

Essay

De transitie van zorg naar gezondheid en veerkracht





GGD Drenthe
Marieke van Dijk
April 2023



De gezondheid van de inwoners van Drenthe neemt af, de gezondheidsverschillen nemen toe en het huidige zorgstelsel is onhoudbaar geworden. Drenthe staat daarmee voor een enorme maatschappelijke opgave. Er moet een transitie in gang gezet worden van een gezondheidssysteem gericht op ziekte en zorg, naar een systeem gericht op het versterken van de gezondheid en de veerkracht van inwoners. Dit vraagt om een fundamenteel ander perspectief vanuit een breed scala aan partijen. In dit essay beschrijven we de noodzaak van deze transitie en onze visie op wat daarvoor nodig is.

De zorg loopt vast

Er bestaan al enkele jaren zorgen over de houdbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland. De problemen werden door de coronacrisis extra zichtbaar. In 2021 zette de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) de discussie op scherp.¹ Als we op de huidige manier doorgaan loopt de zorg vast. De zorgvraag stijgt o.a. door dubbele vergrijzing (meer ouderen, die ook ouder worden). Daardoor stijgt het aantal mensen met een chronische ziekte en multimorbiditeit. Dit effect wordt versterkt door meer mensen met een ongezonde leefstijl (zoals ongezonde voeding, bewegingsarmoede, roken, overmatig alcoholgebruik). Leefstijl is samen met een ongezond binnen- en buitenmilieu en ongezonde arbeidsomstandigheden verantwoordelijk voor een derde van de ziektelast.² Daarnaast gaat ook de mentale gezondheid achteruit, met een sterke toename van het gebruik van jeugdzorg en GGZ als gevolg.^{1,3} De volksgezondheid toekomstverkenning voorspelt dat kanker, hart- en vaatziekten en psychische stoornissen (inclusief dementie) in 2040 de meeste ziektelast veroorzaken.⁴

Deze ontwikkeling gaat samen met een nijpend tekort aan zorgpersoneel. Dit speelt mogelijk in Drenthe nog sterker dan in andere delen van Nederland.⁵ Nu al werkt in Nederland 1 op de 6 werknemers in de zorg, onder een hoge werkdruk en met grote uitval. Als we doorgaan zoals nu, zou in het jaar 2040 1 op de 4 werknemers in de zorg moeten werken, terwijl zij met de huidige arbeidsmarkt ook op andere fronten hard nodig zijn.^{1,6}

Bovendien nemen de zorguitgaven sterker toe dan de economie kan bijbenen. Als we niet in actie komen verdrievoudigen tussen nu en 2060 onze zorguitgaven. Dit gaat ten koste van de betaalbaarheid en verdringt investeringen in o.a. onderwijs en bestaanszekerheid. Terwijl het aangetoond is dat die portefeuilles meer aan de gezondheid van mensen bijdragen dan de medische zorg.¹

Naast andere crises

De crisis in de zorg staat niet op zichzelf, en de gevolgen van de crises versterken elkaar.⁷ Klimaatverandering leidt tot ernstige gezondheidsbedreigingen. De energiecrisis en inflatie leiden tot meer armoede en daarmee tot meer ongezondheid. Hetzelfde geldt voor het gebrek aan goede huisvesting. Veel jongeren maken zich zorgen over hun toekomst en ervaren stress door de prestatimaatschappij, maar hebben minder laagdrempelige mogelijkheden om hierover de praten. Dit wordt versterkt door het lerarentekort. Vaak is er ook samenhang in de oplossingen en ontstaan mee-koppelkansen. Voorbeelden zijn vergroening en bestaanszekerheid.

De gezondheidsopgaven in Drenthe zijn groot

Terwijl de zorgcrisis zich voltrekt zijn er grote gezondheidsproblemen in Drenthe. Ruim de helft van de inwoners heeft overgewicht, en de trend is stijgend. Hoewel het aandeel rokers onder de gehele bevolking daalt, zijn jongeren juist weer meer gaan roken. Overmatig alcoholgebruik en binge-drinken onder jongeren blijft een probleem. En de mentale gezondheid gaat achteruit onder alle leeftijdsgroepen. Bijna de helft van de volwassenen en ouderen voelt zich eenzaam, en veel jongeren en jongvolwassenen kampen met stress, eenzaamheid en psychische klachten.⁸⁻¹⁰ Het zorggebruik in Drenthe is hoger dan gemiddeld in Nederland.¹¹

Bovendien is gezondheid niet gelijk verdeeld. Er wonen in Drenthe relatief veel mensen in een kwetsbare maatschappelijke positie.¹² De statistieken wijzen uit dat zij vaker een slechtere gezondheid hebben, zich jarenlang minder gezond voelen en korter leven. Vaak herhaalt dit patroon zich van generatie op generatie.¹³

Het huidige gezondheidsbeleid werkt onvoldoende

Hoewel we al jaren weten dat bevordering van gezondheid en preventie van ziekte belangrijk is, levert het gezondheidsbeleid teleurstellende resultaten op. Dit komt door een aantal factoren:

We hebben te weinig aandacht voor de invloed van maatschappelijke omstandigheden

Gezondheid is lang gezien als een individuele verantwoordelijkheid, waarbij van mensen verwacht wordt dat zij geïnformeerde en rationele leefstijlkeuzes kunnen maken. Soms met stigmatisering tot gevolg wanneer gezond leven niet lukt. Beleid wordt gedomineerd door individuele leefstijlinterventies.¹³⁻¹⁵

Uitvoerig onderzoek wijst uit dat gezondheid en ziekte maar in beperkte mate door individuele keuzes worden bepaald.¹⁶⁻²² Ze zijn vooral een product van de maatschappelijke omstandigheden waarin je wordt geboren, waarin je leeft en werkt, en van de sociale en gemeenschapsnetwerken waar je deel van uit maakt. Deze sociale determinanten van gezondheid worden in de figuur van Dahlgren en Whitehead²³ verbeeld. Meer gezondheid lukt alleen als achterliggende oorzaken weggenomen worden, via een integrale samenwerking van verschillende domeinen en sectoren aan gezamenlijke doelen ('health for all policies'). Hoewel de invloed van sociale determinanten vaak wel erkend wordt, 'drijven' interventies vaak toch af naar individueel gerichte leefstijlinterventies ('lifestyle drift').



Figuur: model van Dahlgren en Whitehead

De invloed van sociale determinanten wordt door de volgende voorbeelden geïllustreerd:

- Mensen met een lagere sociaaleconomische positie hebben vaker een ongezonde leefstijl. Achter deze cijfers schuilt een gelaagde en complexe ongelijkheid. Er is vaak sprake van een stapeling van elkaar versterkende ongunstige omstandigheden, zoals armoede, schulden, verslaving, huiselijk geweld, slechte behuizing of een ongezonde leefomgeving. Dit leidt tot chronische stress, dat lichaam en brein ontregelt, het immuunsysteem aantast, de bloeddruk verhoogt en de nachtrust verstoort. Het beperkt het vermogen om een gezonde leefstijl te ontwikkelen en te behouden. Beleid gericht op individuele leefstijlinterventies heeft daarom weinig effect. Het leidt eerder tot een grotere kloof tussen groepen mensen, omdat hoger-opgeleiden meer profiteren van die interventies.^{13,15,24}

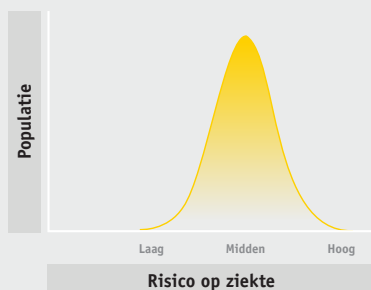
‘Why treat people and send them back to the conditions that make them sick?’ Michael Marmot²⁴

- Ongeveer 16% van de kinderen in Nederland staat in de eerste 1000 dagen van hun leven bloot aan risicofactoren zoals stress, slechte voeding, rook of mishandeling. De gezondheid van een kind voor, tijdens en na de geboorte is een belangrijke voorspeller van problemen – zowel fysiek als mentaal – op latere leeftijd. Ze hebben vaker diabetes, hart- en vaatziekten, overgewicht en komen veel vaker in aanraking met jeugdhulp. Ook hier is allereerst ondersteuning van kwetsbare gezinnen nodig.²⁵
- De overgewichtepidemie kan beschouwd worden als een resultaat van de manier waarop de samenleving de laatste decennia is ingericht. Het is steeds makkelijker geworden om te kiezen voor overmatige consumptie van calorierijk voedsel, gecombineerd met een beperkte noodzaak tot bewegen (de obesogene omgeving). Ongezond voedsel is goedkoop, de porties van producten toegenomen en consumenten worden gestimuleerd om meer te kopen, bijv. door voordeelverpakkingen. Fastfood gelegenheden en snackbars zijn wijdverspreid. Leefstijlinterventies vormen hier geen oplossing voor.^{26,27}
- Jongeren ervaren in grote getale mentale gezondheidsproblemen. Experts duiden dit fenomeen als een normale reactie op de maatschappelijke omstandigheden waarin zij leven, wonen en naar school gaan. Er is in Nederland een grote nadruk gekomen op ‘meritocratie’: je sociaaleconomische positie vooral gezien als een resultaat van je eigen verdiensten.^{15,28} Prestatiedruk wordt nog verder versterkt door de illusie van het perfecte leven dat op sociale media gepresenteerd wordt. Als het minder goed gaat voelen jongeren dat als persoonlijk falen, wat leidt tot stress en eenzaamheid. Ook hier liggen logische oplossingen niet (alleen) bij de jeugdzorg of GGZ.

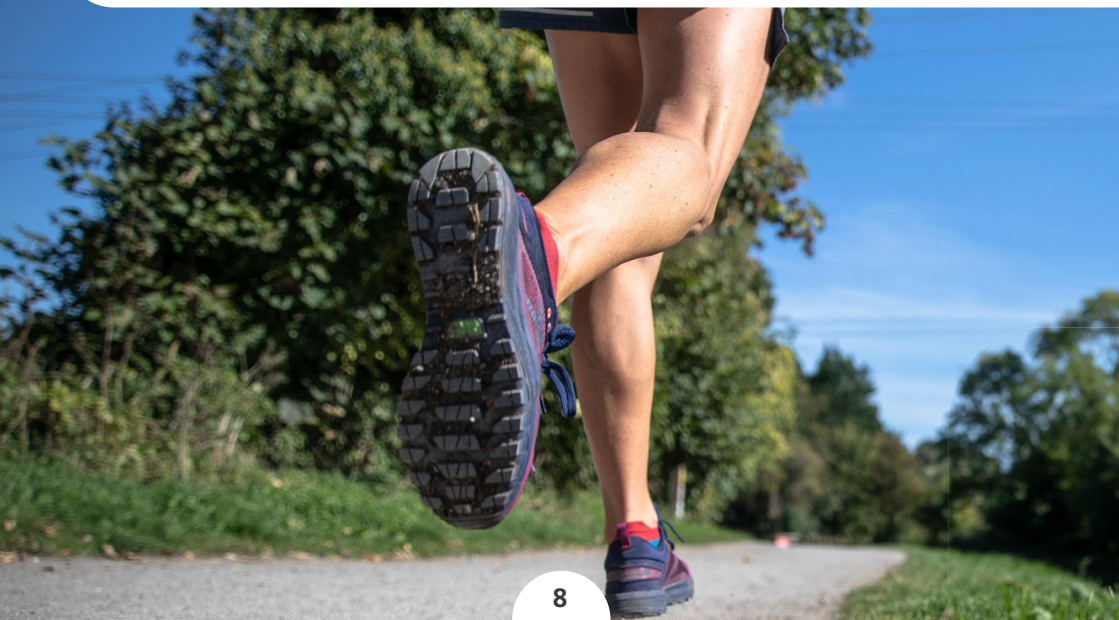
Achterliggende maatschappelijke oorzaken kunnen op verschillende manieren worden aangepakt. Populatie-gerichte oplossingen hebben het grootste effect. De Britse epidemioloog Jeffrey Rose verduidelijkte dit met grafieken, waarin de populatie (een bepaalde groep, inwoners van een bepaald gebied e.d.) afgezet wordt tegen hun risico op ziekte.^{29,30} Dit resulteert in een parabool, waarbij aan de linkerzijde de gezondste mensen staan. De meeste mensen bevinden zich in het midden, en aan de rechterkant zitten de mensen die een hoog risico lopen op ziekte, bijvoorbeeld door overgewicht, een hoge bloeddruk of mentale problemen.

Bij de 'hoog-risicobenadering' doorlopen zij een interventie om weer gezonder te worden. Het gaat om secundaire preventie, met oplossingen die vaak dicht tegen de zorg aan liggen zoals intensieve leefstijlinterventies. Deze inzet kan op individueel niveau een groot effect hebben, maar op populatieniveau blijft de impact beperkt.

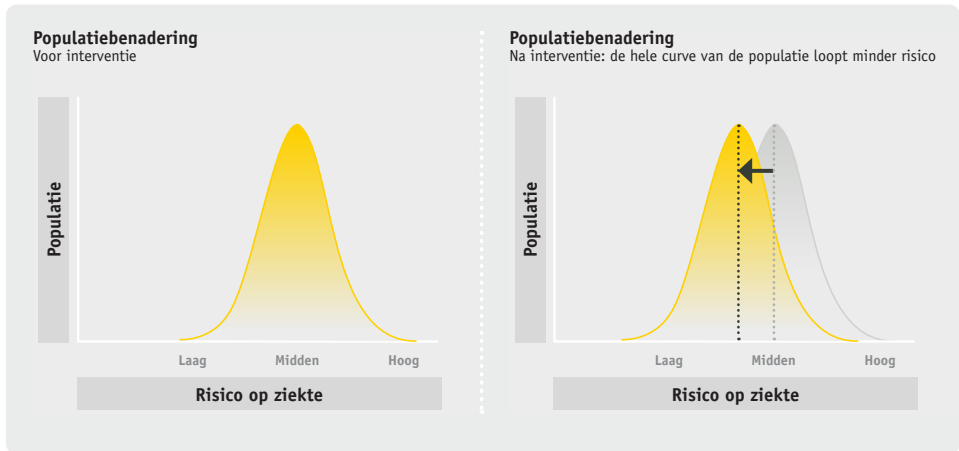
Hoog-risicobenadering - op individueel niveau
Voor interventie



Hoog-risicobenadering - op individueel niveau
Na interventie: de individuen die voorheen hoog risico hadden lopen nu minder risico



Bij de populatiebenadering gebeurt er iets anders. De interventies liggen meestal buiten de zorg, en hebben invloed op de hele populatie. Bijvoorbeeld invoering van de suikertaks, het verbieden van verkoop van sigaretten in de supermarkt of inzet op een groene, beweegvriendelijke leefomgeving in een bepaalde wijk. Deze maatregelen verschuiven de gehele grafiek van de betreffende populatie naar links. De hele populatie wordt (of blijft) gezonder.



Deze benadering roept de vraag op of de keuzevrijheid van individuen dan te veel beperkt wordt, en beleid vervalt in paternalisme en betutteling. Publieke gezondheidsexperts vinden dat deze vorm van bescherming van mensen door universele maatregelen juist hard nodig is en een morele plicht van de maatschappij. Het moet een tegenwicht vormen voor de sterke lobby en markt van verleidingen tot ongezonde keuzes (de commerciële determinanten van gezondheid).^{13,14,31}

Het systeem is te veel gericht op ziekte en zorg

Daarnaast speelt nog een aantal andere factoren mee bij het uitblijven van resultaat. Van oudsher is het systeem, inclusief de relevante wetgeving en opleidingen, gericht op het verlenen van optimale zorg voor mensen die ziek zijn. We grijpen pas in als er al een probleem is. Een goed zorgsysteem is nodig, maar om dat te behouden is veel meer inzet nodig op gezondheidsbevordering, preventie van ziekte en zelfregie.

Omdat ons systeem ingericht is op het behandelen van ziekte, is het financieringssysteem dat ook. Preventie van ziekte, maar vooral gezondheidsbevordering is de afgelopen jaren onderhevig aan structurele onderfinanciering. De kosten voor zorg waren €5.000 per inwoner in 2019. De investering op gezondheidsbevordering was slechts €21 tot €23 per inwoner. Dit bedrag is een optelsom van de gemeentelijke uitgaven voor gezondheidsbevordering (ruim €6) en sportstimulering (bijna €14), en uitgaven door het rijk (€2,5). Bovendien was gezondheidsbevordering financieel grotendeels afhankelijk van tijdelijke, niet structurele, middelen.³²

Versnippering, vrijblijvendheid en korte termijn beleid

Tenslotte wordt het preventiebeleid gekenmerkt door versnippering en korte termijn beleid. Een optelsom van de preventienetwerken in Drenthe komt uit op rond de vijftig tafels. Alle hebben te maken met verschillende financieringsstromen, hoewel de deelnemers vaak overlappen. Tegelijkertijd is niemand écht verantwoordelijk voor preventie en gezondheidsbevordering.

Het is van iedereen en daarom van niemand. Ook in de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) zijn de taken voor gemeenten op het gebied van gezondheidsbevordering niet concreet geformuleerd.³³ In Drenthe geven veel partijen aan dat er grote behoefte is aan gelijkgerichtheid en een lange-termijn perspectief.

Noodzaak tot fundamentele omslag in denken en doen

Steeds vaker wordt gepleit voor een fundamentele omslag in denken en doen: een transitie van zorg naar gezondheid en veerkracht.^{34–37} We moeten naar een kanteling van 'gezond maken' naar 'gezond zijn' (in een brede benadering van gezondheid). Dat begint al bij de start van het leven en speelt een rol door alle levensfasen heen, van jong tot oud.

Gezondheid wordt daarbij breed gedefinieerd. De verwachting is dat de transitie leidt tot gezondheidswinst en minder instroom in de zorg, maar ook tot een 'mensgerichter' systeem.^{35,36} De kennis over wát nodig is om gezondheid te bevorderen is niet persé nieuw.^{38–40} Wel nieuw is de gevoelde urgentie om de omslag te maken bij de overheid, organisaties, bedrijven en ook bij veel burgers zelf. De uitdaging ligt vooral in het vinden van strategieën om de transitie daadwerkelijk vorm te geven.

Brede benaderingen van gezondheid (en gezondheidssystemen)

- **Positieve gezondheid:** In Nederland is het concept 'positieve gezondheid' breed omarmd. Gezondheid wordt gezien als het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Het accent ligt niet op ziekte, maar op mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt.⁴¹
- **Salutogenese:** De socioloog Antonovsky beschouwde het bestuderen van ziekte als fundamenteel anders dan van gezondheid of welbevinden. Hij gebruikte een metafoor, waarbij het leven wordt voorgesteld als een gevaarlijke rivier. Bij pathogenese is de zorg bezig met het heldhaftig redden van zwemmers (de zieken) uit de rivier. Bij preventie wordt gepoogd mensen niet in de rivier te laten vallen. Bij salutogenese zwemt de mens constant in de rivier; zij ervaart levenslang aspecten van afnemende gezondheid. Het gaat hierbij om vaardig te leren zwemmen in de rivier.⁴²
- **Health systems quartet:** Plochg ontwikkelde een concept voor een gezondheidssysteem dat beter houdbaar is én zich baseert op een brede interpretatie van gezondheid. In zijn 'health system quartet' zijn 'cure' en 'care' (professionals helpen of verzorgen mensen met een ziekte) beter in balans met 'heal' en 'deal' (het natuurlijk vermogen van mensen om te herstellen en om te gaan met tegenslagen).⁴³

Gezondheid en veerkracht - wat is daarvoor nodig?

De afgelopen jaren is er in Nederland en internationaal veel aandacht vanuit adviesraden, beleidsmakers en academici voor wat gaat helpen om tot meer gezondheid en veerkracht te komen. Een kanttekening hierbij is dat we ook nog veel niet weten, bijvoorbeeld over de precieze interacties en aangrijpingspunten tussen alle factoren die de gezondheid beïnvloeden, van genetisch niveau tot breed maatschappelijk en omgevingsniveau.

Een gezonde fysieke en sociale leefomgeving

De fysieke leefomgeving biedt veel mogelijkheden om een gezonde leefstijl makkelijk en logisch te maken.^{44,45} Dat kan door de wijk bijvoorbeeld zo in te richten dat die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten – met vergroening, fiets- en wandelpaden, en speeltuinen. Daarnaast is het belangrijk dat er een laagdrempelig en breed aanbod is aan voorzieningen in wijken, en goede mogelijkheden van openbaar vervoer. Bovendien wordt veel ziekte voorkomen door het zorgen voor een goede milieukwaliteit (minder luchtverontreiniging/schone lucht, geur- en geluidshinder). De Omgevingswet biedt volop ruimte om gezondheid te verbinden aan ruimtelijke ordening.

Naast gemeenten kan een breed scala aan andere partijen bijdragen aan een gezonde leefomgeving. Supermarkten kunnen de gezonde keuze zichtbaar in de schappen leggen en goedkoper maken. Werkgevers, het onderwijs en de kinderopvang kunnen meer aandacht besteden aan gezonde voeding, bewegen en mentale gezondheid. Kantines van bedrijven, scholen en sportclubs kunnen gezond eten en alcoholvrije opties aanbieden en hun terrein rookvrij maken.^{46–48}

Wet- en regelgeving zijn een krachtig middel om gezond gedrag te sturen. De Rijksoverheid kan bijdragen door invoering van een suiker-, vet- en zouttaks, verlaging van de btw op groenten en fruit, en een verbod op reclame voor ongezond voedsel.^{13,44} Gemeenten krijgen meer mogelijkheden om een te veel aan fastfood-winkels of snackbars te weren.

De sociale leefomgeving is lastiger te beïnvloeden. Het gaat hierbij om de sociale norm, culturele gewoonten en levensbeschouwelijke factoren die van invloed zijn op gedrag.² Voorbeelden zijn: jongeren die beginnen met roken om erbij te horen, de verbinding tussen alcohol en gezelligheid en prestatiedruk in de maatschappij. Goed uitgedachte communicatiestrategieën (o.a. campagnes) en voorbeeldgedrag kunnen een positieve invloed hebben op een gezonde sociale leefomgeving.

Inzet op achterliggende maatschappelijke problemen

Er is veel gezondheidswinst te behalen door in te zetten op de achterliggende problemen van ongezondheid. De oplossingen liggen niet zozeer in de zorg maar bij domeinen als bestaanszekerheid, kansengelijkheid in het onderwijs, veiligheid, goede huisvesting, werk, goede inburgeringsmogelijkheden voor nieuwkomers e.d.

Uit de Ottawa Charter for Health Promotion van 1986:

The fundamental conditions and resources for health are: peace, shelter, education, food, income, a stable eco-system, sustainable resources, social justice, and equity. Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites.

Een cruciale factor is bestaanszekerheid.^{13,15} De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving geeft bijv. aan dat de huidige regels en voorzieningen voor inkomensondersteuning te complex zijn. Het systeem kan simpeler, door burgers te ontzorgen bij het aanvragen van toeslagen of voorzieningen en uitzonderingen toe te staan als daarmee problemen kunnen worden voorkomen. Ondersteuning moet niet gericht zijn op het herstel van zelfredzaamheid op korte termijn, maar op toekomstperspectief op lange termijn. Een radicaler idee is het invoeren van een basisbaan of een basisinkomen. In 'de winst van het sociaal domein' (Vereniging Nederlandse Gemeenten) worden aanvullende handelingsopties aangereikt om bestaanszekerheid te herstellen, zoals een inclusieve arbeidsmarkt en vroegsignalering van mensen met financiële zorgen.^{15,49,50}

In het onderwijs kan veel gewonnen worden door in te zetten op meer kansengelijkheid. Bijvoorbeeld door minder prestatiedruk en een betere balans tussen kennisoverdracht, verbinding en bredere vorming. En door herwaardering van praktische vaardigheden en een beter imago van het vmbo, een bredere of verlengde brugklas, een verlengde (basis)schooldag en kleinere klassen.^{15,50,51}

Ook op gezins- of individueel niveau zijn steeds meer initiatieven om te ondersteunen bij achterliggende problemen, waarbij een koppeling gelegd wordt met gezondheid. Voorbeelden zijn 'een gezonde toekomst dichterbij' (Kampen), 'de geweldige wijk' (Meppel), 'SamenNoord, de formulerenbrigade' (Wijchen) en 'Sociaal Hospitaal' in Den Haag.^{52,53}

Sterke sociale basis

In de transitie wordt ook een beroep gedaan op de samenleving zelf. Er komt meer nadruk op eigen regie, veerkracht en samenredzaamheid. De zorg zal mogelijk minder kunnen bieden dan wat tot dusver verwacht wordt.^{1,6} Daarom is een sterke sociale basis nodig, waarbij mensen omzien naar elkaar en als gemeenschap veerkrachtig zijn. Een deel van de zorg of ondersteuning wordt dan opgevangen door sociale netwerken zelf waardoor formele zorg onnodig wordt.

Het belang van sociale netwerken is niet voorbehouden aan ouderenzorg of mantelzorg. Bij kinderen en gezinnen heeft de sociale basis ook een pedagogische functie. Bovendien draagt sociale cohesie op zichzelf ook bij aan het welzijn en gezondheid van mensen.^{33,44,54}

De sociale basis ontstaat voornamelijk bottom-up. Het stijgende aantal buurtinitiatieven, -collectieven, wijk- of dorpscoöperaties en andere vormen van gemeenschapskracht illustreren deze beweging. Deze initiatieven worden opgericht door burgers die zich betrokken voelen bij hun wijk of omgeving en zich daar vrijwillig voor inzetten. Daarbij spelen zij zelf in op vraagstukken die lokaal spelen. Soms ondersteund door professionals, maar vaak ook niet.^{55,56}

De overheid kan hierbij faciliteren en verbinden. Door bijvoorbeeld te zorgen voor ontmoetingsplekken, het behouden van voorzieningen in de buurt, leefbare woningen en passende transportmogelijkheden, en door burgerinitiatieven te ondersteunen. Verder zijn er nog veel mogelijkheden om mantelzorg en zelfhulp te faciliteren, uit oogpunt van schaarste en uit betrokkenheid bij elkaar.^{44,54,57}

Versterking van de gezondheid op individueel niveau

Tegelijkertijd zijn veel mensen al bezig met hun gezondheid en voeren hierover eigen regie. Digitale innovaties zoals stappentellers en gezondheidsapps zijn populair, evenals het gebruik van coaches, mindfulness-cursussen en yoga. De aantallen gebruikers groeien, getuige de tech-reuzen die op de ontwikkeling van gezondheidsproducten zijn ingesprongen. En er ontstaan ook steeds meer initiatieven van bedrijven en maatschappelijke organisaties waarmee gezond gedrag beloond wordt, zoals fitcoins of healthcoins en 'vitaliteitscontracten'.^{36,37,44,58} Vanuit de zorg staat veel vaart op de ontwikkeling van de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Daarin kunnen mensen medische gegevens en gezondheidsgegevens die ze zelf meten (bloeddrukgegevens, voeding, beweging) verzamelen en deze openstellen voor zorgverleners.

Daarnaast blijven individueel gerichte interventies nodig bij mensen die al een gezondheidsprobleem hebben of een verhoogd risico lopen (secundaire preventie). Binnen de transitie is het belangrijk dat passende interventies op de juiste plek geboden worden, om onnodige medicalisering te voorkomen.

Een voorbeeld is leefstijladvisering, of een hulpvraag rondom sociale problemen. Mensen stappen hiervoor vaak als eerste naar de huisarts. Maar de druk op de huisartsenzorg is groot en leefstijladvisering kan veel tijd kosten omdat een ongezonde leefstijl vaak samenhangt met lage gezondheidsvaardigheden.

‘Niet alle vraagstukken vragen om een medisch antwoord.’

Integraal Zorgakkoord 2022

Huisartsen weten ook vaak niet waarnaar toe te verwijzen. Wat helpt is om samen met de patiënt te kijken wat deze echt belangrijk vindt en wil veranderen, bijv. met behulp van gespreksmethoden als het leefstijlroer of het spinnenweb Positieve Gezondheid. Hoewel dit ook een tijdsinvestering vraagt doet het de werkdruk op den duur afnemen. Daarbij is het nodig dat de verbinding tussen eerstelijnszorg, publieke gezondheidszorg en sociaal domein versterkt wordt, zodat huisartsen weten waar ze naartoe kunnen verwijzen (bijv. de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Welzijn op Recept of Valpreventie).⁵⁹

Ook binnen de zorg worden steeds vaker digitale en andere innovatieve oplossingen toegepast die de zorg ontlasten. Deze vormen een onderdeel van de transitie naar passende zorg en worden uitgebreid aangekaart in het Integraal Zorgakkoord (IZA).⁶

Hóe geef je de transitie vorm?

Er is de laatste jaren veel aandacht voor strategieën om tot het bovenbeschreven beleid te komen:

Data-gedreven, lerend en innovatief

De huidige data zijn vaak versnipperd, beperkt, eenmalig en ééndimensionaal verzameld en ingewikkeld om te ontsluiten en te koppelen.⁶⁰ Er is vaak geen inzicht in de relaties tussen de gezondheidssituatie, het zorggebruik en de sociale determinanten van gezondheid. Terwijl daar juist de sleutel ligt voor structurele verbeteringen.

Data-gedreven werken is daarom essentieel.^{60,61} Het bij elkaar brengen van data van verschillende bronnen in een geïntegreerde data-infrastructuur biedt kansen om de gezondheidssituatie (per gebied, per thema, per levensfase/doelgroep en combinaties) veel nauwkeuriger in kaart te brengen of trends in de tijd te analyseren. Daarnaast zijn er steeds meer mogelijkheden om tot realtime data te komen en tot modellen die data voorspellen. Hierbij worden strikte maatregelen getroffen om de privacy van mensen te bewaken. Het integrale populatiebeeld van de gezondheid en beïnvloedende omstandigheden helpen bij het bepalen welk beleid en maatregelen nodig zijn, welke samenwerkingspartners betrokken moeten worden en om te volgen welk beleid succesvol is en waar bijgestuurd moet worden.

Opgavegericht samenwerken en health for all policies

Om de transitie tot stand te brengen is opgavegericht samenwerken noodzakelijk. Een breed spectrum van domeinen en sectoren kunnen bijdragen door hun beleid zo in te richten dat gezondheid in de leefwereld van mensen geoptimaliseerd, of zelfs ‘geproduceerd’ wordt. Daarin heeft een breed scala aan partijen een rol. De gemeenten, de rijksoverheid, zorgaanbieders, welzijn, woningbouwcorporaties, ondernemers, sportclubs en andere verenigingen, vertegenwoordiging van de inwoners en ervaringsdeskundigen, en vele andere. Kennisontwikkeling en co-creatie met de doelgroep is daarbij van belang.⁶²

Iedere partij in het netwerk heeft een eigen taak, rol en belang. De belangen hoeven niet overeen te komen, zolang maar duidelijk is hoe ieder bijdraagt aan het gezamenlijke doel. Daarbij is continuïteit, een langere termijn perspectief (en financiering) en bestuurlijk doorzettingsvermogen nodig. Resultaten op gezondheid en het terugdringen van verschillen worden pas jaren later zichtbaar.^{13,15,36,49,63,64}

Gezondheid wordt daarmee ook ingeweven in beleid van andere domeinen of sectoren. Niet alleen om gezondheid als uitkomst te behalen, maar ook omdat gezondheid bijdraagt aan de doelen van die andere domeinen op hun eigen terrein. Dit wordt health for all policies genoemd.^{22,65}

Zet gezondheid centraal in wetgeving, financiering en opleidingen

Van meerdere kanten wordt voorgesteld om gezondheidsbevordering als wettelijke taak van gemeenten duidelijker en minder vrijblijvend op te nemen in de Wet publieke gezondheid (Wpg). En om daarnaast gezondheidsbevordering toe te voegen in de wetten voor zorg, sociaal domein en fysieke omgeving (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Omgevingswet).^{13,15,66}

Ook moeten we naar een andere manier van financieren. Er zijn nog te weinig prikkels om te investeren in gezondheidsbevordering en preventie. Dit komt doordat de opbrengsten niet altijd direct zichtbaar zijn, de investerende partij onvoldoende profiteert van de baten ('wrong pocket') en omdat er vaak veel tijd tussen de investering en het rendement zit.³³ Er wordt steeds vaker geëxperimenteerd met andere vormen van financiering, o.a. binnen de werkwijze van het kavelmodel. Opties zijn bijv. contractering op basis van shared savings en/of een (revolverend) regionaal preventiefonds. Met alle betrokken partijen, waaronder gemeenten en zorgverzekeraars, worden gezamenlijke gezondheidsdoelen gesteld. Er worden afspraken gemaakt over de hiervoor benodigde investeringen en over de verdeling van de opbrengsten. Bij een preventiefonds vloeien de opbrengsten terug naar het fonds.^{13,33,36} Ook populatie-bekostiging wordt onder de mogelijkheden genoemd, waarbij de bekostiging van zorgaanbieders wordt bepaald op basis van kenmerken van een populatie waar zij zorg aan leveren.³³

Tenslotte is het belangrijk dat de huidige gezondheidszorg al vanaf de basis hervormd wordt, door de opleiding en beroepsverenigingen van artsen en andere zorgprofessionals in te richten vanuit het idee om mensen gezond te houden.^{36,67,68}

Benut de regio

Er komt steeds meer aandacht voor de regio als een logische samenwerkingseenheid. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) stelt dan ook voor om op basis van een breed regiobeeld regionale gezondheidsdoelen te stellen en aan de hand daarvan een gezondheidsplan op te stellen.⁶ Hoewel er een aantal aandachtspunten is bij regionale samenwerking⁶⁹, blijkt in de praktijk dat regionale initiatieven nieuwe energie kunnen losmaken en focus kunnen aanbrengen. Dicht bij de burger, vanuit de eigenheid van een gebied, maar wel met voldoende slagkracht. De regio wordt ook naar voren geschoven als een vrije plek waar ruimte ligt om door knellende kaders of schurende stelsels heen te breken, om zo gewenste transities tot stand te brengen. Een groot voordeel van Drenthe is dat de regio-indeling (GGD-regio, zorgkantoorregio, veilig thuis regio, provincie) grotendeels eenduidig is.

Tot slot

In februari 2023 hebben het Ministerie van VWS, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGD GHOR Nederland het 'Gezond en Actief Leven Akkoord' (GALA) ondertekend.⁵⁴ Daarin staan afspraken om samen te werken aan meer gezondheid, preventie en een sterke sociale basis, met als uiteindelijk doel om in 2040 een gezonde generatie te bereiken met weerbare gezonde mensen die opgroeien, leven, werken en wonen in een sociaal en fysiek gezonde leefomgeving. Het GALA is een onderdeel van het bredere IZA.⁶ De doelen van het GALA zijn:

1. Terugdringen gezondheidsachterstanden (waaronder Kansrijke Start);
2. Een gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten;
3. Het versterken van (de verbinding met) de sociale basis;
4. Een gezonde leefstijl;
5. Versterking van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid;
6. Vitaal ouder worden;
7. Domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur.

Het GALA legt vooral een verbinding tussen al bestaande programma's en initiatieven. Het is daarmee niet heel vernieuwend, maar biedt zeker kansen om de transitie van zorg naar gezondheid een stap verder te brengen. De uitdaging wordt om niet (opnieuw) te vervallen in een versnipperde en te eenzijdige focus op individuele leefstijlinterventies, maar om daadwerkelijk data-gedreven, via health for all policies, met een meekoppelende financiering en een gelijkgerichte regio, te werken aan een betere gezondheid van de inwoners van Drenthe.



Referenties

1. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak - Rapport - WRR. Published September 15, 2021. Accessed October 29, 2022. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>
2. RIVM. Impactvolle determinanten van gezondheid. Published 2022. Accessed October 29, 2022. <https://www.rivm.nl/determinanten-van-gezondheid>
3. Ministerie van VWS. Kamerbrief over visie op stelsel jeugdzorg en noodzakelijke hervormingen - Kamerstuk - Rijksoverheid.nl. Published May 13, 2022. Accessed November 1, 2022. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/05/13/kamerbrief-hervormingen-jeugdzorg>
4. RIVM. Een gezond vooruitzicht | Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Published 2018. Accessed February 23, 2023. <https://www.vtv2018.nl/>
5. Provincie Drenthe. Drentse Gezondheidstafel. Provincie Drenthe. Accessed November 25, 2022. <https://www.provincie.drenthe.nl/onderwerpen/zorg-en-onderwijs/drentse-gezondheidstafel/>
6. Ministerie van VWS. Integraal Zorgakkoord: "Samen werken aan gezonde zorg" - Rapport - Rijksoverheid. nl. Published September 16, 2022. Accessed October 28, 2022. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
7. Rotmans J en Verheijden M. Omarm de chaos. 2021. Uitgeverij de Geus.
8. GGD Drenthe. Volwassenen in Drenthe. Basisrapport van de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2020. Published 2021. Accessed November 30, 2022. https://www.gezondheidsgegevensdrenthe.nl/media/1581/basisrapport-gezondheidsmonitor-volwassenen-2020_def.pdf
9. GGD Drenthe. Jeugd in Drenthe. Basisrapport van de Corona Gezondheidsmonitor Jeugd 2021. Published 2022. Accessed November 30, 2022. https://www.gezondheidsgegevensdrenthe.nl/media/1638/provinciaal-rapport-jeugd-2021_v10.pdf
10. GGD Drenthe. Ouderen in Drenthe. Basisrapport van de Gezondheidsmonitor Ouderen 2020. Published 2021. Accessed November 30, 2022. https://www.gezondheidsgegevensdrenthe.nl/media/1582/basisrapport-gezondheidsmonitor-ouderen-2020_def.pdf
11. GGD Drenthe. Regiobeeld Drenthe. 2022.
12. Volksgezondheid en Zorg. Sociaaleconomische status | Regionaal | Algemeen. Accessed November 30, 2022. <https://www.vzinfo.nl/sociaaleconomische-status/regionaal/algemeen>
13. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Een eerlijke kans op gezond leven - Advies. Published April 7, 2021. Accessed October 28, 2022. <https://www.raadvr.nl/documenten/publicaties/2021/04/07/een-eerlijke-kans-op-gezond-leven>
14. Carter SM, Cribb A, Allegrante JP. How to Think about Health Promotion Ethics. Public Health Rev. 2012;34(1):1-24. doi:10.1007/BF03391661
15. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Gezondheidsverschillen voorbij, complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Gezondheidsverschillen voorbij, complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Published online October 2, 2020. Accessed November 30, 2022. <https://adviezen.raadvr.nl/gezondheidsverschillen-voorbij>
16. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. The Lancet. 2007;370(9593):1153-1163. doi:10.1016/S0140-6736(07)61385-3

17. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med.* 2012;75(4):761-769. doi:10.1016/j.socscimed.2012.02.031
18. Graham H. Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly.* 2004;82(1):101-124. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x
19. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep.* 2014;129(Suppl 2):19-31.
20. Hagenaars L, Waterlander W, den Hertog K, Stronks K. Een veerkrachtige publieke gezondheid in 2030: #hoedan? *TSG Tijdschr Gezondheidswet.* 2022;100(3):119-123. doi:10.1007/s12508-022-00364-9
21. Institute of Health Equity. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review). Published 2010. Accessed November 1, 2022. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
22. Luc Hagenaars, Bram Wouterse, Johan Polder, Remco de Nood. Wegen naar goede gezondheid liggen ook buiten de zorg. *ESB.nu.* Published 2021. Accessed October 28, 2022. <https://esb.nu/esb/20061714/wegen-naar-goede-gezondheid-liggen-ook-buiten-de-zorg>
23. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health.* 2021;199:20-24. doi:10.1016/j.puhe.2021.08.009
24. Grootegoed E, Winsemius A, Noordegraaf-Eelens L, Dannenberg E. Gezondheidsachterstanden aanpakken bij de bron: minder leefstijl, meer bestaanszekerheid. *TSG Tijdschr Gezondheidswet.* 2022;100(1):32-35. doi:10.1007/s12508-022-00332-3
25. Ministerie van VWS. Kansrijke Start. Published September 5, 2022. Accessed December 6, 2022. <https://www.kansrijkestart.nl/>
26. Voedingscentrum. Invloed fysieke omgeving op eetgedrag. Accessed December 6, 2022. <https://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/invloed-omgeving-op-eetgedrag.aspx>
27. GGD Drenthe. Themarapport Gezond Gewicht in Drenthe. Published 2020. Accessed December 6, 2022. <https://www.gezondheidsgegevensdrenthe.nl/media/1560/themarapport-gezond-gewicht-in-drenthe-v10.pdf>
28. Bert Wienen. Accessed November 1, 2022. <https://www.bertwienen.nl/>
29. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 2001;30(3):427-432; discussion 433-434. doi:10.1093/ije/30.3.427
30. Schimmel P. Meer betutteling graag. *Guus Schrijvers.* Published May 6, 2022. Accessed October 29, 2022. <https://guusschrijvers.nl/meer-betutteling-graag/>
31. van der Velpen. Het preventie-ultimatum. Published 2022. Accessed December 2, 2022. <https://www.swpbook.com/boeken/8/geneeskunde-ziekte-en-gezondheid/2004/het-preventie-ultimatum>
32. Ministerie van VWS. Kamerbrief bouwstenen voor fundament onder toekomstig preventiebeleid - Kamerstuk - Rijksoverheid.nl. Published July 7, 2021. Accessed November 1, 2022. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/07/07/kamerbrief-over-bouwstenen-voor-een-fundament-onder-toekomstig-preventiebeleid>
33. Overheid.nl | Consultatie Discussiestuk "Zorg voor de Toekomst." Accessed October 29, 2022. <https://www.internetconsultatie.nl/zorgvoordetoekomst>
34. Alles is gezondheid. Home. Alles is gezondheid. Accessed December 6, 2022. <https://www.allesisgezondheid.nl/>

35. Health-Holland, IPH, KIC, Alles is Gezondheid. Gezondheid als uitgangspunt. Published 2021. Accessed October 29, 2022. <https://www.internetconsultatie.nl/zorgvoordetoekomst/reactie/f024149e-8553-4bf2-8989-1fda83875480>
36. Plochg T. De vitalisering van Nederland -een kwestie van tussen de linies voetballen. Presented at: Op weg naar een gezonde generatie; samenwerken in de regio Galgenwaard Utrecht, 21 april 2022.
37. Federatie voor Gezondheid. Reactie Federatie voor Gezondheid op de Discussienota 'Zorg voor de Toekomst.' Published 2021. Accessed October 28, 2022. <https://www.federatievoorgezondheid.nl/media/1364/consultatiereactie-federatie-voor-gezondheid-zorg-voor-de-toekomst.pdf>
38. Ziglio E, Simpson S, Tsouros A. Health promotion and health systems: some unfinished business†. Health Promotion International. 2011;26(suppl_2):ii216-ii225. doi:10.1093/heapro/dar079
39. Catford J. Turn, turn, turn: time to reorient health services. Health Promotion International. 2014;29(1):1-4. doi:10.1093/heapro/dat097
40. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Zorg voor je gezondheid! - Advies. doi:10/04/05/zorg-voor-je-gezondheid
41. IPH. Positieve Gezondheid. Institute for Positive Health. Accessed December 6, 2022. <https://www.iph.nl/>
42. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996;11(1):11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
43. van der Kamp J, Plochg T. The Health System Quartet: Four Basic Systems—Cure, Care, Heal, and Deal—To Foster the Co-production of Sustained Health. In: Sturmberg JP, ed. Embracing Complexity in Health. Springer International Publishing; 2019:113-123. doi:10.1007/978-3-030-10940-0_7
44. Federatie voor Gezondheid. Missie Veerkracht. Published 2022. Accessed November 7, 2022. <https://www.federatievoorgezondheid.nl/media/1300/wat-is-missieveerkracht.pdf>
45. RIVM. Factsheet Fysieke leefomgeving.pdf. Published 2022. Accessed December 15, 2022. <https://www.gezondeleefomgeving.nl/sites/default/files/2022-05/Factsheet%20Fysieke%20leefomgeving.pdf>
46. Home | Gezonde Kinderopvang. Accessed December 2, 2022. <https://www.gezondekinderopvang.nl/>
47. Home | Gezonde School. Accessed December 2, 2022. <https://www.gezondeschool.nl/>
48. Vitaal Bedrijf | Werken aan vitaliteit. Vitaal Bedrijf. Accessed December 2, 2022. <https://www.vitaalbedrijf.info/>
49. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving - Advies. Published March 5, 2021. Accessed October 28, 2022. <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2021/03/08/wissels-omzetten>
50. VNG. De winst van het sociaal domein. Een slimme investering in bestaanszekerheid, kansengelijkheid en gezondheid. Published 2021. Accessed November 1, 2022. https://vng.nl/sites/default/files/2021-04/de-winst-van-het-sociaal-domein_def.pdf
51. Universiteit Utrecht. Een bredere of langere brugklas: goed idee? En hoe dan? - Onderwijsadvies & Training. Accessed December 9, 2022. <https://www.uu.nl/onderwijs/onderwijsadvies-training/kennisdossiers/kennisdossier-voortgezet-onderwijs/een-bredere-of-langere-brugklas-goed-idee-en-hoe-dan>
52. Gezond in... Inspiratie- en werkboek armoede, schulden en gezondheid. Published 2018. Accessed December 9, 2022. <https://www.platform31.nl/publicaties/inspiratie-en-werkboek-armoede-schulden-en-gezondheid>

53. Sociaal Hospitaal | bureaucratie poli. Accessed December 9, 2022. <https://www.sociaalhospitaal.nl/>
54. Ministerie van VWS. GALA -Gezond en Actief Leven Akkoord - Rapport - Rijksoverheid.nl. Published January 31, 2023. Accessed February 23, 2023. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord>
55. Alles is Gezondheid. Bewonersinitiatieven verbeteren de zorg. Alles is gezondheid. Published 2018. Accessed November 21, 2022. <https://www.allesisgezondheid.nl/nieuws/minister-hugo-de-jonge-bewonersinitiatieven-verbeteren-de-zorg/>
56. van der Knaap T, Smelik J, de Jong F, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Citizens' initiatives for care and welfare in the Netherlands: an ecological analysis. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1334. doi:10.1186/s12889-019-7599-y
57. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Anders leven en zorgen - Advies. Published May 19, 2022. Accessed December 9, 2022. <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2022/05/19/anders-leven-en-zorgen>
58. Plochg T. Batenstrategie voor toekomstbestendige gezondheidszorg. Zorgvisie. Published January 8, 2021. Accessed October 28, 2022. <https://www.zorgvisie.nl/batenstrategie-voor-toekomstbestendige-gezondheidszorg/>
59. ZonMw. Subsidieoproep_preventie_in_de_eerste_lijn_PI.pdf. Published 2022. Accessed December 2, 2022. https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Corporate/Subsidies/PDF_s/Subsidieoproep_preventie_in_de_eerste_lijn_PI.pdf
60. Population Health Data NL, 8RHK Gezond, Achterhoeks Informatieeraad. Infrastructuur GEzondheidsRegioData Achterhoek (GERDA).
61. Brown AF, Ma GX, Miranda J, et al. Structural Interventions to Reduce and Eliminate Health Disparities. *Am J Public Health*. 2019;109(S1):S72-S78. doi:10.2105/AJPH.2018.304844
62. Hageaars L, Boulogne F, van Oers H, Baan C, Garretsen H. Kennisagenda samen gezond leven: hoe dan? *Tijdschr Gezondheidswet*. 2022;100(1):9-13. doi:10.1007/s12508-021-00325-8
63. Plochg T. Preventie kost geld maar levert ook geld op, als je out-of-the-box kunt denken. Presented at: Utrecht, congres financiering van preventie, 26 november 2020.
64. WHO. Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities. Accessed December 3, 2022. <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>
65. Greer SL, Falkenbach M, Siciliani L, McKee M, Wismar M, Figueras J. From Health in All Policies to Health for All Policies. *The Lancet Public Health*. 2022;7(8):e718-e720. doi:10.1016/S2468-2667(22)00155-4
66. Verwey-Jonker Instituut. Versterking van de publieke gezondheid. Published 2021. Accessed October 29, 2022. <https://www.verwey-jonker.nl/publicatie/versterking-van-de-publieke-gezondheid/>
67. van Meeteren, Nico, van Megchelen, Pieter, Mierau, Jochen, et al. Preventie: het andere verhaal. Accessed October 29, 2022. <https://coincide.nl/online-magazine/nummer-23-artikel-16/>
68. Health-Holland | Gezondheid & Zorg. Accessed December 13, 2022. <https://www.health-holland.com/transitieagenda-human-capital/#p=1>
69. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. De regio als redding? Advies. 2022. doi:10/20/de-regio-als-redding

Essay

De transitie van zorg naar gezondheid en veerkracht

