

Vergaderjaar 2024–2025

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 824

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 april 2025

Met deze brief bied ik u, mede namens de Staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg, de mid-term review (hierna MTR) aan van het Gezond en Actief Leven Akkoord (hierna GALA). Het GALA is een bestuurlijk akkoord en bevat doelen en afspraken op het gebied van preventie, gezondheid en een sociale basis. Dit akkoord is in februari 2023 getekend door de bestuurders van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), GGD GHOR Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van VWS.

De ambitie van het akkoord is te bouwen aan een gerichte lokale en regionale aanpak op preventie, gezondheid en een sociale basis. De «beweging van zorg naar de gezondheid en welzijn» vormt hierin een rode draad. Zodat mensen zo lang mogelijk gezond en zelfredzaam zijn, een gezondheidsprobleem niet altijd met medische zorg wordt beantwoord en (waar mogelijk) gespecialiseerdere zorg wordt vervangen door lichtere zorg of ondersteuning. De inzet op gezondheid, preventie en een stevige sociale basis is hierin essentieel.

Eén van de afspraken uit het GALA is om na circa 1,5 jaar een mid-term review uit te voeren en daarmee te reflecteren op de voortgang en te bepalen of er aanvullende afspraken nodig zijn. Met deze brief informeer ik uw Kamer over deze MTR en de vervolgstappen.

Met de bijgevoegde MTR, die de ondertekenaars van het GALA gezamenlijk hebben opgesteld, wordt invulling gegeven aan deze afspraak. De MTR is gebaseerd op 4 documenten.¹ De voortgangsrapportage van het RIVM vormt de belangrijkste basis voor de MTR. Deze is

¹ GALA in de gemeentelijke plannen. Een eerste blik op de plannen van aanpak voor de Brede SPUK-regeling | RIVM, GALA-monitor RIVM, Eindrapport VNG-onderzoek uitvoerbaarheid GALA, NZa Informatiekaart Regioplannen.

op 10 december 2024 gepubliceerd en diezelfde dag ook aan uw Kamer aangeboden.²

In de MTR geven de ondertekenaars een reflectie op de stand van zaken. Daarnaast geven de ondertekenaars aan op welke onderwerpen zij de komende jaren verder in willen zetten. De uitkomsten geven mede richting aan het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord dat momenteel in voorbereiding is.

Inhoud van deze brief

Ik wil in deze brief, om te beginnen, kort de doelen en de beoogde beweging van het GALA terughalen. Daarna ga ik in op het algemeen beeld van de MTR en de onderwerpen waar we als ondertekenaars verder op in willen zetten. Dat zie ik als agenda voor de GALA partijen voor de komende jaren. Tot slot doe ik met deze brief ook een aantal moties af.

1. Het GALA

Het GALA richt zich op de fysieke en mentale gezondheid van Nederland vanaf het prille begin, de eerste 1.000 dagen, met speciale aandacht voor mensen in kwetsbare situaties. De thema's van het GALA zijn: gezondheidsachterstanden (waaronder Kansrijke Start); een gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten; het versterken van de verbinding met de sociale basis; een gezonde leefstijl; het versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid en vitaal ouder worden (eerste actielijn uit het WOZO-programma). Daarnaast zijn ook afspraken gemaakt over randvoorwaarden, zoals financiering, kennis- en ondersteuning en domeinoverstijgende samenwerking, zowel lokaal als regionaal.

De belangrijkste bewegingen die met het GALA worden beoogd zijn:

- minder vrijblijvende inzet door concrete afspraken met gemeenten, GGD'en en zorgverzekeraars over hoe zij bijdragen aan de landelijke gezondheidsdoelen;
- gezond leven zien in de totale context van iemands leven door programma's gericht op gezonde leefstijl en mentale gezondheid te verbinden met activiteiten die de sociale basis versterken of gericht zijn op de leefomgeving van mensen;
- het versterken van de samenwerking tussen professionals in het zorgdomein (bijvoorbeeld huisartsen) en het sociaal domein (bijvoorbeeld de buurtsportcoach of wijkteam).

Het GALA gaat dus, zowel over een steviger inzet op specifieke thema's, alsook over het aanbrenge(n) van meer samenhang in het aanbod van zorg- en ondersteuning voor mensen die al een hulpvraag hebben of een verhoogd risico daarop.

Dit laatste vraagt van hulp- en zorgverleners die in verschillende domeinen werken dat zij elkaar makkelijk weten te vinden en dus samenwerkingsafspraken maken. Wanneer deze samenwerkingsafspraken er liggen kunnen cliënten snel en adequaat doorverwezen worden naar de zorg- of hulpverlening die het beste aansluit bij hun (zorg)vraag. Dit kan betekenen dat een huisarts het passender vindt om iemand met slaapproblemen door te verwijzen naar een welzijnscoach in het sociaal domein in plaats van slaapmedicatie voor te schrijven. En bij een kind met overgewicht wordt naast het inzetten van een beweegprogramma samen met professionals uit het sociaal domein gekeken of er wellicht problemen

² Brief -Aanbieding voortgangsrapportage RIVM.

spelen op school (bijvoorbeeld pesten) danwel thuis (bijvoorbeeld armoede). Hierdoor wordt er in een hele keten zorg en ondersteuning gegeven in plaats van te focussen op één los onderdeel.

2. MTR: algemeen beeld en agenda voor de komende jaren

Het RIVM volgt in elk geval in de periode t/m 2026 welke activiteiten partijen op de verschillende gezondheidsthema's ondernemen en hoe de samenwerking zich hierbij ontwikkelt. Het RIVM zal hierover jaarlijks publiceren. De eerstvolgende voortgangsrapportage verschijnt op 3 juli 2025. Met bijgevoegde voortgangsrapportage geeft het RIVM voor de eerste keer een overzicht van de voortgang op de verschillende thema's uit het GALA. Waar mogelijk zijn ook cijfers opgenomen over uitkomstmaten van gezondheid. Concrete effecten van het GALA op gezondheid kunnen in deze eerste voortgangsrapportage echter nog niet verwacht worden. Omdat het meerjarige inspanning kost om effecten te kunnen zien op daadwerkelijke verbetering van de gezondheid zullen deze gezondheidsuitkomsten pas over enkele jaren (rapportage 2027) weer gepresenteerd worden. Overigens worden de uitkomstmaten voor de thema's roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht – en daarmee de ambities van het Nationaal Preventie Akkoord (NPA) die dit Kabinet voortzet – voortaan ook meegenomen in de GALA-monitor en volgt hiervan geen afzonderlijke rapportage meer.³

Het RIVM verzamelt voor de GALA-monitor⁴ deels nieuwe gegevens, zoals via vragenlijstonderzoek aan gemeenten en verzekeraars. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van gegevens uit andere monitors. Sommige van de ketenaanpakken hebben een eigen monitor die voor de betreffende aanpak meer verdieping geeft dan de GALA-monitor. Dit is bijvoorbeeld het geval voor valpreventie en kansrijke start.

Het beeld dat uit de MTR naar voren komt is dat – met de komst van IZA en GALA – de beweging van zorg naar gezondheid en welzijn een impuls heeft gekregen. De financiering die gekoppeld is aan het GALA (brede SPUK) heeft gezorgd voor een versnelling en intensivering van de inzet op gezondheid. Ook heeft het GALA de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars minder vrijblijvend gemaakt. Tegelijk is deze beweging zeker nog niet voltooid. Dit beeld komt overeen met de bevindingen vanuit de MTR IZA.⁵ Zo verloopt de regionale samenwerking nog niet in alle regio's even voortvarend en geven o.a. zorgverzekeraars en gemeenten aan dat het in sommige regio's ontbreekt aan gedeeld eigenaarschap op het eindresultaat. Ook wordt geconstateerd dat de wijze van financiering via een gecompartmenteerde brede specifieke uitkering (SPUK) de integrale uitvoering in gemeenten belemmert.

Om de beweging verder te brengen gaat het helpen wanneer duidelijkheid komt over waar gemeenten en zorgverzekeraars elkaar precies op kunnen aanspreken; dus wie waarvoor verantwoordelijk is. Daarnaast hebben gemeenten aangegeven dat structurele financiering nodig is. Deze aspecten zijn ook onderwerp van gesprek bij het opstellen van het aanvullend zorg en welzijnsakkoord (AZWA), waarbij alle IZA- en GALA-partijen betrokken zijn.

De ondertekenaars van het GALA hebben in ieder geval afgesproken op de volgende vier punten verdere stappen te willen zetten. Dit zijn: (a) wettelijke verankering, (b) de implementatie van de ketenaanpakken, (c)

³ In 2027 wordt een update gegeven van de uitkomstmaten van de ambities van het NPA.

⁴ Alle (deel)monitors van het RIVM zijn te vinden op de website GALA-monitor | RIVM.

⁵ Kamerstuk 31 765, nr. 852.

regionale samenwerking (inclusief de rol van de GGD) en (d) verbetering data voor monitoring.

a) Wettelijke verankering

In het GALA is afgesproken dat voor 2026 door VWS in samenwerking met VNG en ZN verkend wordt hoe taken en bevoegdheden (van gemeenten) in wet- en regelgeving kunnen worden verankerd, in het licht van de balans van plichten van zorgverzekeraars en gemeenten en tegen de achtergrond van het uitgangspunt om structurele financiering zoveel mogelijk via het Gemeentefonds te laten lopen.⁶ Met elkaar is overeengekomen dat in elk geval voor de thema's waar sprake is van structurele middelen (gezondheidsachterstanden, seksuele gezondheid en de bestaande aanpakken kansrijke start en valpreventie) wordt verkend hoe de gezondheidstaken van gemeenten op de genoemde thema's wettelijk verankerd kunnen worden. Hierbij is conform het regeerprogramma aandacht voor het vergroten van de autonomie van gemeenten en het verminderen van de administratieve- en controlelasten, en worden de juridische en financiële implicaties bezien.

b) Ketenaanpakken

In IZA en GALA zijn afspraken gemaakt over de implementatie van vijf zogeheten ketenaanpakken. Het gaat om Kansrijke Start, valpreventie bij ouderen, de aanpak overgewicht van zowel kinderen als volwassenen en sociaal verwijzen (o.a. welzijn op recept). Deze aanpakken vragen inzet uit zowel het zorgdomein als vanuit het sociaal domein. Afgesproken is dat uiterlijk op 1 januari 2024 in elke regio wordt gestart met de inrichting van de ketenaanpakken in zoveel mogelijk gemeenten. Ook is afgesproken dat over fasering in de tijd afspraken worden gemaakt in het Bestuurlijk Overleg GALA. Doel is toe te werken naar een landelijk dekkend ketenaanbod voor alle vijf de aanpakken. Uit de voortgangsrapportage van het RIVM blijkt dat er breed in Nederland gestart is. Er wordt hiermee voldaan aan de eerste afspraak uit het GALA om uiterlijk op 1 januari 2024 in elke regio te starten.

Ondanks dat in iedere regio een start gemaakt is met de inrichting van de ketenaanpakken, blijkt dat nog maar in weinig gemeenten sprake is van een volledig ketenaanbod. Er doen zich bij veel aanpakken knelpunten voor die de implementatie in de weg staan. Het RIVM noemt het ontbreken van (regionale) samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars, onvoldoende (structurele) financiering en beperkingen in personele capaciteit. Juist bij ketenaanpakken werken die belemmeringen extra door, omdat sprake is van een wederzijdse afhankelijkheid tussen sociaal domein en zorg. Gemeenten zijn afhankelijk van de inzet van de zorg(verzekeraars) en vice versa. Wanneer één van beide onvoldoende inzet levert, dan kan de ander ook geen verdere stappen zetten in de keten. Dit punt wordt ook meegenomen in de uitwerking van het voorstel voor wettelijke verankering van taken.

Duidelijkheid over de vraag wie waarvoor aan de lat staat, is in ieder geval helpend. Voor de bijdrage van de zorgkant is die duidelijkheid er in vrij grote mate, onder andere omdat het Zorginstituut gevraagd is om hiervoor duidingen te doen of dit aanbod onder de zorgverzekeringswet valt. Voor gemeenten is dit vooralsnog minder expliciet gemaakt. Hier zitten ook grenzen aan. Het gemeentelijk domein is breed, en biedt een breed arsenaal aan ondersteuningsopties. Hiermee kan maatwerk worden geleverd. Er bestaat vaak geen «one size fits all» aanpak. Deze variëteit in

⁶ Citaat Gezond en Actief Leven Akkoord pagina 45

aanbod maakt het belangrijk dat er bij de hulpverlening één iemand betrokken is die het geheel overziet en aanstuurt. Zoals bijvoorbeeld bij de ketenaanpak kinderen met overgewicht en obesitas, waar hiervoor een centrale zorgverlener is aangewezen.

Naast het verhelderen van taken van gemeenten en zorgaanbieders is het ook belangrijk dat helder is wie het *initiatief* neemt voor de samenwerkingsafspraken. Wanneer dit niet duidelijk is, bestaat het risico dat partijen op elkaar gaan wachten. Bovengenoemde punten zijn ook onderdeel van de besprekingen in het AZWA.

c) Regionale samenwerking en de rol van de GGD

Regionale samenwerking vergemakkelijkt het maken van afspraken met regionaal of landelijk werkende organisaties, zoals grote zorg- en welzijnsinstellingen of de zorgverzekeraars. Deze afspraken hoeven dan niet per gemeente afzonderlijk gemaakt te worden en dit bevordert de efficiëntie en slagkracht, met name voor de kleinere gemeenten. In het IZA en GALA zijn hierover afspraken gemaakt en middelen beschikbaar gesteld. Er wordt gewerkt met mandaatgemeenten, de regio's hebben een regiobeeld en een regioplan opgesteld en ook zijn er stappen gezet op het gebied van regionale governance. Veel regionale samenwerking rondom publieke gezondheid en gezondheidsbevordering vindt plaats langs de lijn van de GGD. De GGD'en hebben immers een goede bestuurlijke uitgangspositie om te adviseren over bovengemeentelijke samenwerking en partijen aan elkaar te verbinden op regionale schaal. Zij kunnen zo kennis over gezondheid regionaal bijeenbrengen en de regioplannen vertalen naar de lokale gemeentelijke praktijk van gemeenten. Daarmee zijn ze geschikt om als schakel tussen landelijke en lokale uitwisseling van kennis te functioneren en zodoende effectieve aanpakken landelijk op te schalen. Zodat niet elke gemeente het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. Hoe de rol van de GGD wordt ingevuld verschilt sterk per regio en gemeente, zo blijkt ook uit de MTR. Bij sommige GGD'en is dit beperkt tot inhoudelijke advisering. In andere regio's hebben GGD'en een verdergaande rol en coördineren zij – in opdracht van hun (gemeente)besturen – de totstandkoming en uitvoering van de regionale preventieplannen (inclusief de ketenaanpakken).

Bij de eerder genoemde verkenning van wettelijke verankering nemen we ook de vraag mee of en zo ja, op welke wijze een wettelijke rol van de GGD zou zijn weggelegd bij het tot stand brengen van de samenwerking tussen het medisch en sociaal/gemeentelijk domein op relevante onderwerpen.

d) Verbetering data voor monitoring

Een goede informatiepositie van gemeenten en zorgpartijen is belangrijk om ontwikkelingen te kunnen volgen en uiteindelijk ook uitspraken te kunnen doen over effecten. Aan de zorgkant kan op basis van de geautomatiseerde declaratiegegevens al veel informatie worden verkregen. Aan gemeentekant ligt dat ingewikkelder. Getallen over aanbod en bereik ontbreken nu veelal. De registraties voor deze inzet zijn er vaak niet en/of niet op persoonsniveau. Dit is deels ook verklaarbaar, omdat de inzet van gemeenten soms collectief is en/of een laagdrempelig karakter kent (bijvoorbeeld inloopvoorzieningen). Dit kun en wil je niet allemaal vastleggen. Bovendien moet de administratieve last ook in verhouding staan tot het verwachte rendement. Het RIVM vraagt op dit moment informatie bij gemeenten uit via vragenlijsten (zelfrapportage). De VNG werkt aan een plan om de informatiepositie van gemeenten op preventie in de toekomst te verbeteren. Dit is een mooie ontwikkeling, die

natuurlijk wel een aantal jaren in beslag neemt. En het is belangrijk om te realiseren dat, gezien het karakter van de gemeentelijke inzet, ook niet alles (op persoonsniveau) inzichtelijk kan worden gemaakt.

Moties en toezeggingen

Zoals aangekondigd wil ik met deze brief ook een aantal moties en een toezegging afdoen.

Motie van lid Jansen (NSC) met het verzoek aan de regering om een resultaatsverplichting te verbinden aan de investeringen in valpreventie en de effecten van de huidige valpreventie-maatregelen meer en frequent inzichtelijk te maken (Kamerstuk 29 247, nr. 448).

In het GALA hebben partijen resultaatsafspraken gemaakt over de inzet op het voorkomen van vallen. Er is onder meer afgesproken dat:

- 1) het risico op vallen bij ouderen vroegtijdig signaleerd wordt in zowel het zorgdomein als in het gemeentelijk domein. Hierbij is de doelstelling geformuleerd dat 14% van de ouderen een zogenaamde valrisico-inschatting krijgen en 3% van de ouderen met verhoogd valrisico een beweeginterventie doet;
- 2) er jaarlijks een afvlakking is van de stijging van het aantal 65-plussers (minder méér) dat op de spoedeisende hulp terechtkomt als gevolg van een val.

Zoals ik onder punt a heb aangegeven wordt bovendien verkend hoe gezondheidstaken van gemeenten voor valpreventie wettelijk verankerd kunnen worden.

Er wordt jaarlijks een valpreventie monitor opgesteld. Hierin zijn o.a. indicatoren opgenomen over het aantal ziekenhuisopnames en Spoed Eisende Hulp-bezoeken na een val en het aantal overlijdens na een val. Ook staan hier cijfers van het Mulier Instituut weergegeven van o.a. de doorstroming van 65-plussers naar structureel sport en beweegaanbod. De eerstvolgende rapportage staat gepland voor oktober 2025. Met dit beleid geef ik uitvoering aan de motie.

Motie van de leden Jansen (NSC) en Welzijn (NSC) waarin wordt verzocht om onderzoek te verrichten naar de invloed van de woonsituatie van ouderen op valaccidenten bij ouderen. Van belang is dat bij de motie de overweging in ogenschouw is genomen dat geringe doorstroming plaatsvindt van ouderen van grotere naar kleinere woningen, zoals appartementen (Kamerstuk 29 247, nr. 449).

Aanpassingen in huis en omgeving zijn op dit moment al volop onderdeel van de aanpak valpreventie. In deze aanpak is veel aandacht voor de verschillende factoren die het risico op vallen beïnvloeden, zoals gladde vloeren, losliggende tegels, slechte verlichting of trappen. Deze hoeven in zichzelf geen risico te vormen, maar het is juist de combinatie van verschillende risicofactoren die kunnen leiden tot het verlies van evenwicht, struikelen en/of uitglijden met als gevolg een val.

Fysieke competenties zoals verminderde spierkracht, verminderd zicht, duizeligheid, orthostatische hypotensie en chronische aandoeningen als ziekte van Parkinson, incontinentie en dementie beïnvloeden het vermogen om adequaat om te gaan met omgevingsrisico's. Gedrag zoals niet goed opletten, dragen van glad schoeisel, inactiviteit etc. speelt ook een rol. Ook angst om te vallen kan de kans op een val vergroten.

De grootte van een woning is op zichzelf geen risicofactor voor een valincident. Het is dus zaak om zowel naar de omgevingsfactoren te kijken als naar de fysieke competenties. Dit is ook precies wat met de keten-aanpak valpreventie wordt beoogd. Die aanpak richt zich op het vroegtijdig opsporen en beoordelen van ouderen met een verhoogd valrisico. Er zijn structurele middelen beschikbaar gesteld aan gemeenten en zorgaanbieders om een ketenaanpak valpreventie in te richten en zo het risico op vallen te verlagen.

Bij de implementatie van de ketenaanpak hoort ook een versterkte inzet op het vergroten van het bewustzijn bij ouderen over de risico's om te vallen. Ik geef hier op diverse manieren invulling aan, bijvoorbeeld via de website www.hoesterkstaik.nlen www.regelhulp.nl.

Met dit beleid geef ik uitvoering aan de motie.

Motie van de leden Tielen (VVD) en Paulusma (D66) waarin de regering verzocht wordt om ook in de monitoring op te nemen in hoeverre mensen ervaren dat zij gezond en actief kunnen leven (Kamerstuk 32 793, nr. 723).

Ik vind het terecht dat er aandacht wordt gevraagd voor het perspectief van mensen zélf. Motiveren de inspanningen uit het GALA inwoners ook tot het maken van gezondere keuzes? Het RIVM heeft aangegeven in gesprek te gaan met inwoners en hen te vragen wat zij merken van de inspanningen zoals die met het GALA gedaan worden. En ook wat zij zelf vinden dat zij nodig hebben om gezond en actief te leven. Het RIVM heeft aangegeven om hierover te rapporteren in de voortgangsrapportage die in de zomer van 2026 uitkomt.

Toezegging van voormalig Staatssecretaris van Ooijen tijdens het OCW-commissiedebat « gezondheid van jongeren en studenten» van 12 juni 2024 (TZ202406-021)⁷ dat er in de volgende voortgangsrapportage GALA meer zicht zal worden geboden op onderwerpen die door gemeenten worden gefinancierd op het gebied van mentale gezondheid van jongeren.

Uit de steekproefanalyse van 60 gemeentelijke plannen door het RIVM⁸, blijkt dat de gemeenten uit de steekproef allemaal inzetten op het bevorderen van mentale gezondheid. Initiatieven richten zich vaak op het bestrijden van eenzaamheid, normaliseren van mentale problemen en het faciliteren van contact tussen mensen. De meest genoemde doelgroep is jongeren, waar initiatieven gericht zijn op prestatiedruk, afstand tot de arbeidsmarkt en voorlichting over alcohol- en middelengebruik, vaak op scholen.

Daarnaast geeft de VNG aan dat veel gemeenten hun GGD de opdracht hebben gegeven om lessen over mentale gezondheid en veerkracht te ontwikkelen en te geven op basisscholen en middelbare scholen. Ook zijn er gemeenten die inzetten op het trainen van mensen in de omgeving van jongeren, zoals welzijnswerkers en docenten, om eventuele mentale problemen snel te kunnen signaleren.

Verder blijkt uit «Leading Locals», een leernetwerk voor gemeenten gefaciliteerd door MIND Us, dat er in veel gemeenten netwerken mentale gezondheid voor jongeren zijn opgericht, met alle bij dit onderwerp betrokken organisaties. Ook de zogeheten «jongerenparticipatie-ambtenaar», de buurtsportcoach met aandacht voor mentale proble-

⁷ Toezegging bij Vervolg commissiedebat Mentale gezondheid van jongeren en studenten I Tweede Kamer der Staten-Generaal

⁸ GALA in de gemeentelijke plannen. Een eerste blik op de plannen van aanpak voor de Brede SPUK-regeling I RIVM

matiek en de aanwezigheid van laagdrempelige inloopmogelijkheden worden veel door gemeenten genoemd.

Tot slot wordt in de GALA-monitor die het RIVM momenteel uitvoert, onder meer, specifiek gevraagd welke interventie(s) voor mentale gezondheidsbevordering gemeenten uitvoeren en ook op welke doelgroep(en) gemeenten zich richten. De volledige vragenlijst aan gemeenten is te vinden op de website van het RIVM⁹. Daarmee zal de volgende GALA-monitor meer inzicht bieden in de onderwerpen die gemeenten financieren op het gebied van mentale gezondheid van jongeren.

Ik beschouw de toezegging hiermee als afgedaan.

Tot slot

In deze brief heb ik u geïnformeerd over de stappen die tot nu toe zijn gezet vanuit het GALA. Deze eerste periode is vooral nodig geweest om plannen te vormen en samenwerking tot stand (en/of verder) te brengen.

Komende jaren moet dit leiden tot verbeteringen waar onze inwoners van profiteren, bij voorkeur in de buurt waar ze wonen: zoals jongeren die in hun wijk een plek hebben om te praten over wat ze dwars zit, volwassenen die in staat zijn om gezonde keuzes te maken en ouderen die geholpen worden om langer vitaal en zelfredzaam te kunnen zijn. Dit is een grote en belangrijke opgave, waar we met gemeenten, GGD'en, zorgpartijen en veel maatschappelijke partners met het GALA (en de andere akkoorden en programma's) volop aan werken.

In deze brief heb ik toegelicht op welke elementen waar ik mij, samen met de ondertekenaars van het GALA, de komende periode op wil richten. Diverse van deze onderwerpen zijn ook onderdeel van het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA). Na het afsluiten van dit akkoord zal ik mij samen met de VNG, ZN en GGD GHOR NL beraden of extra afspraken nodig zijn om de afgesproken resultaten die verbonden zijn aan de GALA-doelen te kunnen behalen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V.P.G. Karremans

⁹ Vragenlijst Gemeenten GALA-monitor (uitvraag maart 2025) | RIVM