

# Speerpunten en actieprogramma

## *Kiezen voor gezond leven*

Het kabinet biedt met de preventienota *Kiezen voor gezond leven* conform de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) de landelijke prioriteiten voor de collectieve preventie aan de Tweede Kamer aan. De gemeenten zijn op basis van de Wcpv belast met de uitvoering van de collectieve preventie. In de nota geeft het kabinet de zes belangrijkste volksgezondheidsproblemen aan: psychische stoornissen, hart- en vaatziekten, kanker, ziekten bewegingsapparaat, chronische luchtwegaandoeningen en diabetes. Deze hoofdproblemen zijn gekozen op basis van de volgende criteria:

- het zijn omvangrijke gezondheidsproblemen,
- met grote (toekomstige) maatschappelijke gevolgen voor gebruik van medische voorzieningen en arbeidsdeelname,
- waarvan gezond gedrag de oorzaak (voor een deel) kan beïnvloeden,
- waarvoor geschikte (kosten)effectieve interventies beschikbaar zijn die het gezondheidsprobleem kunnen voorkomen of verkleinen,
- die interventies worden nog niet op grote schaal uitgevoerd,
- en de overheid een rol kan vervullen in de aanpak van het gezondheidsprobleem.

Het kabinet geeft in de nota al aan dat de volgende speerpunten zijn gekozen, omdat ze een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van onze belangrijkste volksgezondheidsproblemen. Deze speerpunten zijn tevens richtinggevend voor de prioriteiten in gemeenten:

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

Hieronder wordt elk van de speerpunten verder uitgewerkt, achtereenvolgens: het *gezondheidsprobleem* dat samenhangt met de speerpunten, het *preventiebeleid* voor de speerpunten en de *activiteiten* die met deze preventienota worden ingezet om het lokale beleid te ondersteunen. Tot slot volgt een totaaloverzicht van het actieprogramma, behorend bij *Kiezen voor gezond leven*.

## 1. Roken

### 1.1. Roken: een fors gezondheidsprobleem

Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare (onnodige) doodsoorzaak in Nederland. Jaarlijks sterven ruim 20.000 Nederlanders aan acht ziektes<sup>1</sup> die met roken te maken hebben. Ongeveer 90 procent van alle longkanker komt door roken. Circa 30 procent van alle kanker is het gevolg van roken. Bij hart- en vaatziekten is dat ongeveer 20 procent. Ook chronische longziekten ontstaan in 80 tot 90 procent van de gevallen na jarenlang roken. Roken schaadt bovendien niet alleen de gezondheid van de roker zelf maar ook die van anderen in zijn omgeving. Meer roken (passief roken) leidt in Nederland jaarlijks naar schatting tot (circa) tien gevallen van wiegendoed, enkele honderden doden door longkanker, enkele duizenden sterfgevallen door hartaandoeningen en vele tienduizenden (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen bij kinderen<sup>2</sup>.

Stoppen met roken geeft direct resultaat en zorgt ervoor dat mensen langer gezond leven. Als je stopt met roken op je 30<sup>e</sup> kun je tien jaar langer leven, op je 40<sup>e</sup> levert dat negen jaar op, op je 50<sup>e</sup> zes en op je 60<sup>e</sup> drie jaar. Rokers die blijven roken, verliezen – vergeleken met niet-rokers – gemiddeld tien jaar van hun leven<sup>3</sup>. De grote gezondheidsschade van roken vraagt om een stevige aanpak. Nederland is op de Europese ranglijst voor tabaksontmoedigingsbeleid gezakt van de zevende naar de tiende plaats. Europese landen die meer en steviger maatregelen hebben genomen, hebben veel minder rokers. Nederland kan dus belangrijke stappen zetten om het roken terug te dringen en de niet-roker te beschermen. Zo worden bepaalde bevolkingsgroepen nu nog moeilijk(er) bereikt of aangesproken met landelijke maatregelen en nationale voorlichtingscampagnes. Daar kan een andere aanpak winst opleveren.

### 1.2. Ambitie: het percentage rokers verminderen tot 20 procent

Het doel van het tabaksontmoedigingsbeleid is gezondheidsschade en maatschappelijke kosten door roken zo veel mogelijk te voorkomen dan wel terug te dringen. Het kabinet meet het succes van dit beleid af aan de daling van het percentage rokers (de rookprevalentie). VWS wilde in 2004 maximaal 28 procent rokers hebben (beleidsagenda 2001). Dat is gehaald: in 2004 en 2005 rookte 28 procent van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder. De vorige rijksnota *Langer gezond leven* legde de lat hoger: eind 2007 moest maximaal 25 procent roken. Medio 2007 wordt bekend welk percentage Nederlanders in 2006 rookte. Het kabinet wil dat in 2010 nog maar 20 procent van de Nederlanders rookt. Internationale vergelijkingen tonen aan dat deze daling haalbaar is. Dit is ook het doel in het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-2010 en het Nationaal Programma Kankerbestrijding. Het bereiken ervan vraagt de komende jaren (2006-2010) wel om een forse inspanning: in maatregelen, menskracht en geld.

### 1.3. Landelijke aanpak roken

Op 9 maart 2006 is het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006 – 2010 verschenen. De initiatiefnemers – de Nederlandse Hartstichting, KWF Kankerbestrijding, het Astma Fonds, STIVORO en het ministerie van VWS – zijn bezorgd over de gezondheids(schade van roken. Alleen een samenhangende aanpak langs meerdere lijnen kan het roken verder ontmoedigen en het aantal rokers verminderen. Het Nationaal Programma Tabaksontmoediging bevat veel en uiteenlopende maatregelen om (beginnen met) roken en de blootstelling aan tabaksrook verder terug te dringen. Betrokken partijen maken jaarlijks een gezamenlijk actieplan met concrete activiteiten.

---

<sup>1</sup> Longkanker, chronische longziekten, coronaire hartziekten, beroerte, hartfalen, slokdarmkanker, strottenhoofdkanker en mondholtekanker.

<sup>2</sup> Gezondheidsraad, Volksgezondheidsschade door passief roken, nr. 2003/21 (herziene versie), Den Haag, 2003.

<sup>3</sup> Doll, R. et al., Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors, British Medical Journal, 22 juni 2004.

In 2002 is het Partnership Stop met Roken officieel van start gegaan. Het Partnership verenigt diverse publieke en private partijen uit het veld van de gezondheidszorg. Het Partnership wil de beschikbaarheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van ondersteuning bij stoppen met roken verbeteren. Tastbaar resultaat is onder meer de *Richtlijn behandeling van tabaksverslaving* die in 2004 is verschenen. De richtlijn beschrijft een werkwijze die bruikbaar is voor iedere sector van de gezondheidszorg, ongeacht het specialisme van de hulpverlener en ongeacht de gezondheidsproblemen van de rokende patiënt. Het Partnership werkt momenteel aan de implementatie van de richtlijn in de diverse medische beroepsgroepen. Hiervoor is een interactief kenniscentrum voor zorgprofessionals geopend. Het verder invoeren van de richtlijn is belangrijk omdat professionals in de gezondheidszorg een grote bijdrage kunnen leveren aan het stoppen met roken.

#### **1.4. Lokale aanpak roken**

Gemeenten en lokale organisaties staan dicht bij mensen en kunnen moeilijk bereikbare groepen beter aanspreken dan wie dan ook. STIVORO heeft samen met een aantal gemeenten en GGD'en de *Richtlijn<sup>4</sup> tabakspreventie in het lokaal gezondheidsbeleid* opgesteld. De handleiding bevat praktische informatie om een beleidsplan te maken en beleid daadwerkelijk uit te voeren. Mogelijkheden voor lokaal tabaksbeleid uit deze handleiding zijn:

- afspraken met zorgverleners (huisartsen, verloskundigen, ziekenhuizen, thuiszorginstellingen) over 'stoppen met roken advisering' en ondersteuning;
- mogelijkheden voor doorverwijzing naar gerichte hulpverlening en professionals en publiek hierover informeren;
- toegankelijkheid stoppen met roken ondersteuning vergroten door lokaal goed en goedkoop aanbod van ondersteuning te bieden;
- afspraken maken over betere bescherming niet-roker (sport, horeca, gemeentelijke instellingen);
- beschikbare initiatieven (beter) gebruiken op school, in de zorg, de wijk en op het werk.

Een belangrijk aspect van lokaal beleid is samenwerking met lokale hulpverleners (artsen, verpleegkundigen, verloskundigen). Deze hulpverleners kunnen voor hun cliënten goede en effectieve pakketten met maatregelen tegen roken krijgen (minimale interventiestrategie). Deze aanpak sluit goed aan op bijvoorbeeld het cursusaanbod van lokale organisaties. Een gezamenlijke aanpak biedt het beste resultaat.

## **2. Schadelijk alcoholgebruik**

### **2.1. Gezondheidsproblemen door schadelijk alcoholgebruik**

Onderzoek toont aan dat jongeren in Nederland fors meer alcohol drinken de afgelopen jaren<sup>5</sup>. Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa<sup>6</sup>. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadiging<sup>7</sup>. Ouders zijn steeds makkelijker geworden over het (toenemende) drankgebruik van hun kinderen. Zij kennen de schadelijke effecten van alcohol meestal ook niet. En zij weten vaak niet goed hoe zij in de opvoeding met het alcoholgebruik van hun kinderen moeten omgaan.

Teveel alcohol drinken heeft schadelijke gevolgen. Eén keer teveel alcohol kan leiden tot dronkenschap, maagklachten, acute vergiftiging, een black-out en natuurlijk: een kater. Bovendien is er meer kans op ongevallen. Chronisch teveel alcohol beschadigt op den duur alle

---

<sup>4</sup> In het vervolg 'handleiding' genoemd ter onderscheid van richtlijnen voor zorgverleners.

<sup>5</sup> Monshouwer et al., 2004.

<sup>6</sup> Espad 2005.

<sup>7</sup> Alcoholgebruik en jongeren onder de 16 jaar, Trimbosinstituut 2006.

organen die direct bij de opname en verwerking van alcohol betrokken zijn, zoals de maag, de lever en de alvleesklier. Ook de hersenen, het zenuwstelsel en het immuunsysteem lijden onder aanhoudend misbruik. Teveel drinken verhoogt bovendien het risico op hoge bloeddruk en daarmee op beroerten en bepaalde hartziekten. Diverse onderzoeken laten een verband zien tussen overmatig alcoholgebruik en kanker aan de mond, keel en slokdarm, vooral bij drinkers die ook roken. Overmatig gebruik van alcohol verhoogt ook het risico op kanker aan de lever en de dikke darm. Vrouwen die veel drinken krijgen vaker borstkanker dan vrouwen die niet drinken. Bij de meeste negatieve effecten neemt het risico op schade toe, naarmate men méér drinkt. De schade hangt mede af van de groep waartoe men behoort. Zo lopen jongeren en vrouwen een hoger risico. Fors alcoholgebruik op jonge leeftijd kan leiden tot acute alcoholvergiftiging en op langere termijn schade aan de hersenen. Die zijn immers nog in de groei. Uit onderzoek blijkt ook dat wie jong begint met het drinken van alcohol, op latere leeftijd een verhoogd risico op alcoholproblemen heeft. Tenslotte heeft alcoholgebruik gevolgen voor de vruchtbaarheid van zowel mannen als vrouwen en bij zwangere vrouwen zelfs gevolgen voor de ontwikkeling van het ongeboren kind.

Schadelijk alcoholgebruik is niet alleen een volksgezondheidsprobleem, maar hangt tevens samen met agressie, criminaliteit, openbare orde en verkeersveiligheid. Zo wordt 70 procent van het uitgaansgeweld veroorzaakt onder invloed van alcohol. Circa een kwart van de verkeersongevallen komt door rijden onder invloed van alcohol, al dan niet in combinatie met drugs. De totale ziektelast in Nederland is voor 6,6 procent het gevolg van schadelijk alcoholgebruik. Daarnaast veroorzaakt alcoholgebruik een aanzienlijk (8,6 procent) verlies aan kwaliteit van leven. Per jaar overlijden circa 2.500 personen direct of indirect door alcoholgebruik. In 2001 schatte het adviesbureau KPMG de totale jaarlijkse maatschappelijke kosten van overmatig alcoholgebruik op € 2,58 miljard. De aanpak van schadelijk alcoholgebruik levert gezondheidswinst op en zorgt voor minder ongevallen, chronische lichamelijke en psychische aandoeningen. Tien procent minder alcoholconsumptie leidt tot 20 procent minder doden door alcohol en 5 procent minder fatale ongelukken.

## **2.2. Ambitie: drinken met mate, verstandig en niet te jong.**

Het kabinet wil alcoholgebruik op jonge leeftijd voorkómen, vooral onder de 16 jaar. Daarnaast richt het kabinet zich op de preventie van schadelijk en overmatig alcoholgebruik van oudere jongeren en op probleemdrinken. Het kabinet is niet van plan *matig* en *verstandig* alcoholgebruik van volwassenen tegen te gaan. Het gebruik van alcohol is immers cultureel en sociaal-economisch diep in onze samenleving geworteld. Voor de meeste volwassenen kan matig en verstandig alcoholgebruik geen kwaad. Onderzoek toont aan dat mensen van middelbare leeftijd die weinig drinken en dat bovendien spreiden over de week minder risico lopen op hart- en vaatziekten dan geheelonthouders.

Het kabinet wil het volgende bereiken:

*Kinderen drinken later:*

- het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992;

*Relatief minder volwassen probleemdrinkers:*

- minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.

## **2.3. Landelijke aanpak alcohol**

### **2.3.1. Jongeren**

In 2006 is het project *Alcohol en opvoeding* gestart. Dit project wil ouders adviseren en ondersteunen om het alcoholgebruik bij kinderen op jonge leeftijd te voorkomen. Het Trimbos-instituut voert het project uit in samenwerking met het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).

Het project *Alcohol en opvoeding* combineert verschillende grote landelijke programma's; een deelcampagne van de NIGZ-alcoholcampagne, het programma *De gezonde school en genotmiddelen* van het Trimbos-instituut en de landelijke monitoring via het peilstationsonderzoek: het landelijk onderzoek naar middelengebruik bij leerlingen. Het opvoedingsadvies dat in dit voorlichtingsproject gegeven wordt, is dat *geen alcohol onder de 16 jaar* het beste is. Op lokaal niveau dragen de bestaande instellingen en netwerken dit advies uit, zoals de steunpunten Alcohol Voorlichting Preventie, de regiobijeenkomsten Drugs Voorlichting Preventie, het netwerk *De gezonde school en genotmiddelen* en het netwerk van het Landelijk steunpunt preventie. Dit waarborgt een samenhangende aanpak en een stevige onderzoeksinfrastructuur. Het project *Alcohol en opvoeding* vereist acties gedurende meerdere jaren. In 2006 ligt het accent op een campagne in de massamedia (radio, tv, landelijke kranten) en het ontwikkelen en aanpassen van voorlichtingsmaterialen voor ouders. Dit project moet in 2007 tot en met 2009 meer het karakter krijgen van concrete (en directe) adviezen aan ouders. Dit dient te gebeuren op lokaal niveau met steun van een landelijke campagne en onderzoek of deze aanpak werkt.

Het kabinet verwacht het meeste effect van een evenwichtig en samenhangend pakket van beleidsinstrumenten. Dat betekent niet alleen voorlichting, preventie en zelfregulering, maar ook meer dwingende maatregelen als wetgeving en accijnsheffing, en daarnaast goede zorg- en hulpverlening.

### **2.3.2. Lokale aanpak alcohol**

Het lokale bestuur geeft het alcoholbeleid in de praktijk concreet gestalte. De gemeente verleent immers – namens de rijksoverheid - de vergunningen aan horeca- en slijtersbedrijven. De gemeenteraad kan op grond van de Drank- en Horecawet in een verordening extra regels stellen. Verder zijn lokaal de GGD'en betrokken bij voorlichting op scholen. De instellingen voor verslavingszorg leveren ambulante en soms ook klinische zorg. Het kabinet gaat de rol van de burgemeester in de Drank- en Horecawet versterken. Hij gaat voortaan de vergunningen verlenen. Nu doet het College van Burgemeester en Wethouders dat nog. Deze bevoegdheid past logisch in het takenpakket van de burgemeester. De burgemeester is immers op grond van artikel 174 van de Gemeentewet al belast *met het toezicht op de openbare samenkomsten en gemakkelikheden alsmede op de voor het publiek openstaande gebouwen en daarbij behorende erven*. De burgemeester krijgt ook aanvullende bevoegdheden naar horeca- en slijtersbedrijven. Deze bevoegdheden kan hij gebruiken om problemen met de openbare orde, die met alcohol samenhangen, aan te pakken. Zo kan de burgemeester straks Drank- en Horecawetvergunningen schorsen. En hij kan in de toekomst lokale controleurs aanstellen, die toezien op de naleving van het vergunningstelsel en de gemeentelijke Drank- en Horecawetverordeningen.

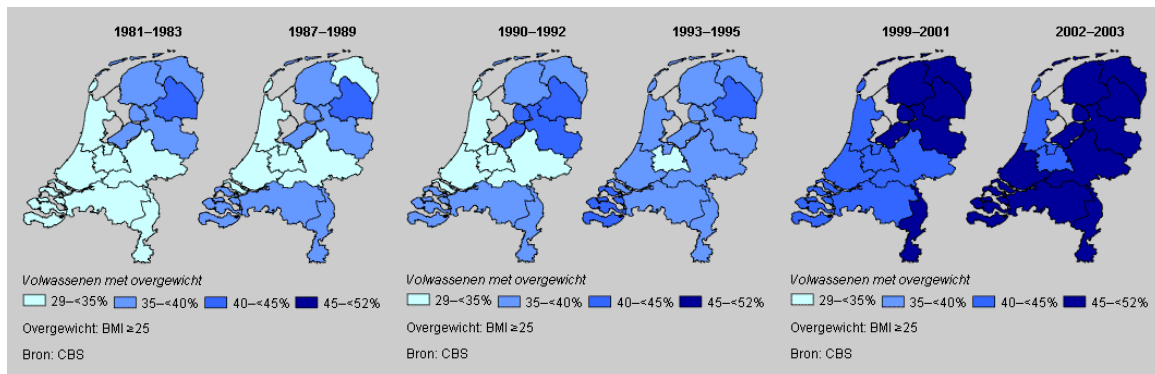
Verder gaat het kabinet gemeenten adviseren over alcoholpreventie. Het kabinet biedt gemeenten een handleiding alcoholbeleid met handvatten om samen met lokale gezondheidsorganisaties en het lokale bedrijfsleven schadelijk alcoholgebruik in hun gemeente terug te dringen. De handleiding bevat informatie over bestaande en nieuwe campagnes, projecten en modelverordeningen. De gemeenten krijgen – als onderdeel van de handleiding - steun bij de integrale aanpak van vroegsignalering. Dit is een van de deelprojecten van het Partnership Vroegsignalering Alcohol. Het Partnership is een samenwerkingsverband van het Trimbos-instituut, het NIGZ, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit uit Nijmegen en het Kwaliteits-instituut voor de Gezondheidszorg (CBO).

### 3. Overgewicht (bewegen en voeding)

#### 3.1. Gezondheidsproblemen bij overgewicht

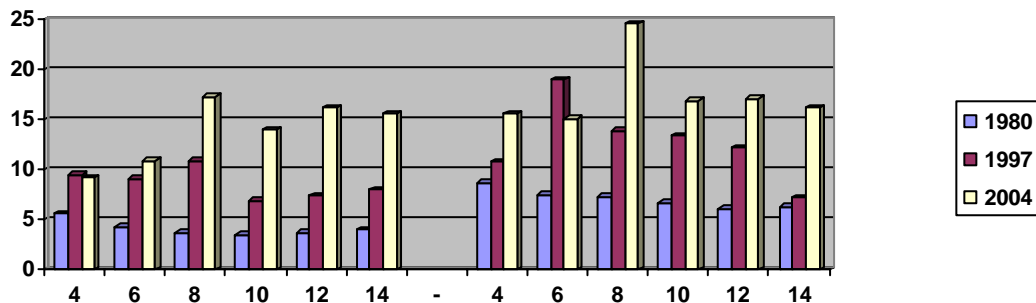
Overgewicht is wereldwijd een explosief groeiend probleem. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen (volwassenen en kinderen) dat te zwaar is snel, zie figuur 1 en 2.

*Figuur 1: Ontwikkeling van overgewicht in Nederland (1981-2003).*



De nieuwste cijfers over de toename van overgewicht en obesitas<sup>8</sup> (ernstig overgewicht) bij kinderen zijn verontrustend<sup>9</sup>. In 1980 had 1 op de 15 kinderen van 4 tot 14 jaar overgewicht, in 1997 was dit al 1 op de 8 á 9 kinderen. In de zes jaar daarna is dit verder toegenomen tot 1 op de 5 kinderen.

*Figuur 2: Overgewicht bij resp. jongens en meisjes in leeftijd 4-14 jaar (x-as: leeftijd, y-as: percentage met overgewicht).*



Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status (laag inkomen, goedkopere huisvesting, achterstand in gezondheid). Mensen met obesitas leven minder lang en vooral langer in slechtere gezondheid. Met overgewicht lopen mensen niet alleen meer kans op fysieke problemen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Mensen met overgewicht hebben vaak een negatief stempel en kunnen daarmee psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken.

#### 3.2. Ambitie: gezond leven is lekker bewegen en genieten van gezond eten

Het kabinet hanteert de volgende doelstellingen voor de aanpak van overgewicht:

- het percentage volwassenen met overgewicht moet gelijk blijven;
- het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.

<sup>8</sup> Er is sprake van obesitas ofwel ernstig overgewicht bij mensen met een Body Mass Index groter dan 35.

<sup>9</sup> Volksgezondheidstoekomstverkenningen 2006 (RIVM 2006).

De volgende doelgroepen krijgen daarbij speciale aandacht: jeugd en mensen met een lage sociaal-economische status.

### **3.3. Landelijke aanpak overgewicht**

Overheid (Rijk en gemeenten), scholen, bedrijfsleven, werkgevers en zorgsector gaan burgers helpen 'de gezonde keuze' gemakkelijker te maken. Het ministerie van VWS gaat ervoor zorgen dat samen met alle partners de vele mogelijkheden om 'de gezonde keuze' te bevorderen, ook optimaal ingezet worden. Dit betekent enerzijds het vergroten van de individuele kennis en mogelijkheden. Anderzijds moet de omgeving beweegvriendelijker gemaakt worden. Gezonde leefstijlbevorderende activiteiten moeten voorkomen dat mensen met een normaal gewicht te zwaar worden of mensen met overgewicht ernstig overgewicht ontwikkelen.

De Minister van VWS heeft samen met de Minister van OCW in januari 2005 een convenant gesloten met een aantal belangrijke partijen: de levensmiddelenindustrie, de horeca, de cateraars, de supermarkten, de zorgverzekeraars, de werkgevers en de georganiseerde sport. De ondertekenaars pakken ieder op hun manier overgewicht in Nederland aan. Het convenant heeft geleid tot het geïntegreerde actieplan *Energie in Balans* (oktober 2005). De activiteiten vanuit het convenant moeten zorgen dat er bij mensen weer balans is tussen eten en bewegen en dat mensen bewuster 'de gezonde keuze' maken. VWS begeleidt als initiatiefnemer met een aparte projectorganisatie (het convenantbureau) de ontwikkeling en let op de resultaten. Een evaluatie van het eerste jaarplan van het convenant Overgewicht wordt in oktober 2006 naar de Tweede Kamer gestuurd.

Het convenant Overgewicht krijgt er nieuwe partners en nieuwe acties bij. VWS neemt als convenantpartner onder meer nieuwe activiteiten voor de jeugd. Daarnaast gaat VWS proberen het project *Schoolgruiten* (bevorderen van groente en fruitconsumptie), dat nu als proef op een aantal basisscholen loopt, landelijk in te voeren en het concept van *De gezonde schoolkantine* verder te verspreiden. VWS onderzoekt (met OCW) de mogelijkheden om gezonde voeding binnen de huidige kerndoelen aandacht te geven in het onderwijs. Verder zet VWS in op het belang van bewegen als onderdeel van een gezond leerklimaat. Het ingezette traject van vroegsignalering en behandeling via de jeugdgezondheidszorg zal worden versterkt en uitgebreid naar andere beroepsgroepen, om te komen tot verbeterde ketenzorg.

De ministeries van VWS en Volkshuisvesting, Ruimtelijke ordening en Milieubeheer (VROM) hebben aandacht voor de relatie gezondheid en de leefomgeving in het Actieprogramma Gezondheid en Milieu. Ook de bijdrage van een goede ruimtelijke ordening aan de mogelijkheid om voldoende te bewegen staat daarbij op de agenda. Samen met het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit gaan VROM en VWS de integratie milieu/leefomgeving en gezondheid een vervolg geven in een Nationale Aanpak Gezondheid en Milieu. Met de aanpak wordt beoogd een helder overzicht te bieden van de rijkskeuze bij de aanpak van de omgevingsfactoren. De keuze van speerpunten voor omgevingsfactoren verloopt dan analoog aan de keuze van speerpunten voor leefstijlfactoren door VWS. Zo wordt meer lijn en duidelijkheid gecreëerd in het preventieve gezondheidsbeleid.

Een interventie wordt effectiever met aanvullende individuele ondersteuning. Het concept van de vitaliteitscoach wordt nader uitgewerkt. Ook zullen nieuwe media worden ingezet. Zo komt er eind 2006 een nieuwe, innovatieve vorm van voorlichting via internet (persoonlijk leefstijladvies) met de naam *Hallo Wereld*. De Minister van VWS heet als onderdeel daarvan ieder pasgeboren kind straks officieel welkom. Het nieuwe landgenootje wordt een gelukkig en vooral gezond leven toegewenst. Verder biedt *Hallo Wereld* al tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren structurele hulp bij een gezonde (op)voeding. Algemeen doel: het in deze cruciale periode leggen van een gezonde basis om overgewicht en andere leefstijl gerelateerde

problemen te voorkomen. Om het geven van borstvoeding te stimuleren, ontwikkelt het Voedingscentrum een nieuw masterplan borstvoeding. Daarnaast komen er handreikingen om zelf 'de gezonde keuze' te kunnen maken (bijvoorbeeld een zelfhulpprogramma via internet). De gezondheidsbevorderende instellingen spelen een belangrijke rol bij de uitwerking van de genoemde activiteiten.

#### **3.4. Lokale aanpak overgewicht**

Gemeenten hebben lokaal de regie bij het bevorderen van de gezondheid van burgers. Veel gemeenten hebben echter nog geen goed netwerk voor een gezamenlijke aanpak. Het convenant Overgewicht is een goede basis voor een betere lokale aanpak, omdat tal van lokale partijen (zoals supermarkten, horeca, industrie, zorgverzekeraars en anderen) koepelorganisaties hebben die de doelstellingen van het (nationale) convenant Overgewicht al steunen. Het convenant kan eenvoudig model staan voor een goede lokale aanpak. VWS of andere convenantpartners kunnen gemeenten hierbij helpen. De lokale 'vertaling' van het convenant Overgewicht wordt ook onderdeel van een nieuwe handleiding voor het voorkomen van overgewicht met goed lokaal gezondheidsbeleid. Zo'n handleiding is er ook al voor tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid. De nieuwe handleiding om overgewicht te voorkómen moet gemeenten helpen het lokale gezondheidsbeleid tegen overgewicht uit te voeren. Het Centrum Gezond Leven dat het kabinet gaat oprichten, krijgt een coördinerende rol in het ontwikkelen en invoeren van deze handleidingen.

Het huidige Actieprogramma Gezondheid en Milieu van VWS en VROM kent een handreiking voor lokale bestuurders en andere betrokkenen die projecten met een milieueffectrapportageplicht moeten beoordelen. Dit hulpmiddel brengt mogelijke brede<sup>10</sup> gezondheidseffecten in beeld, waaronder effecten op bewegen. Van de handreiking wordt nu met de ervaringen uit proefprojecten een gebruiksklare versie ontwikkeld. De voorgenomen Nationale Aanpak Gezondheid en Milieu moet leiden tot lokale verankering en implementatie van deze handreiking.

Samenwerking met lokale zorgverleners zorgt voor een effectiever lokaal gezondheidsbeleid. Leefstijladvisering (voeding, bewegen en gedragstherapie) kan in een jaar leiden tot een (klinisch relevant) gewichtsverlies van 5 procent. Dit betekent dat zorgverleners in de eerstelijnszorg die cliënten/patiënten op dit punt intensiever begeleiden of betere 'ketenzorg' vanuit de jeugdgezondheidszorg goede mogelijkheden bieden voor het aanpakken van overgewicht. VWS bekijkt het eventuele nut van het oprichten van een samenwerkingsverband tussen relevante partijen in 2007, vooral voor het beter verbinden van de preventieve en curatieve zorg.

## **4. Diabetes**

### **4.1. Diabetes als gezondheidsprobleem**

In Nederland hebben meer dan 600.000 mensen diabetes<sup>11</sup>, elk jaar komen er ruim 70.000 bij. Het RIVM voorspelt dat het aantal personen met diabetes tussen 2005 en 2025 met een derde toeneemt (32,5 procent). Bovendien hebben naar schatting 250.000 mensen de ziekte al zonder dat ze het weten, met als gevolg: meer kans op complicaties bij de ziekte. De groei van diabetes komt vooral door demografische ontwikkelingen zoals veroudering van de bevolking en steeds zwaardere mensen in alle leeftijdsgroepen. De verontrustende toename van (vooral ook jongere) diabetespatiënten, bedreigt de vitaliteit van de samenleving en heeft ook economische gevolgen, bijvoorbeeld voor de arbeidsmarkt, en de betaalbaarheid van de zorgsector. Diabetes is een

<sup>10</sup> Met brede gezondheidseffecten wordt bedoeld dat niet alleen aandacht is voor milieugerelateerde effecten, maar ook voor effecten op het terrein van sociale omgeving, leefstijl en toegang tot zorg.

<sup>11</sup> Diabetes mellitus type 2.



ernstige chronische ziekte. Zonder een passende leefstijl en goede behandeling krijgen veel patiënten complicaties, waaronder hart- en vaatziekten, blindheid, aantasting van de nieren en het zenuwstelsel en soms amputaties. Preventie kan de kans op diabetes verminderen en complicaties voorkomen.

#### **4.2. Ambitie: tijdig signaleren, integratie van preventie en zorg en gezond leven**

We weten veel over diabetes, ook over mogelijkheden om de aandoening te voorkomen en om verergering te vermijden. Een belangrijke rol spelen: overgewicht, voeding, fysieke activiteiten en roken, vooral in combinatie met elkaar. Het succes in de aanpak van diabetes hangt op de lange termijn dus mede af van de resultaten in het bestrijden van bijvoorbeeld overgewicht en beweegarmoede. Goede resultaten van het convenant overgewicht leiden (wellicht) tot minder diabetespatiënten. Het beter integreren van activiteiten op het gebied van preventie en zorg leidt tot minder mensen met diabetes, tot een betere opvang van groepen met een hoog risico en tot betere zorg van diabetespatiënten.

Het kabinet wil dat het aantal patiënten met diabetes tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgt. Daarbij mag 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties hebben. De meeste winst is te behalen bij de groepen met meer kans op diabetes: jongeren met overgewicht, mensen met een lage sociaal economische status, allochtonen met een bovenmatig risico, zwangere vrouwen en mensen die al diabetes hebben maar dat nog niet weten.

#### **4.3. Landelijke aanpak diabetes**

De komende jaren wordt het bestaande diabetesactieprogramma 2005-2009 verder uitgevoerd en uitgebreid. De oorspronkelijke opzet van dit programma is gericht op de verbetering van zorg van mensen die al diabetes hebben. Aan dit diabetesactie-programma zal een nieuw programma worden toegevoegd, namelijk het nationaal diabetes preventie programma. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) zal op basis van de lopende voorlichtingscampagne *Kijk op Diabetes* samen met de partijen die al aan de campagne deelnemen het nationaal diabetes preventie programma ontwikkelen. Dit programma bevat algemene publieksvoorlichting en een meerjarige campagne voor groepen met een hoog risico. Dat zijn mensen boven de 45 jaar met overgewicht, mensen met een lage sociaal-economische status en mensen van Hindoestaanse, Marokkaanse en Turkse afkomst. Dit programma ontwikkelt ook leefstijlinterventies. Verder zal voorlichting en educatie gegeven worden aan mensen die al diabetes hebben. De deelnemende partijen sluiten een convenant om activiteiten onderling aan te laten sluiten en betere samenhang te krijgen tussen diabetespreventie en –zorg.

Het RIVM krijgt een belangrijke rol in het volgen, doorrekenen en beoordelen van effecten van de plannen bij diabetes wat betreft kosteneffectiviteit, onderzoek en gegevensverzameling.

#### **4.4. Lokale aanpak diabetes**

De noodzakelijke samenhang tussen preventie en curatie in dit diabetesprogramma vraagt ook om lokale betrokkenheid. Verschillende activiteiten dienen aan te sluiten bij de jeugdgezondheidszorg of bij de lokale gezondheidsprogramma's. Zo zullen de mogelijkheden in kaart gebracht worden om diabetes op te sporen bij kinderen met een te hoge *Body Mass Index* of andere risicofactoren voor diabetes. Dit onderzoek helpt om educatie en voorlichting over (het ontstaan van) diabetes bij kinderen te verbeteren.

## 5. Depressie

### 5.1. Omvang gezondheidsprobleem als gevolg van depressie

Per jaar lijden 737.000 volwassenen in Nederland aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. Depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse het grootste deel van de dag, gedurende minimaal twee weken. Daarnaast beïnvloeden andere klachten iemands functioneren, zoals slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, problemen met concentratie, piekeren over de dood en zelfdoding. Een depressie duurt gemiddeld zes maanden; bij 14 procent van de mensen met een depressie duurt de ziekte langer dan twee jaar. Depressie is ook na herstel niet altijd voorgoed weg: iemand die depressief is geweest kan dat gemakkelijk weer worden. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. Depressie is in 8 procent van de gevallen de veroorzaker van angststoornissen. Voor alcoholmisbruik is dit 27 procent. Omgekeerd: angststoornissen leiden in 66 procent van de gevallen tot een depressie, bij alcoholmisbruik is dat 59 procent.

De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO) zet depressie bij mannen op de tweede plaats van veroorzakers van de grootste ziektelasten, bij vrouwen van 15 tot 40 jaar zelfs op de eerste plaats. Depressie kost de zorg bij benadering € 384 miljoen per jaar. Dit zijn alleen nog maar de mensen waar de diagnose gesteld is. Ook mensen die niet als depressief herkend worden en vanwege hun depressieve klachten hulp zoeken, kosten in de zorg geld. Werkgevers betalen ook een prijs: depressieve werknemers verzuimen veel meer dan andere werknemers. Preventie van depressie voorkomt niet alleen veel menselijk leed maar bespaart waarschijnlijk ook geld. De gezamenlijke maatschappelijke kosten van depressie bij 18 tot 65 jarigen bedragen volgens een lage schatting € 1,3 miljard per jaar<sup>12</sup>. Nieuwe gevallen van mensen met depressie van 18 tot 65 jaar zijn verantwoordelijk voor 47 procent van deze jaarlijkse kosten.

In Nederland zijn de laatste jaren allerlei methoden beschikbaar gekomen om depressie bij jongeren, volwassenen en ouderen te voorkomen. Internationaal gezien loopt Nederland hiermee voorop. Geïndiceerde preventie - preventie voor mensen die al enkele depressieve klachten hebben maar (nog) geen echte depressieve stoornis - is het meest ontwikkeld. Een aantal van deze interventies blijkt uit onderzoek ook effectief te zijn en wordt landelijk gestandaardiseerd uitgevoerd. Andere methoden zijn nog experimenteel en worden op kleine schaal uitgevoerd. Behalve geïndiceerde preventie komen steeds meer programma's beschikbaar voor het versterken van de psychische weerbaarheid en opvoedingsondersteuning. Het effect van deze programma's op het terugdringen van depressieve klachten is nog niet voldoende in kaart gebracht, ook al zijn de eerste resultaten positief. Het VTV thema-rapport Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen (oktober 2006), geeft een overzicht van beschikbare effectieve interventies voor preventie van depressie.

### 5.2. Ambitie: vergroten bereik van depressiepreventie

Volgens de Landelijk Steunfunctie Preventie ggz en verslavingszorg (LSP) gebruiken jaarlijks ongeveer 4.000 personen (jongeren, volwassenen en ouderen) preventieve hulp tegen depressies. Dat is ruwweg 1 procent van het aantal mensen dat jaarlijks voor het eerst een depressie krijgt (359.000), een zeer beperkt bereik dus. Dat komt door de inhoud, aard en presentatie van de aangeboden preventieve interventies en de nog gebrekkige aansluiting van preventie op de eerstelijnszorg. Daarnaast is preventie beperkt ingebed in regionale samenwerkingsverbanden. Veel mensen met depressieve klachten ervaren een drempel naar de hulpverlening uit angst voor stigmatisering. Belangrijke doelstelling bij depressie is: zorgen voor een groter bereik van de bewezen effectieve interventies de komende jaren. Cursussen via internet kunnen meer mensen bereiken dan groepscursussen. De drempels bij internetcursussen

---

<sup>12</sup> Kosten van ziekten in Nederland, 2003 (RIVM, 2006).

zijn immers vrij laag: mensen kunnen op zelfgekozen momenten, in eigen tempo, met maximale privacy aan de slag. Hier liggen kansen om het bereik (flink) te vergroten.

### **5.3. Landelijke en lokale aanpak**

In 2006 is het Doorbraakproject Depressie gestart. In dit project verbeteren transmurale regioteams de depressiezorg op basis van expertise, goede voorbeelden uit het veld en recente wetenschappelijke inzichten, onder andere uit de nieuwe multidisciplinaire richtlijn depressie. Het CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg) begeleidt de regioteams hierbij. Een centraal thema is het in de eerste en tweede lijn invoeren van een 'stepped care'-aanpak bij de diagnostiek en behandeling van mensen met een depressie.

In de eerste helft van 2007 moet een samenwerkingsverband tussen verschillende (landelijke) organisaties de preventie van depressie verbeteren. Dit samenwerkingsverband - het Partnership Depressie Preventie - richt zich op:

- meer bewustwording
- opstellen en implementeren van een klinische richtlijn depressiepreventie
- groter bereik van de interventies,
- ontwikkelen van e-health voor depressiepreventie,
- bevorderen van de verdere wetenschappelijke onderbouwing van preventie
- realiseren van betere afstemming en samenwerking binnen de infrastructuur voor depressiepreventie.

Het Trimbos instituut en GGZ-Nederland bereiden dit samenwerkingsverband en werkprogramma voor. Voor de aanpak van depressie op lokaal niveau zal het Partnership Depressie Preventie een handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid schrijven in navolging van de handleiding Tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid.

## **6. Actieprogramma**

De activiteiten uit onderstaand actieprogramma worden de komende jaren gebruikt om het lokale preventiebeleid te steunen bij de speerpunten van deze tweede rijksnota.

Deze activiteiten zijn in 2006 vastgesteld in samenspel met partijen op het terrein van de openbare gezondheidszorg: G31, Vereniging voor Nederlandse Gemeenten, GGZ Nederland, Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde, LVG, MO-groep, Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Public Health Federatie, PH Forum, GGD Nederland, ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland, Gezondheidsfondsen, Nederlandse Consumenten en Patiënten Federatie en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. VWS heeft voor dit actieprogramma € 4,6 miljoen in de begroting voor 2007 opgenomen (Rijksbegroting XVI VWS, beleidsartikel nr. 41).

### 6.1. Algemene ondersteuning lokaal beleid

Beschikbaar in 2007 voor onderstaande acties om lokaal beleid te ondersteunen:

€ 1,1 miljoen.

Acties	Toelichting
Ontwikkelen handreiking voor regionale VTV	RIVM ontwikkelt een handreiking voor gemeenten/GGD'en om regionale VTV-en te ontwikkelen. Dit verbetert de epidemiologische kwaliteit van de lokale nota's.
Ondersteunen gemeenten bij versterken gemeentelijk gezondheidsbeleid	De Vereniging Nederlandse Gemeenten ondersteunt gemeenten om het gemeentelijk gezondheidsbeleid te versterken. De VNG informeert wethouders, gemeenteraden, raadsleden, bestuurders en raadsleden via handreikingen, bijeenkomsten en nieuwsbrieven. En de VNG ondersteunt kleinere en achterblijvende gemeenten.
Centrum Gezond Leven (CGL) bij het RIVM	Het toekomstige CGL brengt vraag en aanbod op het terrein van gezondheidsbevordering samen en voert de regie over het aanbod van gedragsbeïnvloedende instrumenten (leefstijlinterventies). De kerntaak van het CGL is zorgen voor betere samenwerking en afstemming tussen de behoeften van het lokale niveau en de productontwikkeling van landelijk werkende organisaties. Daarnaast zal het CGL lokale organisaties ondersteunen en het bestaande aanbod in beeld brengen, kwalificeren en toegankelijk maken.
Wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden in grote steden	Voor het grotestedenbeleid (GSB) 2005-2009 hebben de G31 het bestuursdocument 'Gezond en Wel' opgesteld. Daarin geven zij aan hoe de gezondheid van hun bewoners verbeterd kan worden. Een onderdeel daarvan is de basismethodiek 'Gezondheidsachterstand moet wijken, gebaseerd op de methodiek WijkSlag van het NIGZ. De gemeenten Den Haag, Groningen, Helmond en 's-Hertogenbosch gaan in de huidige GSB-periode deze basismethodiek implementeren en evalueren. Op basis daarvan zullen zij andere gemeenten bewegen de komende jaren met deze wijkgerichte aanpak van gezondheidsachterstanden te gaan werken.

### 6.2. Ondersteuning per speerpunt

Beschikbaar in 2007 voor onderstaande acties voor speerpunten: € 3,5 miljoen.

Acties	Toelichting
<b>Roken</b>	
Partnership Stop met Roken	Het Partnership Stop met Roken wil de beschikbaarheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van stoppen-met-roken-ondersteuning verbeteren. De eerste jaren (2000 – 2006) zijn besteed aan het schrijven van een beleidsdocument en het opstellen van een klinische <i>Richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving</i> . Er is een begin gemaakt met de implementatie van de richtlijn binnen medische beroepsgroepen. Verder is een interactief kenniscentrum geopend. Voor de voortgang van de implementatie van de richtlijn en het voortbestaan van het kenniscentrum is continuïteit van het Partnership noodzakelijk.

Acties	Toelichting
Proefimplementatie <i>versterken ondersteuning bij stoppen met roken</i> met H-MIS ( <i>hiervoor wordt een extra bedrag beschikbaar gesteld naast de € 3,5 miljoen</i> )	De invoering van de MIS stoppen met roken voor de huisarts (H-MIS) wordt gestimuleerd met een proefimplementatie <i>versterken ondersteuning bij het stoppen met roken</i> in nader te bepalen regio's. VWS kiest voor het <i>stoppen met roken</i> omdat dit veel gezondheidswinst oplevert, omdat er al een CBO-richtlijn met bewezen effectieve interventies is om tabaksverslaving te behandelen en omdat het behandelen van tabaksverslaving steeds vaker behoort tot gebruikelijke zorg van artsen (huisartsen, specialisten).

Schadelijk alcoholgebruik	
Partnership Vroegsignalering Alcohol	Het partnership richt zich op vroegsignalering, versterken van consultatie aan de eerstelijns en voorkomen van problematisch alcoholgebruik. Onderdeel van het project is ondersteunen van gemeenten bij de integrale aanpak van vroegsignalering. Bij het partnership zijn onder meer Trimbos, NHG, GGZ-Nederland en NIGZ betrokken.
Handleiding voor gemeenten voor het onderwerp alcohol.	In navolging van de handleiding Tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid zal de VWA een handleiding lokaal alcoholbeleid ontwikkelen, in afstemming met alle relevante partijen waaronder GGD-NL, VNG, het Partnership Vroegsignalering Alcohol en CGL in oprichting. De handleiding is bestemd voor lokale beleidsmakers (gemeenten) die het lokale gezondheidsbeleid voor alcohol nader gaan invullen en uitvoeren. In verband met de op handen zijnde wetswijzigingen wordt de handleiding pas op zijn vroegst in 2007 opgesteld.
Project Alcohol en opvoeding	Het project Alcohol en opvoeding biedt advies en ondersteuning aan ouders om alcoholgebruik bij kinderen op jonge leeftijd te voorkomen <sup>13</sup> . Het Trimbos-instituut voert dit project uit in samenwerking met het NIGZ.

Overgewicht	
Samenwerkingsverband overgewicht	VWS bekijkt het eventuele nut van het oprichten van een samenwerkingsverband tussen relevante partijen in 2007, vooral voor het beter verbinden van de preventieve en curatieve zorg. Dit samenwerkingsverband moet dan ondermeer zorgen voor het implementeren van de behandelrichtlijn voor overgewicht.
Handleiding voor gemeenten voor het onderwerp overgewicht.	In navolging van de handleiding Tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid zal het Voedingscentrum een handleiding Overgewichtpreventie in lokaal gezondheidsbeleid ontwikkelen in afstemming met alle relevante partijen waaronder GGD-NL, VNG en CGL in oprichting. De handleiding is een handreiking voor lokale beleidsmakers (gemeenten) om het lokale gezondheidsbeleid voor overgewicht nader in te vullen en uit te voeren.

<sup>13</sup> Beleidsbrief Alcohol en Jongeren van 24 maart 2005. TK 2005, 27565 nr. 29.

<b>Acties</b>	<b>Toelichting</b>
Project <i>Hallo Wereld</i>	Najaar 2006 wordt gestart met een nieuwe, innovatieve vorm van voorlichting via internet (persoonlijk leefstijladvies) onder de naam <i>Hallo Wereld</i> . Algemeen doel: het in deze cruciale periode leggen van een gezonde basis om overgewicht en andere leefstijlgerelateerde problemen te voorkomen. Bij de uitvoering van het project werken veel landelijke en lokale, publieke en private partijen samen.

<b>Diabetes</b>	
Samenwerkingsverband diabetes	Samenwerkingsverband voor het speerpunt diabetes opzetten. Deze verbinden de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) activiteiten met diabetes preventieactiviteiten van anderen en met de activiteiten uitgevoerd via het diabetesactieprogramma 2005-2009.
Ontwikkelen ketenzorg diabetes	Ontwikkelen ketenzorgproducten diabetes. Ketenzorgproducten van de NDF standaard moeten worden uitgewerkt volgens de beginselen van de DBC voordat ze kunnen worden ingevoerd.
Kennisfunctie diabetes, kenniscentrum	Diabetes heeft een bundeling van de volgende functies nodig: betere epidemiologische kennis; kennis uitwisselen, informeren, goede praktijkvoorbeelden, onderzoek, analyse, bepalen kosteneffectiviteit programma's (onderdelen); ontwikkelen indicatoren, VTV signalering, internationale kennis en presentatie.
Nationaal diabetes preventie programma	Doorgaan met algemene publieksvoorlichting en campagne "Kijk op diabetes" van de NDF voor mensen met verhoogd risico op diabetes en ontwikkelen samenhangend structureel preventieaanbod. Ontwikkelen en toepassen van educatiemodules en ontwikkelen van een diabetespatiëntencoachingsysteem.

<b>Depressie</b>	
Partnership Depressie Preventie	Het Partnership zal zich inzetten voor betere preventie van depressie. Het zal zich richten op meer bewustwording, het realiseren en implementeren van een klinische richtlijn depressiepreventie, beter bereik van de interventies, e-health voor depressiepreventie ontwikkelen, het bevorderen van de verdere wetenschappelijke onderbouwing van preventie en het realiseren van betere afstemming en samenwerking binnen de infrastructuur voor depressiepreventie.
Handleiding voor gemeenten voor het onderwerp depressiepreventie	In navolging van de handleiding Tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid komt er een handleiding depressiepreventie in lokaal gezondheidsbeleid. Die wordt afgestemd met alle relevante partijen waaronder GGD-NL, VNG en CGL in oprichting. Deze handleiding helpt lokale beleidsmakers (gemeenten) om het lokale gezondheidsbeleid voor depressiepreventie nader in te vullen en uit te voeren.