

## Het preventiebeleid in Nederland

**Lees jij ook weleens over 'nieuwe' initiatieven of zorgconcepten en dat je dan denkt: Dat is toch niets nieuws, dat heb ik al eerder gehoord of gelezen? En inderdaad; veel recente ontwikkelingen vloeien voort uit wat daar in het verleden over bedacht of besloten is. Redacteur en adviseur Huub Sibbing duikt in deze rubriek *De geschiedenis van...* in actuele ontwikkelingen en plaatst ze in een historische context. Deze keer belicht hij het preventiebeleid in Nederland.**

Tekst:  
Huub Sibbing

Het preventiebeleid van de Nederlandse regering start pas in 1986 met het verschijnen van de *Nota 2000* in 1986. Historisch gezien is het landelijk en gestructureerd preventiebeleid heel 'jong' als je realiseert dat op andere sectoren al veel eerder landelijk beleid werd geformuleerd zoals bijvoorbeeld huisvesting (de Woningwet van 1901), het onderwijs (de Onderwijswet van 1857) en de sociale Zekerheid (1911).

Dat betekent niet dat er daarvoor geen aandacht was voor preventie. Vanaf 1865 kenden we al de Wet Besmettelijke Ziekten, die de overheid, en met name de gemeenten de verantwoordelijkheid gaf om maatregelen te nemen om de toenmalige infectieziekten te beteugelen. Er werden tevens provinciale inspecteurs aangesteld om de voortgang te bewaken. In praktijk bleek deze aandacht puur op papier. De Inspecteur voor Noord Holland, Dr. Penn, was tien jaar na invoering zo gefrustreerd door de geringe activiteiten van gemeenten, dat hij in 1875 een burgerinitiatief (het "Witte Kruis") startte om buiten de overheid om, werk te maken van daadwerkelijke preventie van infectieziekten. Het Witte Kruis werd daarmee de voorloper van de Kruisverenigingen (het Groene Kruis (1900), het Wit Gele Kruis (1916) en het Oranje Groene Kruis (1938) die zich aan het eind van de vorige eeuw zouden ontwikkelen tot de thuiszorginstellingen van nu. Deze kruisverenigingen stelden hygiënisten en wijkverpleegkundigen aan om door acties maatregelen af te dwingen bij gemeenten om door hygiënischer maatregelen daadwerkelijk het voorkomen van besmettelijke ziekten te realiseren.

### Twintigste eeuw: primaat particulier initiatief

Ook de verdere uitbouw van de preventie gezondheidszorg in de 20e eeuw was het resultaat van een particulier initiatief. Wijkverpleegkundigen als Aafke Gesina van der Hulst (1899) en artsen als dr. Plantenga (1901) legden de basis van de preventieve jeugdgezondheidszorg. Kinderartsen en jeugdartsen legden de basis voor het

RijksVaccinatieProgramma (RVP 1957) zoals we dat nu kennen. Anderen starten initiatieven op het terrein van bevolkingsonderzoeken met betrekking tot onder meer kanker en hart- en vaatziekten.

### 'De verdere uitbouw van de preventie gezondheidszorg in de 20e eeuw was het resultaat van een particulier initiatief'

Ook trokken, met name grote gemeenten, zich de grote gezondheidsproblemen in hun stad aan en stichten Gemeentelijk Geneeskundige Diensten (GGD). Al met al ontstond zo een lappendeken preventieve programma's zonder enige landelijke visie, regie en sturing zoals zou blijken uit de Schets Basisgezondheidszorg van 1980.

### Schets basisgezondheidszorg (1980)

Met de *Structuurnota van 1974* begon de landelijke overheid pas werk te maken met een samenhangend beleid met betrekking tot de gezondheidszorg in Nederland. Kernbegrippen waren "echelonering" en "substitutie". Met echelonering werd bedoeld dat we de gezondheidszorg voortaan moesten ordenen in de basisgezondheidszorg (nulde lijn) gericht op preventie voor alle burgers, de "eerstelij" voor zorg in de thuissituatie en de "tweede en derde lijn" voor zorg in (gespecialiseerde) instellingen. Met substitutie werd bedoeld om waar mogelijk zorg in de tweede en derde lijn te verschuiven naar de eerste lijn en zorg in de eerste lijn te verschuiven naar de basisgezondheidszorg/preventie.

In de politieke debatten over de *Structuurnota* was de tweede kamer uitermate benieuwd hoe die basisgezond-



heidszorg/nulde lijn er nou precies uitzag. Ambtenaren togen aan de slag en in 1980 verscheen de *Schets Basisgezondheidszorg*. Het beeld was ontluisterend: Een lappendeken en ratjetoe van regelingen en voorzieningen zonder enige samenhang, regie en sturing. Zo was bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg nog opgedeeld in JGZ 0-4 en JGZ 4-19 jaar, vaak zonder enige samenhang. De JGZ 0-4 jaar werd uitgevoerd door de Kruisverenigingen, maar in Amsterdam door de GGD. En bevolkingsonderzoeken, bijvoorbeeld het uitstrijkje, werden uitgevoerd door de huisartsen, maar lang niet alle huisartsen deden mee. Alom werd men het er over eens dat er een landelijke eenduidige werkwijze moest komen, gekoppeld aan een eenduidige visie op preventie in de gezondheidszorg.

### **Nota 2000 (1986)**

Het centraal gestuurde preventiebeleid van de Nederlandse overheid kreeg echter pas voor het eerst in 1986 gestalte door het presenteren van de *Nota 2000*. De aanleiding daartoe was de oproep van de World Health Organisation (WHO) in haar programma *Health For All in 2000* uit 1977 waarin de organisatie alle lidstaten oproep om beleid te ontwikkelen om de gezondheid van de bevolking een positieve impuls te geven in het jaar 2000. De WHO adviseerde daarbij om gebruik te maken van het door de WHO en daarna wereldwijd geaccepteerde *Health Fields Model* van Lalonde als leidraad te nemen voor het preventiebeleid.

Geïnspireerd door dit model presenteerde de *Nota 2000* voor het eerst een samenhangend beeld over de gezondheid van de Nederlandse bevolking, waarin, ondersteund door het RIVM, allerlei registraties vanuit GGD'en, huisartsen, kruisverenigingen, ziekenhuizen et cetera samenhangend werden gepresenteerd.

Als voorschot op het toekomstig beleid hoe we vorm zouden kunnen geven aan preventie, presenteerde de Nota tevens het 'integrale wijkmodel'. In dat model lag de basis voor de preventie in de wijk, waarbij huisarts, wijkverpleging, jeugdgezondheidszorg, de GGD, de wijk-GGZ (wat we nu SPV noemen), het sociale domein en zelfs een wijkziekenhuis voor niet-specialistische behandelingen werden gepositioneerd.

## **'In nota 2000 stond ook het integrale wijkmodel. Daarin lag de basis voor preventie in de wijk'**

Staatsecretaris Hans Simons kreeg in 1989 in het kabinet Lubbers I de erfenis van de Nota 2000 in zijn schoot geworpen en maakte er gelijk werk van. Allereerst wilde hij de verantwoordelijkheid voor een samenhangend preventiebeleid wettelijk regelen en diende de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) in bij de Tweede Kamer. Volgens deze wet die in 1992 van kracht

# De geschiedenis van...

was, werd het primaat voor het preventiebeleid vooral gelegd bij de gemeenten. Een inhoudelijke logische stap, want als je vanuit het model van Lalonde eerst wil onderzoeken welke factoren de gezondheid, vaak op wijk en buurtniveau bepalen in bijvoorbeeld Amsterdam, of Kerkrade kun je dat niet vanuit landelijke overheid organiseren. De gemeenten waren veel beter in staat om dat op lokaal niveau te onderzoeken en vorm te geven, daarbij ondersteund door de GGD. Geheel in lijn met het model van Lalonde werd de GGD omgedoopt tot Gemeentelijk Gezondheids Dienst.

## 'Geheel in lijn met Lalonde werd de GGD omgedoopt tot Gemeentelijke Gezondheids Dienst'

Vanuit bestuurlijk niveau gaf de WCPV regelmatig de nodige opschudding. Want waar elke gemeente vorm gaf aan het preventiebeleid, wat logisch was want de gezondheidssituatie verschilde per gemeente, ontstonden er net zo logischerwijs verschillen tussen gemeenten. De ene gemeente nam *Triple P* of *Voorzorg* wel op in het lokale jeugdbeleid en de andere gemeente niet. Deze, onoplosbare, spagaat tussen maatwerk enerzijds en uniformiteit anderzijds is tot vandaag merkbaar in de publieke discussie over het preventiebeleid en leidt elke keer weer tot koppen in de media, kamervragen en -debatten.

Na de evaluatie van de WCPV in 1993 werd besloten om de aanpak van infectieziekten wel landelijk aan te sturen onder leiding van het RIVM en dan met name het Landelijke Centrum Infectieziekten (LCI) om de simpele reden dat infectieziekten een dermate complex gebied is, dat je niet van gemeenten kunt verwachten dat elke gemeente die expertise in huis heeft. Tijdens uitbraken,

zoals recent met corona herkennen we die landelijke structuur nadrukkelijk.

### Start Preventiecyclus

Maar staatssecretaris Simons deed meer. Om ervoor te zorgen dat analyse van de gezondheid van de Nederlandse bevolking in de *Nota 2000* geen éénmalig kunststukje zou blijven, vroeg hij het RIVM om een vierjaarlijks 'Overzicht en systematische analyse van beschikbare gegevens over de Nederlandse gezondheid', waarmee hij de basis legde voor het belangrijkste instrument in het preventiebeleid, de *Volksgesondheid-Toekomstverkenning* (VTV) die sinds 1993 om de 4 jaar verschijnt.

### VTV 1997

En toen was daar de VTV van 1997 wat in een apart deelrapport aandacht gaf aan de gezondheidsverschillen in Nederland. Men schrok zich wild. Voor het eerst werd over de volle breedte zichtbaar gemaakt hoe groot de gezondheidsverschillen in Nederland waren. Verder werd in een ander apart deelrapport aandacht gevraagd voor de effectiviteit van preventie. We konden het ons immers niet permitteren om met ineffectieve programma's te werken. Daarvoor was de problematiek te ernstig.

Als uitvloeisel van de adviezen van de VTV 97 werd de programmacommissie SEGV (Socialeconomische gezondheidsverschillen), in Den Haag vaak beter bekend als de Commissie Albeda, ingesteld. Deze commissie adviseerde de overheid over reeksen van instrumenten om SEGV terug te dringen.

### Preventiebeleid eerste decennium 21 eeuw

De Commissie Albeda presenteerde haar eindrapport in 2003 en ook in de *VTV 2002* werd wederom gepleit voor het terugdringen van SEGV door integrale systematische programma's, met name in de grote steden waar de verschillen het grootst waren.

Maar noch de aanbevelingen van de Commissie Albeda noch de dringende adviezen van de *VTV 2002* vonden weerklank in politiek den Haag. Er waaide sinds het aantreden van de kabinetten Balkende vanaf 2002 onder het wereldwijd opstomende neo-liberalisme een nieuwe wind in Den Haag. 'Maatschappelijke verantwoordelijkheid' maakte plaats voor 'individuele verantwoordelijkheid' en de 'integrale aanpak' maakte plaats voor de 'leefstijlbenadering'.

### Wet Publieke Gezondheid (WPG) 2009

In de WPG van 2009 werden een aantal losse wettelijke regelingen, waaronder de WCPV samengevoegd en



gestroomlijnd. De belangrijkste vernieuwing was dat gemeenten vooraan verplicht werden om in navolging van de *Landelijke Nota Preventiebeleid* ook een gemeentelijke *Nota Gezondheidsbeleid* te formuleren. Daarmee werd de laatste stap gezet in de preventiecyclus zoals we die sinds 2010 kennen.

### De kentering: het tweede decennium van de 21e eeuw

Het verschijnen van de *VTV 2010* zette de toon voor een kentering. Zo bleek onder meer dat de gezondheidsverschillen de afgelopen jaren alleen maar groter waren geworden. Om de lezer en de politiek te bewegen weer ruimer naar gezondheid te kijken, werd de *VTV 2010* vergezeld van een aantal deelrapporten, waarbij de insteek van het laatste, met de titel 'Maatschappelijke Baten' een eye-opener werd. Immers: effectieve integrale preventie kan niet alleen leiden tot een verbetering van de gezondheid en terugdringen van de SEGV maar levert de samenleving ook een hoop revenuen op zoals minder schooluitval, betere arbeidsproductiviteit, minder uitkeringen en mindere criminaliteit.

### Preventienota 'Gezondheid Dichtbij' (2011)

Het ministerie nam een deel van de conclusie van de VTV over. Besloten werd om te stoppen met landelijke leefstijlcampagnes, de fysieke omgeving werd weer genoemd ('een beweegvriendelijke omgeving') en het begrip 'nudging' (gezonde keuze aantrekkelijk maken door bijvoorbeeld gezond voedsel goedkoper te maken) deed zijn intrede.

Ook de *VTV 2014* benadrukte het belang van terugdringen van SEGV en de integrale aanpak, maar werd wonderlijk genoeg niet gevolgd door een uitgebreide preventienota. Het kabinet Rutte koos er voor om het maatschappelijk middenveld te activeren.

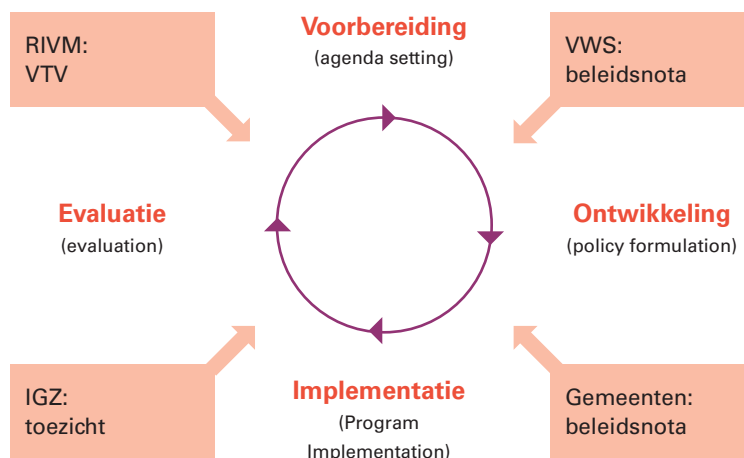
In het *Preventieakkoord* (2018) werden met meer dan zeventig landelijke organisaties afspraken gemaakt over hun bijdrage aan een gezonder Nederland in 2040. De speerpunten waren leefstijlonderwerpen als roken en alcohol.

### VTV 2018

*VTV 2018* luidde de noodklok. Er moet nu echt wat gebeuren en dat vraagt om een landelijke integrale aanpak. Als vier kernopgaven zag de *VTV 2018* het verbeteren van de gezondheid in de fysieke- en sociale leefomgeving, het verminderen van gezondheidsachterstanden, het verlagen van de druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen en het bijdragen aan het vitaal ouder worden.

## De algemene beleidscyclus:

het ideaalbeeld bij preventie  
(Anderson and Hussey)



### Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2021-2024 (mei 2020): de definitieve ommezwaai

Dit jaar neemt het ministerie de aanbevelingen van de VTV vrijwel onverkort over. En kiest voor dezelfde kernopgaven als in de *VTV 2018*.

### Afsluiting

Het preventiebeleid in Nederland vertoonde een slingerbeweging. Die beweging ging van ongestructureerd met het primaat bij het particulier initiatief naar een vanaf 1986 gestructureerd en samenhangend beleid. In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw werden de hoofdlijnen van het model van Lalonde gevolgd met grote aandacht voor de maatschappelijke factoren die de gezondheid beïnvloedden zoals sociaaleconomische ongelijkheid. In het eerste decennium van deze eeuw zien we de slinger de andere kant uit bewegen en verschuift de nadruk in het preventiebeleid zich meer in de richting van leefstijlinterventies. Na de *VTV 2010* begint de roep om brede integrale preventie weer steeds meer aan kracht te winnen, uiteindelijk culminerend in *LNG 2021-2024* waar de aandacht voor SEGV en de fysieke en sociale omgeving weer in ere wordt hersteld. De cirkel is rond voor de M&G-verpleegkundigen. De keuzes van de *LNG 2020-2024* passen helemaal bij M&G-verpleegkundigen Terug naar de basis waaruit we ooit in 1875 ontstonden. 🍷

*Huib Sibbing*  
is adviseur van  
het bestuur van  
V&VN M&G en  
redacteur van  
Tijdschrift M&G