NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Preventie: wat is het, en hoe benutten we het optimaal?

NFU wetenschappelijke werkgroep preventie

NFU-PAPER

Inhoudsopgave

Inleiding 3

1. Een nadere karakterisering van preventie 4

2. Hoe kunnen de mogelijkheden van preventie beter benut worden? Enkele principes 8

3. Sturen in complexiteit van praktijk van preventie 12

Bronnen 13

Colofon 13

Inleiding

In ons zorgstelsel worden mensen en middelen vooral ingezet voor het behandelen en verzorgen van mensen die ziek zijn. Preventie, dat wil zeggen het behouden van een goede gezondheid of voorkómen dat gezondheidsproblemen ontstaan of verergeren, krijgt veel minder aandacht. In het licht van onder meer de houdbaarheid van ons huidige zorgstelsel (zowel in termen van financiële middelen als menskracht), alsook de problematiek van ongelijke kansen op gezondheid, is al langere tijd een maatschappelijk debat gaande over de noodzaak van meer preventie. Dit roept de vraag op: hoe kunnen de mogelijkheden voor preventie beter benut worden, zowel binnen als buiten het zorgstelsel?

Als antwoord op deze vraag bevat deze NFU paper:

1. een overzicht van welke typen preventie er zijn, voor welke doelgroepen, en in welke sectoren preventie wordt uitgevoerd;
2. een aantal principes die richting kunnen geven aan de discussie over hoe preventie optimaal ingezet kan worden;
3. een reflectie op de vraag waarom de praktijk van preventie zoveel complexer is dan de gespecificeerde theoretische principes doen vermoeden, en hoe we desondanks voortgang kunnen boeken met preventiebeleid.

Hoe kunnen de mogelijkheden voor preventie beter benut worden, zowel binnen als buiten het zorgstelsel?

1. Een nadere karakterisering van preventie

Preventie kan op verschillende manieren worden ingedeeld, onder meer naar doel, ziektestadium of doelgroep. De diverse indelingen zijn onderling nauw verweven.

Wat is het doel van preventie?
Preventie is in essentie het voorkómen van gezondheidsproblemen of verergering daarvan. In bredere zin omvat preventie het totaal aan maatregelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, om een bevolking zo gezond mogelijk te houden.

Preventieve maatregelen hebben als doel:

1. de bevolking te beschermen tegen blootstelling aan schadelijke omgevingsinvloeden (gezondheidsbescherming);
2. gezond gedrag te bevorderen (gezondheidsbevordering);
3. voorkómen van specifieke ziekten of hun complicaties (ziektepreventie).

In welk stadium van een ziekte kan preventie worden ingezet?
Zowel gezondheidsbescherming, bevordering als ziektepreventie kunnen in verschillende ziektestadia worden ingezet. Gezondheidsproblemen kunnen allereerst voorkómen worden door de *oorzaken* ervan tegen te gaan. Dit heet *primaire* preventie.

Primaire preventie kan door de bevolking te beschermen tegen schadelijke omgevingsinvloeden (gezondheidsbescherming), bijvoorbeeld door het bewaken van de water- en luchtkwaliteit, armoedebestrijding, en door infrastructurele maatregelen ten behoeve van het verkeer. Ook het stimuleren van gezond gedrag zoals voeding en beweging (gezondheidsbevordering) en vaccinaties (een vorm van ziektepreventie) gelden als primaire preventie.

Preventie wil zeggen het behouden van een goede gezondheid, of voorkomen dat gezondheidsproblemen ontstaan of verergeren.

Een tweede strategie om ziekten te voorkómen is een ziekte in een *vroeg stadium op te sporen*, nog voordat deze klachten geeft. Door middel van vroege behandeling wordt de ziekte bestreden, of verergering van de ziekte voorkomen. Dit heet *secundaire* preventie, ook wel screening of vroegopsporing genoemd.

Voorbeelden van secundaire preventie zijn bevolkingsonderzoeken voor borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker, net als vroegtijdige opsporing van diabetes. Overigens heeft de term secundaire preventie ook een tweede betekenis, gebruikt in klinische zorg, namelijk het voorkómen van een volgend event, zoals een myocardinfarct bij mensen die al een eerste infarct hebben gehad.

In de publieke gezondheidszorg wordt dit laatste aangeduid als *tertiaire* preventie, gedefinieerd als het *voorkómen of beperken van de gevolgen van een aandoening*. Die gevolgen kunnen zowel terugkeer als verergering van klachten, functionele beperkingen als verminderde participatie in maatschappelijke activiteiten betreffen. Ook in dit ziektestadium kan gezondheidsbevordering worden toegepast.

Het inzetten van een leefstijlprogramma bij mensen met diabetes mellitus type 2 is een voorbeeld hiervan. Dit duiden we tegenwoordig vaak aan met de term leefstijlgeneeskunde. Tertiaire preventie kan ook onderdeel zijn van de behandeling van mensen met een ziekte. Een voorbeeld is prehabilitatie, dat wil zeggen het inzetten van leefstijlinterventies ter optimale voorbereiding op een medische behandeling.

In welke sectoren wordt preventie in Nederland uitgevoerd?
Bovenstaande voorbeelden laten al zien dat preventie in Nederland in verschillende sectoren wordt uitgevoerd. Samenvattend gaat het om:

1. Publieke gezondheidszorg. Voorbeelden van preventieve voorzieningen in deze sector zijn de jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding en bevolkingsonderzoek naar een aantal kankers.
2. Curatieve gezondheidszorg. Voorbeelden van preventieve interventies die in de curatieve gezondheidszorg worden uitgevoerd zijn griepvaccinatie voor ouderen, cardiovasculair risicomanagement, en voedingsadvies bij patiënten met diabetes mellitus of andere chronische aandoeningen, en prehabilitatie.
3. Intersectoraal beleid, waarin bovengenoemde sectoren samenwerken met andere beleidsterreinen, zoals onderwijs, arbobeleid en sociale zekerheid. Voorbeelden van dergelijk intersectoraal beleid zijn wet- en regelgeving en infrastructurele maatregelen met betrekking tot verkeersveiligheid, invoering van suikertaks, maatregelen om kwaliteit van woningen te verbeteren, armoedebestrijding en educatieprogramma's op scholen over veilig vrijen.

Aan welke doelgroepen kan preventie worden aangeboden?
Er kunnen vier typen doelgroepen worden onderscheiden, die als het ware samen een preventiepiramide vormen:

1. *Gehele bevolking*. Dit is de basis van de piramide. Maatregelen gericht op de gehele bevolking worden ook wel universele preventie genoemd.
2. De tweede laag vormen *subgroepen in de bevolking* waarin een bepaald volksgezondheidsprobleem relatief vaak voorkomt. Afhankelijk van het gezondheidsprobleem gaat het dan bijvoorbeeld om jongeren, ouderen, vrouwen, mensen in lagere sociaal-economische posities, bewoners van bepaalde wijken, en groepen met een bepaalde migratieachtergrond. Maatregelen gericht op deze groepen worden ook wel selectieve preventie genoemd.
3. De derde laag bestaat uit *individuen die een verhoogd risico* op een bepaalde ziekte hebben. Wordt aan deze individuen preventie aangeboden, dan spreken we ook wel van geïndiceerde preventie. Denk bijvoorbeeld aan het aanbieden van een Gecombineerde Leefstijlinterventie aan mensen met obesitas; het aan gewicht gerelateerde risico op de ontwikkeling van een chronische ziekte is dan de 'indicatie'.
4. De punt van de piramide bestaat uit *individuen met een ziekte*, waarvan verergering kan worden voorkómen. Preventie aan deze doelgroep wordt ook wel zorg-gerelateerde preventie genoemd.

Figuur 1. De preventiepiramide

Bij de eerstgenoemde (onderste) twee lagen van de piramide spreken we van een *populatiebenadering* van preventie. Preventie wordt dan aan iedereen in die populatie aangeboden, ongeacht het individuele risico op een bepaald gezondheidsprobleem.

De populatiebenadering wordt bijvoorbeeld gevolgd bij bevolkingsonderzoek op kankers, of voorlichtingsprogramma's over gezonde voeding. Het begrip populatiebenadering dient niet verward te worden met de term 'populatiegerichte zorg'. Die laatste term wordt gebruikt voor een situatie waarbij onder meer vanuit de eerstelijnszorg 'zorg op maat' wordt ingericht op een afgebakende populatie of wijk met specifieke medische en sociale problematiek, waarbij bijvoorbeeld samenwerking wordt gezocht met tweedelijnszorg en het sociaal domein. Het programma 'Krachtige basiszorg' is een voorbeeld daarvan.

Bij de bovenste twee lagen wordt de doelgroep gedefinieerd in termen van *individuen* met een verhoogd risico. Dit heet een *hoogrisicobenadering* van preventie.

De hoogrisicobenadering wordt bijvoorbeeld gevolgd bij cardiovasculair risicomanagement in de huisartspraktijk, waarbij gedrags- of medicamenteuze interventies worden aangeboden aan patiënten die een verhoogd risico hebben om binnen 10 jaar hart- en vaatziekten te ontwikkelen. De hoogrisicobenadering vereist dus dat individuen met een verhoogd risico geïdentificeerd worden, voordat de preventieve interventie daadwerkelijk kan worden aangeboden. Een dergelijke identificatie is mogelijk in de curatieve zorg (bijv. huisartspraktijk), vandaar dat deze benadering vaker in de context van curatieve zorg wordt toegepast. De populatiebenadering wordt meestal in de setting van publieke gezondheidszorg uitgevoerd, al dan niet in samenwerking met andere beleidsterreinen.

2. Hoe kunnen de mogelijkheden van preventie beter benut worden? Enkele principes

Het voorafgaande laat zien dat preventie vele verschijningsvormen kent, op veel verschillende doelgroepen gericht kan zijn, en in veel verschillende sectoren wordt uitgevoerd, waar veel verschillende actoren een rol hebben in de uitvoering (artsen, gezondheidsbevorderaars, welzijnswerkers, zorgverzekeraars, gemeenten etc.). Gegeven de maatschappelijke ambitie om preventie te versterken, is de belangrijke vraag hoe preventie dan het beste kan worden ingezet. We formuleren hieronder acht principes die richting kunnen geven aan deze keuzen. Deze principes zijn gebaseerd op de uitkomsten van decennia van wetenschappelijk onderzoek op dit terrein. We leggen daarbij uiteraard bepaalde accenten. Deze zijn vooral ingegeven door waar we nieuwe kansen voor preventiebeleid zien, ten opzichte van de huidige praktijk in Nederland.

1 **Noodzaak van een programmatische en planmatige aanpak van preventie**
Kenmerkend voor primaire en secundaire preventie is dat er in het algemeen geen sprake is van een gearticuleerde vraag van een individuele burger of patiënt, zoals dat het geval is wanneer iemand gezondheidsklachten heeft en daarvoor een zorgverlener bezoekt. Het doel is immers gezondheidsproblemen te voorkomen die er nog niet zijn, of niet zichtbaar zijn. Bij afwezigheid van een vraag van degenen die er baat bij kunnen hebben, kan preventie alleen van de grond komen als het *collectief* geregisseerd wordt, op basis van een planmatige aanpak, die een langere termijn bestrijkt. Zo'n planmatige aanpak impliceert dat de behoefte aan en winst van preventie op het niveau van *een bevolking* (in plaats van een individuele patiënt) vastgesteld wordt, en dat de keuze voor maatregelen gebaseerd is op een analyse van determinanten van gedrag en van welke maatregelen het meeste effect (gezondheidswinst) opleveren.

2 **Verschillende typen preventie tegelijkertijd inzetten en in samenhang bekijken**
Welk type preventie geëigend is, kan per gezondheidsprobleem of doelgroep verschillen. Zo is primaire preventie, waarbij risicofactoren van ziekten worden verminderd of weggenomen, niet altijd mogelijk. Voor lang niet alle ziekten zijn immers risicofactoren bekend, of zijn risicofactoren eenvoudig veranderbaar. In die situatie kan vroege opsporing (secundaire preventie) van een ziekte gezondheidswinst opleveren. De hielprik en het bevolkingsonderzoek naar borstkanker zijn goede voorbeelden daarvan.

Vaak zijn meerdere typen preventie tegelijkertijd mogelijk. Bijvoorbeeld zowel wegnemen van oorzaken (bijv. tabaksontmoedigingsbeleid) als voorkomen van complicaties van ziekten (bijv. stoppen met roken ondersteunen bij patiënten met longaandoeningen). Om gezondheidswinst te maximaliseren is het belangrijk de kansen van alle vormen van preventie te benutten, onder andere omdat de effecten

van elk van die vormen zich op verschillende momenten in de tijd kunnen voordoen. Denk aan de langetermijneffecten van ontmoedigen van roken bij kinderen (bijv. door educatieprogramma's op scholen) versus de kortetermijnwinst van huidige patiënten laten stoppen met roken (preventie in de curatieve gezondheidszorg). Ook kunnen screenings programma's (secundaire preventie) als potentiële *teachable moments* een ingang bieden om bredere leefstijlverandering (primaire preventie) bespreekbaar te maken. Een ander argument om meerdere vormen van preventie in te zetten, in samenhang, is omdat verschillende vormen van preventie elkaar kunnen versterken. Zo zal een leefstijlinterventie voor patiënten met bijvoorbeeld diabetes mellitus (zorg-gerelateerde preventie) meer effect hebben als ook de omgeving waarin patiënten leven uitnodigt tot gezond gedrag, bijvoorbeeld doordat het aanbod van gezonde voeding toeneemt of goedkoper wordt (universele preventie).

3 Fysieke, economische en sociale omgeving vormen belangrijke aangrijpingspunten voor preventie

Onder druk van de groeiende stroom patiënten met een chronische aandoening (diabetes, hart- en vaatziekten, depressie, dementie, kanker etc.), ligt in het maatschappelijk debat over versterking van preventie veel nadruk op het bevorderen van gezondheid op mensen die al ziek zijn, of een verhoogd risico hebben.
Op langere termijn zullen deze interventies de voortdurende instroom van nieuwe patiënten echter niet doen verminderen. Om toekomstige instroom van patiënten duurzaam te verminderen, en dus als het ware de kraan dicht te draaien, is het nodig te voorkómen dat de bevolking blootgesteld wordt aan risicofactoren. Dit impliceert een versterking van primaire preventie, en dan met name gericht op de gehele bevolking (populatiebenadering of universele preventie).

De ziektelast in de bevolking wordt voor een groot deel door omgevingsfactoren verklaard. Het gaat daarbij om de fysieke omgeving (bijv. luchtverontreiniging, ingrediënten van voedingsmiddelen, of blootstelling aan gevaarlijke stoffen in het werk), economische omgeving (bijv. laag inkomen, de prijs van sigaretten, of belastingwetgeving), en sociale omgeving (bijv. culturele patronen, gedrag van rolmodellen, of sociale cohesie in een samenleving). Deze omgevingsfactoren zijn belangrijke aangrijpingspunten voor preventie, ook wanneer gezondheidsproblemen primair met gedrag, zoals roken of voeding, samenhangen. Gedrag wordt immers ook voor een belangrijk deel door de omgeving gevormd. Denk aan de voedselomgeving die voor een belangrijk deel ons voedingsgedrag bepaalt. Het verminderen van het ongezonde aanbod van voeding, via bijvoorbeeld een suikertaks, maar bijvoorbeeld ook via aanpassingen aan bestemmingsplannen of horecavergunningen, vraagt om oplossingen die veelal buiten de publieke of curatieve gezondheidzorg liggen. Relevante andere sectoren voor het realiseren van omgevingsveranderingen zijn economische zaken, onderwijs, volkshuisvesting, sociaal domein, klimaatbeleid, en stedelijke infrastructuur. Samenwerking met dergelijke sectoren, bijvoorbeeld door het creëren van juridische basis voor het beïnvloeden van omgevingsfactoren vanwege gezondheidsredenen, is daarmee een cruciaal onderdeel van effectieve preventie.

4 Optimaliseren van bereik van preventieve interventies onder patiënten met verhoogd risico op ziekte, of met een ziekte

De vormen van preventie in de top van de preventiepiramide, aan individuen met bepaalde ziekte, of een verhoogd risico op ziekten, bieden meer mogelijkheden dan anno 2022 benut worden. Zo wordt het aantal mensen dat in aanmerking komt voor de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI), die sinds enkele jaren uit het basispakket vergoed wordt voor mensen met obesitas of overgewicht in combinatie met cardiovasculaire risicofactoren, op 3,5 miljoen geschat. In 2021 was het aantal mensen dat in deze interventie instroomde een fractie daarvan, te weten 18.000, nog geen 2 per huisarts. Uitbreiding van het bereik van dergelijke interventies is dus een belangrijke strategie om tot vermindering van de ziektelast in de bevolking te komen. Ook zou in de curatieve zorg, vooral voor patiënten met een ziekte die samenhangt met leefstijl, een verandering van hun leefstijl veel vaker aan de orde gesteld kunnen worden, waarbij ook de uitgebreide ondersteuning op gebied van gedragsverandering aangeboden kan worden. Dit vereist overigens ook uitbreiding van het beschikbare budget, gezien de omvang van de groep patiënten die hier baat bij kan hebben. Zo kunnen bij toepassing van de GLI-interventie op alle volwassenen in de doelgroep de kosten tot 3,5 miljard oplopen.

5 De preventieparadox: verschil in gezondheidswinst voor een individu en een populatie

In lijn met het eerste principe wordt de gezondheidswinst die met preventie gerealiseerd kan worden primair afgelezen aan de winst op het niveau van een bevolking als geheel. Is de winst van een bepaalde maatregel op het niveau van de populatie groot, dan wil dat nog niet zeggen dat ook de winst voor een individu van diezelfde maatregel groot is. Integendeel, preventief gezondheidsbeleid dat het meest bijdraagt aan de gezondheid in de totale bevolking, geeft juist vaak op individueel maar een beperkte gezondheidswinst. Dit heet de preventieparadox. Deze werd beschreven door de Britse epidemioloog Geoffrey Rose in de jaren ‘80. Hij liet zien dat preventieve maatregelen bij een groot aantal mensen met een betrekkelijk klein risico uiteindelijk meer gezondheidswinst opleveren, dan preventie bij een klein aantal gevallen met een groot risico. Simpelweg omdat in het eerste geval het aantal mensen dat van de preventieve maatregel profiteert veel groter is.

Een voorbeeld ter illustratie: universele preventie op 17 miljoen Nederlanders, door bijvoorbeeld het invoeren van een suikertaks, levert voor elke Nederlander een hele kleine reductie van hun risico op overgewicht op. Maar, doordat het risico bij zo’n grote groep een klein beetje omlaag gaat, kan de totale gezondheidswinst uiteindelijk groter zijn dan de winst die behaald kan worden met een zorg-gerelateerde leefstijlinterventie die zich beperkt tot de 1,2 miljoen patiënten met diabetes in Nederland.

De acht principes voor preventie zijn vooral ingegeven door nieuwe kansen voor preventiebeleid ten opzichte van de huidige praktijk.

6 In alle fasen over de levensloop is preventie belangrijk

Preventie kan in alle fasen over de levensloop gezondheidswinst opleveren. Een analyse van het ontstaan van risicofactoren en ziekte zelf over de levensloop is belangrijk om te bepalen welke periode in het leven de meeste gezondheidswinst oplevert. Vaak wordt betoogd dat preventie zo vroeg mogelijk in het leven ingezet moet worden. Hoewel gezonde kinderen van groot belang zijn voor de volksgezondheid en ongezonde gewoonten vaak al kunnen ontstaan in de jeugd, mag daarmee niet over het hoofd worden gezien dat veel oorzaken van gezondheidsproblemen ook later in het leven ontstaan. Zo hadden lang niet alle volwassenen met overgewicht ook tijdens hun kinderjaren al overgewicht. Ook arbeidsomstandigheden zijn een voorbeeld van een factor die zich pas op latere leeftijd voordoet. Preventie is derhalve in alle levensfasen belangrijk.

7 Actieve betrokkenheid van doelgroep

Door de doelgroep van een bepaalde preventieve interventie bij de ontwikkeling en implementatie ervan te betrekken, kan de interventie uiteindelijk door een groter bereik en een grotere effectiviteit een grotere gezondheidswinst opleveren. Dit, omdat deze daardoor beter past bij de (regionale) context en setting en beter aansluit op de behoeften en wensen van de doelgroep. Zowel tijdens de interventie-ontwikkeling als tijdens het implementatieproces kan de doelgroep immers belemmerende en bevorderende factoren identificeren en bediscussiëren met de betrokken zorgverleners/onderzoekers. Hiertoe kunnen bijvoorbeeld afgevaardigden van patiëntenverenigingen of ervaringsdeskundigen betrokken worden. Een goed voorbeeld is het betrekken van ervaringsdeskundigen op het gebied van armoede en sociale uitsluiting. Zij hebben expertise in het verwoorden van de leef- en beleefwereld van mensen die in armoede leven en zij zorgen voor een brug tussen de systeemwereld (bijv. de zorgverleners die een interventie willen ontwikkelen/implementeren) en de leefwereld (de doelgroep).

8 Concrete doelen voor preventie

Verschillende adviesorganen (WRR, RVS) hebben erop gewezen dat preventie een hoge mate van vrijblijvendheid geniet. Een van de redenen hiervoor is dat de doelstellingen voor preventie niet altijd even duidelijk zijn als voor bijvoorbeeld de curatieve zorg, waar een zorgplicht geldt. Het ligt daarom in de rede om ook voor preventie meer concrete doelen te stellen waarop gestuurd kan worden. Het Nationale Preventie Akkoord geeft hier ook een aanzet toe, met een aantal kwantitatieve doelstellingen voor de ontwikkeling van, onder andere, roken en overgewicht. Het stellen van kwantitatieve doelen sluit ook aan bij het missiegedreven innovatiebeleid van de top-sector Life Science and Health, waarvoor doelstellingen gelden als het verhogen van het aantal gezonde levensjaren en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Zouden dergelijke kwantitatieve doelen voor preventiebeleid gesteld worden, met een vergelijkbaar politiek gewicht als bijvoorbeeld de klimaatdoelen, dan kan dat ertoe bijdragen dat preventie minder vrijblijvend wordt. Zaak is dan ook om de kwantitatieve doelen op valide wijze te monitoren, op het aggregatieniveau dat daarbij hoort (wijk, gemeente, regio, nationaal) en dit inzichtelijk te maken voor de diverse stakeholders, inclusief burgers.

3. Sturen in complexiteit van praktijk van preventie

De hierboven beschreven principes van preventie geven wellicht de indruk dat de implementatie van preventie eenduidig en overzichtelijk is. Niet is minder waar. Zo blijkt het in de praktijk vaak lastig om politieke prioriteit voor primaire preventie te krijgen, bijvoorbeeld omdat de effecten ervan zich vaak pas op lange termijn voordoen, en degenen die van de preventieve maatregelen profiteren niet aan te wijzen zijn (zogeheten '*silent victories*'). Ook blijkt intersectorale samenwerking complex, zijn preventieve interventies vaak niet goed geborgd in bestaande structuren, en is het bereik ervan vaak suboptimaal. Bovendien kunnen conflicten ontstaan tussen preventieve maatregelen enerzijds, en ideologische principes van keuzevrijheid anders, zoals ook tijdens de COVID-19 pandemie regelmatig is gebleken.

Hoe kunnen, gegeven die complexiteit, de mogelijkheden die preventie biedt desondanks beter benut worden? De sleutel tot succes op lange termijn lijkt vooral gelegen in een langjarige programmatische aanpak, waarbij regie gevoerd wordt op de ontwikkeling en het aanbod en bereik van preventieve maatregelen. Enerzijds inhoudelijk, door de doelgroep die baat heeft bij preventie te identificeren en voor hen de juiste maatregelen in te zetten, en anderzijds organisatorisch, door de maatregelen die nodig zijn te regisseren (inclusief wettelijke verankering, financiering en monitoring). De verschillende typen preventie dienen daarbij in onderlinge samenhang geïmplementeerd te worden, zodat synergie bereikt kan worden. Wetenschappelijke onderzoek naar de voorwaarden voor een succesvolle implementatie en borging van maatregelen kan dit proces ondersteunen, zoals ook in de aanbevelingen van het 'kennisplatform Preventie' uitgewerkt.

In de praktijk blijkt het vaak lastig om politieke prioriteit voor primaire preventie te krijgen. Bijvoorbeeld omdat de effecten zich vaak pas op de lange termijn voordoen.

Bronnen

1. Gezondheidsraad. Advies Betekenis van exposoomonderzoek voor beleid. Den Haag 2022 www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2022/02/09/betekenis-van-exposoomonderzoek-voor-beleid
2. Gezondheidsbevordering: een planmatige aanpak | Loketgezondleven.nl
3. Kennisagenda Kennisplatform Preventie - www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/kennisagenda-preventie-aanbevelingen-voor-gezonde-leefstijl/
4. NFU doet drie voorstellen voor effectiever preventiebeleid. www.nfu.nl/actueel/nfu-doet-drie-voorstellen-voor-effectiever-preventiebeleid
5. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Den Haag 2020
6. Stronks K, Burdorf A (red). Leerboek Volksgezondheid en gezondheidszorg. 9e, geheel herziene druk. Houten: BSL 2021
7. RIVM. Monitor Gecombineerde LeefstijlInterventie (GLI monitor). Bilthoven 2021
8. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Den Haag 2018
9. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag 2021

Colofon

NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

Redactie
Wetenschappelijke NFU-commissie Preventie NFU

Prof. dr. K. (Karien) Stronks, Amsterdam UMC, voorzitter
Prof. dr. A. (Lex) Burdorf, Erasmus MC
Dr. F.J.M. (Famke) Mölenberg, Erasmus MC
Prof. dr. J.C. (Jessica) Kiefte, LUMC
Prof. dr. S. (Stef) Kremers, MUMC+
Prof. dr. W.J.J. (Pim) Assendelft, Radboudumc
Prof. dr. J.O. (Jochen) Mierau, UMCG
Dr. L.L. (Lilian) Peters, UMCG
Prof. dr. N.J. (Niek) de Wit, UMC Utrecht
Drs. G.L. (Lilian) van der Ven, UMC Utrecht
Dr. D.B. (Dov) Ballak, NFU

De NFU paper Preventie is tot stand gekomen op verzoek van de Dedicated Group Preventie van de NFU

Dr. B.E. (Bertine) Lahuis, Radboudumc, voorzitter NFU
Prof. dr. K. (Karien) Stronks, Amsterdam UMC
Drs. G.H. (Gabriel) Zwart RC MAC, MUMC+
Prof. dr. A.W. (Arno) Hoes, UMC Utrecht

nfu@nfu.nl
www.nfu.nl

Vormgeving
Terralemon, Amsterdam

juni 2022
NFU - 22.01619