



Actieagenda

Projectgroep Gezondheid & Sociaal
Domein

December 2015

S.027



Gezondheid & Sociaal

Domein: een gouden kans

Actieagenda

Projectgroep Gezondheid & Sociaal

Domein

December 2015

Hugo Backx (GGD GHOR NL), Martijntje Bakker (ZonMw), Frank Bluijminck (ActiZ), Ton Drenthen (NHG), Jan Faber (MBO Raad), Joop Hofman (Rode Wouw), Frank Kerckhaert (Onderszoeksraad Integriteit Overheid; voorzitter), Hans de Kunder (VNG/Gemeente Reimerswaal), Albert Jan Kruiter (Instituut Publieke Waarden), Rosanne Meulenbeld (NPHF Federatie voor Gezondheid bureau), Siewert Pilon (VNG), Thomas Plochg (NPHF Federatie voor Gezondheid bureau), Patrick Rijnbeek (NISB), Gerrit Jan Schep (Stimulansz), Marijke Steenberg (Movisie), Ferdinand Strijthagen (NCJ), Nicolette Warmenhoven (Okapi en NPHF Federatie voor Gezondheid bestuur).

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	2
2	Van nazorg naar voorzorg.....	4
3	De decentralisaties bieden een gouden kans voor voorzorg	6
4	Acties.....	9
5	Slotopmerkingen	12

Referenties

Bijlagen

- 1 Notitie Voorzorg: Als je op tijd bent, kom je nooit te laat. Het wenkende perspectief van voorzorg voor de Nederlandse gezondheidszorg
- 2 Samenstelling NPHF projectgroep Gezondheid & Sociaal Domein

1 Inleiding

“Wij snakken naar de kansen die de decentralisaties in het sociale domein ons bieden, ondanks alle financiële onzekerheid.” – Janny Bakker, wethouder van de gemeente Huizen

Per 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Een deel van deze taken voerden zij reeds uit, een deel hebben zij nu overgenomen van de Rijksoverheid. Deze zogeheten decentralisaties vormen gezamenlijk een hervorming van historische properties. De 393 gemeenten spelen nu naast de zorgverzekeraars een hoofdrol in de aansturing en financiering van preventie, zorg en het sociale domein.

Geconfronteerd met deze operatie hebben veel gemeenten, op een aantal uitzonderingen na, de afgelopen periode de decentralisaties ‘beleidsarm’ ingeregeld. Daarmee wordt bedoeld dat ze vooral het overgangsproces van de drie nieuwe wetten hebben gemanaged. De inhoud, de vernieuwing, stond op de achtergrond. Dat is wel enigszins voorstelbaar, gezien de omvang en complexiteit van de operatie, die ook nog eens gepaard ging met een bezuinigingsopdracht. Gevolg is evenwel dat gemeenten het gevaar lopen een nieuw AWBZ filiaal te worden en dat was juist niet de bedoeling.

Welbeschouwd zijn de gemeenten pas net begonnen met de decentralisaties en is er ruimte genoeg om te vernieuwen. Daarom breekt nu het momentum aan om ze meer ‘beleidsrijk’ op te pakken. De gemeenten hebben de eerste ervaringen opgedaan in de uitvoering van de drie wetten, en kunnen nu wat meer afstand nemen om inhoudelijk te reflecteren. Hoe zien ze hun rol en verantwoordelijkheid in de aansturing van het lokale gezondheidszorgsysteem? Hoe kunnen ze de kansen pakken om budgetten en voorzieningen te clusteren zodat echt integraal gewerkt gaat worden? Hoe kunnen gemeenten de welzijnssector en de publieke gezondheid integraal bij de omslag betrekken? Lukt het om de relatie tussen burger en overheid opnieuw vorm te geven?

Gemeenten worstelen met bovengenoemde vragen. Inhoudelijk sturing en invulling geven aan het huidige gezondheidszorgsysteem is een uitdaging. Dit komt doordat het zorgstelsel in de nieuwe constellatie nog niet uitgekristalliseerd is. Bovendien vinden de decentralisaties in een kritische context plaats met veel stakeholders, vaak met gevestigde belangen.

Tegen dit decor groeit het besef dat een duurzame vernieuwing van het Nederlandse zorgstelsel moet worden gezocht door veel meer op de voorkant van gezondheidsproblemen te gaan focussen. Een echte transformatie is daarvoor nodig. Deze kan worden geduid als een transitie van nazorg naar voorzorg¹ (zie bijlage 1). Door proactief en integraal mensen in hun eigen kracht te zetten en ze zo te ondersteunen bij het zo gezond en vitaal mogelijk blijven, kan de druk op het zorgstelsel worden verlicht.

Tegen deze achtergrond is de NPHF Federatie voor Gezondheid van start gegaan met de projectgroep 'Gezondheid & Sociaal Domein' (zie bijlage 2 voor de samenstelling ervan). De zorg van de NPHF en haar leden was dat gemeenten de decentralisaties onvoldoende zullen gaan gebruiken om tot een daadwerkelijke omslag van nazorg naar voorzorg te komen, en dat publieke gezondheid niet integraal bij deze omslag betrokken zal worden. De NPHF kan hier van toegevoegde waarde zijn door handreikingen te doen aan gemeenten en aan NPHF leden om deze kansen wél te pakken.

De projectgroep 'Gezondheid & Sociaal Domein' is daarom in de zomer van 2014 gevormd en gedurende een half jaar ongeveer eens per maand bijeen gekomen met als doel tot een actieagenda te komen. De actieagenda bevat enerzijds een visie op hoe de decentralisaties op een innovatieve manier het perspectief van 'voorzorg' op het lokale vlak een groter gewicht kan geven, en anderzijds welke concrete acties kunnen worden genomen om daar te komen.

¹ De transitie van nazorg naar voorzorg is één van de bewoordingen die gebruikt wordt om de bestaande veranderingen in de gezondheidszorg te duiden. Er zijn ook andere zoals "van ZZ naar GG naar MM (ZZ = Ziektezorg, GG = Gezond gedrag en MM = mens en maatschappij), van ziektezorg naar échte gezondheidszorg, kanteling, en transformatie.


2 Van nazorg naar voorzorg

“If you defer investing your time and energy until you see that you need to, chances are it will already be too late.” – Clayton M. Christensen

De NPHF Federatie voor Gezondheid neemt het voortouw bij het verkennen en realiseren van een toekomstbestendig zorgstelsel, waarbij gezondheid het leidmotief is. Alleen als we anders gaan denken over zorg, welzijn en gezondheid, kunnen we een houdbaar zorgstelsel inrichten. Het voorkomen van ziekte en bevorderen van individuele en collectieve gezondheid en vitaliteit zijn hierin leidend, niet het herstellen van vermijdbare gezondheidsschade achteraf. De slogan ‘van nazorg naar voorzorg’ verwoordt dit.

Vertrekpunt vormt de observatie dat het huidige gezondheidszorgsysteem hoofdzakelijk is gericht op de achterkant van gezondheidsproblemen, namelijk het repareren van gezondheidsschade die steeds vaker chronisch van aard is. Van de € 90 miljard die jaarlijks aan het zorgstelsel wordt uitgegeven, gaat 95% naar curatieve en langdurige zorg. Dit betekent dat nog geen 5% besteed wordt aan het voorkómen van gezondheidsschade. Dit ligt wel binnen onze mogelijkheden: 50% van de huidige ziekten is vermijdbaar. Wonen, werk, onderwijs, voeding, beweging en de vormgeving van de publieke ruimte hebben impact op onze gezondheid. Al deze factoren kunnen aangrijpingspunten zijn om gezondheid te creëren en te bevorderen. Wanneer we de focus willen verleggen naar de voorkant, daar waar mensen samen actief gezondheid en vitaliteit coproduceren, is een andere inrichting van ons zorgsysteem nodig. In theorie en opleidingen, én in de praktijk.

De transitie van nazorg naar voorzorg richt de aandacht op hervorming van de huidige gezondheidszorg, al vanaf de basis. Door de opleiding van artsen en andere zorgprofessionals in te richten vanuit het idee om mensen een steuntje in de rug te geven bij het zichzelf gezond en vitaal te houden. En door een inhaalslag te maken in het ontwikkelen van generalistische expertise en de aanpak van multi problematiek. De moderne geneeskunde heeft effectieve behandelingen ontwikkeld voor acute ziekten waaraan men in de 20e eeuw nog overleed. Gevolg van dat succes is dat steeds meer mensen te kampen hebben met chronische ziekten en multi problematiek, terwijl de gezondheidszorg nog vooral geleverd wordt door specialisten die expert zijn op één terrein. Ketensamenwerking tussen specialisten die hun werk onderling coördineren is belangrijk. Maar het ontwikkelen van professionele expertise om enerzijds de wirwar aan factoren en problemen te kunnen doorgronden en anderzijds de neerwaartse spiraal waarin mensen kunnen raken te doorbreken, is uiteraard nog beter.



De voorgenoemde stellingname heeft ook gevolgen voor de wijze waarop gemeenten met de decentralisaties omgaan. Immers gemeenten zijn naast de zorgverzekeraars de belangrijkste financiers van de gezondheidszorg geworden. Tegen die achtergrond kunnen gemeenten een doorslaggevende rol spelen in het toekomstbestendiger maken van het zorgstelsel door meer in te zetten op voorzorg. Kortom, de uitdaging is om de decentralisaties dienstbaar te maken aan de gewenste transitie van nazorg naar voorzorg. Concreet betekent dit dat gemeenten hun rol en verantwoordelijkheden in het kader van de Wmo, Wlz, Jeugdzorg en participatiewet, maar ook de wet publieke gezondheid integraal oppakken en vertalen naar vernieuwende vormen van zorginkoop, contractering en aansturing van het lokale zorgsysteem.

3 De decentralisaties bieden een gouden kans voor voorzorg

“Failure saves lives. In the airline industry, every time a plane crashes the probability of the next crash is lowered by that. The Titanic saved lives because we’re building bigger and bigger ships. So these people died, but we have effectively improved the safety of the system, and nothing failed in vain.” — Nassim Nicholas Taleb

Het idee dat de decentralisaties een unieke kans bieden om het anders te doen, wordt breed gedragen in het veld. Daarbij wordt de noodzaak om meer aan preventie en gezondheidsbevordering te doen ruimschoots onderkend. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het grote aantal gemeenten dat meedoet aan het Gezondin om integrale aanpakken voor het reduceren van gezondheidsachterstanden te ontwikkelen [1]. De ontwikkeling van sociale wijkteams is een andere voorbeeld van hoe gemeenten experimenteren met nieuwe, meer integrale vormen van zorg [2].

Tegelijkertijd bestaat de angst dat gemeenten onvoldoende in staat zijn de decentralisaties aan te grijpen om tot de gewenste vernieuwing te komen. Er zijn signalen dat gemeenten bij de zorginkoop en aansturing van de jeugdzorg, Wmo, Wlz en participatiewet terugvallen op de oude vertrouwde bureaucratische regels en procedures. Precies die regels en procedures die gemeenten juist los zouden moeten laten om de transitie van nazorg naar voorzorg te maken.

De voorgenoemde tegenstrijdigheid is te begrijpen vanuit –wat wordt genoemd– de risico regelreflex. Deze reflex beschrijft het ‘overreageren’ van de (lokale) overheid op risico’s en incidenten. Als die er zijn, worden deze vaak breed uitgemeten in de media. Denk bijvoorbeeld aan het ongeluk in Haaksbergen met de monstertruck en de nasleep daarvan. In plaats van te accepteren dat er altijd incidenten en ongelukken kunnen en zullen gebeuren, worden dure maatregelen genomen om ze in de toekomst te voorkomen. In de praktijk bieden ze echter nauwelijks meer veiligheid. Deze risico regelreflex zit diep ingebakken in het (lokale) openbaar bestuur.

De vraag is nu hoe lokale bestuurders de valkuil van de risico regelreflex kunnen vermijden, wanneer het de decentralisaties betreft. Hoe kunnen lokale bestuurders loslaten, de decentralisaties ‘gewoon’ laten gebeuren én toch adequaat verantwoording dragen en afleggen aan de lokale gemeenschap? In de handreiking ‘Bestuurlijk balanceren met risico’s en

verantwoordelijkheden' wordt de risico regelreflex nader toegelicht en wordt een aantal praktische handelingsperspectieven gegeven [3].

Maar zo'n handreiking is niet afdoende om te garanderen dat lokale bestuurders de decentralisaties 'beleidsrijk' gaan regelen en experimenteerruimte bieden. Het vraagt om een fundamenteel andere manier van kijken naar en omgaan met risico's, en besturen meer in het algemeen. In dit kader is het interessant om het boek 'Antifragile. Things that gain from disorder' van Nassim Taleb te lezen [4].

Kernboodschap van Taleb is dat systemen en organismen niet alleen fragiel of robuust kunnen zijn, maar ook antifragiel. Met dit niet bestaande woord duidt hij op systemen en organismen die profiteren van wanorde, daar juist sterker van worden. Een mooi voorbeeld wat hij geeft, is posttraumatische groei (als tegenhanger van het posttraumatische stress syndroom). Er zijn óók mensen die na een traumatische gebeurtenissen zichzelf overtreffen, er sterker uitkomen.

In de huidige maatschappij zijn we geneigd op de negatieve gevolgen van toeval te focussen (het syndroom) en niet op de positieve (de groei). We focussen op het uitsluiten van zoveel mogelijk risico's of toevallige verstoringen. De risico regelreflex dus.

Door onze preoccupatie met het uitsluiten van toevallige negatieve gevolgen creëren we een schijnzekerheid. De systemen lijken betrouwbaarder en zekerder, maar worden juist fragieler voor onvoorspelbare grote gebeurtenissen (denk aan de recente terroristische aanslagen in Parijs, of de krediet crisis) die het desbetreffende systeem onherstelbaar kunnen beschadigen. Dichter bij huis zijn de problemen met het Persoons Gebonden Budget (PGB) een voorbeeld hoe een niet werkend landelijk systeem de gehele zorg in het land kan ontregelen. Anders gezegd de Nederlandse zorg is fragiel voor verstoring van het PGB.

In Taleb's visie is het te verkiezen om systemen antifragieler te maken door een zekere mate van wanorde, kleine schades en schokken toe te staan. Zolang we daarvan leren, komen we er sterker uit. Zo werkt de natuur ook.

Vanuit dit perspectief bezien maken de decentralisaties het Nederlandse zorgsysteem antifragieler. De afgelopen periode hebben ongetwijfeld incidenten plaatsgevonden in een aantal van de 393 gemeenten. Laten we stellen dat het er 93 zijn geweest. Dan nog zijn er 300 waar niks is gebeurd. Als gemeenten van elkaar leren en de mensen in de praktijk de ruimte krijgen om lokaal de incidenten met maatwerk op te lossen, zal straks blijken dat het zorgstelsel in zijn totaliteit uiteindelijk steeds beter gaat functioneren. Burgers en professionals weten dan dat ze

het samen moeten roeien en zich niet kunnen verschuilen achter een protocol of een wettelijke aanspraak op zorg.

Kortom, loslaten is het devies. Gemeenten moeten zichzelf gunnen om fouten te maken en daarvan te leren. Door dit principe door te vertalen naar hun werkwijzen (o.a. integrale inkoop, bundelen van budgetten, relatie burger-overheid, et cetera) kunnen ze tegemoet komen aan de uitdagingen om van nazorg naar voorzorg te gaan.

De NPHF Federatie voor Gezondheid als vertegenwoordiger van een breed palet aan landelijke organisaties kan daarbij helpen door leiderschap en lef te tonen. Leiderschap door gemeenten het wenkende perspectief van voorzorg te schetsen en te concretiseren, en lef door ze te wijzen op het nut van enige wanorde en de daarmee gepaarde antifragiliteit.

4 Acties

De NPHF projectgroep Gezondheid en Sociaal Domein heeft een drietal acties geformuleerd om de decentralisaties meer dienstbaar te maken aan de transitie van nazorg naar voorzorg: 1) Integrale inkoop door gemeenten, 2) Integraal kennisaanbod voor wijkteams, en 3) Gezondheid op school (basis- en middelbaaronderwijs).

Integrale inkoop door gemeenten

Op dit moment vindt inkoop plaats via regionale inkoopconsortia. En dat gebeurt veelal op basis van traditionele bureaucratische principes, met het 'oude' instrumentarium.

Om de transitie van nazorg naar voorzorg te stimuleren is het juist noodzakelijk dat de integrale inkoop gestoeld wordt op nieuwe principes zoals in het vorige hoofdstuk is betoogd. Die principes zijn nog niet concreet vertaald in een bruikbaar instrumentarium dat gemeenten kunnen gebruiken. Bovendien is het zoeken hoe het beste met zorgverzekeraars kan worden samengewerkt. De afbakening tussen de verschillende zorgwetten is (nog) niet altijd even duidelijk.

In dit kader biedt de actieagenda van de NPHF projectgroep Financieel Stelsel relevante aanknopingspunten [5]. In deze actieagenda wordt o.a. de ontwikkeling van het zogeheten 'vitaliteitscontract' geagendeerd. Dat is een financieringsconcept dat teruggaat naar de basis: het honoreren van de relatie en interactie tussen burger en professional gericht op de coproductie van gezondheid en vitaliteit. Voor gemeenten kan het denken in termen van vitaliteitscontracten voor haar (kwetsbare) burgers een mogelijk oplossingsrichting zijn.

Te nemen stappen

De projectgroep juicht het toe als de NPHF Federatie voor Gezondheid het initiatief neemt om een Ronde Tafel te organiseren, waar geïnteresseerden en stakeholders elkaar kunnen ontmoeten rondom het thema van integrale inkoop van preventie, zorg en welzijn door gemeenten. Het doel van deze actie is om de vernieuwing van de inkoop, gestoeld op nieuwe principes en bijpassend instrumentarium, te agenderen en initiëren.

Integraal kennisaanbod voor sociale wijkteams

Sociale wijkteams zijn inmiddels in veel gemeenten het aanspreekpunt voor zorg, ondersteuning en activering [2]. Wijkteams zijn samengesteld uit professionals afkomstig van verschillende organisaties en disciplines. Zij werken samen om een integrale aanpak te realiseren en over de

schotten van organisaties heen te werken. Een wijkteam is veelal centraal gepositioneerd in een wijk en makkelijk toegankelijk voor burgers die informatie zoeken of ondersteuning nodig hebben. Bovenal hebben wijkteams een signalerende functie, waardoor ze bij uitstek kansen bieden om meer in te zetten op verzorging.

De sociale wijkteams worden gezien als de 'oplossing' voor de decentralisaties. Met een multidisciplinair team van professionals met ieder hun eigen specialisme én een generalistische blik zijn deze teams geschikt voor het signaleren en de aanpak van allerlei problemen in de wijk.

Om de verwachtingen waar te kunnen maken zijn sociaal wijkteams gebaat bij een integraal kennis- en informatieaanbod, afgestemd op hun vragen. Daarmee zouden zij beter geïnformeerd en dus effectiever de preventie van sociale- en gezondheidsproblematiek in de wijken ter hand kunnen nemen. Tegen deze achtergrond bezinnen kennis- en sectorale instellingen zich op hun eigen rol en positie. Het volstaat voor hen niet langer enkelvoudig hun boodschap met scholen, gemeenten, e.d. te delen. Zie ook de actieagenda van de NPHF projectgroep onderzoeksbeleid [6].

Kortom, de opkomst van sociale wijkteams biedt voor de kennis- en sectorale instellingen een kans om tot vernieuwing te komen. De teams hebben baat bij een informatieaanbod vanuit de genoemde kennis- en sectorale instellingen, maar dat dient dan wel integraal (afgestemd op het overige informatieaanbod en op het team) aangeboden te worden.

Te nemen stappen

De NPHF Federatie voor Gezondheid agendaert de afstemming van de informatievoorziening op de 'vraag' van de sociale wijkteams. Wanneer deze integraal wordt aangeleverd, worden sociale wijkteams beter gefaciliteerd en kan de transitie van nazorg naar verzorging een push krijgen.

Gezondheid op school (basis- en middelbaar onderwijs)

De lokale scholen en schoolgemeenschappen kunnen een rol spelen in nieuwe, lokale projecten die zich op de voorkant -ter voorkoming van latere gezondheidsproblemen- richten. Het gaat er daarbij om dat kinderen en jong volwassenen leren hoe ze gezond en vitaal kunnen leven.

Naast de, op de rijksoverheid gerichte, inzet voor een beter curriculum in het onderwijs met aandacht voor 'gezond leven', is een bottom-up benadering ook belangrijk. Die sluit beter aan bij de decentralisaties en de rol en verantwoordelijkheid die gemeenten hebben.

De verbinding in de alledaagse werkelijkheid tussen het lokale (funderend) onderwijs en de lokale gezondheidszorg kan veel sterker worden. Daartoe kunnen aansprekende initiatieven en praktijkvoorbeelden een stimulerende rol spelen.

Scholen kunnen initiatieven nemen die dicht bij hen zelf blijven en voor een groot deel door de school zelf worden aangestuurd. Het is daarbij van belang aansluiting te houden met datgene waar scholen zelf belang aan hechten, zoals bijvoorbeeld het terugdringen van ziekteverzuim en schooluitval. Een directe relatie met de jeugdgezondheidszorg ligt voor de hand.

Te nemen stappen

Er bestaan enkele kennisinstituten die, op hun terrein, informatie en voorbeelden aanbieden, bijv. de GGD'en, het Loket Gezond Leven van het RIVM en de Gezonde School. Aansprekende voorbeelden komen uit bijzondere initiatieven vanuit scholen zelf, vanuit ouderverenigingen, vanuit samenwerking tussen scholen en gemeenten en/of sportclubs e.a.

De NPHF Federatie voor Gezondheid kan de meest aansprekende lokale voorbeelden die met onderwijs te maken hebben verzamelen in samenwerking met de organisaties die daar thans al aan werken. Rondom enkele aansprekende voorbeelden zal een stimulerende activiteit georganiseerd worden: een bijzondere presentatie, praktijkkring etc. Hiermee wordt beoogd een 'wenkend perspectief' te laten zien met een duidelijk accent op voorzorg.

De toegevoegde waarde van de NPHF zit er in deze kennis binnen het kader van het wenkend perspectief te plaatsen, door aansluiting te zoeken met bestaande initiatieven (denk bijvoorbeeld aan het schoolverzuimproject M@ZL dat dit jaar de prijs 'Meest invloedrijke public-health persoon' heeft gewonnen).

5 Slotopmerkingen

De zogeheten decentralisaties vormen een gouden kans voor de transitie van nazorg naar voorzorg. Door het majeure karakter van de decentralisaties en de uitdagingen die daarmee gepaard gaan, worden gemeenten gedwongen zichzelf opnieuw uit te vinden. Op de oude voet doorgaan zal onvoldoende werken.

Door gezondheid als leidraad te nemen is het volgens de NPHF Federatie voor Gezondheid mogelijk om tot de gewenste vernieuwing te komen en de lokale gezondheidszorg weer toekomstbestendig te maken. Het vraagt wel van gemeenten dat ze klassieke bureaucratische principes en werkwijzen durven loslaten.

De NPHF Federatie voor Gezondheid denkt graag met gemeenten mee en stelt haar platformfunctie ter beschikking om de nieuwe manier van denken te vertalen naar de gemeentelijke organisatie. Op die manier hoopt zij van toegevoegde waarde te zijn in het instrumenteren van de transformatie van preventie, zorg en welzijn op het lokale niveau.

Referenties

1. [Pharos en Platform31, Gezond in: Stimuleringsprogramma GIDS Lokale aanpak gezondheidsachterstanden: http://www.gezondin.nu/](http://www.gezondin.nu/)
2. [Bosch v.d. A. Sociale wijkteams en de lessons learned. Tijd en ruimte nodig om te experimenteren. Sociaal bestek, aug/sept 2014](#)
3. [Tol v. J, Helsloot I, Veld in 't M. Handreiking Bestuurlijk Balanceren met risico's en verantwoordelijkheden. Onderdeel van de tool box voor proportionele bestuurlijke omgang met risico's en verantwoordelijkheden. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelatie; Den Haag, 2015.](#)
4. [Taleb N. Antifragile. Things that gain from disorder. Random House, 2012.](#)
5. [NPHF Projectgroep Financieel Stelsel. Actieagenda Projectgroep Financieel Stelsel. Hoe maken we gezondheid haalbaar, én betaalbaar? 2015](#)
6. [NPHF Projectgroep Onderzoeksbeleid. Actieagenda Projectgroep Onderzoeksbeleid. Onderzoeksbeleid met open vizier. 2015](#)



Colofon

NPHF Federatie voor Gezondheid

Bezoekadres

p/a NIVEL

Otterstraat 118-124

3513 CR Utrecht

Postadres

p/a NIVEL

Postbus 1568

3500 BN Utrecht

December 2015

© NPHF Federatie voor Gezondheid

Redactie NPHF bureau, NPHF Federatie voor Gezondheid

Bijlage 1

Notitie Voorzorg

Als je op tijd bent, kom je nooit te laat

Het wenkende perspectief van **voorzorg** voor de Nederlandse gezondheidszorg

Thomas Plochg, directeur NPHF Federatie voor Gezondheid, 28 november 2014

In de Van Dale klinkt **voorzorg** vrij logisch: het van tevoren zorgen dat problemen worden voorkomen.

Daarmee is voorzorg een *mindset*; een oriëntatie waarin individuen of organisaties anticiperen op de mogelijk negatieve gevolgen van het eigen handelen, zodat die op voorhand worden weggenomen of geneutraliseerd.

Iedereen kan zich deze oriëntatie toe-eigenen; de burger, de bestuurder, de politicus en de wetenschapper. Het is een universele oriëntatie die we ook in andere sectoren kunnen toepassen. Denk bijvoorbeeld aan watermanagement, onderwijs of de sociale zekerheid.

Voorzorg is een wenkend perspectief voor de gezondheidszorg. Wenkend omdat de dominante oriëntatie op zorg nu nazorg is: we proberen problemen op te lossen vanaf het moment dat deze zijn ontstaan. Deze oriëntatie is ook te zien in de andere genoemde sectoren. In plaats van wachten tot de acties van gisteren leiden tot gezondheidsschade, en die schade dan waar mogelijk te beperken, richt **voorzorg** zich op vandaag, en vooral op morgen.

Steeds meer mensen kampen tegenwoordig met chronische en meervoudige gezondheidsproblemen; vaak een kluwen aan elkaar beïnvloedende oorzaken en gevolgen die zowel fysiek als sociaal kunnen zijn. Eén pil, één operatie of één behandeling helpt dan niet meer. Net zo min als een reeks van losse interventies, waar mensen niet beter van worden, en bovendien machteloos en ongelukkig.

Voorzorg geeft, al wenkend, richting. Richting om tot een integrale én omvattende aanpak van gezondheidsproblemen te komen. **Voorzorg** vraagt mensen positieve gezondheid, gezondheid als het menselijk vermogen tot aanpassen en het voeren van regie, als vertrekpunt te nemen. Het vraagt mensen het grotere plaatje te zien. Het vraagt mensen menselijke relaties tot stand te

brengen. Dit is allemaal nodig om de juiste overkoepelende keuzes te kunnen maken. Enkele voorbeelden zijn:

- Het bevorderen van beweging en monitoring met een moderne stappenteller en bijbehorende app;
- Het voorkomen van ondervoeding bij patiënten door in ziekenhuizen à la carte maaltijden aan te bieden;
- Het bevorderen van bewegen bij kinderen door het aanleggen van Schoolplein14, een initiatief van de Johan Cruijff Foundation;
- Eenzaamheid bij ouderen tegengaan door senioren handwerk uit te laten oefenen in groepsverband, begeleid door jonge ontwerpers, een initiatief van Granny's finest.

Als mensen **voorzorg** maatregelen willen nemen, gaan ze op zoek naar een combinatie van collectieve en individuele maatregelen, preventieve en zorg acties, binnen en buiten de gezondheidszorgsector, waarmee ze de neerwaartse spiraal waarin ze zelf of de aan hun toevertrouwde patiënt of populatie kunnen raken, proberen te doorbreken.

Kortom, **voorzorg** dwingt mensen om het grote geheel te zien. In dat grote geheel bewegen mensen zich, in dat grote geheel ontstaan gezondheidsproblemen en in dat grote geheel moeten ze ook worden opgelost.

Bijlage 2

Samenstelling van de NPHF Projectgroep Gezondheid & Sociaal Domein

- Frank Kerckhaert (voorzitter; Onderzoeksraad Integriteit Overheid)
- Hugo Backx (GGD GHOR NL)
- Martijntje Bakker (ZonMw)
- Frank Bluijminck (ActiZ)
- Ton Drenthen (NHG)
- Jan Faber (MBO Raad)
- Joop Hofman (Rode Wouw)
- Hans de Kunder (VNG/Gemeente Reimerswaal)
- Albert Jan Kruijer (Instituut Publieke Waarden)
- Siewert Pilon (VNG)
- Patrick Rijnbeek (NISB)
- Gerrit Jan Schep (Stimulansz)
- Marijke Steenbergen (Movisie)
- Ferdinand Strijthagen (NCJ)
- Nicolette Warmenhoven (Okapi en NPHF Federatie voor Gezondheid bestuur)
- Rosanne Meulenbeld (NPHF Federatie voor Gezondheid bureau)
- Thomas Plochg (NPHF Federatie voor Gezondheid bureau)