



De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk PG/OGZ/2.720.104	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp preventienota <i>Kiezen voor gezond leven</i>		Bijlage(n) 1	Uw brief

Ingevolge artikel 7 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) stelt de minister van VWS met ingang van 2002 bij nota elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast. Deze nota, met de titel *Kiezen voor gezond leven*, die ik u mede namens de staatssecretaris van VWS aanbied, strekt ter uitvoering van dat artikel.

- Wettelijke verplichting vierjaarlijkse preventienota rijksoverheid
- Landelijke prioriteiten als aangrijpingspunt voor lokaal beleid
- Sterke inzet op gezond leven nodig
- € 4,6 miljoen voor actieprogramma

Deze preventienota gaat vooral over een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid. De Wcpv verplicht daar ook toe. Duidelijk is dat preventie een steeds grotere rol speelt in de curatieve gezondheidszorg. Deze nota biedt daarvoor aan het eind eerste aanknopingspunten die de komende jaren verder uitgewerkt kunnen worden. Een sterke inzet op gezond leven is noodzakelijk want de gezondheid van Nederlanders verslechtert door roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht.

Deze preventienota *Kiezen voor gezond leven* bevat de volgende onderdelen:

1. een korte beschrijving van de Wcpv-cyclus van preventienota's;
2. een samenvatting van de gezondheidstoestand van de Nederlanders;
3. de keuzes en doelstellingen van preventiebeleid;
4. de keuze voor de speerpunten;
5. de uitwerking van de lijn landelijk-lokaal beleid;
6. de verkenning van andere invalshoeken van preventie.

De nota bevat een bijlage waarin de speerpunten zijn beschreven met aangrijpingspunten voor (lokaal) beleid. Deze bijlage besluit met een overzicht van het actieprogramma om het lokale gezondheidsbeleid te ondersteunen. Voor dit actieprogramma stel ik in 2007 € 4,6 miljoen beschikbaar.

## 1. Wettelijke basis voor *Kiezen voor gezond leven*

- 4-jaarlijkse cyclus gezondheidsbeleid:  
VTV, landelijke nota en gemeentelijke nota's

*De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid*, zo luidt artikel 22, eerste lid, van de Grondwet. Deze maatregelen kunnen gaan over bijvoorbeeld gezondheidsbescherming (verkeersmaatregelen), ziektepreventie (vaccineren en screenen) en gezondheidsbevordering (mensen stimuleren om niet te roken en gezond te eten). De Wcpv bevat de overheidstaken op dit terrein en verplicht onder meer de rijksoverheid iedere vier jaar de landelijke prioriteiten voor collectieve preventie vast te stellen.

De uitvoering van de openbare gezondheidszorg ligt op basis van deze wet voor een groot deel bij gemeenten. Het uitwerken en de uitvoering van het preventiebeleid in Nederland is een cyclisch proces, waarin de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de landelijke nota en de gemeentelijke nota's op elkaar voortbouwen.

In oktober 2003 bracht de minister van VWS de eerste preventienota *Langer gezond leven* uit in deze cyclus. Veel gemeenten hebben in aansluiting hierop lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd en uitgevoerd. De nu voorliggende nota geeft richting aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid, die in 2007 klaar moeten zijn. De aangegeven prioriteiten vloeien voort uit de gegevens over de gezondheid van de Nederlandse bevolking (*Zorg voor gezondheid*, VTV 2006, RIVM), uit de beschikbare doelmatige interventiestrategieën en uit het overleg dat wij dit jaar hebben gevoerd met verschillende partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van preventie in de gemeenten.

## 2. Hoe gezond is Nederland?

- Nederland raakt met gezondheid internationaal achterop
- Ongezonder gedrag draagt flink bij aan ziektelast
- Lage sociaal-economische status nadelig voor gezondheid
- Aanzienlijke regionale verschillen in gezondheid en risicofactoren

### Internationaal vergeleken

Nederlanders leefden in 1960 op één na het langst van alle Europeanen. Nu is Nederland naar de middenmoot gezakt. De levensverwachting van vrouwen in Nederland stijgt minder snel dan in de meeste andere EU-landen. Vrouwen staan nu op de twaalfde plaats van de 25 EU-lidstaten. Zij leven sinds 1950 gemiddeld 8,3 jaar langer en worden gemiddeld 80,9 jaar. Mannen staan op de achtste plaats van de EU-lidstaten. Zij leven sinds 1950 gemiddeld 5,8 jaar langer en worden gemiddeld 76,2 jaar. Japan scoort wereldwijd het hoogst: daar worden vrouwen gemiddeld 85,3 jaar en mannen 78,4 jaar (WHO, 2004).



### Ziektebeelden

Sterfte, vóórkomen van ziekten en verlies aan kwaliteit van leven bepalen samen de ziektelast van een aandoening. De ziekten in Nederland met de hoogste ziektelast zijn achtereenvolgens: coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen en depressies. Vervolgens: diabetes mellitus, longkanker, alcoholverslaving, artrose en dementie. Hart- en vaatziekten en kanker zijn nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken. Ook aan chronische luchtwegaandoeningen (longemfyseem en chronische bronchitis) gaan veel mensen dood. Psychische stoornissen tasten de kwaliteit van leven (ernstig) aan.

### Ongezond gedrag

Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht leveren een forse bijdrage aan deze ziekten. In Nederland roken meer vrouwen dan in de ons omringende landen. Mensen kunnen tien jaar langer leven als ze op hun dertigste stoppen met roken. Nederlanders drinken relatief weinig alcohol in vergelijking met andere Europeanen, maar jongeren drinken juist vaker en vooral meer. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadiging<sup>1</sup>. Fors alcoholgebruik op jonge leeftijd is van invloed op de cognitieve ontwikkeling en –prestaties van de jeugd en heeft bovendien ook veel andere schadelijke gevolgen. Overgewicht is een steeds grotere plaag voor de Nederlandse volksgezondheid, vooral bij kinderen (*VTV 2006*). De balans tussen eten en bewegen is danig verstoord. Met een gezond gewicht op je twintigste, kun je 4,5 jaar langer leven.

### Invloed van de sociaal economische positie

Mensen uit armere milieus (een lage sociaal-economische status, SES) gaan gemiddeld vier jaar eerder dood dan mensen uit rijkere milieus (een hoge SES). Armere mensen leven gemiddeld twaalf jaar korter in goede gezondheid dan rijkere, als gevolg van chronische aandoeningen en beperkingen. Mensen met een lage sociaal-economische status leven over het algemeen ongezonder (meer alcoholgebruik, roken, overgewicht en minder sporten) en wonen en werken in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociaal-economische status. De verschillen in gezondheid en leefstijl tussen deze groepen zijn de afgelopen tijd niet veranderd: ze zijn stabiel gebleven in de periode 1990-2003.

### Regionale verschillen

De GGD'en voeren in opdracht van gemeenten de gemeentelijke taken op het terrein van de openbare gezondheidszorg uit. GGD-regio's in Nederland kennen onderling aanzienlijke verschillen in gezondheid en in het voorkomen van risicofactoren. Zo varieert het percentage rokers van bijna 28 procent in Noord-Kennemerland tot ruim 36 procent in Oostelijke Zuid-Limburg. Het verschil tussen de regio's met de hoogste en de laagste gezonde levensverwachting is twaalf jaar.

---

<sup>1</sup> Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar, Trimbosinstituut 2006

### 3. Preventiebeleid

- Bevorderen gezonde leefstijl hoofdthema preventiebeleid
- Welvaartsziekten zijn grotendeels te vermijden
- Aanpak: mensen stimuleren tot de gezonde keuzes
- Betere samenwerking binnen en buiten de overheid nodig

#### Langer gezond leven

Preventiebeleid is er op gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Die goede gezondheid is af te leiden aan de eerder vastgestelde doelen van het preventiebeleid:

- het ouder worden van mensen (toename levensverwachting);
- langer gezond leven (toename aantal gezonde levensjaren);
- minder verschil in gezondheid tussen mensen (verkleining verschil in achterstand bij mensen uit lagere sociaal-economische milieus).

Deze doelen vormen ook het uitgangspunt voor *Kiezen voor gezond leven*.

#### Gezond leven is een maatschappelijk belang

Mensen profiteren zelf het meest van langer gezond leven. Zo kunnen zij zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Zij hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg dient hiermee een (overduidelijk) maatschappelijk belang. Nederland presteert goed met gezondheidsbescherming en ziektepreventie; er is weinig ziekte en sterfte door bijvoorbeeld onveilige producten. Bij gezondheidsbevordering ligt dat anders: daar is nog gezondheidswinst te behalen. Met *Kiezen voor gezond leven* is het bevorderen van een gezonde leefstijl opnieuw als hoofdthema van het preventiebeleid gekozen.

#### Gezond leven is een keuze

Iedereen krijgt te maken met ziekte en de gevolgen daarvan. Ziekte is deels onvermijdelijk door (genetische) aanleg of toeval. De welvaartsziekten van nu zijn grotendeels te vermijden: ongezond gedrag verhoogt de ziektelast. Ongezonde leefgewoonten vormen veel risico voor bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, kanker, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes (type 2). Iedereen vindt zijn eigen gezondheid belangrijk, maar lang niet iedereen leeft gezond. Mensen hoéven niet te roken of overmatig te drinken, maar velen doen het wel. Mensen kunnen voldoende bewegen, maar (slechts) minder dan de helft van de bevolking wil dagelijks een half uur bewegen. Met sporten leef je drie jaar langer. Gezonde voeding als groente en fruit is volop te koop, maar veel mensen eten liever vette, zoete of te zoute producten. Burgers kunnen dus kiezen voor gezond leven<sup>2</sup>. Volwassenen moeten dat beseffen. En ook bewust zijn van de keuze die zij daarin (kunnen) maken en hun voorbeeldfunctie naar jongeren.

---

<sup>2</sup> Een deel van de Nederlandse bevolking heeft een lichamelijke of geestelijke beperking (afhankelijk van definities en meetmethoden varieert dit tussen de 10 en 25 procent). De vrijheid van mensen bij het maken van keuzes betreffende leefgewoonten is afhankelijk van de aan- of afwezigheid van deze beperkingen.



### Gezonde keuze makkelijk maken

Het is nodig mensen meer tot gezonde keuzes te verleiden, maar dat is niet eenvoudig. Ongezond gedrag is namelijk niet iets van het individu alleen, maar hangt ook met andere factoren samen. Door de samenleving zo in te richten dat 'de gezonde en bewuste keuze' een makkelijke keuze wordt, ondersteunt de overheid de burger. Gezonde producten moeten gemakkelijk beschikbaar zijn (verkooppunten, prijs, promotie) en de leefomgeving moet uitnodigen tot bewegen (bijvoorbeeld via het inrichten van een woonwijk). De overheid heeft daartoe een aantal instrumenten beschikbaar als wetgeving, voorlichting en prijsbeleid. Dat vraagt om (betere) samenwerking, zowel binnen als buiten de overheid, landelijk en lokaal. Ook goede samenwerking tussen verschillende sectoren van de overheid (zoals milieu, veiligheid, arbeid, onderwijs) draagt hieraan bij.

#### 4. Kiezen voor gezond leven

- Verder gaan met aanpak roken, diabetes en overgewicht
- Nieuwe speerpunten: schadelijk alcoholgebruik en depressie
- Voor elk speerpunt een eigen doelstelling
- Gekozen aanpak resultaat van brede consultatie in 'het veld'

#### Voortbouwen op Langer gezond leven

De nota *Langer gezond leven* van 2003 richtte zich op de ziekten die met leefstijl te maken hebben en risicofactoren die leiden tot een grote ziektelast. De nota bepleitte maatregelen om in de wijk, op het werk, in de zorg en op school voor drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. *Langer gezond leven* moest vooral onderwerpen agenderen en heeft ook zo gewerkt. De meeste aangekondigde beleidsvoornemens zijn uitgevoerd. Zo is met een samenhangend pakket maatregelen voortgang geboekt bij het ontmoedigen van roken (onder meer de rookvrije werkplek en het rookvrije personenvervoer, een accijnsverhoging en een stappenplan rookvrije horeca (zelfregulering)). In het *Convenant Overgewicht* zijn met tien maatschappelijke partners afspraken gemaakt om overgewicht tegen te gaan. Het geïntegreerde actieplan *Energie in Balans* wordt inmiddels uitgevoerd. De ernst van het overgewichtprobleem heeft ook bij gemeenten tot actie geleid: in het kader van het Grote Stedenbeleid hebben de grote steden een plan van aanpak gemaakt voor jongeren met overgewicht. In november 2005 ontving de Tweede Kamer de nota *Tijd voor sport*, waarin veel aandacht voor het bevorderen van bewegen. Het *Diabetesactieplan 2005-2009* is ontwikkeld en in uitvoering genomen, met daarin een doorbraak naar ketenzorg.

Meer dan driekwart van de gemeentelijke nota's volgden de landelijke prioriteiten uit de eerste rijksnota preventie. Voor deze speerpunten zijn zowel op landelijk als op lokaal niveau veel projecten opgezet. Succesvolle initiatieven hebben echter landelijk nog geen brede navolging gekregen. En op de drie terreinen is nog steeds gezondheidswinst mogelijk en nodig. Het kabinet gaat daarom in *Kiezen voor gezond leven* door op de ingezette weg.



### **Speerpunten**

Het voorkomen en tegengaan van *roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht* (voeding en bewegen) levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. Daarom zijn deze leefstijlfactoren speerpunt in deze preventienota. Naast deze drie leefstijlfactoren benoemen we ook twee ziekten tot speerpunt: *diabetes* en *depressie*. Diabetes is deels erfelijk bepaald (type 1) of een verouderingsziekte (type 2), maar het al op jonge leeftijd ontwikkelen van diabetes type 2 kan voor een aanzienlijk deel voorkómen worden met een gezonde leefstijl. Ook vroegsignalering en goede ketenzorg leveren gezondheidswinst op. Deze aanpak op het grensvlak van preventie en zorg is daarmee een voorbeeld voor andere chronische ziekten. Depressie is een van de belangrijkste psychische stoornissen waar met preventie gezondheidswinst te boeken is. Mensen met een depressie roken en drinken relatief vaak en zijn vaker te zwaar. Ook bij depressie kan vroegsignalering en tijdige interventie een flink deel van de ziektelast voorkómen.

Daarom kiest het kabinet ervoor om naast de speerpunten uit *Langer gezond leven* ook schadelijk alcoholgebruik en depressie steviger aan te pakken. Dit leidt tot de volgende speerpunten in *Kiezen voor gezond leven*:

#### **Speerpunten *Kiezen voor Gezond Leven***

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht (bewegen en voeding)
- Diabetes
- Depressie

### **Doelstellingen**

De speerpunten hebben elk een andere 'historie' in het preventiebeleid. Voor de meer klassieke preventiethema's geven we uitgewerkte en gekwantificeerde doelstellingen, voor een relatief nieuw speerpunt als depressie is dat minder eenvoudig. De bijlage werkt elk speerpunt verder uit. De doelstellingen per speerpunt zijn:

- *Roken*: in 2010 zijn er nog 20 procent rokers (nu: 28 procent);
- *Schadelijk alcoholgebruik*:
  - het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992;
  - minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.
- *Overgewicht*:
  - het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005);
  - het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).
- *Diabetes*:
  - het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen;
  - daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties.



- *Depressie*: meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

### **Brede steun**

Deze preventienota met voorgestelde maatregelen zijn opgesteld in samenspel met partijen die werken op het terrein van de openbare gezondheidszorg. Ruim 400 vertegenwoordigers van deze partijen hebben hierover tijdens werkconferenties in 2006 meegedacht. Daar bleek dat partijen de speerpunten in deze nota onderschrijven. Er kwamen ook gemeenschappelijke actiepunten uit voort die aansluiten bij de hiervoor gesignaleerde knelpunten, namelijk de behoefte aan structuur, regie en kennis van goede interventies om het preventiebeleid uit te voeren. Met deze preventienota en bijbehorend actieprogramma komt het kabinet tegemoet aan deze behoefte.

### **5. Versterken relatie tussen landelijk en lokaal gezondheidsbeleid**

- Lokaal gezondheidsbeleid sterk verbeterd
- Lokale gezondheidssituatie beter in kaart brengen
- Meer aandacht nodig voor regie
- Uitvoeren voorgenomen lokale activiteiten kan beter
- Preventiemethoden beter en makkelijker aanbieden aan gemeenten

### **Lokaal gezondheidsbeleid en de rijksnota preventie**

Betere gezondheid langs de weg van preventie werkt het best langs korte lijnen met burgers<sup>3</sup>. Daarom moet de zorg voor de gezondheid van kwetsbare groepen in gemeenten worden georganiseerd. Gemeenten zijn sinds de invoering van de Wcpv in 1995 dan ook meer verantwoordelijk geworden voor het preventiebeleid. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) geeft gemeenten in 2007 nóg een instrument voor een doeltreffend preventiebeleid. De Wmo biedt gemeenten de regie voor integratie van preventie en maatschappelijke ondersteuning. Het kabinet juicht samenhang tussen de lokale nota's gezondheidsbeleid en de Wmo-beleidsplannen toe en wil dat ook stimuleren. De ondersteuning vanuit de VNG in 2007 maakt dat ook mogelijk.

De rijksoverheid geeft in deze nota op basis van landelijke gegevens de rijksprioriteiten voor de collectieve preventie voor de komende vier jaren aan. De rijksoverheid moet daarbij zorgen voor een goede landelijke infrastructuur. Landelijke sectorale samenwerking kan daarbij helpen, zoals de gezamenlijke inzet van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer voor de relatie gezondheid en leefomgeving in het Actieprogramma Gezondheid en Milieu. Deze gezamenlijke landelijke aanpak helpt lokale organisaties ook de handen ineen te slaan. We verwachten de komende jaren met meer sectoren vergelijkbare programma's te kunnen ontwikkelen.

---

<sup>3</sup> Memorie van toelichting bij de Wet collectieve preventie volksgezondheid.



De gemeenten moeten en kunnen echter de landelijke prioriteiten vertalen naar de lokale situatie. Dit doen zij elke vier jaar in hun gemeentelijke gezondheidsnota's. Uit de werkconferenties het afgelopen jaar blijkt dat gemeenten behoefte hebben aan een landelijk kader. Onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) - het rapport *Staat van de gezondheidszorg 2005; Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?* - laat ook zien dat de meeste gemeentelijke gezondheidsnota's de landelijke prioriteiten volgen. Gemeenten zeggen hierover: *We willen geholpen worden richting te geven aan de openbare gezondheidszorg, maar we willen ook de vrijheid houden om autonoom te bepalen waar we ons geld aan uitgeven.* Het één sluit het ander niet uit: gezamenlijke en gezamenlijk gedragen activiteiten leveren meer winst op dan afzonderlijke activiteiten van gemeenten en Rijk. Niet elke afzonderlijke gemeente moet weer zelf het wiel gaat uitvinden en landelijk gesignaleerde bedreigingen mogen lokaal niet blijven liggen. Gemeenten moeten natuurlijk wel ruimte houden om in te spelen op de typische gezondheidsaspecten van de lokale situatie. Ook moet er ruimte zijn voor dwarsverbanden met de lokale Wmo-beleidsplannen.

#### **Lokaal gezondheidsbeleid sterk verbeterd**

De IGZ heeft in 2005 de openbare gezondheidszorg onderzocht. Daaruit blijkt dat lokaal beleid voor de openbare gezondheidszorg flink is verbeterd sinds de gemeenten wettelijk verplicht zijn een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Gemeenten zijn sinds 1995 ook veel meer bezig met het onderwerp. De meeste gemeenten hebben inmiddels een nota gezondheidsbeleid en ook de financiering van de openbare gezondheidszorg, hoewel een duidelijk knelpunt, is verbeterd. Toch ziet de IGZ vooral in de *uitvoering* van voorgenomen activiteiten nog de nodige problemen. Gemeenten:

- kennen de lokale gezondheidssituatie nog onvoldoende om de juiste prioriteiten te kunnen stellen; maatregelen sluiten daardoor niet aan op de problemen;
- kijken nog te weinig naar de uitvoering van voornemens in hun nota's;
- gebruiken beschikbare bewezen effectieve maatregelen nog onvoldoende;
- gebruiken nog te weinig eigen instrumenten om leefstijlveranderingen te ondersteunen;
- brengen nog te weinig samenhang in het lokale gezondheidsbeleid.

#### **Meer aandacht nodig voor regie**

De IGZ stelt in het rapport over de openbare gezondheidszorg ook dat de (landelijke) organisaties op het terrein van de gezondheidsbevordering versnipperd zijn. En dat daardoor wetenschappelijk bewezen effectieve preventiemethoden te weinig gebruikt worden. Het terrein van de gezondheidsbevordering kent volgens de IGZ momenteel onvoldoende regie en coördinatie. Ook de landelijke organisaties zoals de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), GGD-Nederland en de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) vinden dat<sup>4</sup>. Als oorzaken van het beperkte succes bij het uitvoeren van preventiebeleid worden genoemd:

- onvoldoende afstemming van de interventieactiviteiten overstelpt lokale organisaties met 'preventieproducten';

---

<sup>4</sup> Brief aan de Vaste commissie voor VWS van 12 juni 2006 nr. sez/u200600998.  
Notitie infrastructuur Gezondheidsbevordering van het bestuur van het NPHF, juni 2006.

- onvoldoende afstemming tussen gezondheidsbevorderende instituten, gemeenten, GGD'en en professionals;
- onvoldoende kennis over goede praktijkvoorbeelden op lokaal niveau.

### **Uitvoering van lokaal preventiebeleid ondersteunen**

*Langer gezond leven* was voornamelijk agendasettend. Met *Kiezen voor gezond leven* wil het kabinet meer regie zetten op en ondersteuning bieden bij de uitvoering van het preventiebeleid. In de komende 'preventieperiode' (2007-2011) staat het wegnemen van knelpunten zoals het veld die ervaart, centraal. Voor elke gemeente is het ontwikkelen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid een opdracht. De gemeente moet die uitvoeren met een stortvloed aan kennis en informatie uit uiteenlopende bronnen. Net zoals het kabinet voor de burger de keus voor gezond leven makkelijker willen maken, wil het kabinet voor gemeenten de keus voor een gezond preventiebeleid makkelijker maken door:

- het ontwikkelen van informatie, kennis en interventies via programma's;
- het geordend aanbieden en toegankelijk maken van preventie-instrumenten;
- het ondersteunen van het proces van beleidsontwikkeling tot beleidsuitvoering.

Deze steun spitst zich in relatie tot *Kiezen voor gezond leven* waar nodig toe op de aangegeven speerpunten. De bijlage licht het actieprogramma nader toe.

#### *Ontwikkelen van informatie, kennis en interventies via programma's*

Het RIVM brengt elke vier jaar een actueel informatieoverzicht uit van de Nederlandse volksgezondheid (VTV) om beleidsontwikkeling te ondersteunen. Daarnaast bevatten de verschillende sites van het RIVM informatie en verschijnen themarapporten. Dit biedt alle organisaties met een taak in het gezondheidsbeleid een solide informatiebasis.

Inmiddels staat bij ZonMw een derde programma Preventie, 2007-2011, op stapel. Dit onderzoeksprogramma levert de preventiepraktijk bruikbaar materiaal op over effectieve interventies. Er moet meer aandacht zijn voor de toepassing van dit materiaal. Het kabinet stimuleert met het kwaliteitsprogramma Beter Voorkomen het kwaliteitsbeleid in de preventieve sector door onder andere prestatievergelijking (*benchmarking*) en nadruk op het belang van certificering. Het ministerie van VWS stimuleert per speerpunt samenwerking tussen organisaties die op dit terrein werken. Deze samenwerkende organisaties of 'partnerships' ontwikkelen ondermeer gezamenlijke (klinische) richtlijnen.

#### *Geordend aanbieden en toegankelijk maken van preventiemethoden.*

De IGZ kaartte al aan dat effectieve preventiemethoden onvoldoende gebruikt worden en versnipperd aangeboden. Mede daarom bestaat het voornemen te komen tot het oprichten van het Centrum voor Gezond Leven (CGL) als onderdeel van het RIVM<sup>5</sup>. Het CGL brengt vraag en aanbod samen en voert de regie over het aanbod van gedragsbeïnvloedende methoden (leefstijlinterventies). Het CGL moet vóór alles zorgen voor betere samenwerking tussen de bestaande gezondheidsbevorderende en landelijk werkende organisaties. Het CGL

---

<sup>5</sup> Brief Ministerie van VWS, VGP/LCP 2698157, 7 juli 2006.



gaat zorgen voor betere afstemming van hun producten aan de wensen van gemeenten en GGD'en. Daarnaast zal het CGL lokale organisaties ondersteunen en het bestaande aanbod in beeld brengen, beoordelen en toegankelijk maken. Het CGL stelt op basis van de prioriteiten van de minister van VWS in overleg met de (vertegenwoordigers van) lokale en landelijke organisaties een programma samen met (wetenschappelijk bewezen) interventies en helpt mogelijk ook bij de uitvoering. Het CGL wordt onderdeel van het RIVM. Met het CGL wordt, net als met de andere centra (Centrum Jeugdgezondheid, het Centrum voor Milieu Gezondheidsonderzoek en het Centrum Infectieziektebestrijding) het lokale gezondheidsbeleid ondersteund.

Burgers kunnen via de website [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl) van het RIVM informatie vinden over wat zij zelf kunnen doen om gezond te blijven en gezond te leven. Ouders kunnen opvoedingsondersteuning krijgen om het alcoholgebruik bij kinderen op jonge leeftijd te voorkomen (Trimbosinstituut).

#### *Ondersteunen van beleidsontwikkeling en –uitvoering.*

Gemeenten moeten niet alleen lokaal gezondheidsbeleid ontwikkelen, maar staan tevens aan de vooravond van de invoering van de Wmo. Openbare gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning hebben raakvlakken en maken straks deel uit van het gemeentelijke instrumentarium. De VNG zet met steun van het ministerie van VWS een ondersteuningstraject op voor alle gemeenten om het gemeentelijk gezondheidsbeleid bestuurlijk, ambtelijk en inhoudelijk te versterken. Gemeenten moeten het lokale gezondheidsbeleid opzetten vanuit de lokale gezondheidssituatie. Zij kunnen daarbij de landelijk ontwikkelde monitor volksgezondheid gebruiken. Het RIVM steunt GGD'en met een methode om zelf regionale toekomstverkenningen voor de volksgezondheid te kunnen maken; dit kan de kwaliteit van de lokale preventienota's verbeteren. De landelijke en lokale volksgezondheidstoekomstverkenningen vullen elkaar zo aan, onderbouwen het lokale beleid en versterken de binding tussen landelijk en lokaal beleid. Een bruikbaar en gewaardeerd instrument voor gemeentelijke beleidsontwikkeling is de *richtlijn<sup>6</sup> tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid* van STIVORO. Deze handleiding is een voorbeeld voor vergelijkbare handleidingen voor de andere speerpunten. Zo worden gemeenten ondersteund bij de beleidsontwikkeling.

#### **Toetsen van lokaal gezondheidsbeleid**

De IGZ toetst de uitvoering van de doelstellingen in deze preventienota. De inspectie houdt toezicht op de GGD'en en andere uitvoerders van de openbare gezondheidszorg, maar ook op het gemeentelijk gezondheidsbeleid en de zorginstellingen die een rol spelen bij preventie (Wcpv, Kwaliteitswet). Hierbij kijkt de IGZ specifiek naar de uitvoering van een aantal doelstellingen uit deze nota:

- of de landelijke prioriteiten lokaal voldoende nagevolgd worden in de lokale nota's gezondheidsbeleid en of die ook uitgevoerd worden;

---

<sup>6</sup> In het vervolg 'handleiding' genoemd ter onderscheid van richtlijnen voor zorgverleners.

- of de uitvoering van preventieprogramma's effectief is;
- of integraal beleid binnen gemeenten zo wordt uitgevoerd, dat in de wijk, op school en bij sport effectieve preventie tot stand komt.

De IGZ voert het toezicht bij GGD'en en gemeenten gelaagd en gefaseerd uit. Dat wil zeggen dat op basis van indicatoren over de risico's in de volksgezondheid de inspectie nagaat of de kwaliteit van de openbare gezondheidszorg voldoende is. De IGZ bekijkt dit in eerste instantie voor de prioriteiten uit de preventienota en bekijkt vervolgens ook de aanpak van lokaal vastgestelde volksgezondheidsproblemen. Hiervoor vraagt de IGZ aan de GGD'en informatie over de lokale gezondheidstoestand. Blijken er volksgezondheidsproblemen te zijn, dan zal de inspectie nagaan in hoeverre de gemeenten en anderen, zoals GGD'en, die problemen adequaat aanpakken met effectieve interventies.

## 6. Bredere aanpak landelijk preventiebeleid

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Preventie steeds vaker onderdeel van curatieve zorg</li><li>• Adviezen onderweg over bredere visie op preventie</li></ul> |
|---|

Een veranderende samenleving en nieuwe technologische ontwikkelingen vragen om een herbezinning en zo nodig aanpassen van de uitgangspunten van gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering. Andere en aanvullende benaderingswijzen van preventie kunnen effectief bijdragen aan de gezondheid van de Nederlandse bevolking.

Zo is het adviseren over gezond gedrag aan individuele mensen steeds vaker onderdeel van de zorg die onder artsen (huisartsen, specialisten) gebruikelijk is. Vooral als stoppen met roken of bestrijden van overgewicht belangrijk is voor de behandeling (bij hart- en vaatziekten, diabetes). De *Minimale Interventie Strategie Stoppen met roken voor de huisarts (H-MIS)* werkt echt (bewezen effectief): 30 procent van de huisartsen past deze methode toe. Ik wil de invoering van deze H-MIS verder stimuleren met een proefimplementatie *het versterken van ondersteuning bij stoppen met roken*, waarvoor ik een bedrag beschikbaar zal stellen. Deelnemende patiënten zullen zelf ook een deel van de kosten van de interventie betalen; zij besparen met het stoppen immers ook op de kosten van rookwaar.

Ouders en opvoeders hebben een belangrijke rol door kinderen van jongs af aan te leren gezonde keuzes te maken. De rol die ouders en opvoeders hierin hebben bij de opvoeding van kinderen moet in de toekomst groeien, zoals in (het voorkomen van) alcoholgebruik van jongeren.

Naast het ontwikkelen van deze preventieve strategieën voor behandelaars en het benadrukken van de grote rol van ouders/opvoeders, worden nog andere benaderingswijzen van preventie verkend. Deze kunnen het huidige preventiebeleid, dat vooral gericht is op het bevorderen van gezond gedrag, in belangrijke mate versterken. De oriëntatie is nog niet klaar, maar de voorbereidingen lopen:

- advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over publieke gezondheid (RVZ, najaar 2006);
- advies van het College voor Zorgverzekeringen over preventie (najaar 2006);

- het eindrapport van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek preventie (voor medio 2007).

Deze adviezen zullen bijdragen aan het verbreden en versterken van de visie op preventie.

**Afsluiting: Nederland terug in de top**

Nederland zou wat gezondheid betreft weer op weg moeten gaan naar de top van de Europese ranglijst. We mogen geen genoegen nemen met de middenmoot. Onnodig korter leven blijft onnodig, onnodig verlies van kwaliteit van leven eveneens. Het kabinet beseft heel goed dat dit in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van burgers zelf is; de overheid dient met relevante partijen in 'het veld' echter alles te doen om die burger daarbij te helpen en bijvoorbeeld te stimuleren 'de gezonde keuze' te maken. Daarbij dienen er geen onnodige verschillen te zijn tussen GGD-regio's: elke burger dient, ongeacht zijn of haar woonplaats, overal te kunnen rekenen op kwalitatief goede preventieve zorg. Dat is de inzet van deze preventienota, voor vandaag, morgen en de komende jaren.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst