

Annotatie bespreking Preventie in de contourennota

20-4-2020 MtDGV

Aandachtspunten ahv de opbouw van de notitie

1. Vrijblijvendheid

- Een lokale/regionale preventie infrastructuur wordt als oplossing gezien voor vrijblijvendheid. De vraag is hoe hard die betrokkenheid van gemeenten, zorgverzekeraars en andere lokale partijen vast moet komen te liggen (wettelijk, akkoorden of beide?).
- De manier waarop de lokale infrastructuur aan preventie moet werken moeten we niet te veel willen vastleggen (bv. Moet sport en bewegen, voeding etc benoemd worden of zelfs dat niet?). Dat is ook de kracht bij het sportakkoord: lokale keuzes leiden tot lokaal verantwoordelijkheidsgevoel.
- Verankering van preventiebeleid zou kunnen liggen in de Wet PG. Regievoering bij DirectiePG lijkt daarom ook logisch.
- Vastleggen van de rol van sport/bewegen in de WPG is ook een risico op medicalisering van sport.
- dSport heeft goede ervaringen met lokale akkoorden. De lokale partijen spreken elkaar aan op verantwoordelijkheden en de lokale systematiek (gemeenteraad) zorgt voor borging.
- Inzet op lokale brede preventie-, gezondheids- of welzijnsakkoorden.
- Input voor de lokale keuzes zijn regiobeelden van leefstijlindicatoren. Hierbij zijn de sport- en beweegcijfers van RIVM zeer nuttig.
- Belangrijk dat er oog blijft voor de gezondheid gezonde mensen (staat ook in de notitie genoemd) en niet alleen gericht is op risicogroepen. Kracht van sport is dat we veel mensen bereiken op een positieve, niet gemedicaliseerde manier. Sport is dus een goed startpunt.
- De buurtsportcoach is een krachtig instrument dat in veel gevallen al invulling geeft aan lokale preventiecoalities op wijkniveau. De BSC moeten we een plek geven in de preventieketen om brug naar sport te slaan.

2. Financiering

- Er wordt in de notitie gesproken over budgetten die via gemeenten lopen. Zij kunnen dan middelen inzetten tbv interventies en coördinatie van gezondheidsbevordering inclusief preventie.
- De enige verandering die je hiermee sorteert is dat je middelen bundelt die nu via aparte kanalen vanuit het Rijk naar gemeenten gaan.
- Als je de investeringen voor preventie wil vergroten moet je zorgverzekeraars laten meebetalen. Dat kan via een preventiefonds of verplichte investering voor zorgverzekeraars van een x% in preventie.

3. Effectieve interventies

- Een van de problemen van preventie is dat het effect lastig aan te tonen is. Als preventie goed werkt wordt je immers niet ziek en gezonde mensen zijn lastiger te tellen dan zieke mensen. En, hoe toon je aan dat je niet ziek bent geworden vanwege de preventie-interventie?
- Daarom interventies financieren waarvan experts verwachten dat ze effectief zullen zijn ipv afwachten tot de effectiviteit is aangetoond alvorens te financieren.
- Inzet op een autoriteit die toeziet op de kwaliteit van de interventies ben ik voor. Daar hebben we in de sport ook goede ervaringen mee (Centrum Gezonde Leefstijl kan die keuring bv doen).
- De taak die hierbij aan de GGD wordt toegedicht brengt als risico met zich mee dat de nadruk erg op interventies voor risicogroepen komt te liggen. Ik zou dus pleiten voor een rol voor het RIVM en gemeenten op basis van een database keuzes laten maken voor de interventies waarin ze willen investeren (zie punt 2) gegeven de uitdagingen in hun regio (zie punt 1).

Specifieke vraag over gevolgen corona:

- We zien tijdens de crisis een sterk verantwoordelijkheidsgevoel op zowel lokaal als regionaal niveau. Ook ontstaan er veel nieuwe samenwerkingsverbanden die al

vingeroefening kunnen gelden voor een sterkere samenwerking op lokaal en regionaal niveau (denk aan buurtsportcoaches die samenwerken met gezondheidscentrum en huisartsen om ouderen in beweging te houden).

- De sterke regiefunctie van de Rijksoverheid schept helderheid maar neemt in sommige gevallen ook lokale inzichten/energie de wind uit de zeilen. Pas dus op voor een te sterke sturing vanuit Den Haag.