

Vergaderjaar 2020–2021

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 558

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 juli 2021

Gezondheid is van groot maatschappelijk belang. COVID-19 heeft ons er opnieuw op gewezen hoe belangrijk een gezonde leefstijl is voor een gezond leven. Het Sociaal en Cultureel Planbureau¹ zegt dat het coronavirus aantoonde dat overgewicht een extra risico vormt voor ziekenhuisopname en ook voor overlijden bij een besmetting. De helft van de Nederlanders heeft op dit moment overgewicht. Een gezonde leefstijl is essentieel voor het fysieke en mentale welzijn van mensen, versterkt het immuunsysteem en vergroot de kwaliteit van leven. Dat begint al vroeg. Een kind dat gezond opgroeit heeft meer kansen om zich fysiek, mentaal en sociaal beter te ontwikkelen.

Gezondheid is ongelijk verdeeld. Mensen met een praktische opleiding en laag inkomen hebben een levensverwachting in goed ervaren gezondheid die 15 jaar lager is dan mensen met een theoretische opleiding. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) heeft hier recent over geadviseerd met het rapport «Een eerlijke kans op gezond leven». De kosten van een ongezonde leefstijl zijn hoog. Roken, alcoholgebruik, te weinig bewegen en ongezonde voeding, waren in 2015 verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast, ruim 35 duizend doden en 9 miljard aan zorguitgaven. Deze lasten zijn te vermijden met een gezonde leefstijl: meer bewegen, gezonder eten, niet roken en terughoudend zijn met alcohol. Inzet op (mentale) gezondheid helpt om het arbeidspotentieel te vergroten (burn-out is beroepsziekte nummer 1), de druk op de sociale zekerheid te verminderen en de druk op de zorg te verlichten. En het biedt ook kansen voor innovatie en bedrijvigheid. Kortom: een goede gezondheid draagt bij aan de kwaliteit van leven en investeren in

¹ SCP: Een jaar met corona – Ontwikkelingen in de maatschappelijke gevolgen van corona (maart 2021)

gezondheid loont². Dit is des te belangrijker als we kijken naar de ontwikkeling van de zorguitgaven (een mogelijke verdubbeling naar € 174 mld in 2040) en de toenemende druk op de arbeidsmarkt (nu werkt één op de zeven mensen in de zorg, bij ongewijzigd beleid zou dat in 2040 één op de vier moeten zijn)³.

Inhoud van deze brief

Versteving van preventie en gezondheid vormt één van de drie pijlers voor de toekomst in de Discussienota Zorg voor de Toekomst⁴. In deze brief schets ik een aantal bouwstenen die voor een fundament onder het toekomstig preventiebeleid kunnen zorgen. Deze bouwstenen komen voort uit gesprekken die ik met veel mensen heb gevoerd over het preventiebeleid, de uitgangspunten over samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op regionale schaal die in overleg met VNG en ZN tot stand zijn gekomen en uit reacties van partijen op de discussienota. Ik geef ook een korte reactie op het advies «Een eerlijke kans op gezond leven» van de RVS conform mijn toezegging bij de aanbieding van het rapport op 29 april jl. Tot slot besteed ik aandacht aan mentale gezondheid en het Meerjarenprogramma Depressiepreventie.

Met deze brief ga ik in op de uitvoering van de volgende moties, toezeggingen en verzoeken van uw Kamer:

- motie van de leden Kuiken en Renkema die de regering verzoekt om de Kamer een voorstel te zenden of en zo ja, hoe collectieve gezondheidsdoelen wettelijk kunnen worden verankerd⁵;
- motie van de leden Dik-Faber en Diertens die verzoekt de mogelijkheden en contouren van een nationaal preventieakkoord mentale gezondheid te verkennen en de Kamer hierover medio dit jaar te informeren⁶;
- verzoek lid Van Esch dd. 8 juni jl.⁷ om een reactie op wens GGD om een koerswijziging van het beleid rondom preventie;
- toezegging in te gaan op advies Verwey Jonker inzake positie GGD voor gezondheidsbevordering;
- toezegging over onderzoek AEF naar financieringsvormen voor preventie.

Bouwstenen voor een fundament onder toekomstig preventiebeleid

De tijd is rijp om de groeiende beweging naar meer gezondheid en preventie in een volgende fase te brengen. Een fase waarin verantwoordelijkheden en kaders duidelijker zijn, en waarin de veelal tijdelijke inzet op preventie (leefstijl-)interventies en daaraan gekoppelde projectmatige financiering, voorzien wordt van een structurele basis en structureel budget. De vrijblijvendheid voorbij. En aansluitend op de beweging en activiteiten die al langer in gang zijn gezet en de energie die er bij veel partijen is.

Er is veel draagvlak voor een forse versteving van het fundament onder preventiebeleid. In reactie op de discussienota «Zorg voor de toekomst»

² RIVM: in 2019 is 21 tot 23 euro per inwoner uitgegeven aan gezondheidsbevordering en aan geneeskundige en langdurige zorg 5.000 euro per inwoner in Nederland (juni 2021)

³ RIVM: VTV-2018

⁴ Kamerstuk 31 765, nr. 548

⁵ Kamerstukken 32 793, nr. 526

⁶ Kamerstukken 32 793, nr. 538

⁷ Handelingen II 2020/21, nr. 85, Regeling van Werkzaamheden

en in aanloop naar het volgende kabinet, pleiten diverse partijen voor de beweging naar een structurele inzet op meer gezondheid en preventie⁸.

De volgende bouwstenen worden veel genoemd voor een fundament onder preventiebeleid:

- a. Landelijke gezondheidsdoelen verankeren die meerjarig perspectief bieden en op korte termijn richting geven. De doelen richten zich niet sec op het voorkomen van zorg, maar op de concrete bijdrage aan de kwaliteit van leven en brede welvaart.
- b. Invulling van plicht tot gezondheidsbevordering in de wet: verantwoordelijkheden en taken helder beleggen in de wet, met een regionale aanpak.
- c. Faciliteren regionale en lokale aanpak vanuit het rijk.
- d. Een financieringsvorm die dienstbaar is aan de inzet op preventiebeleid en de regionale samenwerking; geormerkte en duurzame financiering van de samenwerkingsstructuur en van interventies.
- e. Een kennisinfrastructuur van landelijke betekenis en regionale relevantie.
- f. Verminderen van gezondheidsachterstanden met een brede aanpak over domeinen heen. Deze bouwsteen wordt ook door de RVS aangedragen.
- g. Meer aandacht voor gezondheidsbevordering en preventie door zorgprofessionals.

Met de hierna volgende toelichting op de bouwstenen sluit ik aan op het verzoek van lid Van Esch om een reactie op de wens van de GGD om een koerswijziging van het beleid rondom preventie.

a. Landelijke gezondheidsdoelen verankeren

Landelijke gezondheidsdoelen voor een lange termijn zijn nodig en effectief om richting te geven aan de regionale en lokale aanpak. Diverse partijen geven dit ook aan in hun reacties op de Discussienota Zorg voor de Toekomst en in gesprekken die ik over het preventiebeleid gevoerd heb. Het tabaksontmoedigingsbeleid geldt als goed voorbeeld. De «rookvrije generatie» biedt een duidelijke richting en bindt partijen. De combinatie van activiteiten met stevige maatregelen vanuit het rijk en vele acties door gemeenten, maatschappelijke partners, zorgpartijen en het bedrijfsleven, maakt het geheel tot een effectieve aanpak. In het Nationaal Preventieakkoord (Kamerstuk 32 793, nr. 339) is deze aanpak opgenomen en ook voor de thema's overgewicht en problematisch alcoholgebruik gehanteerd. Het RIVM rapporteert jaarlijks over de voortgang. De combinatie van concrete lange termijn doelen en jaarlijkse monitoring voedt op constructieve wijze het maatschappelijke en politieke debat over aanvullende maatregelen. Ook noem ik de beweegnorm als landelijk gezondheidsdoel voor bewegen naar 2040 (75% van de Nederlanders voldoet in 2040 aan de beweegnorm). Deze norm wordt door veel partijen vanuit het nationaal Sportakkoord (Kamerstuk 30 234, nr. 185) omarmd. Voorstellen voor het halen van de norm heb ik samen met de Minister voor Medische Zorg en Sport op 20 mei jl. met u gedeeld bij de aanbieding van het beleidsplan Bewegen het nieuwe normaal.

In de Wet publieke gezondheid (Wpg) is er voor gekozen om doelen op te nemen in de wettelijk voorgeschreven Landelijke Nota Gezondheidsbeleid. De Wpg bepaalt dat deze nota eens in de vier jaar door het rijk

⁸ Voorbeelden van partijen die het belang van deze beweging in hun reactie of brief aan de informateur onderstrepen zijn de Initiatiefgroep Preventieakkoord (diverse partijen onder aanvoering van SER, GGD GHOR, Federatie voor Gezondheid), Inspectie Gezondheid en Jeugd, Zorgverzekeraars Nederland, en een aantal grote zorgverzekeraars, gemeenten en GGD-en.

wordt opgesteld en dat gemeenten deze landelijke doelen vertalen in een 4-jaarlijks op te stellen gemeentelijke gezondheidsnota. In de Landelijke Nota zijn concrete doelen opgenomen (aanvullend op de leefstijldoelen van het Nationaal Preventieakkoord) met betrekking tot de gezondheid in de fysieke en sociale leefomgeving, het verkleinen van gezondheidsachterstanden, de druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen en met betrekking tot vitaal ouder worden. Bijvoorbeeld «in 2024 is de levensverwachting van mensen met een lage SES toegenomen en het aantal jaren in goed ervaren gezondheid voor mensen met lage en hoge SES toegenomen». Desalniettemin moeten we constateren dat ondanks deze wettelijke plicht tot het uitwerken van de landelijke gezondheidsdoelen dit onvoldoende tot maatregelen leidt. Voor mij staat na alle gesprekken over preventie en de eerste ervaringen met het Nationale Preventieakkoord vast dat sprake is van te veel vrijblijvendheid. We zullen taken en verantwoordelijkheden wettelijk beter moeten verankeren, willen we echt meters gaan maken. Ik licht dit in de tweede bouwsteen toe.

Reactie op de motie van de leden Kuiken en Renkema

In de motie van de leden Kuiken en Renkema⁹ wordt het kabinet verzocht om met een voorstel te komen of, en zo ja hoe, collectieve gezondheidsdoelen wettelijk kunnen worden verankerd. In de motie wordt verwezen naar gezondheidseconoom prof. dr. Jochen Mierau en de voorzitter van de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit dr. Marian Kaljouw, die in een publicatie heeft aangegeven dat collectieve gezondheidsdoelen alleen gehaald kunnen worden wanneer onafhankelijke overheidsinstanties doorzettingsmacht hebben. In een artikel uit het Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (26 maart 2021) pleit professor Mierau voor het wettelijk verankeren van streefwaarden voor gezondheid om zo de Minister van VWS ter verantwoording te kunnen roepen en tot handelen te dwingen.

Het vastleggen van streefwaarden in de wet legt de rijksoverheid een harde verplichting op om te handelen, hetgeen het bereiken van gezondheidsdoelen enorm kan helpen. Ook geeft het de toezichthouder meer armslag bij de handhaving en biedt het belanghebbenden de mogelijkheid om bij de rechter naleving af te dwingen. Voor milieuwetgeving is dit een effectieve aanpak en kan een streefwaarde worden bepaald waarvan bij overschrijding schadelijke effecten aantoonbaar zijn. Op het vlak van gezondheidsbevordering is het echter niet eenvoudig om dergelijke streefwaarden vast te stellen. De effecten (baten en kosten) zijn veel moeilijker in getallen te vangen. Bovendien zijn wettelijke streefwaarden statisch en niet makkelijk weer te wijzigen. Daarnaast vind ik het belangrijk dat meerdere partijen zich aangesproken en eigenaar voelen voor (de oplossing van) het probleem. Het wettelijk verankeren van streefwaarden, met de Minister van VWS die verantwoording moet afleggen, doet afbreuk aan die gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het is juist door samenwerking tussen gemeenten onderling en met zorgverzekeraars, ondersteund door het rijk, waar de volksgezondheidswinst is te behalen. Tot slot moeten we ook niet vergeten dat we volksgezondheid weliswaar kunnen bevorderen (zelfs met een plicht daartoe), maar dat het opnemen van streefwaarden om zo het realiseren daarvan af te dwingen, voorbij gaat aan de individuele verantwoordelijkheid van mensen.

⁹ Kamerstuk 32 793, nr. 526

b. Plicht tot gezondheidsbevordering: taken en verantwoordelijkheden wettelijk verankeren

Gelet op de huidige omschrijving van verantwoordelijkheden en taken, constateer ik dat deze onvoldoende duidelijk zijn en onvoldoende houvast bieden aan partijen. Gemeenten hebben op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) een zeer globaal geformuleerde taak op gezondheidsbevordering. Zij zijn verantwoordelijk voor universele en selectieve preventie¹⁰. De invulling is sterk afhankelijk van de motivatie en de ruimte die een bestuurder krijgt. Daarbij komt dat de inzet op preventie kwetsbaar is, omdat resultaten vaak moeilijk en niet snel zichtbaar zijn. Een bestuurder krijgt meer ruimte voor het oplossen van problemen, dan voor het voorkómen ervan. Ook de invulling door zorgverzekeraars van hun verantwoordelijkheid voor geïndiceerde en zorggerelateerde verschilt sterk.

Daarnaast is de samenwerking op gezondheidsbevordering tussen de verschillende gemeentelijke domeinen (Wet maatschappelijke ondersteuning, Jeugdwet), tussen gemeenten onderling én met zorgverzekeraars te vrijblijvend. De wet laat hier te veel ruimte. Bovendien is onduidelijk welke partij het initiatief neemt voor de (regionale) samenwerking en hoe die het beste vormgegeven kan worden.

Om de inzet op gezondheidsbevordering te vergroten en regionale samenwerking hierbij te versterken, denk ik aan een invulling van een plicht tot gezondheidsbevordering door de taken en verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars in de wet te concretiseren. Voor gemeenten door enerzijds in de Wpg inhoudelijke thema's en doelgroepen te benoemen zodat, in combinatie met landelijke doelen, de richting helder is en er ruimte is voor regionaal en lokaal maatwerk. Gedacht kan worden aan de leefstijlthema's roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik, aan gezondheidsachterstanden en aan kinderen. En door anderzijds de processtappen aan te geven die de samenwerking tussen gemeenten en van gemeenten met zorgverzekeraars op regionaal niveau vorm geven, zodat er een goede regionale preventie infrastructuur ontstaat. Wat betreft zorgverzekeraars zou een bepaling in de Zorgverzekeringswet (Zvw) moeten worden opgenomen waarin zij verplicht worden (op regionaal niveau) met gemeenten samen te werken ten aanzien van gezondheidsbevordering. Ook zou de invulling van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie door zorgverzekeraars nader geëxpliciteerd moeten worden, bijvoorbeeld door het Zorginstituut.

Begin dit jaar heb ik u geïnformeerd over een aantal uitgangspunten met betrekking tot de samenwerking op regionaal niveau die in overleg met VNG en ZN waren vastgesteld¹¹. Op basis van deze uitgangspunten zouden de wettelijke taken en verantwoordelijkheden kunnen worden uitgewerkt.

GGD als coördinerende partij

Om bovenstaande uitgangspunten om te zetten in concrete samenwerkingsafspraken en plannen waarover bestuurders kunnen besluiten, is een coördinerend mechanisme noodzakelijk dat op regionaal niveau partijen

¹⁰ Het brede begrip preventie kan op verschillende manieren worden ingedeeld. Kijkend naar de doelgroep gaat het over: gezonde bevolking (universele preventie), groepen met een verhoogd risico (selectieve preventie). Beide zijn vormen van «collectieve preventie». Individuele preventie is gericht op mensen met beginnende klachten (geïndiceerde preventie) en mensen met een (vastgestelde) ziekte (zorg gerelateerde preventie).

¹¹ Kamerstuk 32 793, nr. 515

verbindt én het initiatief kan nemen voor het organiseren van deze samenwerkingsafspraken. Deze organisatie is bij voorkeur zelf regionaal georganiseerd, heeft kennis van preventie en gezondheid, kan onafhankelijk optreden en verhoudt zich goed tot de gemeentebesturen. Hiervoor is de GGD als regionaal georganiseerde publieke dienst van de gemeenten bij uitstek geschikt. De GGD neemt de rol van de gemeentebe-stuurders niet over, maar faciliteert en ondersteunt hen in een coördine-rende positie. De gemeenten blijven immers in ons democratisch ge-legitimeerde stelsel verantwoordelijk voor de te maken beleidskeuzes. Ook kan met inzet van de GGD gebruik worden gemaakt van goed onderbouwde – en regionaal afgestemde – data. De kennis van de GGD wordt mede gevoed door de interactie met landelijke kennispartijen, waaronder het RIVM. Door toe te werken naar een meer uniforme werkwijze, kunnen effectieve aanpakken en maatregelen eenvoudiger uitgewisseld en breder toegepast worden door gemeenten.

Verwey Jonker heeft een verkenning uitgevoerd naar de versterking van de publieke gezondheid en de rol van de GGD'en. Deze verkenning heeft u 18 juni ontvangen bij de stand van zaken COVID-19 brief¹². De verkenning gaat ook in op de rol van de GGD met betrekking tot gezondheidsbevordering. Verwey Jonker stelt dat waar gemeenten verantwoordelijk zijn voor een breed en integraal gezondheidsbeleid en het vormgeven van health in all policies op lokaal niveau door te schakelen met andere lokale beleidsterreinen, juist op het regionale niveau samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars/-kantoren noodzakelijk is om te komen tot regiobeelden, gezamenlijk beleid en gedeelde plannen voor en uitvoering van (collectieve) preventie. GGD'en dienen volgens de verkenning van Verwey Jonker in deze preventie-infrastructuur een ondersteunende, stimulerende en op inhoud verbindende coördinerende rol te spelen. Hiermee wordt de professionele inbreng geborgd en wordt bevorderd dat eerst regionaal gekeken wordt wat gezamenlijk opgepakt kan worden. Dit hoeft lokaal maatwerk niet in de weg te staan. Regionale samenwerking is daarbij van belang omdat het niet mogelijk is dat zorgverzekeraars met alle gemeenten even intensief contacten onderhouden. Zowel de gezondheidsuitdagingen als demografische en sociaaleconomische kernmerken kunnen per regio verschillen waardoor verschillende aanpakken noodzakelijk zijn. Verwey Jonker wijst ook op de benodigde versterking van de GGD'en als ruggengraat van de lokale en regionale publieke gezondheid om een en ander waar te kunnen maken. En geeft aan dat ten dele gerichte, geoormerkte financiering noodzakelijk is om gemeenten – en hiermee GGD'en als verlengd lokaal bestuur – in staat te stellen te investeren in preventie, gezondheidsbescherming en de infrastructuur van publieke gezondheid.

De verkenning van Verwey Jonker is met inbreng van veel verschillende partners tot stand gekomen, waaronder gemeenten, zorgverzekeraars en GGD'en. In de gesprekken is veelal geconstateerd dat een sterkere rol van de GGD'en op het terrein van gezondheidsbevordering gerelateerd aan leefstijl als onderdeel van universele en selectieve preventie¹³ in ieder geval prioriteit zou moeten hebben. Er zijn verschillende beelden *in hoeverre* GGD'en bredere rollen op het terrein van preventie zouden moeten en kunnen spelen en hoe dergelijke rollen zich verhouden tot die van gemeenten zelf. Een deel van de gesprekspartners ziet dat de GGD een faciliterende rol kan spelen in deze samenwerking (gemeenten-zorgverzekeraars) door namens de samenwerkende gemeenten op te treden.

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 1297

¹³ Zie voetnoot 12 voor uitleg van deze vormen van preventie.

De komende maanden wil ik met gemeenten, zorgverzekeraars en de Inspectie voor Gezondheid en Jeugd, nader verkennen hoe de eerder benoemde uitgangspunten voor regionale samenwerking in een wetsvoorstel vervat kunnen worden. En bespreken op welke wijze gemeenten samenwerken met de GGD om meer zicht te krijgen op de achterliggende redenen voor de huidige verschillen daarin als ook op gewenste ontwikkelingen.

c. Faciliteren van de regionale en lokale aanpak vanuit het Rijk

Het Rijk faciliteert op verschillende manieren de regionale en lokale aanpak. Zo geeft het Rijk richting met nationale doelen (Landelijke Nota Gezondheidsbeleid, Nationaal Preventieakkoord), stelt (wettelijke) randvoorwaarden en neemt (wettelijke) maatregelen om gezond gedrag te stimuleren van alle Nederlanders.

Op basis van de internationale literatuur en internationale kaders kan worden geconcludeerd dat maatregelen op het terrein van prijs, marketing en aanbod/verkoop het meest effectief zijn om gezond gedrag te beïnvloeden en daarmee overgewicht, roken en problematisch alcoholgebruik terug te dringen. In het kader van het Nationaal Preventieakkoord heeft het Rijk wettelijke maatregelen genomen om een rookvrije generatie te realiseren. Het RIVM heeft geconstateerd dat de huidige inzet van het akkoord een stap op weg is om de ambities op het terrein van overgewicht, problematisch alcoholgebruik en roken te bereiken, maar dat het niet voldoende is. In een recent rapport heeft het RIVM in kaart gebracht welke aanvullende maatregelen overwogen kunnen worden om de gestelde ambities wel te realiseren¹⁴.

Met de hiervoor genoemde aanpassing van de Wpg voor wat betreft de wettelijke verantwoordelijkheden worden lokale bestuurders beter in staat gesteld invulling te geven aan hun verantwoordelijkheid. Daarnaast is er behoefte van bestuurders om beter maatwerk te kunnen leveren. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over (juridische) mogelijkheden voor gemeenten om een gezonde fysieke voedselomgeving in te richten. Ik heb u op 4 juni jl. geïnformeerd over de resultaten van een eerste verkenning naar de juridische mogelijkheden voor een gezonde voedselomgeving en de acties die ik hier verder nog op onderneem¹⁵.

Een andere manier om de lokale en regionale aanpak te faciliteren betreft het verzoek van zorgverzekeraars om meer experimenteerterruimte voor nieuwe kansrijke interventies op het snijvlak van selectieve en geïndiceerde preventie, waarvan op voorhand niet helder is welk deel van de interventie verzekerde zorg betreft of zou kunnen betreffen. De wenselijkheid en haalbaarheid hiervan wordt door het Ministerie van VWS in kaart gebracht. Na de zomer verwacht ik Uw Kamer hier over te kunnen informeren.

De basis van het faciliteren van een regionale en lokale aanpak ligt in het verzamelen en beschikbaar maken van (wetenschappelijke) kennis. De GGD speelt hierin een belangrijke rol met hun kennis over gezondheid in dorpen en steden dankzij de monitoring hiervan. Evenals de database effectieve interventies van het Centrum Gezond Leven van het RIVM (zie verder bouwsteen Kennisinfrastructuur).

¹⁴ RIVM: Inventarisatie aanvullende maatregelen Nationaal Preventieakkoord. Mogelijke vervolgstappen richting de ambities voor 2040, april 2021

¹⁵ Kamerstuk 32 793, nr. 551

In dit kader is de IJslandse preventieaanpak van middelengebruik onder jongeren ook interessant. Zes Nederlandse gemeenten zijn in 2018 gestart met een pilot van deze aanpak, die gebaseerd is op een community based benadering. Een belangrijk onderdeel van de IJslandse aanpak is het verzamelen van lokale cijfers, die vervolgens besproken worden met lokale stakeholders. De zes gemeenten hebben de afgelopen periode data verzameld en gedeeld, preventieve interventies bepaald en werken aan de implementatie van gekozen interventies. Het Trimbos-instituut heeft deze maand een eidevaluatie van dit leertraject met gemeenten uitgebracht¹⁶. Gemeenten zijn enthousiast over de werkwijze. Ook andere gemeenten hebben hun interesse getoond. Ik ben met de betrokken partijen in overleg over de mogelijkheden voor een vervolg.

d. Financiering van preventiebeleid

Benodigde middelen voor preventiebeleid

Het investeren in bouwstenen voor een fundament onder het toekomstig preventiebeleid vereist extra middelen. Het RIVM heeft een verkenning naar de uitgaven van een regionale infrastructuur voor gezondheidsbevordering uitgevoerd. Door middel van een inventarisatie van de huidige uitgaven door het rijk als ook van een beperkt aantal gemeenten (19 gemeenten) die actief zijn met preventiebeleid (een nulmeting). Deze verkenning wordt binnenkort gepubliceerd op de website van het RIVM. Uit de nulmeting blijkt dat Nederland in 2019 op landelijk niveau 21 tot 23 euro per inwoner heeft uitgegeven aan gezondheidsbevordering. Dit bedrag is een optelsom van de gemeentelijke uitgaven voor gezondheidsbevordering (ruim 6 euro per inwoner) en sportstimulering (bijna 14 euro per inwoner waarvan ruim 8 euro aan buurtsportcoaches), en uitgaven door het rijk (2,5 euro per inwoner uit voor programma's met activiteiten voor gezondheidsbevordering op regionaal of lokaal niveau). Ter vergelijking: aan geneeskundige en langdurige zorg werd in 2019 per inwoner van Nederland 5.000 euro uitgegeven volgens het RIVM.¹⁷ Dit staat in schril contrast met elkaar en zegt veel over het belang dat tot nu toe wordt gehecht aan gezondheidsbevordering.

Een andere belangrijke bevinding in het rapport van het RIVM is dat gezondheidsbevordering financieel grotendeels afhankelijk is van tijdelijke, niet structurele, middelen. Dit betreft zowel landelijke programma's (zoals in het Nationaal Preventieakkoord) als gelden via het gemeentefonds met een tijdelijk karakter (met name de gelden voor het programma Gezond in de stad, GIDS).

Het RIVM heeft geen schatting kunnen geven van de toekomstige kosten van een regionale preventie-infrastructuur omdat de concrete invulling van de benodigde activiteiten nog niet voldoende is. Met VNG, GGD GHOR en ZN is afgesproken om dit beter in kaart te brengen. De Initiatiefgroep Preventieakkoord heeft in zijn brief aan de informateur van 19 mei jl. («Naar een gezond en vitaal Nederland: zet in op verankering, verdieping en verbreding van preventie in de samenleving») een financiële onderbouwing bijgesloten. Daarin is sprake van een budget van structureel € 1,1 mld, waarvan € 600 mln voor een basisinfrastructuur preventie en voortzetting van activiteiten uit het preventie- en sportak-

¹⁶ <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1889-het-ijslandse-preventiemodel-in-nederland>

¹⁷ Kanttekening hierbij is dat in de uitgaven voor gezondheidsbevordering niet een brede definitie is gehanteerd en bijvoorbeeld de uitgaven voor jeugdgezondheidszorg hierin niet zijn meegenomen. Desondanks kan geconstateerd worden dat de uitgaven voor gezondheidsbevordering beperkt zijn.

koord. Bij de gezamenlijke inspanning van VWS, VNG, GGD GHOR en ZN om te komen tot een goede inschatting van de kosten zullen ook de inzichten van de Initiatiefgroep worden betrokken. Ik verwacht dit na de zomer gereed te hebben.

Financieringsvormen

In mijn eerder genoemde brief over de randvoorwaarden van een regionaal preventiefonds van 26 januari 2021 (Kamerstuk 32 793, nr. 515) heb ik aangegeven dat AEF is gevraagd opties voor financieringsvormen uit te werken voor landelijke financiering. Het rapport van AEF «Hoe financieren we preventie met het oog op gezondheidsbevordering?» is bijgevoegd¹⁸. AEF gaat in op de financieringsvormen waarmee (met name) gemeenten gefinancierd kunnen worden om uitvoering te geven aan een regionale samenwerkingsstructuur met zorgverzekeraars, mocht een volgend kabinet hiervoor extra financiële middelen vrijmaken. Daarbij is in overleg met gemeenten, zorgverzekeraars en het ministerie, inzichtelijk gemaakt welke afwegingen een rol spelen. Er zijn vier hoofdvarianten onderscheiden. Financiering via het gemeentefonds, via een specifieke uitkering aan gemeenten, via een subsidie en vanuit een landelijk fonds.

Over de hele linie zijn de volgende criteria voor de vormgeving van structurele financiering als het meest belangrijk genoemd door AEF:

- Weg van de vrijblijvendheid; de manier van financieren moet stimuleren dat de middelen zoveel mogelijk worden ingezet voor preventie.
- Vrijheid voor regio's om hierbinnen eigenstandig keuzes te maken, bijvoorbeeld over doelen, inrichting en werkwijze. Daarin wordt een zekere vrijheid voor eigen invulling gevraagd.
- De duurzaamheid van de financiering. Partijen willen weg van het financieren van kortdurende projecten en/of pilots waarvan de inzet na afloop vaak niet voortgezet wordt.
- Het stimuleren van een stevige samenwerking op regionaal niveau, in het bijzonder tussen gemeenten en zorgverzekeraars.
- Inbedding in gemeentelijke werkwijzen en de lokale democratische controle die daarbij aansluit.

Deze criteria staan soms op gespannen voet met elkaar. AEF concludeert dat een specifieke uitkering het meest voor de hand ligt in het geval gemeenten verantwoordelijk zijn voor de preventie-infrastructuur en voor de financiering van het aanbod van (collectieve) preventieve interventies.

AEF is terughoudend ten opzichte van de optie van een landelijk preventiefonds. Een fonds biedt volgens hen vooral meerwaarde, als er sprake is van verschillende financieringsstromen (specifieke uitkering, subsidie en/of aanbesteding) die gebundeld moeten worden. Gelet op het gegeven dat extra middelen met name voor gemeenten nodig zijn, zorgverzekeraars niet kunnen inleggen in een fonds vanuit de Zvw middelen en de administratieve lasten die met een fonds gepaard gaan, ben ik ook geen voorstander van deze financieringsvorm.

Vooralsnog lijkt een specifieke uitkering de meest voor de hand liggende keuze vanwege de wens verzekerd te zijn van middelen die niet anders dan voor gezondheidsbevordering kunnen worden ingezet. Deze wens werd ook geuit in mijn gesprekken met de lokale bestuurders die bij het onderzoek betrokken waren.

¹⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

e. Kennisinfrastructuur

Het RIVM heeft op 20 mei jl. het rapport «Lessen uit preventiebeleid 2006–2018» gepubliceerd waaruit we lessen kunnen trekken voor een beter en effectiever preventiebeleid om de gezondheid te bevorderen.¹⁹ Het rapport laat een mooi overzicht zien van alle preventiemaatregelen die in de periode 2006–2018 zijn genomen op een zestal speerpunten (roken, alcohol, overgewicht, bewegen, diabetes en depressie). Het Nationaal Preventieakkoord en het Sportakkoord, beide gesloten in 2018, zijn hier niet meer in meegenomen.

Per speerpunt is gekeken naar de effectiviteit van de aanpak op basis van beschikbare studies en gesprekken met experts. Vooral de wettelijke maatregelen, zoals rookverboden en accijnzen, hebben ervoor gezorgd dat er in 2018 minder mensen rookten en overmatig alcohol dronken dan in 2006. De twee initiatieven Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG) en Sport en Bewegen in de Buurt hebben vermoedelijk de groei van het aantal mensen met overgewicht afgeremd. Het is minder duidelijk of het aantal mensen met diabetes en depressie door de initiatieven is afgenomen.

Een belangrijke les is om effectiviteitsstudies zo snel mogelijk te starten bij een nieuwe preventiemaatregel. Dit is bij het Nationaal Preventieakkoord en de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) al beter toegepast. Verder wordt genoemd dat meer aandacht nodig is voor een leefomgeving die gezond gedrag stimuleert met het oog op overgewicht, bewegen en diabetes. Wat betreft depressie laat het rapport zien dat het preventiebeleid achterloopt en om een diepte en breedte investering vraagt. Hier kom ik later in de brief op terug. Tegelijkertijd merk ik op dat het preventiebeleid van 2006–2018 tot belangrijke veranderingen in het maatschappelijk denken over gezondheid heeft geleid, waar we in de afgelopen kabinetsperiode op voort konden bouwen en flinke stappen hebben gezet.

De huidige kennisinfrastructuur, waarin de samenwerking en uitwisseling van bestaande kennis tussen het RIVM (Centrum Gezond Leven), de GGD en gemeenten een belangrijke schakel vormt, verdient versterking. Dit is nodig om de kennisdeling over de inzet van interventies te intensiveren. En door bestuurders interventies aan te kunnen reiken die passen bij of op maat te maken zijn voor hun lokale situatie. Daarbij kunnen zowel het RIVM als de GGD advies geven over de inzet van effectieve interventies. Ook kan het onderzoek naar effectiviteit verbeterd worden. We moeten daarom meer investeren in lerende evaluaties, het (beter) monitoren van doelen en effecten van interventies, en het intensiever benutten van beschikbare data.

f. Verminderen van gezondheidsachterstanden met een brede aanpak

Het verminderen van gezondheidsachterstanden vraagt voortdurende aandacht binnen het preventiebeleid. Ik ben ervan overtuigd dat dit de komende decennia één van de belangrijkste opgaven is. Voorafgaand aan de Covidpandemie was het verschil in levensverwachting tussen een hogere en een lagere sociaaleconomische positie ongeveer 6 jaar.²⁰ En het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid bijna 14

¹⁹ <https://www.rivm.nl/publicaties/effecten-en-lessen-van-preventief-gezondheidsbeleid-2006-2018>

²⁰ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting>

jaar.²¹ De kans op gezondheid is ook in geografisch opzicht ongelijk verdeeld: mensen in bepaalde wijken zijn gemiddeld slechter af dan de rest van Nederland. Deze gezondheidsachterstanden vormen een maatschappelijk probleem omdat ze gepaard gaan met hogere zorguitgaven en met geringere arbeidsparticipatie en productiviteit. In de Corona-inclusieve Volksgezondheid Toekomst Verkenning (C-VTV) van het RIVM is aangegeven dat de coronacrisis, die allerlei aspecten van het leven raakt, harder toe lijkt te slaan bij de lager opgeleiden. Wat echter precies het effect van de coronapandemie zal zijn voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de toekomst is nu nog niet te voorspellen. In een groot aantal lopende onderzoeken worden allerlei aspecten van de gevolgen voor groepen met een lage sociaaleconomische positie in kaart gebracht. Het RIVM doet ook onderzoek naar deze gevolgen in relatie tot de coronapandemie waarbij de resultaten van de diverse onderzoeken geïntegreerd worden. Kijkend naar de afgelopen decennia is het in ieder geval zo dat de gezondheidsverschillen niet afgenomen zijn.

Reactie op het advies van de RVS «Een eerlijke kans op gezonde leven»

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van het advies van de RVS «Een eerlijke kans op gezond leven». De RVS constateert in zijn rapport dat gezondheidsachterstanden vaak samenhangen met maatschappelijke problemen zoals werkloosheid, een laag inkomen, schulden, een ongezonde leefomgeving en een gebrek aan sociale relaties. De RVS pleit voor het meer centraal stellen van gezondheidsachterstanden in landelijk en lokaal beleid om zo iedereen een eerlijke kans op een gezond te leven te bieden. In het advies doet de raad zeven aanbevelingen, waar ik hierna in deze brief op in ga:

1. Stel de aanpak van de maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden centraler in landelijk, regionaal én lokaal beleid. Zet gelijktijdig leefstijlgerichte interventies in als aanvulling.
2. Maak van het terugdringen van gezondheidsachterstanden een opdracht voor meerdere departementen. Geef VWS de regierol.
3. Zet in op beleid met een lange looptijd (minimaal 15 jaar) om maatschappelijke oorzaken van gezondheidsachterstanden aan te pakken en patronen te doorbreken voor volgende generaties.
4. Steek programma's gebiedsgericht in, durf verschil te maken en verleen urgentie aan de gebieden en bevolkingsgroepen met de grootste gezondheidsachterstanden.
5. Maak vanuit het Rijk meer financiële middelen vrij voor de aanpak van gezondheidsachterstanden. Bundel binnen gemeenten meer middelen en zoek regionaal en lokaal de samenwerking met zorgverzekeraars, ondernemers en werkgevers in vormen van cofinanciering, met als gedeeld belang vermindering van gezondheidsachterstanden en daarmee ook een gezonde beroepsbevolking.
6. Stel een wettelijke plicht in om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Koppel dit aan een verplichte periodieke rapportage over de vordering dan dit doel, met nadrukkelijke ruimte voor kwalitatieve metingen in aanvulling op kwantitatieve metingen.
7. Doorbreek de markt van verleidingen tot ongezond eetgedrag. Creëer op landelijk niveau ruimere wettelijke mogelijkheden om via de Wet publieke gezondheidszorg, Warenwet en de Omgevingswet de leefomgeving zo in te richten dat iedereen gestimuleerd wordt om gezond te eten.

²¹ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/levensverwachting-goed-ervaren-gezondheid>

Aanbeveling 1

De ernst en zeker ook de complexiteit van de problematiek en daarmee het belang van een meer integrale/interdepartementale aanpak onderschrijf ik. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden is één van de vier prioritaire thema's in de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020–2024²² «Gezondheid breed op de agenda».

Aanbevelingen 2 en 4

De RVS adviseert het terugdringen van gezondheidsachterstanden een opdracht te maken voor meerdere departementen, waarbij VWS een regierol zou krijgen. De Interdepartementale Stuurgroep Impact op Gezondheid (voorgezeten door VWS) wordt gevraagd deze aanbeveling op te pakken. Met deze stuurgroep wordt de samenwerking tussen de Ministeries van VWS, SZW, OCW, LNV, IenW, EZK, BZK en Financiën gestimuleerd op thema's die de gezondheid beïnvloeden, maar zich (ook) buiten het beleidsterrein van VWS bevinden. Deze Stuurgroep zal zich tevens buigen over de aanbeveling van de RVS: «Steek programma's gebiedsgericht in, durf verschil te maken en verleen urgentie aan de gebieden en bevolkingsgroepen met de grootste gezondheidsachterstanden». Het programma Kans voor de Veenkoloniën is een voorbeeld van een gebiedsgerichte aanpak. Een regionale aanpak van het preventiebeleid biedt hier ook goede mogelijkheden voor. Zoals ik u heb vermeld in mijn brief over de randvoorwaarden voor een programma Gezonde leefomgeving van 16 april jl. wordt op dit gebied reeds samengewerkt door alle departementen²³.

Aanbevelingen 3 en 5

De RVS pleit tevens voor het inzetten op beleid met een langere looptijd dan nu het geval is, en voor het vrijmaken van meer financiële middelen voor de aanpak van gezondheidsachterstanden. Het Expertisecentrum Gezondheidsverschillen Pharos zorgt voor een doorlopende kennisontwikkeling en ondersteuning in de aanpak van gezondheidsachterstanden. Aansluitend wordt met de GIDS-middelen door gemeenten ingezet op het verminderen van gezondheidsachterstanden binnen wijken²⁴. Ook het kabinetsbrede Missiegedreven Topsectoren- en Innovatiebeleid (MTIB) investeert via de publieke en private convenantpartners van het thema Gezondheid & Zorg in het slechten van de hardnekkige gezondheidsverschillen. De centrale missie die hiertoe is geformuleerd luidt: in 2040 leven alle Nederlanders tenminste vijf jaar langer in goede gezondheid en zijn de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen met 30% afgenomen. Dit beleid vereist een lange looptijd. Ook het Nationaal Preventieakkoord heeft een lange looptijd: tot 2040. Het Nationaal Preventieakkoord richt zich op leefstijlfactoren die een belangrijke rol spelen bij gezondheidsachterstanden: roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik.

Op dit moment zijn er in diverse regio's al vele goede initiatieven om de brede samenwerking op gezondheid van de grond te krijgen, met verschillende vormen van cofinanciering. Een goed voorbeeld is het Kavelmodel, dat mede door VWS wordt ondersteund. In onder andere Ede en de Achterhoek wordt hiermee geëxperimenteerd. De organisatie van de zorg is in dit model ook gericht op gezondheid naast het behandelen van ziekte. In dit model is tevens een financieringsmethodiek uitgedacht

²² Kamerstuk 32 793, nr. 481

²³ Kamerstuk 32 793, nr. 549

²⁴ <https://www.pharos.nl/over-pharos/programmas-pharos/programma-gezond-in/>

die deze manier van werken ondersteunt, via een investeringsfonds waaruit interventies, organisatiekosten en frictiekosten gefinancierd worden. Partijen binnen de kavel krijgen met een eenmalige lening uit het fonds meer financiële ruimte om plannen uit te voeren. Daarnaast maken zij afspraken over de verdeling van besparingen in zorgkosten die potentieel kunnen worden gerealiseerd.

Aanbeveling 6

De gezondheid van mensen wordt, zoals de RVS aangeeft, beïnvloed vanuit meerdere domeinen (zoals woonomgeving, werk, milieu, inkomenspositie). Dit betekent dat voor het verbeteren van gezondheid – en dus ook het verbeteren van de gezondheid van mensen met gezondheidsachterstanden – initiatief en samenwerking van veel verschillende partijen nodig is. Zoals ik eerder heb benoemd zijn er op dit moment onvoldoende prikkels om samenwerking op preventie goed van de grond te krijgen en zijn verantwoordelijkheden voor het bevorderen van gezondheid onduidelijk belegd. Dit heb ik onder de bouwstenen a en b nader toegelicht.

Ook niet alle werkgevers investeren in wettelijk verplichte preventieve zorg, zoals de aandacht voor preventie in het beleid voor arbeidsomstandigheden. Met het programma Vitaal Bedrijf worden werkgevers gestimuleerd te investeren in de vitaliteit van hun medewerkers. Vanuit het steunpakket leefstijl en welzijn worden in samenwerking met het Ministerie van SZW de mogelijkheden onderzocht om Vitaal Bedrijf extra te ondersteunen in hun werkzaamheden om zo de mentale gezondheid van werkenden te bevorderen.

Aanbeveling 7

De laatste aanbeveling van de RVS richt zich op de markt van verleiding tot ongezond eetgedrag. Ongezonde verleiding is een belangrijke reden die mensen ervan weerhoudt gezonder te eten. Dit geeft 60% van de respondenten in een recent onderzoek van de Consumentenbond aan²⁵. Dit onderschrijft het belang om de verleiding tot ongezond eetgedrag te verminderen. Mensen kunnen bijvoorbeeld verleid worden door (lage) prijzen, reclame of aanbiedingen, of doordat (ongezond) eten overal beschikbaar is. Het terugdringen van de verleidingen kan bereikt worden met prijsmaatregelen, het beperken van de mogelijkheden voor reclame voor ongezond voedsel en het verminderen van het aantal locaties waar ongezond eten te koop is. In het rapport van het RIVM over aanvullende maatregelen²⁶ worden dergelijke maatregelen ook door experts genoemd. Wat betreft de mogelijkheden voor gemeenten om meer juridische instrumenten te kunnen krijgen om te zorgen voor een gezonde voedselomgeving heb ik u op 4 juni jl. geïnformeerd.

Afsluitend

Het rapport van de RVS pleit er zeer terecht voor dat het probleem van de gezondheidsachterstanden de nodige aandacht krijgt die het verdient. De afgelopen jaren heb ik steeds mijn beleid gericht op het verminderen van de gezondheidsachterstanden, onder meer met programma's als GIDS en Kansrijke Start. Uit diverse rapporten en het werk van gemeenten en Pharos weten we dat een oplossing niet eenvoudig is. Des te meer is ook de komende jaren voortdurende agendering, kennisontwikkeling en

²⁵ factsheet-gezonde-keuze-a3.pdf (consumentenbond.nl)

²⁶ RIVM: Inventarisatie aanvullende maatregelen Nationaal Preventieakkoord. Mogelijke vervolgstappen richting de ambities voor 2040, april 2021

daadkracht nodig om juist die groepen te bereiken die te maken hebben met deze achterstanden. Om zodoende de meeste gezondheidswinst te kunnen realiseren. Ik ga ervan uit dat het advies van de RVS bij zal dragen aan de beleidsontwikkeling van het volgend kabinet op dit thema en dat in de loop van dit jaar terug gekomen kan worden op hoe verder uitwerking wordt gegeven aan de aanbevelingen.

g. Meer aandacht voor gezondheidsbevordering en preventie door zorgprofessionals

De nadruk op meer gezondheid en preventie vraagt om een andere aanpak en een andere opleiding van artsen en verpleegkundigen. Een aanpak en opleiding die veel meer gebaseerd is op het gedachtegoed van positieve gezondheid. Het is nodig dat in de spreekkamer van de zorgprofessional in het nodig dat «het leefstijlgesprek» daadwerkelijk wordt gevoerd en dat er structureel wordt doorverwezen naar effectieve preventieve (leefstijl)interventies. Het moet onderdeel uitmaken van de dagelijkse gang van zaken en van de zorg voor de patiënt. Omdat het opleiden van goede professionals veel tijd vergt, wordt in de publieke gezondheidszorg door en met betrokken uitvoerders en werkgevers van de GGD, JGZ-uitvoerders en andere betrokken veldpartijen en zorgverleners nagedacht over dit lange-termijn-perspectief. Waarbij zowel gekeken wordt naar competenties als naar de benodigde capaciteit. Voor de curatieve zorgprofessionals lopen er vanuit het Programma preventie in het zorgstelsel meerdere acties. Rond de zomer zal ik u over dit programma separaat informeren.

Mentale gezondheid: verkenning akkoord en depressiepreventie

Mentale gezondheid is een onderwerp dat gedurende de laatste jaren steeds meer aandacht heeft gekregen. De coronacrisis heeft het belang van een mentaal gezond Nederland en goed werkende preventie verder benadrukt. Het SCP wijst in diverse publicaties op een mogelijk groter beroep op psychiatrische zorg als gevolg van de coronapandemie. Met name het welbevinden van jongvolwassenen, waaronder studenten en scholieren, lijkt onder de coronacrisis te lijden. De meeste mensen zullen naar verwachting terugveren als het maatschappelijk weer beter gaat. Maar als mensen lang negatieve gevolgen ervaren, en er sprake is van een langdurend laag welbevinden zoals sombere gevoelens, onrust en onzekerheid, kan dit tot psychische klachten leiden.

Eerder heeft Trimbos in samenwerking met het RIVM onderzoek gedaan naar de definities en begrippen met betrekking tot de mentale gezondheid van de jeugd, om zo toe te werken naar een eenduidig begrippenkader dat door alle betrokkenen toegepast kan worden. In overleg met het RIVM en Trimbos is besloten om aanvullend onderzoek te laten plaatsvinden naar de begrippen in de mentale gezondheid van de totale populatie. De eerste resultaten worden begin september verwacht.

De leden Dik-Faber en Diertens hebben mij verzocht om de mogelijkheden en contouren van een nationaal preventieakkoord mentale gezondheid te verkennen. Deze verkenning is gestart. Er wordt gesproken met 35 veldpartijen, waarbij het belang, de richting en de inrichting van een eventueel nationaal preventieakkoord mentale gezondheid aan de orde is. Overigens staat voor mij niet het instrument, maar hetgeen nodig is met het oog op de mentale gezondheid voorop. In de verkenning wordt aangesloten bij lopende trajecten. Ook de recente zoals de inzet die vanuit het steunpakket welzijn en leefstijl wordt gedaan voor mentale ondersteuning van werkenden. Parallel aan deze verkenning, heb ik de Gezondheidsraad gevraagd de gevolgen van de coronapandemie voor de

huidige mentale gezondheid en veerkracht in beeld te brengen met het oog op aanvullende preventieve maatregelen. Ik verwacht u na de zomer over de uitkomsten van de verkenning te kunnen informeren.

Het RIVM constateerde in het rapport *Lessen van preventiebeleid 2006–2018* dat wat betreft het speerpunt depressie het preventiebeleid achterloopt en om een diepte en breedte investering vraagt. In 2017 is het Meerjarenprogramma Depressiepreventie gestart. Met 19 partijen wordt ingezet op 30% minder mensen met een depressie in 2030. In september 2020 heb ik u geïnformeerd over de voortgang van het programma²⁷.

In deze brief informeer ik u over de extra bewustwording rondom postpartum depressie en de landelijke monitor depressie. Rondom postpartum depressie heb ik opdracht gegeven een podcast serie te ontwikkelen waarin vrouwen, hun partners en andere naasten hun persoonlijke ervaringen met postpartum depressie en andere psychische problemen tijdens en na de zwangerschap delen. Deze serie is onder de toepasselijke naam «Zwarte Muisjes»²⁸ in april 2021 gelanceerd. Het is een waardevolle en aangrijpende podcast geworden.

De landelijke monitor depressie brengt de populatie- en zorgprevalentie van depressieproblematiek in Nederland in kaart. In bijgaand rapport «Landelijke Monitor Depressie 1^{ste} peiling»²⁹ worden de resultaten van de eerste (nul)meting weergegeven. Uit het rapport blijkt dat er sprake is van een stijgende populatie- en zorgprevalentie in de jaren 2014 tot en met 2019. In 2018 is begonnen met het ontwikkelen van ketenaanpakken rondom de hoogrisicogroepen: voor jongeren (onder wie KOPP/KOV³⁰), jonge vrouwen (onder wie pas bevallen vrouwen), werknemers (in stressvolle beroepen), huisartspatiënten met signalen van (beginnende) depressie, mensen met een chronische ziekte en (overbelaste) mantelzorgers worden samenwerkingsafspraken gemaakt door de betrokken (zorg)partijen. Het is aannemelijk dat in de eerste jaren door meer bewustwording en betere signalering de populatie- en zorgprevalentie toeneemt. Pas als de ontwikkelde ketenaanpakken op grotere schaal (lokaal en/of regionaal) in de praktijk worden toegepast, kunnen we dalende trends verwachten rondom deze prevalenties. Dat betekent dat depressiepreventie onverminderd nodig blijft. Dit onderschrijft de noodzaak om ook op dit gebied vanuit gemeenten in te zetten op preventie en hierover lokaal of regionaal afspraken te maken.

Tot slot

Deze brief bevat een aantal bouwstenen voor een steviger fundament onder het toekomstig preventiebeleid. Deze bouwstenen zijn gebaseerd op gesprekken en input vanuit diverse partijen die ook pleiten voor de beweging van zorg naar gezondheid. Veel partijen willen graag meer tempo maken en zelf een bijdrage leveren.

De volgende acties wil ik in samenspraak met partijen de komende periode uitvoeren:

1. Met gemeenten en zorgpartijen nader verkennen hoe invulling van de plicht tot gezondheidsbevordering en uitgangspunten voor regionale samenwerking in een wetsvoorstel vervat kunnen worden.

²⁷ Kamerstuk 32 793, nr. 496

²⁸ Podcastserie Zwarte Muisjes: <https://anchor.fm/zwartemuisjes>

²⁹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

³⁰ Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) en Kinderen van Ouders met een Verslaving (KOV).

2. Met VNG, GGD GHOR en ZN tot een gezamenlijk beeld komen met welke activiteiten en uitgaven een regionale preventie-infrastructuur gepaard gaat.
3. Met gemeenten bespreken op welke wijze wordt samengewerkt met de GGD om meer zicht te krijgen op de achterliggende redenen voor de huidige verschillen daarin.
4. Met de Interdepartementale Stuurgroep Impact op Gezondheid (voorzeten door VWS) de aanbeveling van de RVS oppakken om het terugdringen van gezondheidsachterstanden een opdracht te maken voor meerdere departementen.

Ik hoop dat de geschetste bouwstenen samen met de uitkomsten van deze acties een basis bieden voor het volgend kabinet om besluiten te nemen over een verdergaande inzet op preventie en gezondheidsbevordering en de daarvoor benodigde financiering.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis