

NATIONAAL ACTIEPROGRAMMA DIABETES

Contour van inhoud en organisatie
(2009 – 2013)

Nederlandse Diabetes Federatie - Amersfoort, 30 mei 2008

1 Inleiding

In ons land zijn er 600.000 mensen met diabetes. Naar schatting nog eens 250.000 mensen hebben deze chronische aandoening zonder het zelf te weten. Wereldwijd is er sprake van een groeiende diabetesproblematiek. Het probleem neemt ook in ons land in omvang toe. Jaarlijks komen er 70.000 nieuwe patiënten bij en de ziekte ontstaat op steeds jongere leeftijd. Diabetes gaat gepaard met een zeer hoge zorglast en heeft vergaande gevolgen voor individu en maatschappij.

Daarom is diabetes één van de prioritaire chronische ziekten in het (preventie)beleid van de minister van VWS. In de Preventienota (oktober 2006) wordt de ambitie uitgesproken dat in 2025 het aantal mensen met diabetes met niet meer dan 15% is gestegen en dat tenminste 65% van de mensen met diabetes dan geen complicaties heeft.

Het realiseren van deze ambitie vergt een landelijke en integrale aanpak. Daarom is de minister voornemens een Nationaal Actieprogramma Diabetes op te stellen dat uitgaat van een integrale aanpak van preventie en zorg in de volle breedte van het veld. De looptijd wordt voorlopig bepaald op de jaren 2009 tot 2013. Het actieprogramma zal in opdracht van de minister van VWS worden uitgevoerd onder coördinatie van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).

De voorliggende notitie schetst de contour van de inhoud en de organisatie van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD). Daarmee worden de kaders aangegeven voor een nadere uitwerking tot een complete planbeschrijving. Deze nadere uitwerking vindt plaats gedurende de tweede helft van 2008, aangeduid als ontwerpfase. De NDF is door het ministerie van VWS verzocht een voorstel te formuleren voor de inrichting van de ontwerpfase, met de kaders van deze contournota als uitgangspunt en randvoorwaarden. Beoogd wordt dat een complete en door de minister van VWS geaccordeerde beschrijving van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) in november 2008 beschikbaar is.

2 Doelstelling van het Nationaal Actieprogramma Diabetes

Het kabinet heeft in de Preventienota hoge ambities gesteld om diabetes en de gevolgen daarvan te beteugelen. Voor het jaar 2025 moet er een sterke vermindering zijn gerealiseerd van (i) de toename van het aantal mensen met diabetes en (ii) het aantal mensen met diabetes gerelateerde complicaties.¹ Uiteraard moet dit een betere kwaliteit van leven opleveren voor mensen met diabetes en een reductie van maatschappelijke lasten.

Het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD, 2009-2013) heeft ten doel te bevorderen dat op landelijk niveau de omstandigheden, condities en instrumenten beschikbaar komen die vereist zijn voor het realiseren van de ambities die de Preventienota stelt ten aanzien van diabetes. Deze omstandigheden, condities en instrumenten betreffen in het algemeen organisatiestructuren, uitvoeringsprogramma's, infrastructurele voorzieningen, bekostiging van activiteiten gericht op preventie en goede zorgverlening, en wet- en regelgeving.

Zorgstandaard is leidend

De breed gedragen visie van zowel overheid als veld is dat – bij chronische ziekten en dus bij diabetes – de zorgstandaard in alle opzichten leidend is. De zorgstandaard berust op consensus van de betrokken beroepsgroepen, is vastgesteld door het daartoe geëigende forum, en beschrijft waaraan goede zorg voor een specifieke aandoening – in dit geval: diabetes – minimaal moet voldoen. De zorgstandaard beschrijft dus de inhoud van de zorg waarop de patiënt moet kunnen rekenen.

Zo is de zorgstandaard de basis van een multidisciplinair georganiseerde zorgverleningstructuur, de basis voor een programmatische aanpak, en dus ook de basis voor de bijbehorende infrastructuur en bekostigingssystematiek.

Diabetes is op dit moment nog de enige chronische aandoening waarvoor een zorgstandaard beschikbaar is: de NDF Zorgstandaard. Deze is recent, namelijk in 2007, geactualiseerd. De NDF Zorgstandaard beschrijft de zorg voor mensen met diabetes type 2. Hij is dus weliswaar actueel, maar nog niet compleet, want de zorg voor mensen met diabetes type 1 en de beschrijving van preventie moeten nog worden toegevoegd.

Het voorgaande betekent dat de voornaamste doelstelling van het NAD is te bewerkstelligen dat een diabetes-zorgstandaard beschikbaar komt die niet alleen goede zorg beschrijft (diabetes type 1 en type 2) maar ook de preventie van diabetes, en dat deze complete zorgstandaard breed in alle geledingen van het zorgverleningsveld in de praktijk wordt toegepast.

Om deze doelstelling te realiseren moet een groot aantal vernieuwingen worden doorgevoerd en moeten belemmeringen worden geïdentificeerd en opgeruimd. Belemmeringen kunnen bestaan in bepaalde tradities en structuren en in wet- en regelgeving.

De nadere invulling van het actieprogramma is dus pragmatisch gericht op het realiseren van de omstandigheden, condities en instrumenten die vereist zijn om de ambities van de Preventienota binnen bereik te brengen, en – omgekeerd – op het slechten van de belemmeringen die deze ontwikkeling in de weg staan.

¹ Deze ambities worden door het RIVM nog nader uitgewerkt (voorzien medio 2008) in SMART geformuleerde doelen die realistisch en meetbaar zijn. Het gaat daarbij om doelen op lange termijn.

Verbreiding naar andere chronische ziekten

Het Nationaal Actieprogramma Diabetes heeft – naast de hierboven genoemde doelstellingen – ook ten doel ervaring te ontwikkelen en inzichten te verwerven die ook voor andere belangrijke chronische ziekten toepasbaar kunnen zijn.

Dwarsverbanden moeten worden gezocht en herkend. Dat geldt met name voor de zorgstandaarden en voor daarvan afgeleide functies zoals de keten-DBC en de organisatie van ketenzorg in zorggroepen. Met bewaking van de voordelen van de ziektespecifieke elementen moet verbreding tussen chronische ziekten onderling worden nagestreefd: 'van specifiek naar generiek'.

3 Contour van de inhoud van het Nationaal Actieprogramma Diabetes

Vorbereiding en beschikbare informatie

NDF: quick scan

Ter voorbereiding op het actieprogramma heeft de NDF een inventariserende quick scan laten uitvoeren rond vijf thema's: ketenzorg, primaire preventie/vroegtijdige onderkenning, preventie in de zorg, regie patiënt en informatievoorziening. Doel hiervan was om vanuit het veld te formuleren wat nodig wordt geacht om de gestelde ambities te bereiken².

Werkconferentie VWS en NDF (30 januari 2008)

De resultaten van de quick scan vormden een belangrijke input voor de werkconferentie die op 30 januari jl. op initiatief van VWS en de NDF heeft plaatsgevonden. Doel hiervan was om samen met vertegenwoordigers uit het veld een voorstel uit te werken voor de inhoud van het NAD³.

RIVM

Gelijktijdig voert het RIVM een inventarisatie uit en analyseert daarbij ook de impact van verschillende interventies op de prevalentie van diabetes. De rapportage daarvan wordt mei 2008 verwacht⁴. Het RIVM heeft op basis van zijn eerste bevindingen aangegeven dat de conclusies en aanbevelingen in grote lijnen overeenkomen met de resultaten van de quick scan.

NDF Beleidsplan 2006-2010

Naast de voorbereidende inventarisaties van verwachtingen, behoeften en ervaren knelpunten beschikken we ook over het NDF Beleidsplan 2006-2010 'Gezonde kijk op diabetes', dat duidelijke doelen stelt op de terreinen preventie, zorg en kennis. Het beleidsplan weerspiegelt de gezamenlijke visie van de lidorganisaties van de federatie. Zij representeren samen het complete diabetesveld.

Deze voorbereidingen bieden samen een forse hoeveelheid relevante informatie. Die informatie vormt een goed uitgangspunt voor het ontwerp van de inhoud van het actieprogramma.

Ontwerp op hoofdlijnen

Preventie en goede zorg moeten hand in hand gaan in de volle breedte van het veld. Een programmatische aanpak is daarbij onmisbaar, en de diabetes-zorgstandaard is de basis voor een programmatische aanpak.

Het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) kiest nadrukkelijk voor een programmatische aanpak. In het NAD worden de lopende activiteiten in het veld die bijdragen aan de realisering van de doelstellingen in samenhang verbonden en verder uitgebouwd. Ook zullen nieuwe activiteiten worden gestart om relevante probleemstellingen aan te vatten die nu nog onvoldoende aandacht krijgen. De activiteiten hebben betrekking op de gehele bevolking: zowel het algemeen publiek van alle leeftijden, alle hoogrisicogroepen en alle mensen met diabetes; zowel diabetes type 1 als diabetes type 2. Daarnaast richt het plan zich op professionals uit zowel de nulde, eerste én tweede lijn.

² A. Quick Scan rond de thema's primaire preventie/vroegtijdige onderkenning & preventie in de zorg. Elles Janssen en Inge de Weerd. ResCon, Haarlem, 2008. B. Quickskan rond thema's ketenzorg, regie van de patiënt en ICT. N. Hellinga en S. ter Hennepe. De Praktijk, Doesburg, 2008.

³ Verslag Invitational Werkconferentie Nationaal Actieprogramma Diabetes. Een initiatief van VWS en NDF, 30 januari 2008, Mariënhof, te Amersfoort, NDF, Amersfoort, 2008

⁴ RIVM: Diabetesinterventies in kaart (rapport verwacht juni 2008)

Het actieprogramma zal zich integraal richten op preventie en goede zorg. Daarbij wordt de CVZ-benadering aangehouden, waarin preventie wordt verdeeld in vier gebieden: universele preventie, selectieve preventie (beide collectief gericht), geïndiceerde preventie en zorggerichte preventie (beide individueel gericht).⁵

Met dit uitgangspunt wordt de volgende opbouw van het NAD gekozen.

Het plan bestrijkt vier aandachtsvelden:

(A) universele preventie; (B) selectieve preventie; (C) geïndiceerde preventie; en (D) zorggerichte preventie.

Daarbij richt het actieprogramma zich op acht thema's, die elk op één of meer aandachtsvelden zijn gericht.

Elk thema zal in de ontwerpfase worden uitgewerkt in programma's.

Binnen programma's kunnen projecten worden uitgevoerd.

Hieronder worden de thema's opgesomd met een aanduiding van mogelijkheden voor programmatische invulling. Samen omvatten de thema's nagenoeg alle aspecten van de voorliggende problematiek. Daarmee wordt niet beoogd dat alle thema's elk volledig in een dekkend aantal programma's moeten worden uitgewerkt en dat al die programma's met projecten tegelijk moeten gaan draaien. Integendeel, er is alle reden een stapsgewijze benadering te kiezen, een incrementeel traject, met een tijdsvolgordelijke prioritering. Wel wordt met deze volledigheid beoogd een compleet overzicht te bieden van de onderscheiden componenten waaruit het NAD als model is opgebouwd. Dat overzicht is waardevol en in feite onmisbaar om de samenhang tussen de onderscheiden activiteiten te bewaken en te bevorderen, en om bij de nadere uitwerking in de ontwerpfase gewogen keuzen te kunnen maken.

Nadrukkelijk wordt vermeld dat de thema's (zowel qua titel als qua aantal) nog kunnen worden aangepast tijdens de ontwerpfase.

- Thema 1: *Zorgstandaard en ketenzorg*
Kan onder meer omvatten:
de completering van de NDF Zorgstandaard en de toepassing daarvan in ketenzorg, elektronisch patiëntendossier (epd).
- Thema 2: *Positie van de cliënt/patiënt*
Kan onder meer omvatten:
educatie, zelfmanagement, de patiënt als onderhandelaar, benadering doelgroepen.
- Thema 3: *Voorlichting en leefstijlinterventie*
Kan onder meer omvatten:
voorlichting, kinderen en adolescenten met overgewicht, leefstijlinterventies.
- Thema 4: *Financiering, bekostigingssystematiek, wet- en regelgeving*
Kan onder meer omvatten:
preventie in verzekerde zorg, belemmerende wet- en regelgeving
- Thema 5: *Scholing en kennis*
Kan onder meer omvatten:
deskundigheidsbevordering zorgverleners, kennisbevordering en -distributie
- Thema 6: *Kwaliteit en veiligheid*
Kan onder meer omvatten:
indicatoren en certificering, centrale datafaciliteit, communicatie tussen zorggroepen

⁵ Zie [bijlage B](#) voor een omschrijving van het begrip preventie.

Thema 7: *Onderzoek (evaluatie, toetsing en evidence)*

Kan onder meer omvatten:

evaluatie van programma's en interventies

Thema 8: *Diabetes en chronische ziekten: van specifiek naar generiek*

Kan onder meer omvatten:

verbreding van bevindingen en resultaten bij diabetes naar andere chronische ziekten,
dwarsverbanden (partiële integratie) van zorgstandaarden en afgeleide producten

In bijlage A wordt de opbouw van het plan schematisch weergegeven.

4 Contour van de organisatie van het Nationaal Actieprogramma Diabetes

Incrementeel van aard

Hierboven is al vermeld dat het NAD in opzet incrementeel van aard is.

Het incrementele karakter van het actieprogramma betekent dat niet alle thema's direct uitputtend met programma's hoeven te worden ingevuld, en dat ook niet voor alle thema's direct programma's ontworpen hoeven worden. Het actieprogramma kan dus van start gaan met een bescheiden aantal programma's. Gaandeweg kan het aantal programma's worden uitgebreid, waarmee de thema's succesievelijk zullen worden ingevuld.

Tegen deze achtergrond zijn de thema's zo gekozen dat zij samen de voorliggende problematiek zo veel mogelijk compleet omvatten. Daarmee wordt het overzicht bevorderd en dus de mogelijkheid om samenhang tussen de onderscheiden activiteiten (programma's) te waarborgen.

Status en algemene opzet van het NAD

Het ministerie van VWS is opdrachtgever van het actieprogramma, in de persoon van de penvoerder van het departement, te weten de directeur PG.

De NDF is opdrachtnemer. De federatie is de koepelorganisatie van negen lidorganisaties en is daarmee het platform van patiënten, behandelaars en wetenschappers. Voorts zijn in de NDF andere partijen vertegenwoordigd, als buitengewone leden en bedrijfsleden en is in het kader van de campagne 'Kijk op Diabetes' (gericht op hoog risicogroepen) de afgelopen periode een breed en constructief samenwerkend netwerk ontstaan met organisaties op het vlak van preventie.

Het NDF bestuur zal een Stuurgroep instellen van beperkte omvang (zie verderop) die een vergaand mandaat krijgt om namens de federatie het actieprogramma aan te sturen en in die taak slagvaardig te kunnen optreden. Het NDF bestuur behoudt de eindverantwoordelijkheid.

Het actieprogramma wordt mede uitgevoerd door ZonMw, in die zin dat aan diabetes gerelateerde lopende en voorgenomen ZonMw-programma's als onderdeel van het actieprogramma kunnen worden aangemerkt.

Het is dan ook zeer gewenst dat vanuit ZonMw wordt geparticipeerd zowel op bestuurlijk (Stuurgroep, zie verderop) als operationeel (Projectgroep, zie verderop) niveau. Een intensieve relatie tussen ZonMw en het NAD is van groot belang om de afstemming en de samenhang tussen alle activiteiten te bewaken en te bevorderen.

Het RIVM zal een belangrijke rol spelen bij de evaluatie van programma's en projecten. Daar zal sprake zijn van een opdrachtgever-opdrachtnemer relatie tussen het NAD en het RIVM.

Het ministerie van VWS ontvangt naar verwachting in november 2008 een uitgewerkt voorstel met ontwerp van de opbouw, inrichting, uitvoering en bekostiging van het NAD. Dit voorstel wordt gemaakt in de ontwerpfasen. Op basis van dit voorstel kan het departement het NAD vaststellen, de looptijd en de wijze van uitvoering.

Waar de NDF verantwoordelijk is voor de coördinatie en uitvoering, heeft het ministerie een faciliterende taak en is het verantwoordelijk voor de randvoorwaarden (zoals eventuele aanpassing van wet- en/of regelgeving).

Het NAD wordt georganiseerd in een model met een Stuurgroep, een ondersteunende Projectgroep, een Begeleidingscommissie en een Klankbordgroep.

Stuurgroep

De stuurgroep zal omwille van haar sturing op hoofdlijnen en slagvaardigheid van relatief beperkte omvang zijn. Deze wordt, onder leiding van de NDF voorzitter, samengesteld uit deelnemers vanuit de kring van de zorgvragers, zorgverleners en zorgverzekeraars. Aan VWS zal verzocht worden een waarnemer naar de stuurgroep af te vaardigen.

De relatie tussen de stuurgroep en het NDF-bestuur moet duidelijk worden vastgelegd.

In beginsel zal de stuurgroep een mandaat van het NDF-bestuur krijgen om het actieprogramma aan te sturen binnen de kaders die op voorstel van de NDF door VWS zijn bepaald.

De stuurgroep zal regelmatig (bijvoorbeeld twee maal per jaar) rapporteren aan het NDF-bestuur, dat de eindverantwoordelijkheid draagt.

Projectgroep

Ten behoeve van het NAD en ter ondersteuning van de bijbehorende programma's wordt een projectgroep (projectbureau) ingesteld onder coördinatie van een actieprogrammaleider. De projectgroep is organisatorisch ondergebracht bij het NDF bureau. Tot de taken van de projectgroep behoren PR & communicatie en internationale oriëntatie, juridische aspecten en kennis(verspreiding) alsmede het organiseren van (werk)conferenties vanuit het plan. Ook de ondersteuning van bepaalde programma's of projecten kan tot de taken van de projectgroep worden gerekend.

Begeleidingscommissie

Er is een begeleidingscommissie onder voorzitterschap van de directeur PG. De samenstelling toont overeenstemming met de samenstelling van de huidige ProDia-groep. De trekkers van de stuurgroep en de klankbordgroep zullen deel uitmaken van de begeleidingscommissie.

Deze begeleidingscommissie zal de afstemming tussen ministerie en het veld bevorderen. Bovendien kan VWS met deze begeleidingscommissie als faciliterende opdrachtgever op enige afstand de vinger aan de pols houden.

Klankbordgroep

Het NAD wordt gevolgd door een klankbordgroep van inhoudelijke experts ('boegbeelden') uit de wetenschap, patiëntenachterban en relevante beleidsgebieden. De voorzitter ervan neemt q.q. deel aan de bijeenkomsten van de stuurgroep, waarmee de importantie van een kundige en onafhankelijke klankbordgroep tot uitdrukking komt.

Financiering

Het NAD zal zijn opgebouwd uit lopende en nieuwe activiteiten.

De lopende activiteiten zijn doorgaans al gefinancierd.

Nieuwe activiteiten zijn soms gefinancierd (door bijvoorbeeld ZonMw, Diabetes Fonds, bedrijfsleven, etcetera) en soms – nog – niet.

Het ministerie van VWS zal middelen reserveren voor de uitvoering van het NAD en daarmee investeren in de realisering van de beoogde doelstellingen. Financiële middelen zullen deels direct aan het NAD worden besteed en deels via programma's bij ZonMw en het RIVM.

Overige mogelijke financieringsbronnen zijn organisaties als Fonds PGO, Diabetes Fonds, Innovatiefonds Zorgverzekeraars en bedrijfsleven.

Organisatie (draagvlak, inbedding en communicatie)

Van essentieel belang is dat het NAD straks breed draagvlak heeft en dat het is ingebed in de reguliere structuur en bij partijen met bestaande taken rondom preventie en zorg inzake diabetes. Zo zal de uitvoering van programma's binnen de acht thema's straks georganiseerd moeten worden. Programma's en/of programmaonderdelen (projecten) zullen worden ontworpen en uitgevoerd door c.q. onder verantwoordelijkheid van lidorganisaties van de NDF of organisaties/instanties daarbuiten. Programmavoorstellen worden bij de stuurgroep ingediend op uitnodiging (van de stuurgroep) of op eigen initiatief van de indienende groepering. Een zekere top-down benadering ligt voor de hand. Goedkeuring wordt verleend door de stuurgroep, die zich daartoe door experts laat adviseren, bijvoorbeeld door (leden van) de Klankbordgroep. Na goedkeuring is de indienende groepering/instantie verantwoordelijk voor de uitvoering van het programma of project. De stuurgroep ontvangt voortgangs- en eindrapportages ter beoordeling.

Communicatie is van meet af aan een belangrijk aspect in de projectorganisatie.

Het gaat daarbij om communicatie naar het veld en naar de betrokken instanties over opzet en inhoud van het actieprogramma en de programma's. Over de voortgang moet ook goed en breed worden gecommuniceerd. De communicatie moet toegankelijk en inzichtelijk zijn voor de beoogde doelgroepen.

Het ligt voor de hand dat ter bevordering van de communicatie een website wordt geopend, bijvoorbeeld 'www.diabetesactieprogramma.nl'.

5 Tijdpad Nationaal Actieprogramma Diabetes

Aan de start van het Nationaal Actieprogramma Diabetes gaat een ontwerpfase vooraf in de tweede helft van 2008. In die periode vindt de nadere uitwerking plaats tot een complete planbeschrijving. Deze contour-nota biedt daartoe het kader. Op verzoek van het ministerie van VWS wordt door de NDF een voorstel ingediend voor de inrichting van de ontwerpfase, met de kaders van deze contournota als uitgangspunt en randvoorwaarden.

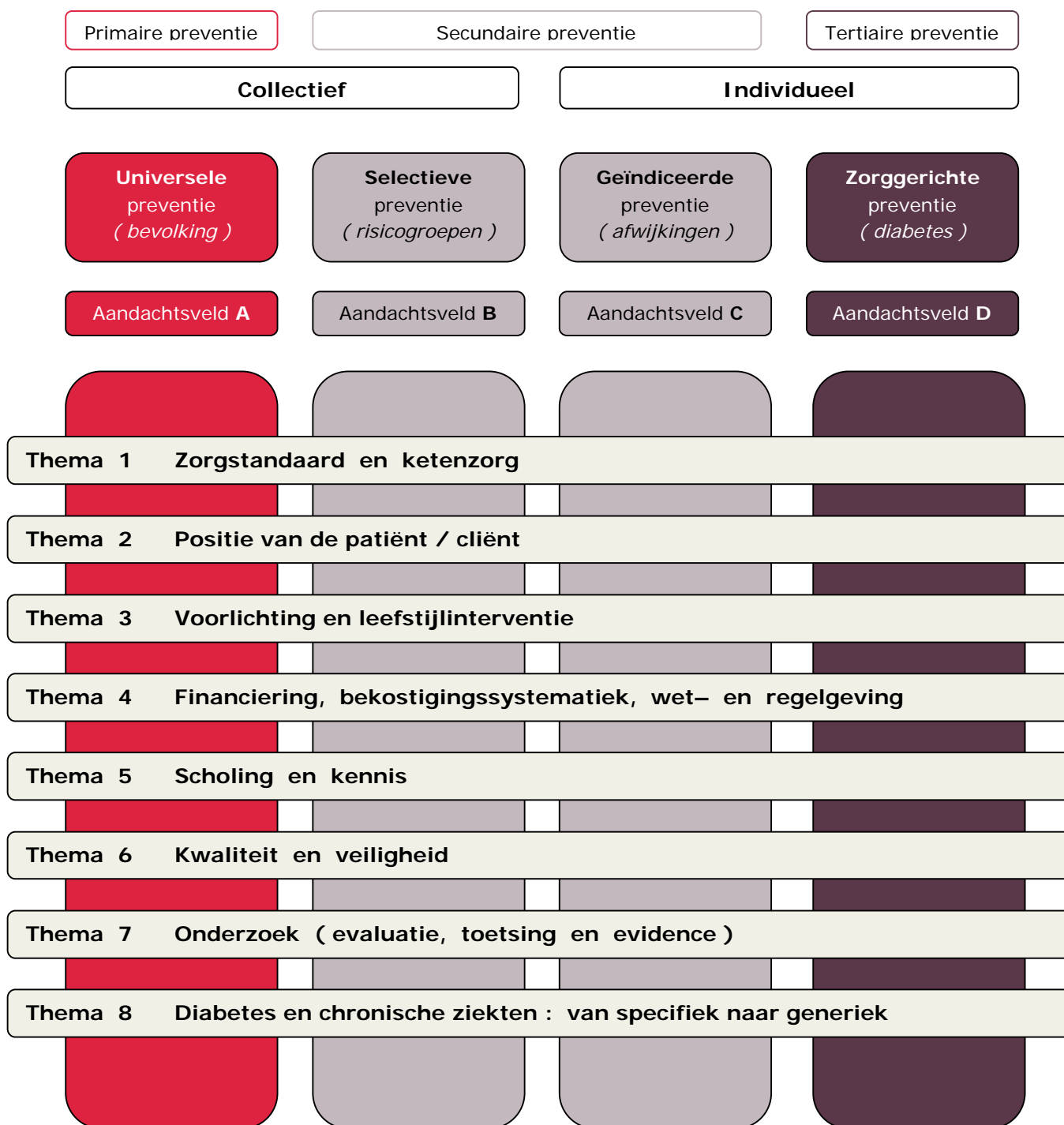
Beoogd wordt dat een complete en door de minister van VWS geaccordeerde beschrijving van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) in november 2008 beschikbaar is.

De minister kan dan het Nationaal Actieprogramma Diabetes in november of december 2008 bij de Tweede Kamer aankondigen voor een periode tot tenminste voorjaar 2013.

Het NAD kan dan begin 2009 van start gaan.

Begin 2012 vindt een tussentijdse evaluatie plaats en wordt bezien of, en zo ja: in welke vorm, het programma verlenging behoeft.

Bijlage A: Schema Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD)



Bijlage B: Definiëring van preventie⁶

Historisch is de driedeling primaire-, secundaire- en tertiaire preventie gegroeid. Deze driedeling sluit aan bij de verschillende fasen in het individuele ziekteproces.

- Primaire preventie met als doel om een ziekte te voorkómen door het wegnemen van de oorzaken;
- Secundaire preventie met als doel ziekten in een vroegtijdig stadium op te sporen, daardoor eerder met de behandeling te starten met als doel genezing te bewerkstelligen danwel verergering te voorkómen;
- Tertiaire preventie met als doel zorg te verlenen die er op gericht is tekorten in de gezondheidstoestand en/of zelfredzaamheid van individuen op te heffen en/of te reduceren en/of te compenseren.

Nieuwe gezondheidskennis en vormen van ketenzorg maken dat de voorgaande begrippen bij individuen met een hoogrisico, niet meer goed zijn te onderscheiden en daarmee niet goed hanteerbaar zijn. De scheidslijnen tussen preventie en curatie en tussen preventie en care zijn onduidelijker geworden.

Binnen de publieke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg is in de afgelopen jaren een ander begrippenkader ontwikkeld. Het betreft het onderscheid naar collectieve preventie, bestaande uit universele preventie en selectieve preventie en de individuele preventie, onderscheiden naar geïndiceerde preventie en zorggerichte preventie (ook wel zorggerelateerde preventie).

Het gaat om de volgende onderscheiden vormen van preventie:

1. Universele preventie ligt dicht bij de gezondheidsbevordering, richt zich op de algemene bevolking en heeft tot doel om de gedragsgerelateerde gezondheid van de bevolking te bevorderen;
2. Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking en heeft tot doel om de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen, onder andere door het uitvoeren van specifieke lokale en regionale preventieprogramma's;
3. Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die misschien nog geen manifest gediagnosticeerde ziekte of stoornis hebben, maar wel symptomen en/of lijden aan gezondheidsklachten en heeft tot doel de keten van preventie en curatie zodanig in te richten dat gezondheidsschade maximaal wordt voorkomen door een interventie;
4. De zorggerelateerde preventie richt zich op mensen met een of meerdere manifeste gezondheidsproblemen en heeft tot doel om het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, reductie van ziektelast en het voorkomen van 'erger'.

Grofweg kan men stellen dat de twee eerste vormen van preventie overeenkomen met primaire preventie, geïndiceerde preventie kenmerken heeft van primaire én secundaire preventie en dat zorggerelateerde preventie een vorm is van tertiaire preventie.

⁶ Bron: CVZ rapport 'Van preventie verzekerd', 16 juli 2007