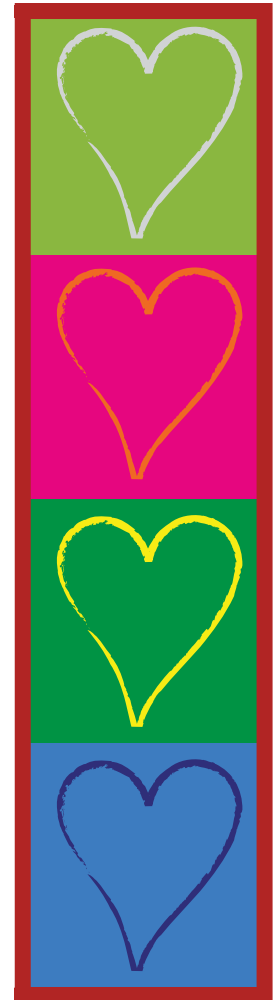


Mixed Sources
Product group from well-managed
forests and other controlled sources
Cert. no. SGS-COC-008340
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council

Graphic design & production: www.altitude.be - September 2009

www.ehnheart.org

European Heart Network
Rue Montoyer, 31
B-1000 Brussels
Belgium
Telephone: +32 2 512 9174
Fax: +32 2 503 3525
E-mail: info@ehnheart.org



This report is produced as part of Work Package 5 of the EuroHeart Project, which has received co-funding from the European Union in the framework of the Public Health Programme. The Executive Agency for Health and Consumers is not responsible for any use that may be made of the information provided in this report, the sole responsibility lies with the persons/organisation concerned.