

# Zorg voor de toekomst

## 1 Kern van de discussienota

Met deze discussienota beoogt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een goed gesprek over de toekomst van onze gezondheidszorg, waarvan de uitkomsten mogelijke bouwstenen zijn van toekomstig beleid. De centrale vraag is hoe de zorg toekomstbestendig en houdbaar te maken. De structureel groeiende zorgvraag, de stijgende levensverwachting door telkens nieuwe behandelmethoden en schaarste aan personeel en middelen, zetten de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, steeds meer onder druk. Zelfs nú al is te voorzien dat deze het onderspit gaan delven zonder grotere en effectieve maatregelen die van de overheid, aanbieders, inkopers en burgers grote aanpassingen vragen.

Oplossingen kunnen volgens de nota worden gevonden in het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg. Dit is geen nieuw beleid, maar een voortzetting van een al eerder gekozen route, waarvan wordt gesteld dat deze effectiever mag. De nota benoemt daarom drie hoofdthema's en twee aanvullende maatregelen als pijlers van een ook in de toekomst kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Allereerst is een focus gewenst op preventie, gezondheid en welzijn. We moeten van een focus op ziekte en zorg, de aandacht richten op het bevorderen van gezondheid en welbevinden. In de tweede plaats zijn maatregelen nodig op het vlak van organisatie en regie. Om er voor te zorgen dat het zorgaanbod beter aansluit op wat mensen echt nodig hebben en de doelmatigheid van de zorg te vergroten. Ten derde gaat het om vernieuwing en werkplezier. Vernieuwing in de manier van werken om zorgverleners tot maatwerk in staat te stellen, hen meer ruimte te geven en hun werkplezier te bevorderen. Zodat werken in de zorg aantrekkelijker wordt. Aanvullend is het dan nog nodig om in de bekostiging de prikkels weg te nemen die productie aanmoedigen. De zorg kreeg teveel kenmerken van een verdienmodel doordat zorgaanbieders nog te vaak worden betaald per uur, verrichting, of behandelcode. In plaats daarvan horen de financiële prikkels juist ondersteunend te zijn aan de gewenste veranderingen. Voor deze hoofdthema's en aanvullende maatregelen worden verschillende proefballonnen opgelaten. Deze en de beschreven inzichten en bredere oplossingsrichtingen, zijn stuk voor stuk de moeite waard om tegen het licht te houden en goed te bespreken. Ik doe dat hier enkel voor de door het ministerie voorgestane positionering van de burger die een belangrijke spil vormt van de focus op preventie, gezondheid en welzijn, maar ook onderdeel is van verschillende ideeën met betrekking tot de versterking van organisatie en regie.

## 2 Eigen kracht, eigen verantwoordelijkheid

In de nota wordt gesteld dat een vijfde van de ziektelast die Nederland kent, is gerelateerd aan ongezond gedrag en ongezonde leefstijl. Deze is dus vermijdbaar, aldus het ministerie. Daarom is een beweging nodig gericht op het bevorderen van gezondheid. Deze vraagt om een focus op eigen regie, leefstijl en preventie, maar ook om een krachtiger inzet op de aanpak van sociale problematiek.

Dit alles met als kern het strikt gestelde uitgangspunt *dat gezondheid bij jezelf begint en mensen zelf verantwoordelijk zijn voor de inrichting van hun leven en dus ook voor hun keuzes over gezondheid en welbevinden*. Weliswaar wordt erkend dat mensen hiertoe soms (tijdelijk) niet in staat zijn, maar dit is door goede informatieverstrekking en gerichte interventies op individueel- of gezinsniveau te verhelpen. Wat dit betreft lijkt het alsof de eerder in 2020 in de landelijke nota gezondheidsbeleid uitgewerkte *'Health in All Policies-benadering'* hier wordt begrepsd en ingeperkt<sup>i</sup>.

Er wordt erkend dat ook sociaal-maatschappelijke problemen een rol spelen en dat de omgeving waarin we wonen, werken en leren, of onze arbeidsomstandigheden, invloed hebben op onze gezondheid. Net als werkeloosheid en schulden. Daarom wordt ook gepleit voor verbinding en goed geregisseerde integrale samenwerking van de werelden van gezondheid en welzijn met die van het sociale domein. Daarom ook wordt een belangrijke rol toegekend aan wijk- of sociale teams en de sociale verbanden binnen buurten en wijken. Ook de wijkverplegende wordt om deze reden opnieuw stevig gepositioneerd<sup>ii</sup>. Zij zouden kunnen werken vanuit zogenaamde regiobeelden met op postcodeniveau verbonden data van RIVM, GGD, NZa en CBS, die informatie bevatten over de vraag

naar zorg, gezondheid en sociaaleconomische indicatoren. Aangevuld met bouwstenen en interpretatiekaders<sup>iii</sup> die kunnen helpen met het koppelen en interpreteren van data.

Deze regiobeelden zouden, aangevuld met gestandaardiseerde cliëntprofielen, de basis kunnen zijn van lokaal maatwerk met wijk- en buurtgericht werken als spil. Wijkverpleegkundige, wijk- en sociale teams stellen op basis hiervan vast wat de client echt nodig heeft en kunnen daardoor maatwerk leveren. Zij spelen daarbij nadrukkelijk in op de zelfredzaamheid van burgers.

### 3 Doorgeschoten individualisering

In mijn boek 'Onze vrijheid zit in een wurggreep. En daar kunnen we wat aan doen!<sup>iv</sup> maak ik een uitgebreide analyse van leefstijlgeneskunde en preventie en benoem meerdere problemen die samenhangen met de in deze nota uitgewerkte visie. De kern van mijn zorg is dat de nota een voortzetting vormt van het op eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid gerichte beleid met als uitgangspunt dat de burger meer zelf kan doen. Er wordt van uit gegaan dat de burger - normaliter - in staat is om de goede, verantwoorde keuzes te maken en deze te vertalen naar goed gedrag dat de gezondheid en het welzijn bevordert. Met de goede wil en de juiste kennis en vaardigheden zijn burgers - meestal - in staat om de goede dingen op de goede manier te doen, oftewel: te kiezen voor gezondheid en welzijn. Als dit tijdelijk niet lukt zijn veelal persoons- of situatiegerichte interventies, doelgerichte informatieverstrekking of het aanleren van vaardigheden voldoende om de eigen kracht en regie van individuele burgers te versterken, zodat zij weer grip krijgen op zelfs de lastigste situaties waarmee zij te maken hebben. De kern van mijn kritiek is dat deze opvatting doorschiet in de individualisering van persoonlijke, sociale en maatschappelijke problemen.

Gezondheid en welbevinden worden grotendeels teruggebracht tot het resultaat van individuele inspanningen van burgers en die van de organisaties en professionals in zorg en sociaal domein met gemeenten en zorgverzekeraars als belangrijke regisseurs en aanjagers. Alle aandacht gaat uit naar de leefwereld van de individuele burger en kleinschalige interventies gericht op het individuele niveau, of dat van gezin, buurt en wijk.

Genegeerd wordt het systemische karakter van tal van individuele, sociale en maatschappelijke problemen. Hierdoor worden de systemische oorzaken van individuele, sociale en maatschappelijke problemen niet aangepakt. Zij blijven daardoor structureel in de weg staan van de ambitie om de zorg toekomstbestendig en houdbaar te maken. Dit heeft mede als gevolg dat ten aanzien van behoorlijk wat obstakels voor een gezond en fijn leven een te grote verantwoordelijkheid op de schouders wordt gelegd van individuele burgers. Al was het maar omdat van de resulterende problemen wordt gesteld dat deze van hen zijn: niet de samenleving heeft een probleem, maar de burger in deze situatie of omstandigheden<sup>v</sup>. In de tweede plaats zal een ongewenst neveneffect zijn dat een grote deelpopulatie van de Nederlandse bevolking in toenemende mate wordt gestigmatiseerd, gediscrimineerd en waarschijnlijk ook afgerekend op "onverantwoorde keuzes en gedrag". Het is vooral de groep burgers met een lager sociaal economisch perspectief die hiervan de dupe zal zijn.

In de volgende paragrafen licht ik mijn standpunt verder toe.

#### 3.1 Genegeerde tweedeling

In 'Zorg voor de toekomst' wordt er met geen woord over gerept, maar er is sprake van een tweedeling in onze samenleving die tot gevolg heeft dat sommigen een veel betere toegang hebben tot gezondheid en welbevinden, dan anderen. Jarenlang was een tweedeling in de samenleving, van arm en rijk, iets dat wij in Nederland koste wat het kost wilden voorkomen. Maar deze is er inmiddels. Dat constateerden al in 2014 ook het Sociaal Cultureel Planbureau en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid<sup>vi</sup>.

Uit heel wat wetenschappelijk onderzoek blijkt dat gezondheid en gezondheidsverschillen vooral worden bepaald door sociaal-economische factoren en dat deze ook tot gevolg hebben dat de toegang tot gezondheid en welbevinden zeer ongelijk is verdeeld. Bijvoorbeeld om financiële redenen, door de aard van het werk, of juist het ontbreken daarvan, door opleidingsniveau en tal van kenmerken van gezin, wijk, of buurt<sup>vii</sup>.

Gezondheid is in belangrijke mate sociaal economisch bepaald. Het doet er met andere woorden toe in welke omgeving burgers opgroeien, wonen en werken, wat hun inkomen is en of zij er alleen voor staan of gesteund worden door familie, vrienden en wijkgenoten. Dat was altijd al zo, maar de *'vermarkting van Nederland'* dreef dit verder op de spits. Immers, opeenvolgende regeringen maakten de overheid en het publieke domein tot een markt. Toegang tot publieke- of overheidsdiensten zoals onderwijs, gezondheidszorg, of bijvoorbeeld hulpverlening, werd hierdoor niet langer als vanzelfsprekend mogelijk gemaakt met de door burgers betaalde belastingen. Eigen bijdragen deden hun intrede en maakten dat burgers extra bijbetalen zodra zij gebruik maken van een overheids- of publieke dienst. Dit heeft gevolgen voor de toegang tot belangrijke voorwaarden voor gezondheid zoals bijvoorbeeld goed onderwijs, of werk dat ontplooiingsmogelijkheden en plezier biedt.

En dan natuurlijk vooral voor diegenen die op of onder de armoedegrens leven. In 2017 leefde volgens het CBS 8,2% van de Nederlandse bevolking onder de armoedegrens<sup>viii</sup>. Wat breder bezien vindt 38% van de Nederlandse huishoudens rondkomen met het inkomen moeilijk en heeft een op de vijf huishoudens zelfs betalingsproblemen<sup>ix</sup>. Daar komt nog bij dat mensen met een kwetsbare financiële situatie, het in de afgelopen tien jaar steeds krappere kregen. Ondanks dat de inkomens stegen, bleef er steeds minder geld over voor het primaire levensonderhoud. Dit door de stijging van de vaste lasten en de stijgende prijzen van consumptiegoederen. De onderzoekers noemen het pijnlijk dat het verlies aan koopkracht voor deze kwetsbare groep grotendeels komt door lastenverzwaringen waarvoor de overheid mede verantwoordelijk is. "De kostenverhogingen die we in de afgelopen jaren zien, hebben steevast raakvlakken met landelijk of gemeentelijk beleid. .... Als iedereen haar of zijn eigen knoppen een beetje omhoog draait – of dat nou het btw-tarief is, de huur of een premie – dan zorgt die optelsom ervoor dat deze mensen geen kant meer op kunnen"<sup>x</sup>.

Daarnaast blijkt ook armoede onevenredig te zijn verdeeld en Nederlanders met niet-westerse wortels, relatief vaker te treffen. Nederlanders met een migratie achtergrond (eerste en tweede generatie) hebben een veel grotere kans op armoede dan Nederlanders die hun wortels al vele generaties hier hebben<sup>xi</sup>.

Tegelijkertijd is in Nederland sprake van een grote groep welgestelde burgers die aanvullende zorg kunnen inkopen, of uit eigen middelen extra onderwijs kunnen organiseren voor hun kinderen en voor zichzelf. Het is ook deze groep die in het algemeen een grote invloed heeft op de eigen woonomgeving en over veel mogelijkheden beschikt om werk te kiezen dat hen zelfontplooiing en plezier biedt. Daarmee is er sprake van een groep voor wie toegang tot de basisniveaus al een uitdaging<sup>xii</sup> is en een groep die extra kansen voor zichzelf kan creëren in de samenleving. Ook als het gaat om gezondheid en welzijn!

Naast inkomen speelt ook onderwijs een grote rol. De Onderwijsraad<sup>xiii</sup> ziet ook een toenemende kansenongelijkheid in het onderwijs veroorzaakt door verschillen in opleidingsniveaus van de ouders. Hoe hoger opgeleid de ouders, des te meer kansen hun kinderen hebben. En in 2019 constateert de Inspectie van het Onderwijs: "jongeren die minder meeprofiten van de gunstige arbeidsmarktperspectieven zijn vooral ongediplomeerden, leerlingen van het voorgezet speciaal onderwijs en leerling van het praktijkonderwijs, en studenten van de entree opleidingen in het MBO<sup>xiv</sup> en sommige MBO 2<sup>xv</sup> opleidingen." Een goede opleiding en arbeid zijn beide kansgevers en versterken de eigen kracht en zelfregie. Waar deze er niet zijn, is sprake van minder kansen en ook minder grip op bijvoorbeeld gezondheid en welzijn.

Daar komt nog bij dat de werkloosheid hoger is bij specifieke bevolkingsgroepen. In het eerste kwartaal van 2020 rapporteert het CBS dat 2,5% van de Nederlandse bevolking met een Nederlandse achtergrond werkloos is. Voor mensen met een migratie achtergrond is dat 6,1%, oplopend tot maar liefst 9,5% voor mensen met een Marokkaanse oorsprong<sup>xvi</sup>.

Dat ook discriminatie hier een belangrijke rol speelt toont een door de Universiteiten van Amsterdam en Utrecht uitgevoerd onderzoek. Dit laat zien dat autochtone Nederlanders in vergelijking tot sollicitanten met een niet-westerse achtergrond, veertig procent meer kans hebben om uitgenodigd te worden voor een eerste gesprek. Een van de conclusies is dat gediscrimineerde sollicitanten hun kans op een baan niet zelf kunnen vergroten omdat deze samenhangt met de altijd herkenbare

kenmerken van hun herkomst, zoals bijvoorbeeld een naam of geboorteplaats. En zoals zichtbaar op pasfoto's en in social media<sup>xvii</sup>.

Opleiding, werk en inkomen, zijn niet alleen belangrijke determinanten van gezondheid en welbevinden, maar beïnvloeden ook in sterke mate de toegang tot zorg en de mogelijkheid om keuzes te maken en gedrag te vertonen dat gezondheid en welzijn bevordert.

In dit licht bezien is het niet vreemd dat uit internationaal en nationaal onderzoek<sup>xviii</sup> blijkt dat mensen met een hoge sociaal economisch perspectief ongeveer 7 jaar langer leven en circa 18 jaren met een goede gezondheid méér ervaren, dan mensen met een laag sociaal economisch perspectief<sup>xix</sup>. Dat is dus niet omdat deze laatste groep kennis of motivatie ontbeert, maar het gevolg van de ongelijk verdeelde mogelijkheid om de voor gezondheid en welzijn juiste keuzes te maken en de eveneens ongelijke toegang tot condities zoals een goede opleiding, arbeid, of zelfs gelijkwaardige participatie in de samenleving. De gezondsten in de samenleving hebben al met al dus een betere toegang tot al deze condities, dan de minder gezonden.

Met andere woorden: De toegang tot de gezonde keuzes en gezonde leefstijlen is ongelijk verdeeld. Deze ongelijke verdeling is niet alleen het gevolg van kenmerken van individuele burgers en hun leefomgeving, maar ook systemisch van aard, oftewel het gevolg van structurele kenmerken van onze samenleving. Een belangrijk deel daarvan is daardoor niet door de individuele burger te beïnvloeden. Ook de kracht van het sociale domein schiet hier tekort. Hier is meer nodig.

### 3.2 Grenzen aan de eigen kracht en verantwoordelijkheid

Burgers zijn dus ongelijk voor wat betreft hun mogelijkheden om de goede keuzes te maken en het juiste gedrag te vertonen met het oog op eigen gezondheid en welzijn. De oorzaken hiervan liggen lang niet altijd bij henzelf, in het gezin, of in de wijk en buurt. Structurele kenmerken van de samenleving spelen hier een grote rol. Dit heeft ook belangrijke gevolgen voor de eigen kracht en de mogelijkheid tot zelfregie. Onderzoek op onder meer het terrein van consumentengedrag<sup>xx</sup> laat zien dat drie belangrijke condities bepalen of de burger succesvol de regie kan nemen en zijn eigen keuzes kan maken. Dit zijn:

- a) Heb ik allereerst de mogelijkheid om te kiezen en te beslissen? Wat heeft mijn voorkeur? Wat sluit het beste aan bij wat ik hier en nu nodig heb? Waarbij het er niet enkel om gaat of ik de vraag mag stellen. Maar ook in welke mate ik vrij ben om mijn eigen, persoonlijke antwoord te formuleren. En hierin niet wordt beperkt. Bijvoorbeeld door condities en spelregels van anderen, of door grenzen die het gevolg zijn van mijn persoonlijke situatie.
- b) Heb ik in de tweede plaats de mogelijkheid om actie te ondernemen en 'door te pakken'? Heb ik ook daadwerkelijk de gelegenheid om datgene te doen wat ik het liefst wil doen? Of is het simpelweg te duur voor mij? Of te ingewikkeld, te ver weg, of...?
- c) En kan ik, tot slot, over de juiste informatie beschikken? Volledig, correct en begrijpelijk? Dit houdt onder meer in een volledig zicht op de vraag of uitdaging die voor mij op tafel ligt, alle denkbare scenario's en de daarbij horende informatiebronnen.

Op deze drie vragen kunnen sommige burgers met een volmondig ja antwoorden. Anderen met een weifelend ja of zelfs een stevig nee. Ook hier spelen immers alle in de vorige paragraaf genoemde factoren een belangrijke rol. Wie daartoe minder toegang heeft, weet de mogelijkheden tot eigen kracht en zelfregie beperkt.

### 3.3 Stigmatisering en uitsluiting

De vermarkting van Nederland maakte dat de spelregels van de markt ook gingen gelden voor de overheid en het publieke domein. Overheids- en publieke organisaties werden maatschappelijke ondernemingen die te maken kregen met burgers die transformeerden tot consumenten van overheids- en publieke diensten. Dit leidde tot een situatie waarin alles, maar dan ook alles, wordt gewaardeerd in financiële termen. De Nederlandse samenleving afgebeeld als grootboek van uitgaven en inkomsten, met een heuse jaarrekening die winst of verlies toont. Het land ook dat op Prinsjesdag 2019 als een heuse beursgenoteerde onderneming een winstwaarschuwing gaf. Bewindspersonen die op deze zelfde dag het "Zo waarlijk helpe ons God almachtig", letterlijk inruilen voor "Zo de Economie het wil"<sup>xxi</sup>. Het land waarin een minister de term verdienenvermogen

introduceert<sup>xxii</sup>, doelend op de inkomsten van de overheid. En waar diezelfde minister met een groeistrategie voor Nederland komt om dit duurzaam te versterken<sup>xxiii</sup>. Nederland B.V. zet alle kaarten op de verhouding van inkomsten en uitgaven.

Met als uiteindelijke en wat mij betreft cynische gevolg dat de burger steeds meer als kostenpost wordt gezien. Zo ook in de nota 'Zorg voor de Toekomst'. De burger wordt vooral gepositioneerd als individu dat de overheid en de samenleving geld kost, door gebruik te maken van publieke diensten zoals de gezondheidszorg. Met in dit geval onze leefstijl als belangrijke beïnvloedbare veroorzaker van vermijdbare kosten.

En natuurlijk zijn er dan burgers die duurder uitpakken dan anderen. Wat al snel wordt ingekleurd als 'te duur'. Bijvoorbeeld omdat zij door hun levensstijl en individuele gedrag risico's nemen met mogelijk grote financiële gevolgen. Zeg maar de burgers die te weinig bewegen, de rokers, drinkers, vechters, risicosporters, raddraaiers, overeters, vervuilers, hardrijders, verkeersshuffers, hangjongeren, enzovoorts, die met hun persoonlijke gedrag schade veroorzaken waarvan herstel of compensatie grote financiële kosten met zich meebrengt.

Hiermee hangt samen dat wij in toenemende mate de verantwoordelijkheid voor gezondheid en welzijn op individuele schouders leggen, oftewel individualiseren. De vaak systemische samenhangen en oorzaken worden, zoals al besproken, steeds vaker terzijde geschoven. Gevolg van een neo-liberaal denken waarin het individu zijn eigen keuzes maakt en beslissingen neemt. Een ideologie waarin eigen verantwoordelijkheid en maakbaarheid voorop staan en, laten we eerlijk zijn, alleen de zwakkeren en de onwilligen volgens menigeen dit niet voor elkaar krijgen. Dit gaat gepaard met het ontkennen of bagatelliseren van de invloed van de samenleving op individueel gedrag. Alsof gedrag enkel tot stand komt op basis van individuele afwegingen en andere mensen, organisaties, of de cultuur en systemen in onze samenleving hierin geen rol van betekenis spelen. Alsof de Nederlandse cultuur en samenleving altijd de beste, vanzelfsprekend haalbare keuze aanmoedigen en mogelijk maken. En waar dit niet het geval is betrekkelijk eenvoudige interventies voldoende zijn om de burger in staat te stellen zich teweeg te stellen en 'het goede te doen'. Vanuit deze redenering is het rokers, zware drinkers en bijvoorbeeld 'overeters' te verwijten dat zij niet de juiste keuzes maken en is het vanzelfsprekend dat zij hogere zorgpremies betalen. Hun ongezonde levensstijl is immers een eigen keuze, waar wij met onze gezonde levensstijlen niet voor hoeven op te draaien<sup>xxiv</sup>. Een standpunt waarmee een groot deel van de Nederlandse bevolking het eens is<sup>xxv</sup>.

Individualisering en het grotendeels negeren van systemische oorzaken, vormen zo een stimulans voor een beweging in onze samenleving waarin de financiële gevolgen van individueel gedrag steeds meer ten laste worden gelegd van de individuele burger. Het ooit socialistische 'de vervuiler betaalt', is verworden tot een neo-liberale individuele schuld: de burger is aan te spreken en af te rekenen op de in geld uitgedrukte negatieve gevolgen van zijn keuzes en gedrag. De afrekenbare burger bouwt een verwijtbare schuld op aan staat, samenleving en medeburgers.

Ditzelfde geldt voor groepen burgers. In deze tijd van big data en risicodenken, worden de bevolkingsgroepen gedefinieerd die het grootste risico in zich herbergen om deze schuld te ontwikkelen. Mogelijk zelfs al de grootste schuld hebben. Dit is het nieuwe doelgroepdenken dat her en der de kop opsteekt en ook spreekt in de nota 'Zorg voor de toekomst'. Ook nu weer zullen vooral de bevolkingsgroepen met lagere sociaal economische perspectieven hiervan de dupe zijn. Zoals we al zagen komen tal van ziekten en problemen bij hen immers vaker voor, dan bij bevolkingsgroepen met hogere sociaal economische perspectieven. Zo dreigt er een nieuwe bron van stigmatisering en uitsluiting<sup>xxvi</sup>.

#### 4 Wat zijn de gevolgen voor het gesprek over de toekomst?

Neem in het gesprek over de toekomst vooral de uitgangspunten mee van de '*health in all policies-benadering*', zoals beschreven in de landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024. Beperk de focus van beleid niet tot de individuele burger met als doel: "de omstandigheden aanpakken die invloed hebben op het *doenvermogen* van mensen"<sup>xxvii</sup>. De '*health in all policies-benadering*' zou nadrukkelijker gericht moeten zijn op de genoemde systemische oorzaken en verder moeten reiken

dan enkel het versterken van de eigen kracht van burgers. Het gaat er om de oorzaken van een ongelijk verdeelde toegang tot gezondheid en welzijn weg te nemen.

Neem in het gesprek mee dat de zorg om onze gezondheid en ons welzijn niet is voorbehouden aan de gezondheidszorg, aangevuld met gemeenten en partijen in het sociale domein, zoals gesteld in de nota 'Zorg voor de toekomst'. Samen vertegenwoordigen zij slechts een deel van de maatschappelijke kracht en regie die nodig is om de zorg toekomstbestendig en houdbaar te maken.

Stel grenzen aan het beroep dat wordt gedaan op de eigen kracht en zelfregie van de burger. Formuleer voor wat betreft de opbrengsten realistische verwachtingen op maat. In het besef dat burgers wat dit betreft onderling sterk verschillen. De lat ligt voor de een immers veel hoger dan voor de ander. Dit vraagt er om na te denken over de vraag in hoeverre ongelijke monniken ook ongelijke kappen krijgen door verschillende beroepen te doen op de perspectiefrijke en -arme burgers.

De systemische oorzaken van ongezondheid en nood of tegenspoed, liggen grotendeels buiten de invloedssfeer van individuele burgers en de andere in de nota genoemde veldpartijen. Ook de in de nota beschreven ideeën raken hier niet aan. Nodig zijn landelijke en lokale brede sociale en maatschappelijke initiatieven, gericht op de systemische oorzaken van de ongelijke verdeling van gezondheid en welzijn en van de mogelijkheden van burgers om de eigen kracht en zelfregie te ontwikkelen en versterken. Neem deze optie op in het gesprek.

De systemische oorzaken en samenhangen zijn bekend en worden goed beschreven in verschillende (wetenschappelijke) bronnen. In alle gevallen is sprake van al actieve partijen, van overheid en publieke organisaties tot en met belangenbehartigende organisaties en burgerinitiatieven, die zich richten op systemische beperkingen en de ongewenste effecten daarvan. Bijvoorbeeld op de terreinen van onderwijs, participatie, werk en inkomen. Ook aan inzichten en methodieken vanuit een veranderkundig perspectief ontbreekt het niet. Zowel de veranderkunde in het algemeen als de health promotion in het bijzonder, bieden meer dan voldoende inspiratie en lessen gebaseerd op ervaring en onderzoek. Wanneer gebruik wordt gemaakt van al aanwezige kennis en ervaring en de in Nederland beschikbare denk- en daadkracht worden gebundeld, dan kunnen binnen afzienbare termijn brede sociale en maatschappelijke initiatieven worden vormgegeven in landelijke en regionale projecten.

In deze initiatieven gaan de aanpak van de persoonlijke, sociale en maatschappelijke determinanten van gezondheid en welzijn gelijk op. Altijd worden zowel de systemische determinanten van ongezondheid en nood of tegenspoed aangepakt, als de beïnvloedbare veroorzakers op het niveau van bijvoorbeeld individu, buurt, of wijk.

Dit vraagt om de brede integrale samenwerking van alle partijen die daadwerkelijk invloed (kunnen) uitoefenen. Zodra gezondheid centraal staat is integrale samenwerking vereist die verder reikt dan de in de nota 'Zorg voor de toekomst' genoemde partijen. In een van de specifieke problematiek afhankende wisselende samenstelling, is de integrale samenwerking nodig van de verschillende ministeries onderling, Rijksoverheid, provincies en gemeenten, de in de nota genoemde partijen in en om de gezondheidszorg, het volledige publieke domein, tal van maatschappelijke organisaties, bedrijfsleven en partijen die een hoofdrol spelen in onderwijs, volkshuisvesting en ruimtelijke ordening en bijvoorbeeld veiligheid of participatie.

Breng de beschikkende kennis, ervaring, denk- en daadkracht in het gesprek over de toekomst in. Werk gezamenlijk eerste voorstellen uit voor bredere landelijke en regionale projecten.

Zet niet economische motieven centraal, maar in de Nederlandse samenleving algemeen gewaardeerde normen zoals rechtvaardigheid, solidariteit, geluk, inclusie of gelijkwaardigheid. Positioneer deze niet als onderdeel van economische waarden en normen, maar<sup>xxviii</sup> aanvullend. Beschrijf de voor de samenleving gewenste opbrengsten in de eerste plaats vanuit deze waarden en niet vanuit de nu nog dominerende economische maatstaf van kostenbeheersing.

Stel, tot slot, realistisch en rechtvaardig vast 'wie', 'wanneer' voor 'wat' verantwoordelijk is, vanuit een goed zicht op de feitelijke invloed die partijen, van burger tot en met Rijksoverheid, kunnen doen gelden en het verschil dat zij dus kunnen maken.

<sup>i</sup> Ministerie van VWS (februari 2020). Gezondheid breed op de agenda. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020 - 2024. Den Haag. Hierin wordt nog gesteld dat mensen *'in beginsel'* zelf verantwoordelijk zijn. Tegelijkertijd wordt meer dan in 'Zorg voor de toekomst' benadrukt dat niet iedereen in de omstandigheden leeft om zelf gezonde keuzes te maken. Vandaar ook de ambitie om "iedereen gelijke laagdrempelige kansen te bieden".

<sup>ii</sup> Zoals in de tachtiger jaren van de vorige eeuw het geval was met de lokale gezondheidsbevordering en -opvoeding (GVO). Ook hiervan was de wijkverplegende de spil. Ook toen werd veel verwacht van gerichte lokale interventies.

<sup>iii</sup> Helemaal helder is de nota hierover niet, maar het lijkt er op dat hiermee mede wordt bedoeld op het gebruik van algoritmen. Dit is niet zonder risico's. Meerdere bronnen wijzen op de tekortkomingen van algoritmen en de bijwerkingen v.w.b. de werking van democratie en rechtstaat, of bijvoorbeeld onbedoelde discriminatie en stigmatisering van groepen burgers. Deze risico's kleven ook aan gebruik van algoritmen door overheden. Zie onder meer: Zuboff, S. (2019). *The age of surveillance capitalism. The fight for a human future at the new frontier of power.* London: Profile Books Ltd.; Stikker, M. (2019). *Het internet is stuk. Maar we kunnen het repareren.* Amsterdam: De Geus.; Horst, Jos van der (2020). *Onze vrijheid zit in een wurggreep. En daar kunnen we wat aan doen.* Amsterdam: Uitgeverij SWP. En dan met name hoofdstuk 18 'Blinde assets'.

<sup>iv</sup> Horst, Jos van der (2020). *Onze vrijheid zit in een wurggreep. En daar kunnen we wat aan doen!* Amsterdam: Uitgeverij SWP.

<sup>v</sup> Ditzelfde uitgangspunt zien we ook terug in de landelijke nota gezondheidsbeleid: Ministerie van VWS (februari 2020). *Gezondheid breed op de agenda. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020 - 2024.* Den Haag.

<sup>vi</sup> Bovens, M., Dekker, P., Tiemeijer, W. (red.) (2014) *Gescheiden werelden? Een verkenning van sociaal culturele tegenstellingen in Nederland.* Den Haag: SCP | WRR

<sup>vii</sup> Zie hiervoor ondermeer de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 van het RIVM.

<sup>viii</sup> Welvaart in Nederland 2019. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

<sup>ix</sup> NIBUD (2019) Factsheet geldproblemen in Nederland 2018

<sup>x</sup> <https://www.zelfmagazine.nl/artikelen/zelf-met-onderzoek-in-de-volkskrant/>

<sup>xi</sup> Hoff, S. e.a. (2018) *Armoede in kaart 2018.* Den Haag: SCP.

<sup>xii</sup> Kalthoff, Hilde (2018). *Opgroeien en opvoeden in armoede.* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

<sup>xiii</sup> Jester (2018). *Trendcomplex voor het onderwijsstelsel Trendbeschrijvingen.* Den Haag: Onderwijsraad.

<sup>xiv</sup> Jongeren zonder een diploma van een vooropleiding kunnen een entree-opleiding volgen. Deze bereidt hen voor op de arbeidsmarkt of op doorstroming naar een mbo-2-opleiding. Met de entree-opleiding kunnen studenten de belangrijkste vaardigheden ontwikkelen die zij nodig hebben voor een baan. Deze opleiding bereidt hen voor op assisterende functies op de arbeidsmarkt.

<sup>xv</sup> Dit is een 1 of 2 jarige basisberoepsopleiding die opleidt tot uitvoerende werkzaamheden.

<sup>xvi</sup> Bron: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/82809NED/table?dl=311FB>

<sup>xvii</sup> Voor een korte toelichting: <https://www.uva.nl/content/nieuws/persberichten/2019/07/gediscrimineerde-sollicitant-kan-weinig-doen-om-baankans-te-vergroten.html?1565354080561>

Thijssen, L., Coenders, M., Lancee, B. (2019), *Etnische discriminatie op de Nederlandse arbeidsmarkt. Verschillen tussen etnische groepen en de rol van beschikbare informatie over sollicitanten.*, in: *Mens en Maatschappij* (juli 2019). Amsterdam: Amsterdam University Press.

<sup>xviii</sup> Als indicatoren van sociaal economische status of perspectief worden doorgaans gebruikt opleiding, inkomen of beroep.

<sup>xix</sup> *Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning (2018).* Bilthoven: RIVM.

<sup>xx</sup> Joosten, H (2013). *De klant wil niet te veel macht.* Tijdschrift voor Marketing, nummer 3, maart 2013, p. 213. Dit artikel beschrijft de resultaten van zijn promotieonderzoek, uitgevoerd aan de Radboud universiteit.

<sup>xxi</sup> Meerdere bewindspersonen, waaronder premier Mark Rutte, verklaarden op Prinsjesdag in interviews dat de beloften ten aanzien van de koopkracht, afhankelijk waren van de ontwikkeling van de economie. Er werden meerdere onvoorspelbare ontwikkelingen ten tonele gevoerd, zoals de Brexit en de handelsoorlog tussen de Verenigde Staten van Amerika en China. Omdat tegelijkertijd een winstwaarschuwing werd afgegeven, kwam deze toezegging meteen op losse schroeven te staan.

<sup>xxii</sup> <https://fd.nl/economie-politiek/1308594/wiebes-toekomstige-welvaart-nederland-staat-op-het-spel#>

<sup>xxiii</sup> Wiebes, E. (2019). *Groeistrategie voor Nederland op de lange termijn.* Den Haag: Ministerie van Economische Zaken en Klimaat.

<sup>xxiv</sup> Kloosterman, R. (2015). *Bevolkingstrends. Solidariteitsvoorkeuren in de zorg.* Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.

<sup>xxv</sup> Verhaeghe, P. (2019). *Autoriteit.* Amsterdam: De Bezige Bij.

<sup>xxvi</sup> <https://www.welingelichtekringen.nl/economie/1236040/arme-mensen-zijn-niet-onverantwoordelijk-of-dom.html>

<sup>xxvii</sup> Zoals verwoord in de landelijke nota gezondheidsbeleid: Ministerie van VWS (februari 2020). *Gezondheid breed op de agenda. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2020 - 2024.* Den Haag.

<sup>xxviii</sup> In de nota 'Zorg voor de toekomst' wordt wat anders gezegd. Enerzijds wordt hier gesteld dat sturing gewenst is op een kernindicator voor gezondheid. Anderzijds wordt gesteld dat het opmerkelijk is dat gezondheid geen deel uit maakt van belangrijke economische kernindicatoren.