

## Professionele overwegingen bij de discussienota “Zorg voor de Toekomst”

Dit document beschrijft de professionele overwegingen van de Denkgroep publieke gezondheid rondom Covid-19 over de VWS discussienota “Zorg voor de Toekomst”<sup>1</sup> [verder genoemd: de nota]. De Denkgroep publieke gezondheid rondom Covid-19 bestaat uit professionals, met name artsen Maatschappij + Gezondheid. Verschillende perspectieven zijn in de groep vertegenwoordigd. Het doel van de Denkgroep: bijdragen aan professionele reflectie en advisering van professionals, inclusief artsen Maatschappij + Gezondheid, over SarsCoV-2 en de COVID-19 uitbraak. Daarmee maakt de Denkgroep ook de rollen van de professionals die werkzaam zijn in de publieke gezondheid zichtbaarder. De Denkgroep heeft in 2020 stilgestaan bij verschillende dilemma’s, inherent aan crisisbeheersing en publieke gezondheid. Mede vanuit deze ervaringen heeft de Denkgroep gekeken naar de nota van VWS over de ‘zorg van de toekomst’.

Groeiende groepen mensen komen in de verdrinking met betrekking tot toegang tot de zorg en de toenemend ongelijke levensverwachting in Nederland. Dit komt mede omdat mensen verschillend kijken naar gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven, de essentiële waarden in het leven. Daarnaast is gebleken, dat mensen verschillend<sup>2</sup> (kunnen) profiteren van de mogelijkheden die ons (ver)zorg(ings)stelsel biedt. Het is als lopen langs de afgrond. Een kleine duw is slechts nodig om mensen, met onderliggende problemen, met afstand tot de zorg of verminderd vermogen tot verbetering van de eigen gezondheid, te doen neerstorten. Het is nodig te transformeren naar een cultuur (binnen en rondom de zorg), waarbij dialoog over gezondheid en zorg met preventieve ondersteuning de norm wordt. Zowel op micro-, meso- als macroniveau.

### Leeswijzer

De overwegingen van de Denkgroep bij de nota zijn geordend langs de lijn van een aantal onderwerpen. Eerst behandelen wij de drie thema’s uit de nota;. Per thema benoemen we knelpunten die wij misten in de nota, en geven een advies voor verdere beleidsvorming. Tot slot belichten wij twee thema’s die ons inziens ook behandeld moeten worden in een nota met de titel ‘Zorg voor de toekomst’.

- De drie thema’s beschreven in ‘Zorg voor de toekomst’ zijn:
  1. Preventie en gezondheid
  2. Organisatie en regie
  3. Vernieuwing en werkplezier

De thema’s die ons inziens (beter) uitgewerkt moeten worden in de nota zijn:

- Publieke gezondheidszorg
- Regiovorming

Aan het einde van het document reageren we op de vragen die VWS heeft gesteld aan de lezers van de nota, en waar wij nog niet bij stil gestaan hebben in dit document.

### Preventie en gezondheid

In deze paragraaf gaan we in op:

- het dominante paradigma van ‘zelfredzaamheid’

<sup>1</sup> <https://www.internetconsultatie.nl/zorgvoordetoekomst>

<sup>2</sup> <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/cijfers-context/samenhang-met-gezondheid>

- het gekozen perspectief om te kijken naar 'preventie'

Uiteraard omarmen we het uitgangspunt 'eigen regie' van mensen, zeker als het gaat om hun gezondheid, welbevinden en kwaliteit van Leven. In de nota wordt echter uitgegaan van een mate van (zelf)redzaamheid, die geen recht doet aan de feitelijke situatie van veel Nederlanders. Mede door dit aanhoudende en dominante paradigma, komen groeiende groepen mensen 'in de knel'. We missen dan ook de aandacht in de nota voor deze dreiging voor de gezondheid en welzijn van velen. De inzichten hierover zijn door de WRR<sup>3</sup> in het rapport 'Weten is nog geen doen' beschreven. De samenvatting is als volgt: "Naast 'denkvermogen' is 'doenvermogen' minstens zo belangrijk om aan de hoge eisen van de participatiesamenleving te kunnen voldoen. De overheid verwacht van burgers steeds vaker dat ze zelfredzaam zijn op het gebied van gezondheid, persoonlijke financiën en de arbeidsmarkt. De WRR vraagt met dit rapport aandacht voor het belang van niet-cognitieve vermogens, zoals een doel stellen, in actie komen, volhouden en om kunnen gaan met verleidingen en tegenslag."

"Kennis en intelligentie alleen zijn niet genoeg voor redzaamheid. Ook mensen met een goede opleiding en een goed inkomen kunnen in moeilijkheden komen omdat ze even niet opletten of zaken voor zich uitschuiven. Dat geldt zeker op momenten dat het leven tegenzit, zoals bij een echtscheiding, faillissement of ontslag. En soms is het juist de overheid die mensen minder redzaam maakt, omdat ze onvoldoende rekening houdt met verschillen in het 'doenvermogen' van burgers."

"Met dit rapport zet de WRR een volgende stap in de toepassing van gedragswetenschappelijk kennis in beleid. Steeds meer beleidsmakers onderzoeken hoe ze keuzearchitectuur kunnen inzetten om de cognitieve beperkingen van burgers te compenseren. 'Weten is nog geen doen' richt zich op de niet-cognitieve vermogens. Door een slimmer en realistischer ontwerp van de leefomgeving kan de overheid het beleid rondom de redzaamheid van burgers versterken."

Van belang is dan ook dat de keuzes die samenhangen met een gezonde leefstijl de default optie zijn, ook in de leefomgeving. Daarbij hoort wat ons betreft ook meer centrale sturing. (voorbeelden: een frisdranktaks, meer groen in de wijk).

Het thema 'preventie en gezondheid' wordt in de nota nadrukkelijk benaderd vanuit de curatieve sector (kijken vanuit ziekte en mogelijkheden voor genezing) én vanuit een passieve houding: anderen moeten dit thema verder omarmen.

Opvallend is dat men in de hele nota voornamelijk schrijft over de toekomstproblemen en dilemma's in zorgvraag en – behoeften, en daarbij vooral oplossingen verkent binnen de 'domeinen' van cure en care op individueel niveau. De kansen en mogelijkheden om te interveniëren op collectief niveau worden minimaal verkend en daarmee grotendeels onbenut gelaten. Het geheel lijkt daarmee vooral geschreven vanuit een vaststaande gedachte/visie. Er worden geen mogelijke veranderingen in 'het systeemdenken' verkend. De nota gaat uit van bestaande rol - en daarmee ook machts- verdelingen in het zorgdomein: van individuen (burgers, cliënten, patiënten), zorgverleners, zorgaanbieders, zorgondersteuners, zorginkopers tot zorgverzekeraars. Inzet en interventie zijn daarbij vooral gericht op het individu, op het stimuleren en bevorderen van zelfredzaamheid, het bevorderen tot en van stimuleren van die zelfredzaamheid om te komen tot een gezonde leefstijl. De beleidsopties hoe deze gezonde leefstijl daadwerkelijk te bereiken zijn niet beschreven in de nota.

We missen beleidsopties om op zo kort mogelijke termijn meer oog te hebben voor de meest kwetsbaren in de samenleving en daar de zorg voor te verbeteren. In de nota wordt teveel (op abstract niveau) ingezet op het verbeteren van curatieve zorg binnen verschillende 'zorgdomeinen'. Daarbij wordt het inzetten op preventie vooral gezien als het verminderen van de kosten van de curatieve zorg in plaats van op vergroten van welzijn van de bevolking. Wat de ambities met betrekking tot preventie

---

<sup>3</sup> <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen>

moeten inhouden om aan te sluiten bij de zorgbehoeften van uiteenlopende groepen (verhoogd kwetsbare) mensen - en wat daarvoor voor financiële middelen moeten worden uitgetrokken - wordt uit de nota niet duidelijk.

Een essentieel hoofdstuk lijkt niet geschreven, namelijk een samenhangende visie op het aan elkaar aansluiten van de departementale/ministeriële verantwoordelijkheden en mogelijkheden op het gebied van preventieve gezondheid en:

- arbeidsomstandigheden,
- woonomstandigheden
- leefomgeving/milieuomstandigheden
- armoede en schulden
- segregatie op scholen voor een gelijke toegankelijkheid op het hoogst mogelijk te behalen onderwijsniveau,
- problemen tijdens en rondom de start van het leven (o.a. geboortezorg)
- enz.

Ook is deze samenhang tussen domeinen niet beschreven voor regionaal en lokaal niveau, terwijl 'health in all policies' uitermate belangrijk is bij preventie op collectief niveau.

Kortom, inzicht in determinanten van gezondheid, buiten het individu om, worden wel aangestipt maar men beschrijft geen beleidsopties op macroniveau en de invloed die het Rijk zelf kan uitoefenen. Zie hiervoor onder andere de RIVM rapporten over de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen<sup>4 5</sup> en ook de rapporten van het Sociaal en Cultureel Planbureau over de (on)gelijkheden tussen mensen (zeker niet alleen gelimiteerd tot sociaal-economische gezondheidsverschillen).

#### *Ons advies*

Een betere samenwerking van organisaties op gebied van preventie is nodig, op zowel lokaal regionaal als nationaal (en waar nodig internationaal) niveau, om de beweging van ziektepreventie naar het bevorderen van gezondheid te versterken (pag. 14 van de nota). De huidige coronacrisis onderstreept het belang van (stevige en goed gefaciliteerde) publieke gezondheidszorg, niet alleen bij het voorkomen en beperken van verspreiding van infectieziekten, maar zeker ook bij het bevorderen van een gezonde leefstijl en leefomgeving, bij het bieden van ondersteuning aan kwetsbare groepen en bij de afstemming van zorgverlening in de regio.

We willen tevens graag een analyse zien van de lessons learned uit de coronacrisis (bijv. van de door VWS georganiseerde leertafels, kamerbrief d.d. 2 september 2020) en wat dit aan beleidsopties betekent om tot meer samenwerking rondom preventie te komen, op alle niveaus en vooral ook om te komen tot versterking van de publieke gezondheidszorg bij GGD'en (en het noodzakelijke budget hiervoor bij gemeenten om dit ook te entameren en te stimuleren).

#### Organisatie en regie

In de nota ontbreken internationale vergelijkingen tussen zorgstelsels, die kunnen bijdragen aan vernieuwing in de zorg. Hoe doen wij het én hoe doen andere landen het? Ook ontbreken bij het thema Organisatie en regie concrete uitkomsten die men wil nastreven (bijvoorbeeld waar willen we staan over 5 jaar en waar over 20 jaar). Collectieve doelen zijn essentieel om netwerksamenwerking binnen regio's en tussen gemeentelijke en Rijksoverheden (waar de nota terecht op inzet) te ondersteunen.

---

<sup>4</sup> <https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv/c-vtv>

<sup>5</sup> <https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv>

Wat bij dit thema nadrukkelijk ontbreekt, is het feit dat het beheersen van crises niet goed ingebed is in formele mandaten en informele netwerken: in de Wet publieke gezondheid moet de 'witte kolom' duidelijker een positie krijgen, niet alleen voor infectieziektebestrijding maar met name ook voor het beschermen en bevorderen van de volksgezondheid in buitengewone omstandigheden. Het basisbegrip 'veiligheid' is dermate belangrijk voor het (samen) leven, dat het beschermen en bevorderen van dit publieke goed op landelijk niveau centraal geregeld moet zijn, ook als gekozen wordt voor aansluiting bij het decentraal bestuur.

#### *Ons advies*

Daarvoor zou een samenhangende visie opgesteld moeten worden vanuit de landelijke nota gezondheidsbeleid<sup>6</sup>, aansluitend op de rollen en mandaten omschreven in de Grondwet (art 22), de Wet Publieke Gezondheid en de Wet Veiligheidsregio's. Daarbij kan preventie uiteraard als leidend principe genomen worden. Wat niet (meer) kan, is het treffen van collectieve maatregelen op nationaal niveau (bijvoorbeeld om besmettingen door een nieuw virus te verminderen), zonder expliciet verantwoording af te leggen over de impact van deze maatregelen op alle aspecten van de gezondheid van groepen mensen (bijv. schoolsluiting en inkomensderving). De vorming van een OMT is een voorbeeld van een gremium die goed kan functioneren als deskundigen betrokken worden uit het brede veld van publieke gezondheid.

In paragraaf 2 van de nota beschrijft VWS wel de noodzaak om de wettelijke taak van gemeenten te versterken om (de samenhang binnen) de publieke gezondheid te bevorderen, maar onduidelijk blijft hoe. De Wpg kenmerkt zich door een disbalans richting infectieziektebestrijding (80% van de wet gaat over infectieziekten). Er staat nauwelijks iets in deze wet over het nemen van gezondheid beschermende en -bevorderende maatregelen door gemeenten. Daarmee ligt het accent (zie corona-crisis) alweer gauw bij curatie in de tweede lijn. In de wet ontbreekt het aan concrete verantwoordelijkheden voor gemeentelijke en Rijksoverheden om huisartsen en de care-sector (verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg) te versterken. De noodzaak en mogelijkheden om de gezondheid ook tijdens en na crises te bevorderen zijn weggeschreven in containerbegrippen in art2 van de Wpg. Een verbinding met het sociaal domein ontbreekt. Er zal meer werk moeten worden verricht om de samenwerking binnen de publieke gezondheid (in samenhang met de curatieve zorg) te beschermen en te bevorderen.

#### *Ons advies*

Wat ons betreft zou elke gemeente de verplichting moeten hebben om te komen tot lokale preventieakkoorden, waar alle partijen zich in moeten herkennen en waarbij afstemming over en uitvoering van preventieve activiteiten plaatsvinden, zo dicht mogelijk bij de burger, op wijkniveau, en met name daar waar de meest kwetsbaren wonen en leven en waarbij rekening wordt gehouden met de sociale en ruimtelijke context waarin deze mensen leven. De eerste stappen die nu gezet worden om afstemming te laten plaatsvinden met de domeinen 'maatschappelijke ondersteuning' (Wmo), de langdurige zorg' (Wlz) en de 'curatieve zorg' (Zvw) zijn een goede ontwikkeling, maar nog onvoldoende duurzaam. Het zal duidelijker moeten worden op regionaal niveau wat van wie wordt verwacht om te komen tot effectieve preventie; daarbij zal ook de burger een duidelijke rol en taak moeten hebben voor zover hij/zij daartoe ook in staat is. Nu gaat men teveel uit van organisaties die allemaal zelf een eigen belang hebben bij het aanbod dat zij zelf creëren. Vroegtijdige ondersteuning voor wie onvoldoende de regie in eigen hand kan nemen, is nodig.

---

<sup>6</sup> <https://www.loketgezondleven.nl/documenten/landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2020-2024>

Daarbij pleiten we ook voor een paradigmashift van een biomedisch model naar een biopsychosociaal model, waarbij alle factoren die bij een individu een rol spelen bij de ervaren gezondheid (of het gebrek daaraan) in kaart gebracht zijn. Dit vergt een omslag in het denken van burgers (zorgvragers), die voor hun klacht een effectieve behandeling verwachten en van zorgverleners, die worden opgeleid om primair naar een medische oplossing te zoeken. Het concept Positieve Gezondheid, omarmd door de Minister van VWS in de landelijke nota gezondheidsbeleid, is daar een voorbeeld van. Er zijn veel succesvolle initiatieven. Met (nog) meer aandacht en ondersteuning voor deze paradigmashift, is meer gezondheid- en welzijnswinst te behalen.

Ongeacht voor welke inrichting van het zorgstelsel gekozen wordt, moet er bij crises tijdig gehandeld kunnen worden. Dit vraagt en vergt een adaptief bestuur. Verantwoordelijkheden van adviserende instanties dienen helder te zijn en afgebakend van politieke besluitvorming. Zodat slagvaardig kan worden gehandeld tijdens een crisis en ad hoc besluiten zoveel mogelijk beperkt worden. Het is noodzakelijk om na te denken over core-periphery netwerkstructuren<sup>7, 8</sup>, die in rustigere tijden worden ontwikkeld, om tijdens crises te kunnen functioneren. Rollen en mandaten moeten verhelderd en bevestigd worden. Professioneel geluid moet vergroot worden om politisering tijdens crises te beperken. Zie ter inspiratie ook het artikel 'crisisbeheersing vraagt om versterking van rollen en mandaten' in Medisch Contact:<sup>9</sup>

De nota spreekt over domeinen, als ware dit actoren. Dit zijn echter constructen, met fluïde grenzen. We moeten terug naar praten over en met mensen om wie het gaat: mensen met een zorgbehoefte en mensen die zorg willen en kunnen verlenen. Wat kenmerkt die mensen, waarvoor wij willen handelen? Wat heeft een ieder nodig om op een zingevende manier om te kunnen gaan met de dagelijkse uitdagingen van het leven (à la positieve gezondheid)? Verder verwijzen wij ter inspiratie naar het artikel uit TSG<sup>10</sup> (om de variatie in groepen mensen inzichtelijk te maken met mogelijk extra zorgen in relatie tot COVID-19) en de afscheidsrede van Johan Mackenbach om na te denken over 'goede intenties, slechte resultaten'.

### Vernieuwing en werkplezier

Voor dit thema moet meer aandacht komen voor de beroepen en de opleidingen, welke voor nu en in de toekomst van belang zijn. De reacties en het vervolg op de rapporten 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen'<sup>11</sup> uit 2015, en 'Anders kijken, anders leren, anders doen'<sup>12</sup> hadden meegenomen moeten worden bij dit thema. De implementatie van de adviezen van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen<sup>13</sup> lijkt niet goed van de grond te komen. Dit thema ontstijgt daarom in het consultatiedocument niet het niveau van de huidige praktijk met het opsommen van goede voorbeelden.

### *Ons advies*

Om een paradigmaverandering te bewerkstelligen moet onder andere vanaf jongs af aan in het onderwijs rondom gezondheidsvaardigheden aandacht komen voor de brede benadering van lichamelijk

---

<sup>7</sup> [Ex Ante Knowledge for Infectious Disease Outbreaks: Introducing the Organizational Network Governance Approach | SpringerLink](#)

<sup>8</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/rhc3.12176>

<sup>9</sup> <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/crisisbeheersing-vraagt-om-versterking-rollen-en-mandaten.htm>

<sup>10</sup> <https://link.springer.com/article/10.1007/s12508-020-00290-8>

<sup>11</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren>

<sup>12</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/11/17/anders-kijken-anders-leren-anders-doen>

<sup>13</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2017/03/31/zorginstituut-rondt-programma-innovatie-zorgberoepen-opleidingen-af>

en geestelijk welzijn (bijvoorbeeld à la positieve gezondheid). Maar ook in de curricula van de medische opleidingen moet veel meer aandacht komen voor deze thematiek, inclusief gezondheidspsychologie, placebo- en nocebo-werking, en het aanleren van de vaardigheden om hierover een goed gesprek aan te gaan met de patiënt. Dergelijke gesprekken kosten aanvankelijk meer tijd, maar leveren uiteindelijk tijd en gezondheidswinst op en gepaster gebruik van zorg. Er zijn hiervan in het land mooie voorbeelden beschikbaar .

Opvallend en jammer is dat de rol van de sociale geneeskunde en de medewerkers daarbinnen op geen enkele wijze wordt benoemd in de nota. Nagegaan zou moeten worden welke rol de sociaal geneeskundigen/artsen Maatschappij + Gezondheid zouden kunnen spelen in het beter op de kaart zetten van preventie en in het verbeteren van de kwaliteit van de geboden zorg. Vanuit de sociale geneeskunde kan een goed beeld gegeven worden over wat de maatschappij nodig heeft op gebied van zorg en hoe beleid hierop zou kunnen anticiperen. De curatieve sector heeft een morele plicht om de publieke gezondheid van hun patiënten te adresseren in hun behandelingen en in hun samenwerking met de professionals uit de publieke gezondheid. Inzet van professionals die de rol van mediator kunnen vervullen moet verder uitgewerkt worden.

Het is verontrustend te zien dat er op alle fronten een terugloop is van mensen die nog willen werken binnen de zorg. Dit geldt niet alleen binnen de cure en care, maar ook binnen de publieke gezondheidszorg. Daar zal op korte termijn iets aan gedaan moeten worden om elk beroep in de zorg weer zodanig in beeld te krijgen en op de kaart te zetten dat een ieder het een uitdaging vindt om daarbinnen met plezier te werken. Er is behoefte binnen elk zorgdomein aan uitgesproken boegbeelden. Daarnaast is het belangrijk in te zien dat deze zgn. 'zorgmensen' niet uitsluitend op operationeel niveau kunnen werken, maar dat ze ook heel goed andere verantwoordelijkheden kunnen nemen in een zorgorganisatie. Maak het beroep aantrekkelijk met groei- en carrièremogelijkheden en laat ze meedenken in de organisatie over hoe de zorg beter ingericht moeten worden met meer professionele handelingsruimte. Van de professionals mag je verwachten dat ze weten wat de behoefte aan zorg is van de bevolking en weten waar de toekomstige zorgvragen zullen liggen. Specifiek voor de arts Maatschappij + Gezondheid opleidingen zouden we graag zien dat de capaciteit wordt uitgebreid en dat financiering van opleidingen dekkend wordt.

De tekst op blz. 8: 'Om zorgverleners tot maatwerk in staat te stellen, is meer aandacht nodig voor passende zorg, uitkomstgerichte zorg en elektronische gegevensuitwisseling' zou aangevuld moeten worden met 'minder administratie'.

### Publieke gezondheidszorg

In de hele nota wordt het woord 'publieke gezondheidszorg' nauwelijks genoemd. Men heeft het wel over de uitdagingen in de toekomst voor diverse domeinen, zoals voor de acute zorg, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en de ouderenzorg, maar er wordt jammer genoeg niet gesproken over wat de uitdagingen kunnen zijn voor of in de publieke gezondheidszorg; dat is bijzonder spijtig om te moeten constateren. Want de huidige coronacrisis laat wel zien hoe belangrijk de publieke gezondheidszorg is. En dat het belangrijk is dat deze goed is ingericht en benaderbaar is voor als er daadwerkelijk wat aan de hand is. En natuurlijk dat daar goede afstemming en samenwerking mee is. Dat betekent ook, dat dit domein verder versterkt zal moeten worden en dat er ook meer perspectief geboden moet worden voor hen die daarin werkzaam willen zijn.

Nationaal zien we dat er binnen de zorg een transitie is ingezet van Ziekte en Zorg (ZZ) via Gezondheid en Gedrag (GG) naar Mens en Omgeving. Dit om te komen tot een duurzame organisatie van zorg en welzijn. Echter in deze discussienota zien we daar helaas nog niets van terug. De opgave om van Ziekte en Zorg naar Mens en Omgeving te komen, blijft een moeilijke opgave als men blijft vasthouden aan het huidige zorgstelsel. Dit laten ook veel projecten zien, die opgestart worden<sup>14</sup>. Er zal, naast directe ondersteuning, ook meer financiële armslag moeten zijn om niet meer alleen door middel van het opzetten van projecten aan de slag te gaan, maar breed de verandering te kunnen inzetten en te verankeren om zo te komen tot een duurzame zorg, die voor iedereen winst oplevert. Daar is wel een andere manier van denken voor nodig. Daarbij is het geven van meer ruimte aan de professional zelf essentieel om dit te laten slagen.

Men zal dichterbij de burger/wijk moeten zijn om te zien waar de gezondheid het meest in het geding is en waar de zorg het hardste nodig is. Inmiddels worden, vanwege de 'harde bewijslast' data hierover verzameld. Hierdoor zien ook anderen dat de problemen en dilemma's niet alleen liggen in het zorgdomein en het sociale domein, maar ook in het fysiek ruimtelijke domein. De wijken waar de meest kwetsbare mensen wonen met slechte en ongezonde leefstijl en die het meest behoefte hebben aan zorg zijn ook in ruimtelijke zin vaak het meest kwetsbaar. De directe woon- en leefomgeving straalt armoede, verpaupering, somberheid en vervuiling uit; er is gebrek aan speelmogelijkheden en het ontbreekt ook vaak aan groen, waarvan we weten dat dat een positieve invloed heeft op gezondheid. Veelal weten de mensen in deze wijken niet eens wat mogelijk is aan ondersteuning vanuit verschillende zorgdomeinen. (zie hier een link naar het 'doenvermogen' zoals besproken bij thema Preventie en gezondheid). Als we als samenleving de sociaal economische ongelijkheden<sup>15</sup> daadwerkelijk willen verbeteren en aanpakken en daarbij ook de zorgvraag, zorgbehoefte, -invulling en -oplossing van deze mensen, dan is het uitsluitend richten op het individu niet voldoende om dingen te veranderen. Maar dan zullen we ook de omstandigheden waarin deze mensen geboren zijn, opgroeien, werken en ouder worden ook moeten aanpakken en daarbij een omgeving inrichten die ertoe uitnodigt om gedragsverandering te bewerkstelligen. Om deze mensen te bereiken vraagt van de zorg een nieuw soort creativiteit, waarover in de nota niets wordt opgemerkt.

Niet alleen integraal samenwerken aan gezondheidszorg is essentieel, bijvoorbeeld in de wijk. Juist ook daar waar het gaat om preventie is 'health in all policies' essentieel. Om dit te illustreren aan de hand van een voorbeeld van gezonde leefomgeving verwijzen we naar pag. 16 van de nota, waar wordt aangegeven dat vanuit het Rijk en gemeenten er meer maatregelen kunnen worden genomen om de omgeving gezonder te maken. Dit is eigenlijk nog veel te vrijblijvend. Het beschermen en bevorderen van de gezondheid via de inrichting van de leefomgeving is met name afhankelijk van integraal beleid. Beleid om de bevolking te beschermen<sup>16</sup> (bv. gezondheidsrisico's luchtverontreiniging) en de omgeving zo in te richten dat deze gezondheid op een positieve wijze bevordert (bv. bewegen, ontmoeten, voedselomgeving) zou ook moeten doorwerken in andere beleidsgebieden zoals ruimtelijke ordening. Om te beginnen door gezondheid een vaste plek te geven in de belangenafweging binnen ruimtelijk beleid, zoals aangegeven in de landelijke nota gezondheidsbeleid 2020-2024. En 'het met voorrang toepassen van gezondheidsbevordering via de leefomgeving in wijken en buurten met gezondheidsachterstanden'. Beter is het om het realiseren van een gezonde leefomgeving integraal te verankeren in beleid en wetgeving. Dit ontbreekt ook inzake het bevorderen van gezondheid via de leefomgeving, en is van cruciaal belang om leefstijlvraagstukken als overgewicht en te weinig bewegen

---

<sup>14</sup> <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regiobeelden/meer-informatie/>

<sup>15</sup> <https://digitaal.scp.nl/ssn2020/>

<sup>16</sup> <https://wetten.overheid.nl/BWBR0001840/2018-12-21#Hoofdstuk1>, artikel 22 van de Grondwet

integraal te benaderen en te verbeteren. Dit is tevens van belang bij de invoering van de Omgevingswet in (naar verwachting) 2022.

Er wordt in paragraaf 4 gemakkelijk gesproken dat er meer gedigitaliseerd kan worden in het verlenen van de zorg. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat elke ontvanger wel over alle digitale mogelijkheden beschikt. Het tegendeel is waar. Zeker als we het hebben over de meest kwetsbaren in de samenleving: laag geletterden, mensen met lage sociaal economische status) of migranten hebben vaak niet de beschikking over deze mogelijkheden.

### Regiovorming

We lezen in de nota bij de beleidsopties dat om op regionaal niveau te komen tot betere samenwerking dat men inzet op het faciliteren van regiobeelden. Daarbij vragen we ons af of men de regiobeelden voor zorg wel voldoende in beeld heeft en wat nu precies de regio is, waar men het over heeft. Is het niet belangrijker eerst het risicoprofiel op gebied van zorgvraag en zorgbehoefte zowel totaal per regio beter in beeld te hebben?

De patiënt centraal stellen betekent maatwerk en dat lukt alleen op lokaal niveau van een wijk, buurt of dorp anderszins. Dus de patiënt centraal stellen betekent in eerste instantie de wijk centraal stellen en op dat niveau wijkgerichte zorg invoeren. En dat geldt ook voor de gezonde persoon (patiënt in spé) en het doelgroepenbeleid van onder meer de GGD. De regiobeelden zijn een eerste stap in die richting, alleen is de zorg op allerlei andere hogere schaalniveaus georganiseerd, van zorgverzekeraars tot zorgkantoren, ROAZ-regio's, GGD/VR-regio's etc. Hoe krijg je dat op elkaar aangesloten voor de patiëntgerichte zorg en het doelgroepenbeleid? Welke schaal is optimaal en hoe wordt maatschappelijke verantwoording afgelegd over de besluitvorming aldaar? De verschillen tussen diverse samenwerkingsverbanden in regio's zijn groot en meestal vanuit efficiëntie ontstaan.

Iets dergelijks geldt bij rampen en incidenten voor de verspreiding van externe factoren zoals CBRNE-agentia<sup>17</sup>. Als we de verspreiding willen beheersen dan betekent dat aansluiten bij het verspreidingsgebied. Alleen varieert dat van lokaal tot globaal. Met de komst van Wmo is daar een knoop over doorgehakt. Althans daar is men een hoofdindeling voor overeengekomen, maar de aansluiting van het facetbeleid vanuit zorg en welzijn op het omgevingsbeleid is mager (toepassing van instrumenten als quickscan gezonde leefomgeving en de Gezondheidseffect Screening (GES) Stad en Milieu<sup>18</sup> is bijvoorbeeld. vrijwillig en vrijblijvend).

Eigenlijk zou voor elke regio een soort screening à la Gezondheidseffect Screening (GES) verplicht opgesteld moeten worden (bijvoorbeeld een Gezondheidsbehoefte screening), zodat beter in beeld gebracht is waar daadwerkelijk zorg nodig is en waar die verbeterd kan worden. Dit vraagt wel om een totaal andere benadering. Hier zou ook veel meer de samenwerking moeten zijn met de sociale geneeskunde, c.q. de arts Maatschappij + Gezondheid en praktijkondersteuners op gebied van leefstijl. Ook kan men hierbij denken aan een betere samenwerking met die samenwerkingsorganisaties, die als een spil aanwezig zouden moeten zijn en die een goed beeld hebben waar de problemen liggen binnen een wijk waarin ook die organisaties een rol hebben.. Dit kan ook bijdragen tot een betere samenhang tussen zorg- en sociaal domein.

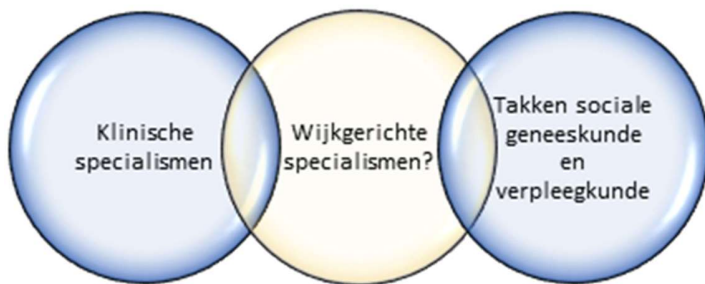
---

<sup>17</sup> CBRNE agentia: chemische, biologische, radiologische, nucleaire middelen en/of explosieven

<sup>18</sup> [Instrumenten | Gezonde Leefomgeving](#)



Eén en ander doet denken aan de discussie over het WHO motto van weleer van *think globally, act locally*. Uiteindelijk bleek het tegendeel van *think locally, act globally* waar te zijn. Anders gezegd, de keuze van een schaalniveau is geen keuzekwestie maar een optimalisatievraagstuk. Eenheid in verscheidenheid qua regio-indeling lijkt in dat verband een geëigende strategie, dat wil zeggen één schaalniveau kiezen voor de zorg en publieke gezondheid, en per thema aansluiting zoeken met het geëigend schaalniveau voor dat thema. En dat is niet alleen een kwestie van ontschotten, maar net zo goed het ambiëren van een gezamenlijk doel en definitie van gezondheid en welzijn overeenkomen alsook publieke verantwoording afleggen over de resultaten. Denk aan de lokaal/regionaal werkende 'resilience forums' in Engeland<sup>19</sup>. Voor wat betreft het wijkgericht werken betekent dit onder meer, dat het tijd wordt dat de curatieve zorg en de publieke gezondheidszorg de rijen sluiten. Daarmee kan het - met de superspecialismen steeds groter wordende - gat tussen de klinische specialismen en sociaal geneeskundigen worden gedicht met specifiek wijkgerichte opleidingen om veranderingen richting De Juiste Zorg Op de Juiste Plek zoals vanuit het ziekenhuis naar thuis (Eng.: *Hospital at Home*) vorm en inhoud te geven. Daarmee kan het doelgroepen- en facetbeleid vanuit de publieke gezondheidszorg concreet ingevuld worden, en kan in breder wijkverband in gespeeld worden op complexe problemen met risicocumulatie. Vanuit de verpleegkunde zijn hier met de *medical practitioner* reeds de eerste (voorzichtige) stappen toe gezet.



Een apart aandachtspunt bij de regiokeuze is om het schaalniveau en de organisatie voor reguliere en uitzonderingssituaties gelijk te schakelen. Immers, je moet in uitzonderingssituaties voortbouwen op het reguliere werk. Het schaalniveau voor de organisatie van incident- of rampbestrijding en crisisbeheersing moet daartoe aansluiten op dat van de curatieve zorg en de publieke gezondheidszorg. De verantwoordelijkheden van de zorg en publieke gezondheidszorg moeten daarbij als een paal boven water staan. Dat is tot op heden absoluut niet het geval en wordt ook niet geadresseerd in de nota. Want als er één les is die men uit allerlei crises en rampen kan trekken, pandemieën inclusief, dan is het wel dat regio's met interne strijd slecht presteren. Wat dit punt betreft lijkt het verstandig om, mede indachtig de IHR<sup>20</sup> bepalingen voor (vrij vertaald) grens overstijgende zorgissues, medische rampen (epidemieën, specifiek te benoemen in de daartoe strekkende wetgeving (Wpg, Wvr, Wmo, ..), de bijbehorende medisch organisatorische bevoegdheden eenduidig toe te delen aan de zorg (met name ROAZ-voorzitter en DPG<sup>21</sup>) en de medische eindverantwoordelijkheid voor dergelijke beslissingen te borgen. Inventariseer daartoe de benodigde competenties, óók bij de ministeries.

<sup>19</sup> <https://www.gov.uk/guidance/local-resilience-forums-contact-details>

<sup>20</sup> IHR: International Health Regulations, <https://lci.rivm.nl/draaiboeken/international-health-regulations-ihp>

<sup>21</sup> DPG: Directeur Publieke Gezondheid

## Reactie op de vragen die VWS heeft gesteld

*o Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?*

De drie thema's zijn herkenbaar. Maar twee belangrijke thema's: de publieke gezondheidszorg en de regiovorming zijn niet (of onvoldoende goed) belicht. Zie onze overwegingen in de betreffende secties.

*o Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?*

Per thema zijn wij hier uitgebreid op ingegaan in bijgevoegd document.

*o Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?*

Een betere interdepartementale samenwerking, waarbij een beperkt aantal doelen geformuleerd worden, en deze vervolgens systematisch via de bekend veronderstelde PDCA-kwaliteitscyclus gezamenlijk worden uitgewerkt. De Algemene Rekenkamer heeft het Rijk hier vaker op gewezen.

*o Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?*

Focus op een beperkt aantal goed af te bakenen doelgroepen, bijvoorbeeld: 'kwetsbare kinderen' en 'patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen'. Deze groepen zijn slechts als voorbeeld genoemd maar zijn wel kenmerkend ter illustratie voor een scala aan determinanten, die de gezondheid negatief beïnvloeden. Voor beide groepen is het 'doenvermogen' ook van de overheid niet al te sterk ontwikkeld, en daarmee een mooie reflectieve casus voor deze nota: zorg voor de toekomst.

*o Welke beleidsopties ontbreken er nog?*

Een beter verweven met het beleid rondom de leefomgeving ontbreekt (zie blz. 8) in de drie thema's. Regelgeving op regio niveau met betrekking tot verantwoordelijkheden bij de organisatie van incident- of rampbestrijding en crisisbeheersing (zie onder sectie regiovorming).

### Literatuursuggesties

<https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv/c-vtv>

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/02/29/gezondheid-breed-op-de-agenda>

<https://www.planmernovi.nl/de-staat-van-de-fysiek-leefomgeving/inleiding>

<https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2016/07/20/meewegen-van-gezondheid-in-omgevingsbeleid>

[https://ggdghor.nl/wp-content/uploads/2020/08/GGD\\_GHOR\\_EPUB\\_KW\\_GEZ\\_LEEFOMGEVING\\_April-2020.pdf](https://ggdghor.nl/wp-content/uploads/2020/08/GGD_GHOR_EPUB_KW_GEZ_LEEFOMGEVING_April-2020.pdf)

<https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij/>

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/11/30/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu>

### Inspiratiebronnen

Positieve gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk (<https://www.henw.org/artikelen/meer-tijd-voor-patienten-minder-verwijzingen> en <https://www.positievegezondheidszorg.nl/#home>)

Hoor mij nou! (<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/10/15/hoor-mij-nou>)

Niet alles wat kan, hoeft (<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/niet-alles-wat-kan-hoeft.htm>)

Recept voor maatschappelijk probleem. Medicalisering van levensfasen

(<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/01/recept-voor-maatschappelijk-probleem-medicalisering-van-levensfasen>)

De sociale benadering van dementie ([https://dementieweb.nl/assets/2017/12/SBD-boekje\\_Ir-DEF.pdf](https://dementieweb.nl/assets/2017/12/SBD-boekje_Ir-DEF.pdf))

Auteurs zijn leden van de Denkgroep publieke gezondheid rondom Covid-19

Christine Deurman, profielarts beleid & advies KNMG

Peter van den Hazel, arts Maatschappij + Gezondheid

Thesra Hilde-olde Scheper, arts Maatschappij + Gezondheid

Henk Jans, arts Maatschappij + Gezondheid

Rinske Keuken, arts Maatschappij + Gezondheid

Marleen Kraaij-Dirkwager, arts Maatschappij + Gezondheid

Pieter van der Torn, arts Maatschappij + Gezondheid niet praktiserend

Jan Vosters, arts Maatschappij + Gezondheid niet praktiserend