



# Wie verandering wil, moet zelf ook veranderen

Marit Wiersma · Thomas Plochg

Ontvangen op: 24 maart 2026 / Geaccepteerd op: 24 juni 2026  
 © The Author(s) 2026

**Samenvatting** Door toenemende druk op de zorg, het welzijn en de samenleving groeit de aandacht voor preventie en publieke gezondheid. Tegelijkertijd blijven structurele investeringen achter. Dit artikel stelt dat dit niet alleen komt door politiek onvermogen, maar ook door een mismatch tussen een mechanistische beleidslogica en de complexe, systemische aard van gezondheid. De gezondheidstransitie – een van meerdere maatschappelijke transitie – benadrukt dat gezondheid voortkomt uit de wisselwerking tussen individuele, sociale en ecologische factoren. Dit vraagt om een heroriëntatie van publieke gezondheid: van sturen naar faciliteren en van kennisproductie naar gezamenlijke leerprocessen, en niet alleen gezondheidsbevordering maar ook bescherming.

**Trefwoorden** publieke gezondheid · gezondheidstransitie · complexiteit · systemisch denken · beleidslogica

## Those who seek change must change themselves

**Abstract** Growing pressure on healthcare systems and wider societal wellbeing has increased attention for prevention and public health. Yet structural investments remain limited. This article argues that this is not only due to political constraints, but also to a mismatch between mechanistic policy approaches and the complex, systemic nature of health. The emerging health transition—one of several societal transitions—highlights that health arises from the interplay between individual, social, and ecological factors. This calls for a reorientation of public

health: from control to facilitation, from knowledge production to collective learning, and not only health promotion but also protection.

**Keywords** Public health · Health transition · Complexity · Systemic thinking · Policy logic

## Inleiding

Er komen steeds meer gezonde schoolkantines, gemeenten organiseren beweegprogramma's en het RIVM publiceert jaarlijks rapporten over gezondheidsverschillen – het zijn inspanningen die al langere tijd plaatsvinden, terwijl gezondheidsverschillen hardnekkig blijven bestaan en op sommige punten toenemen. Tegelijkertijd wordt, mede door stijgende zorgkosten, steeds vaker benadrukt dat preventie belangrijk is. In de praktijk blijven structurele investeringen echter beperkt. Dat kan worden gezien als politiek onvermogen of onwil, maar daarmee missen we een belangrijker punt.

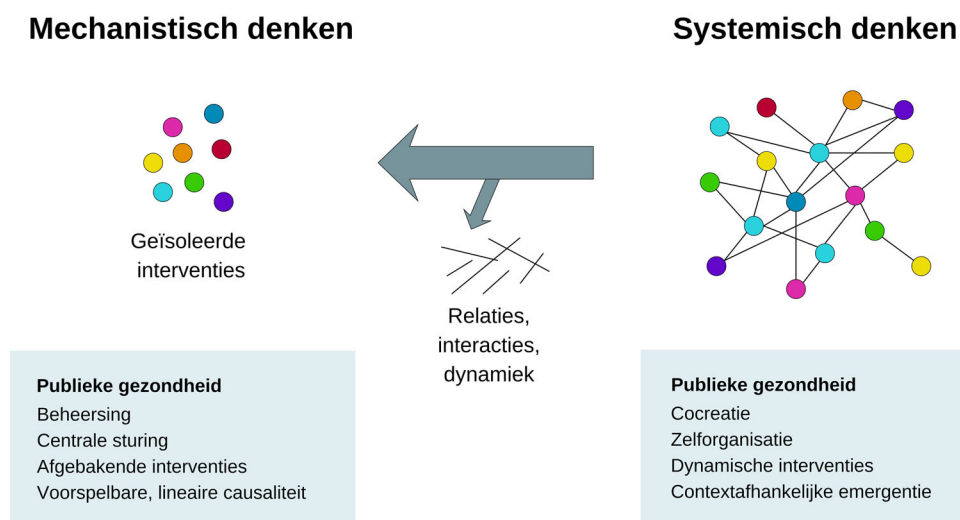
Er is een diepere verandering gaande in de wijze waarop delen van de samenleving – met name in de wetenschap, het beleid en lokale initiatieven – kijken naar gezondheid. Deze zogeheten gezondheidstransitie kan worden begrepen als een van de bredere maatschappelijke transitie die momenteel plaatsvinden, naast bijvoorbeeld de energie- en klimaattransitie. Waar deze andere transitie inmiddels steviger verankerd zijn in beleid en praktijk, bevindt de gezondheidstransitie zich nog grotendeels in een ontwikkelfase van denken en duiden.

Als samenleving bewegen we nog grotendeels binnen een mechanistisch (lineair) wereldbeeld: een manier van denken waarin maatschappelijke vraagstukken worden benaderd als technisch oplosbare problemen, via centrale sturing en meetbare effecten. Tegelijkertijd groeit op verschillende plekken de aan-

M. Wiersma (✉) · dr. T. Plochg  
 Federatie voor Gezondheid, Utrecht, Nederland  
[m.wiersma@federatievoorgezondheid.nl](mailto:m.wiersma@federatievoorgezondheid.nl)



**Figuur 1** Mechanistisch versus systemisch denken in de publieke gezondheid



dacht voor een systemisch of ecologisch perspectief, waarin gezondheid wordt gezien als uitkomst van bredere maatschappelijke processen.

De publieke gezondheid heeft wortels in dit bredere denken, bijvoorbeeld via het concept *salutogenese* en aandacht voor sociale determinanten van gezondheid. In de praktijk ligt de nadruk binnen de publieke gezondheid vaak op leefstijlinterventies en programma's gericht op individueel gedrag. Tegelijkertijd krijgen vraagstukken rond gezondheidsbescherming – zoals commerciële invloeden, bestaanszekerheid en inrichting van de leefomgeving – relatief minder aandacht. Daarmee ontstaat soms de indruk dat individuele en structurele benaderingen tegenover elkaar staan, terwijl gezondheid juist voortkomt uit de wisselwerking tussen beide dimensies. Het verschil tussen een mechanistische en een systemische benadering van publieke gezondheid is schematisch weergegeven in fig. 1.

Als publieke gezondheid haar impact wil vergroten, vraagt dit om een benadering waarin gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming sterker met elkaar worden verbonden. De gezondheidstransitie verwijst in dit artikel naar de beweging van een primair op ziekte en interventie gericht denken, naar een benadering waarin gezondheid wordt gezien als een dynamische uitkomst van bredere maatschappelijke, ecologische en sociale processen.

### Een samenleving in beweging

Onze samenleving wordt gekenmerkt door meerdere gelijktijdige spanningen, zoals ecologische druk, geopolitieke onzekerheid en maatschappelijke onrust [1]. Tegelijkertijd zien we op verschillende plekken een beweging richting meer aandacht voor samenhang, context en onderlinge afhankelijkheden, al bevindt deze ontwikkeling zich nog in de beginfase. Dit uit zich onder meer in nieuwe vormen van samenwerking tussen overheid, maatschappelijke organisaties en private partijen, bijvoorbeeld binnen het Nationaal Pre-

ventieakkoord, het programma Alles is Gezondheid en de Federatie voor Gezondheid. Op lokaal niveau zien we de beweging naar samenhang onder meer terug in de groei van burgerinitiatieven en lokale samenwerkingsvormen, zoals de inzet van dorpsondersteuners die inwoners met elkaar verbinden, signalen vroegtijdig oppakken en gezondheid benaderen vanuit de bredere leefomgeving van mensen.

Het bredere maatschappelijke en politieke systeem blijft echter grotendeels functioneren volgens bestaande logica's. Deze spanning wordt zichtbaar in afnemend vertrouwen in politiek en overheid, en het gevoel dat maatschappelijke problemen zich opstapelen zonder dat er effectieve oplossingen worden geboden [2]. Ook zien we veranderende verhoudingen tussen burgers, professionals en instituties, bijvoorbeeld in discussies over vertrouwen in wetenschap en vaccinaties [3, 4]. Hoewel Nederlanders gemiddeld nog steeds relatief veel vertrouwen hebben in wetenschappelijke instituties, lopen de meningen steeds meer uiteen [4]. Daarnaast blijken burgers minder vertrouwen te hebben in de manier waarop wetenschappelijke kennis door intermediairs zoals journalisten en politici wordt gebruikt [5].

Gezondheid is een domein waarin deze spanning zichtbaar wordt [6]. Enerzijds groeit het inzicht dat gezondheid samenhangt met factoren zoals leefomgeving, sociale relaties en bestaanszekerheid, anderzijds wordt gezondheid in beleid en praktijk nog vaak benaderd als een afgebakend beleidsdomein. De gezondheidstransitie verwijst hier naar de beweging – nog in ontwikkeling – om gezondheid te begrijpen als uitkomst van bredere maatschappelijke patronen en structuren.

### De gezondheidstransitie als systemische verandering

De hierboven beschreven gezondheidstransitie kan worden begrepen als een vorm van systemische verandering. Daarbij gaat het in dit artikel om het sa-

menspel tussen individuele en collectieve dimensies van gezondheid, en de manier waarop deze elkaar wederzijds beïnvloeden. Een systemisch perspectief verlegt de focus dus niet simpelweg van individueel naar collectief, maar benadrukt juist de onderlinge samenhang daartussen, waarbij individuele en populatiegezondheid elkaar wederzijds vormgeven en niet los van elkaar begrepen kunnen worden [7].

Gezondheidsuitkomsten zijn deels goed meetbaar, bijvoorbeeld via indicatoren zoals overgewicht en gezonde levensverwachting. Tegelijkertijd zeggen deze uitkomsten op zichzelf nog weinig over de dynamieken die daaraan ten grondslag liggen. Binnen de literatuur over complexe systemen wordt gezondheid daarom steeds vaker opgevat als een emergente eigenschap van sociale, economische, ecologische en institutionele processen. Hagenaars et al. benadrukken dat hedendaagse publieke gezondheidsvraagstukken vragen om het erkennen van complexiteit, en dat gezondheid voortkomt uit de interactie tussen overtuigingen, doelen, structuren en acties binnen samenhangende systemen [8]. Ook Stronks et al. laten zien dat dergelijke vraagstukken zich niet laten vatten in klassieke oorzaak-gevolgrelaties [9].

Neem de gezondheid van een wijk: die hangt niet alleen af van individuele leefstijlkeuzen of toegang tot zorg, maar ook van de sociale cohesie, de fysieke omgeving, de veiligheid en de manier waarop formele en informele netwerken met elkaar samenwerken. Lokale initiatieven, bewonerscollectieven en zorgzame gemeenschappen kunnen daarin een belangrijke rol spelen, maar hun impact hangt mede af van de ruimte en erkenning die zij krijgen binnen bestaande institutionele structuren. Effecten zijn hierbij contextafhankelijk en ontwikkelen zich in de tijd. Dit impliceert dat gezondheidsuitkomsten deels ontstaan via emergente patronen die voortkomen uit lokale interacties en zich niet volledig centraal laten sturen.

In de praktijk zien we dat het lastig is om een systemische aanpak daadwerkelijk te vertalen naar structurele veranderingen. Dat komt niet alleen door botsende belangen, institutionele structuren en politieke keuzen, maar ook doordat gezondheid contextafhankelijk is en zich niet eenvoudig laat organiseren via uniforme oplossingen. Wat in de ene wijk of gemeenschap werkt, hoeft elders niet dezelfde betekenis of impact te hebben. Hierdoor blijft de aandacht in de uitvoeringspraktijk vaak gericht op interventies en individuele gedragsverandering, terwijl de vraag over het duurzaam inrichten van de sociale en fysieke omgeving niet wordt gesteld.

### Een mismatch tussen opgave en instrumentarium

De publieke gezondheid heeft historisch gezien een sterke inhoudelijke verwantschap met bredere, sociale opvattingen over gezondheid. Concepten als *salutogenese*, *sociale determinanten van gezondheid*, *community-based werken* en *positieve gezondheid* laten zien

dat publieke gezondheid altijd meer heeft beoogd dan het voorkomen van ziekte en risico's alleen [10–13]. In theorie sluit het veld daarmee goed aan bij het systemische perspectief dat hierboven is geschetst.

In de praktijk is de manier waarop publieke gezondheid georganiseerd en aangestuurd wordt echter grotendeels gevormd binnen de mechanistische beleidslogica, gefundeerd in het positivistische paradigma. Als gevolg daarvan functioneert publieke gezondheid veelal via afgebakende programma's en 'producten', tijdelijke projecten en vooraf gedefinieerde doelgroepen. Effectiviteit wordt gemeten aan de hand van indicatoren en kennisproductie is sterk hiërarchisch georganiseerd, met een nadruk op gestandaardiseerde vormen van bewijs [9, 14].

Deze werkwijze schuurt steeds meer met de aard van de maatschappelijke vraagstukken waarvoor publieke gezondheid zich gesteld ziet. Waar gezondheid zich manifesteert als een dynamisch en contextafhankelijk systeemverschijnsel, wordt ze in beleid en praktijk nog vaak behandeld als een technisch probleem dat met gerichte interventies kan worden opgelost [9, 15]. De publieke gezondheid probeert daarmee in feite een ecologische transitie te sturen met instrumenten die zijn ontworpen voor een mechanistische logica.

### Wat vraagt dit concreet van publieke gezondheid?

Als gezondheid op populatieniveau voortkomt uit complexe systemen, dan vraagt dat niet alleen om andere analyses, maar ook om een andere rolopvatting van publieke gezondheid.

#### Van sturing naar faciliteren

Binnen een systemisch perspectief wordt gezondheid niet simpelweg 'geproduceerd' door centraal ontworpen interventies. Ze ontstaat in de wisselwerking tussen mensen, organisaties en leefomstandigheden. Dat betekent dat publieke gezondheid minder exclusief moet inzetten op ontwerpen, uitrollen en implementeren, en meer op het ondersteunen van voorwaarden waaronder gezondheid kan ontstaan.

Concreet vraagt dat om investeringen in langdurige lokale infrastructuur, en niet zozeer vooral in tijdelijke projecten. Denk aan het versterken van netwerken rond buurten, scholen, bestaanszekerheid, wonen en leefomgeving, aan het ondersteunen van lokale samenwerkingsverbanden en aan het scheppen van institutionele ruimte voor initiatieven die niet direct in een standaard interventielogica passen. De publieke gezondheid verschuift dan van centrale regisseur naar facilitator, verbinder en gids.

### Van kennisproductie naar leerprocessen

In een context van complexiteit volstaat een eenzijdige focus op gestandaardiseerde vormen van bewijs niet langer. Waar het traditionele model vraagt: ‘wat werkt?’, vraagt een systemische benadering eerder: ‘wat gebeurt hier, en waarom?’ Dit impliceert dat naast gecontroleerde onderzoeken ook praktijkkennis, ervaringskennis en kwalitatieve inzichten een volwaardige plaats krijgen. Kennis wordt dan niet primair gezien als iets wat vooraf wordt geproduceerd en vervolgens geïmplementeerd, maar als iets wat zich ontwikkelt in voortdurende leerprocessen tussen beleid, praktijk en gemeenschap. Het gaat om het contextualiseren van kennis en inzichten.

### Niet alleen gezondheidsbevordering maar ook gezondheidsbescherming

Een belangrijk punt in deze heroriëntatie is dat publieke gezondheid zich niet kan beperken tot leefstijlbevordering en gedragsgerichte interventies. Juist wanneer gezondheidsproblemen mede worden voortgebracht door commerciële en institutionele structuren, vraagt publieke gezondheid ook om bescherming: via normering, wet- en regelgeving, ruimtelijke ordening, fiscaliteit en het begrenzen van commerciële belangen die gezondheid schaden.

Dat betekent dat publieke gezondheid niet alleen moet helpen bij het ontwikkelen van gezonde keuzen, maar ook bij het terugdringen van ongezonde prikkels in de bredere leefomgeving. In de praktijk ligt binnen publieke gezondheid de nadruk vaak sterk op gezondheidsbescherming in de klassieke zin, zoals infectieziektebestrijding, screening en ziektepreventie. Ook binnen GGD'en gaat veel aandacht uit naar het beheersen van directe gezondheidsrisico's. Gezondheidsbevordering in bredere zin (bijvoorbeeld gericht op de leefomgeving, sociale omstandigheden en gemeenschapskracht) krijgt daardoor relatief minder ruimte. De klassieke spanning tussen bevorderen en beschermen komt daarmee opnieuw centraal te staan: hoe verhoudt het voorkomen van acute risico's zich tot het actief vormgeven van omstandigheden waarin gezondheid duurzaam kan ontstaan [16]?

### Van sector naar actor in ecosystemen

Ten slotte vraagt de gezondheidstransitie om een andere positionering van publieke gezondheid zelf. Niet langer als een afzonderlijke sector die boven of naast de samenleving opereert, maar als een van de actoren binnen bredere maatschappelijke ecosystemen. Publieke gezondheid is dan geen centrale regisseur die processen beheerst, maar een medespeler die participeert in netwerken rond wonen, werken, onderwijs, zorg en leefomgeving. Daarmee verschuift de rol van publieke gezondheid van beheersen naar behoren, van controleren naar cocreëren. Of anders

gezegd: ze brengt letterlijk *health-in-all-policies* ten dienste van *health-for-all-policies* [17].

### Reflecties uit de praktijk

De hierboven beschreven verschuivingen zijn niet louter theoretisch. Vanuit de Federatie voor Gezondheid ervaren wij in de praktijk hoe moeilijk het is om beleidsbeïnvloeding vorm te geven in een context die complex en niet goed voorspelbaar is. Klassieke strategieën van agenderen, overtuigen en opschalen blijken daarbij geregeld onvoldoende.

Tegelijkertijd zien we dat verandering vaak eerder ontstaat door het verbinden van perspectieven, het ontwikkelen van een gedeelde taal en het faciliteren van leerprocessen, dan door directe sturing alleen. In die zin is ook de eigen praktijk een zoekproces, waarin niet vooraf precies vaststaat wat ‘werkt’, maar waarin richting en betekenis al doende ontstaan. Dat vraagt om een ander soort professionaliteit: minder gebaseerd op controle, meer op sensitiviteit voor context, relaties en emergentie.

### Heroriëntatie als noodzakelijke stap

De kern van ons betoog is dat publieke gezondheid haar maatschappelijke relevantie niet vanzelf vergroot door alleen méér van hetzelfde te doen. De hedendaagse gezondheidsopgaven vragen om meer dan opschaling van bestaande interventies of een sterkere preventieretoriek. Ze vragen om een heroriëntatie op de eigen uitgangspunten, rol en werkwijzen.

Dat betekent niet dat mechanistische benaderingen geheel waardeloos zijn. Voor sommige vraagstukken blijven ze nuttig. Maar waar gezondheid zich manifesteert als uitkomst van complexe, onderling verbonden en politiek geladen systemen, zijn ze onvoldoende. Daar is een publieke gezondheid nodig die beter in staat is om met complexiteit, conflict, context en onzekerheid om te gaan.

Wie de gezondheidstransitie wil vormgeven, kan zich daarom niet beperken tot het veranderen van beleid of interventies alleen. Ook de publieke gezondheid zelf zal moeten meebewegen: in hoe ze kennis waardeert, de manier waarop ze zich positioneert, waar ze in investeert en welke vormen van sturing ze nastreeft. Wie verandering bepleit, moet immers zelf ook veranderen.

**Financiering** De publicatie van dit artikel werd mogelijk gemaakt dankzij het Nationaal Kennisnetwerk Systeemdenken, gefinancierd door de Hartstichting (subsidienummer 01-001-2024-0514).

**Data availability** All data supporting the findings of this work are included in the article.

**Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License, which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or

format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if you modified the licensed material. You do not have permission under this licence to share adapted material derived from this article or parts of it. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

## Literatuur

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Risicoscan internationale dreigingen voor de Nederlandse volksgezondheid. RIVM-rapport 2026-0039. Bilthoven: RIVM; 2026.
2. Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociale en culturele ontwikkelingen. Stand van Nederland 2023. Den Haag: SCP; 2023.
3. Lier EA van, Hament JM, Holwerda MR, et al. Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland. Verslagjaar 2025. RIVM-rapport 2025-0019. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2025.
4. Rathenau Instituut. Vertrouwen in de wetenschap. Den Haag: Rathenau Instituut; 2025.
5. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Fragiel vertrouwen in wetenschap is gevaarlijk, maar er zijn lichtpuntjes. Den Haag: WODC; 2025.
6. Dijkstra L, Penders B, Horstman K. How health promotion prevents itself from tackling health inequalities. A critical analysis of Dutch health promotion's paradigm through its handbooks (1995–2022). *SSM Qual Res Health*. 2025;7:100533.
7. Arah OA. On the relationship between individual and population health. *Med Health Care Philos*. 2009;12(3):235–44.
8. Hagenslaars L, Waterlander WE, Hertog K den, et al. Een veerkrachtige publieke gezondheid in 2030: #hoedan? TSG. *Tijdschr Gezondheidswet*. 2022;100(S3):119–23.
9. Stronks K, Rod MH, Rutter H, et al. Towards a complex systems model of evidence for public health. *BMJ Glob Health*. 2023;8(10):e012215.
10. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*. 1996;11(1):11–8.
11. Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661–9.
12. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
13. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
14. Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med*. 2018;16:95.
15. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci*. 1973;4(2):155–69.
16. Jansen MJ. Gezondheid, een publieke kwestie! Afscheidsrede. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2022.
17. Greer SL, Falkenbach M, Siciliani L, et al. From Health in All Policies to Health for All Policies. *Viewpoint*. 2022;7(8):718–20.