

Verleiden tot gezondheid

Een integraal beleidsperspectief
op gezondheidsbevordering

Essay

Trudi Nederland
Fabian Dekker

Verleiden tot gezondheid

Een integraal beleidsperspectief
op gezondheidsbevordering

Trudi Nederland
Fabian Dekker

April 2011

Inhoud

1	Het belang van integraal lokaal gezondheidsbeleid	3
2	Hoe het begon: een individuele benadering	9
3	Een moderne voorstelling van zaken: het belang van de omgeving	12
4	Enkele praktijkvoorbeelden	15
5	Van 'problematiseren' naar 'verleiden'	21
6	Met een blik op de toekomst: het smeden van nieuwe relaties	26
7	Tot slot: verleiden leidt tot gezondheidswinst	32
	Literatuur	34

1 Het belang van integraal lokaal gezondheidsbeleid

Welke verschuivingen zijn er in het denken over de oorzaken van ziekten? Dit essay gaat daarop in en op het belang van het integraal benaderen van gezondheidsbevordering op lokaal niveau. Het Verwey-Jonker Instituut doet onderzoek naar de samenhang tussen de Wmo en andere beleidsterreinen, in dit geval het lokale gezondheidsbeleid. Het onderzoek valt binnen het programma 'Beter in Meedoen' dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport financiert. Het doel van dit programma is vernieuwing en kwaliteitsverbetering van de Wmo. De directe aanleiding voor het schrijven van dit essay zijn enkele bezoeken aan gemeenten die momenteel een integrale visie op gezondheidsbevordering in de praktijk brengen. Onze levendige overtuiging is dat gemeenten nog veel winst kunnen boeken als het gaat om het concreet invullen van een integraal gezondheidsbeleid. Hoe zijn de werelden van de Wmo en het gezondheidsbeleid met elkaar te verenigen? En hoe kunnen andere beleidsterreinen daarbij betrokken worden, zoals sport, de inrichting van de openbare ruimte, ruimtelijke ordening, en milieu? Hoe ontwikkelen we integrale interventies en waar liggen kansen voor het behalen van meer gezondheidswinst? Dit zijn veel voorkomende vragen in het veld. Een nieuw, integraal perspectief kan uitkomst bieden.

Langzamerhand dringt bij alle betrokken partijen het besef door dat investeren in gezondheidsbevordering en preventie individuele en maatschappelijke gezondheidswinst oplevert (Van der Lucht & Polder, 2010). Tegen de achtergrond van de stijgende kosten in de zorg en de te verwachten tekorten op het gebied van personeel, is gezondheidsbevordering een belangrijk thema. Met de demografische ontwikkelingen, zoals de oplopende vergrijzing en ontgroening in de samenleving, nemen de problemen rond de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg verder toe. In het kader van de financiële houdbaarheid van ons sociale stelsel becijferden Van Baal et al. (2006) al eens dat ongezond gedrag de maatschappij jaarlijks miljarden euro's aan zorg kost. Naast het belang van het in de hand houden van de kosten van de gezondheidszorg, is een goede gezondheid natuurlijk vooral in het belang van de mensen zelf. Een minder goede gezondheid draagt in het algemeen bij aan een lager beleefde kwaliteit van leven (CBS, 2010) en een geringere arbeidsparticipatie (Jehoel-Gijsbers, 2010).

Vanuit deze achtergrond staat gezondheidsbevordering al geruime tijd hoog op de beleidsagenda (zie bijvoorbeeld VWS, 2007; 2006). In het landelijk gezondheidsbeleid staat dat er een omslag nodig is van ZZ (ziekte en zorg) naar GG (gezondheid en gedrag). De beleidsbrief 'Naar een weerbare samenleving' wijst daarbij op de noodzaak van intersectorale samenwerking op rijksniveau en lokaal niveau om gezondheidswinst te kunnen boeken (VWS, 2009). Een gezonde leefomgeving met voldoende sport- en beweegmogelijkheden, een verantwoorde werkplek, een goede opleiding en een maatschappij waarin mensen zich veilig voelen, dragen allemaal bij aan een goede gezondheid.

De landelijke overheid geeft gemeenten een steeds belangrijkere plaats in het gezondheidsbeleid, weliswaar zonder de daarbij behorende financiële middelen.

Daarom wint de rol van gemeenten aan belang bij vernieuwende en creatieve initiatieven in de gezondheidsbevordering van burgers. Het lokale niveau en de directe leefomgeving van mensen zullen in de toekomst van de gezondheidszorg een steeds grotere plaats innemen.

De gezondheidstoestand van de Nederlander

Maar hoe staat het eigenlijk met de gezondheid van de gemiddelde Nederlander? Het Centraal Bureau voor de Statistiek bericht hier periodiek over. De meeste registraties over de gezondheidstoestand in Nederland zijn echter afkomstig van het RIVM. In het Nationaal Kompas Volksgezondheid zijn bijna alle beschikbare gegevens over de volksgezondheid in Nederland samengebracht. Uit de cijfers blijkt dat onder het oppervlak van een relatief stabiele gezondheidstoestand van de Nederlanders een aantal belangrijke problemen schuilen. Aandacht voor de gezondheidsproblemen van verschillende risicogroepen én de consequenties van de aankomende vergrijzing maken van gezondheidsbevordering een actueel vraagstuk.

De meeste Nederlanders ervaren een goede of zelfs een zeer goede gezondheid. Ongeveer 19% van de Nederlanders, vaak 65-plussers, zijn hier minder positief over in 2009 (CBS Statline). De levensverwachting ligt in Nederland lager dan in omliggende landen zoals Zweden, Spanje en Zwitserland. Dit heeft ook te maken met het ongezonde gedrag in Nederland. De Nederlanders roken meer dan de inwoners in de landen om ons

heen. Bijna de helft van de Nederlanders is te zwaar. Ook is er sprake van ongezonde voeding en weinig bewegen (Van der Lucht & Polder, 2010). De onderzoekers van het RIVM laten verder onder andere zien dat het aantal mensen met één of meer beperkingen in het horen, zien of bewegen over de periode 1997-2007 redelijk stabiel is. Maar tegelijkertijd constateren ze dat jongeren steeds vaker kampen met overgewicht, dat de jeugd meer alcohol drinkt en dat vooral ouderen onvoldoende bewegen. Bovendien ligt met het afbrokkelen van persoonlijke netwerken een sociaal isolement en psychische problemen onder ouderen op de loer.

De sociaaleconomische gezondheidsverschillen in de bevolking blijven aanwezig. Laagopgeleide Nederlanders overlijden gemiddeld zes tot zeven jaar eerder dan hoogopgeleide Nederlanders. Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is zelfs veertien jaar (Van der Lucht & Polder, 2010). De gezondheidsachterstanden zijn in de afgelopen decennia hardnekkig gebleken en zijn sterk verweven met achterstanden op andere terreinen (VWS, 2008).

Gezondheidsbevordering en de Wmo: een integrale benadering

Als we kijken naar het denken over gezondheidsbevordering is de laatste jaren het nodige in gang gezet. Een opvallend aspect is daarbij het integraler willen benaderen van gezondheidsbevordering (Penris en Den Broeder, 2004). Dit streven valt onder andere te begrijpen tegen de achtergrond van de invoering van de Wmo in 2007.

Het is immers in de Wmo waar verschillende doelen samenkomen, zoals het bevorderen van de zelfredzaamheid én het bevorderen van de maatschappelijke

participatie. De Wmo is ook in het leven geroepen om dure zorg te voorkomen. Daarom zijn in de Wmo allerlei verbindingen denkbaar met het gezondheidsbeleid. Een van de Wmo-prestatievelden (prestatieveld 2) richt zich bijvoorbeeld op het opzetten en uitvoeren van een lokaal preventiebeleid gericht op jongeren met (gezondheids)problemen, terwijl ook het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg (veld 8) en bevordering van het verslavingsbeleid (prestatieveld 9) duidelijk gezondheidsgerelateerde prestatievelden zijn. Gezondheidsbevordering kan daarom niet los worden gezien van aanverwante wetgeving, zoals de Wmo. In die zin is het onderwerp gezondheidsbevordering veel omvattender dan voorheen.

Gemeenten hebben vanuit de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) een verantwoordelijkheid als het gaat om gezondheidsbevordering. De Gemeentelijk Geneeskundige Dienst (GGD) is de uitvoeringsorganisatie voor deze wettelijke taken. De gemeenten zijn volgens de Wpg verplicht een lokale nota volksgezondheid vast te stellen. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is er een spanning tussen de gemeentelijke beleidsvrijheid en de landelijke ambities. De landelijke speerpunten van gezondheidsbevordering met de daaraan gekoppelde doelen zijn richtinggevend. De IGZ heeft in 2009 onderzoek gedaan naar de stand van zaken rond het lokale gezondheidsbeleid. In een toespraak vertelt de Inspecteur-generaal Van der Wal dat gemeenten vooral inzetten op de preventie van schadelijk alcoholgebruik en overgewicht bij jongeren. Concrete doelstellingen ontbreken nog in de lokale gezondheidsnota's. En als er al concrete doelstellingen zijn, is er onvoldoende samenhang in het aanbod van

interventies. Het aanbod lijkt vaak willekeurig en het effect van de inspanningen is niet te voorspellen. Voor gemeenten ligt er de uitdaging om meer samenhang te realiseren en om dwarsverbanden te leggen. Dit is geen sinecure. Het onderzoek van de IGZ en de praktijkvoorbeelden in dit essay wijzen uit dat het voor gemeenten nog altijd lastig is om integraal gezondheidsbeleid daadwerkelijk van de grond te krijgen.

2 *Hoe het begon: een individuele benadering*

Nog niet zo heel lang geleden werd de discussie over gezondheidsbevordering exclusief gevoerd door medici. Het individu stond, met zijn of haar achtergrondkenmerken en aandoening(en), in de behandeling centraal. Het SCP bericht in een van zijn rapportages over de verschillende fasen van het denken over gezondheidsproblemen. Zo stond het gebrek aan openbare voorzieningen en de aanwezigheid van bacteriën en virussen lange tijd voorop in het denken over het ontstaan van ziekten. In een veel latere fase werden ook de leefstijlafhankelijke factoren naar voren gebracht als dominante veroorzakers van ziekten (SCP, 1998). Ongeveer 50% van de ziekten zijn leefstijlafhankelijk en daardoor preventief te bestrijden. Deze fase waarin de persoon met zijn of haar individuele kenmerken, levensstijl en gedrag in het middelpunt staat, is nog altijd een dominant paradigma binnen het denken over ziekte en het beleid in de volksgezondheid. Hoe vaak lezen we immers niet in de media, onderzoeksrapportages en beleidsnotities dat het vooral de jongeren zijn die roken, dat jonge mannen rokelozer zijn in het verkeer, mensen van niet-Nederlandse afkomst minder vaak bewegen, lager opgeleiden een minder goede gezondheid hebben of dat ouderen behoren tot de sociaal meer kwetsbare bevolkingsgroepen in onze samenleving? Dit zijn allemaal individuele

kenmerken die in verband worden gebracht met het ontstaan van ziekten (zoals hartziekten en angststoornissen) en waarbij het er voor beleidsmakers om gaat om dit gedrag zoveel mogelijk tegen te gaan.

Een actueel voorbeeld van de manier waarop de overheid probeert via wetgeving een ongezonde leefstijl tegen te gaan is de instelling van het rookverbod in 2008. De achterliggende gedachte is dat met name jongeren door dit verbod minder gaan roken. Hoewel harde bewijzen vooralsnog ontbreken, lijkt het er inderdaad op dat jongeren minder zijn gaan roken door het verbod. Interessant binnen ons betoog is dat deze interventie voorbijgaat aan allerlei sociale beïnvloedingsfactoren. Een goede vriend(in) of de ouders die roken, kunnen immers eveneens van cruciaal belang zijn bij de kans om een roker te worden. Als binnen de groepen waar iemand deel van uitmaakt, roken nog altijd wordt gezien als sociaal acceptabel, zal de instelling van nieuwe wet- en regelgeving zeker niet in alle gevallen het gedrag van jongeren beïnvloeden. Of wat te denken van de rol van het onderwijs? Het instellen van een rookverbod zal hoogstwaarschijnlijk veel meer effect hebben als deze interventie wordt gecombineerd met een verhoogde aandacht voor gezondheid binnen scholen.

Gemeenten hebben in hun gezondheidsbeleid weinig aandacht voor roken. Gemeentelijke bestuurders vinden dat de landelijke activiteiten om roken te verminderen - zoals de accijnsverhogingen en het horecaverbod - belangrijker zijn dan lokale interventies (Dresen et al., 2009).

Tegenwoordig houden we steeds meer rekening met de fysieke en sociale omstandigheden die de gezondheidssituatie van mensen kunnen beïnvloeden. Hierbij is bijvoorbeeld te denken aan de wijk, school of het gezin

waarbinnen iemand opgroeit. In het geval van roken zou een gemeente, als blijkt dat in een bepaalde wijk veel mensen roken, juist in die wijken acties kunnen ondernemen om mensen te helpen met stoppen met roken. Door de fysieke en sociale omgeving te betrekken in de beleidsaanpak ontstaat een complexer, maar tegelijkertijd een meer evenwichtige kijk op gezondheidsbevordering.

3 *Een moderne voorstelling van zaken: het belang van de omgeving*

Een brede benadering van gezondheid wint de laatste jaren sterk aan terrein. In de werkwijze van het landelijk beleid en ook de lokale overheden spelen verschillende factoren mee in het bevorderen van gezondheid: fysieke factoren, sociale factoren, toegang tot zorg en leefstijlfactoren (Geers et al., 2010). Het gaat om een verschuiving van alleen kijken naar de individuele risicofactoren, naar een besef dat ook fysieke en sociale omstandigheden van invloed zijn op de gezondheid van mensen. Het gaat dan om fysieke en sociaal-economische kenmerken van de leefomgeving of om het belang van de sociale omgeving waar iemand deel van uitmaakt, zoals het gezin of een vriendengroep.

De fysieke omgeving

Als we het over de fysieke omgeving hebben, gaat onze aandacht allereerst uit naar de buitenruimte. Het is logisch om te veronderstellen dat onvoldoende speelruimte kinderen niet zal uitnodigen om buiten te gaan spelen. Dit inzicht heeft de laatste jaren onder meer geleid tot het opzetten van sport- en speelplekken in de wijk. De 'Cruiff Courts' zijn hier mooie voorbeelden van. Een ander voorbeeld zijn de natuur- en wandelge-

bieden die mensen kunnen uitnodigen om meer te bewegen. Dat de fysieke omgeving ertoe doet, is recent nog eens aangetoond door de Gezondheidsraad (2010). In haar rapportage 'Beweegredenen: de invloed van de bebouwde omgeving op ons beweeggedrag' is te lezen dat fysieke omgevingsfactoren een rol spelen bij het stimuleren van beweging. Zo spelen kinderen in wijken met voldoende speelterreinen vaker en langer buiten dan kinderen die niet in dergelijke wijken wonen. De kernboodschap is, dat aanpassingen in de fysieke omgeving - naast de meer individuele beïnvloeding van gedrag - de beste kansen bieden om mensen meer tot bewegen aan te zetten. Hier liggen voor de gemeenten volop mogelijkheden als het gaat om gezondheidsbevordering. Naast de eigen inzet vanuit het lokale gezondheidsbeleid ligt in dit geval een koppeling voor de hand met het lokale huisvestingsbeleid en de woningbouwcorporaties. Door de krachten te bundelen kan veel effectiever worden gestuurd op gezondheidsbevordering.

De sociale omgeving

We hebben al eerder aangegeven dat ook de sociale omgevingsfactoren van invloed zijn op de gezondheid. Hierbij valt te denken aan het voorbeeldgedrag van ouders, vrienden of klasgenoten die van invloed zijn op het aannemen van een gezonde levensstijl. Het zijn bijvoorbeeld de ouders die kinderen kunnen stimuleren om meer te bewegen of om minder vet te eten, maar ook vrienden of klasgenoten kunnen het gedrag van anderen veranderen. Als een bewuste voeding en voldoende bewegen tot sociale norm worden verheven, zal dit minstens zoveel effect hebben als de inzet van

publieke interventies. Kortom, door voldoende aandacht te hebben voor dit type factoren kunnen gemeenten effectieve gezondheidsaanpakken ontwikkelen. We noemen als concreet aanknopingspunt het raakvlak van het gezondheids- en onderwijsbeleid. Leerlingen kunnen dan les krijgen in goede voeding of het nut van meer bewegen om overgewicht tegen te gaan.

Zowel beleidsmakers als onderzoekers beseffen steeds meer dat een integrale gezondheidsbenadering de positiefste resultaten oplevert. In deze optiek dienen maatregelen zich zoveel mogelijk te richten op de verschillende factoren die de gezondheid van burgers beïnvloeden: individuele, fysieke en sociale factoren. De gemeente heeft, als regisseur, de taak om de diverse aandachtsgebieden en samenwerkingspartners rond gezondheidsbevordering met elkaar in verband te brengen. Maar gebeurt dit ook? Op welke wijze richten gemeenten zich op gezondheidsbevordering? Ter illustratie presenteren we enkele prikkelende praktijkvoorbeelden.

4 *Enkele praktijkvoorbeelden*

Veel gemeenten in Nederland ontwikkelen activiteiten om een gezonde voeding en voldoende beweging te stimuleren. Maar er zit vaak nog een groot gat tussen het organiseren van losse activiteiten en het voeren van integraal gezondheidsbeleid. Het ontbreekt nogal eens aan de nodige samenhang tussen de verschillende beleidsterreinen (Hamar en Brinkman, 2007). We presenteren twee gemeenten die hard werken aan het opzetten van integraal beleid., maar uit de drie praktijkvoorbeelden in deze gemeenten blijkt ook hoe moeilijk het is om dit op een goede manier te realiseren.

De gemeente Utrecht is een voorbeeld van een gemeente die het belang onderkent van een integrale aanpak en intensieve samenwerking met lokale partners op het gebied van zorg. In deze stad is het project 'GROSSO' (Geïntegreerde en Revitaliserende Ondersteuningsaanpak voor Sociale en gezondheids Stimulering van Ouderen met een lage sociaal-economische status, SES) ontwikkeld (zie kader). Het gaat in de kern om een wijkgerichte aanpak, met als doelstelling het gecombineerd verbeteren van de leef- en gezondheidssituatie van ouderen met een lage SES. Bewegen wordt hierbij ingezet als middel om de sociale positie van senioren te verbeteren. Deze aanpak weerspiegelt in feite een integrale blik op gezondheidsbevordering, te weten een

brede aanpak van sociale en gezondheidsproblemen. Of, meer in Wmo-termen, door oudere mensen met (eenzaamheids)klachten te laten bewegen wordt zowel aan de gezondheid als aan de sociale zelfredzaamheid van oudere mensen een positieve bijdrage geleverd.

GROSSO: integraal gezondheidsbeleid in de gemeente Utrecht

Het project GROSSO is een integraal gezondheidsprogramma voor mensen van 70-85 jaar die te weinig bewegen, zich eenzaam voelen of een groot risico lopen om eenzaam te worden. De methode heeft drie kenmerken. Ten eerste is het een geïntegreerde aanpak van sociale en gezondheidsproblemen. Ten tweede wordt er bij GROSSO gebruik gemaakt van bestaande evidence based bewegingsstimulerings-programma's voor ouderen (GALM, GALM+, ACTOR, SMALL, GALLOM) waarin componenten voor het verbeteren van de sociale leefsituatie zijn ingebouwd. En ten derde kenmerkt GROSSO zich door een 'imbedded' aanpak, ofwel inbedding in de bestaande of te ontwikkelen infrastructuur van de wijk.

De doelgroep is via een mailing uitgenodigd om deel te nemen aan een traject dat zich richt op het aanbieden van bewegingsprogramma's en (weerbaarheids)trainingen en voorlichting over leefgedrag en medicijngebruik om vitaler in het leven te staan. Bij aanvang van het programma krijgen de ouderen die zich aanmelden een fittest. Het project is ontwikkeld door de Rijkuniversiteit Groningen en het Nederlands instituut voor Sport en Bewegen. In Utrecht wordt het programma uitgevoerd door de GG&GD, de welzijnsorganisaties Portes en Doenja, en ouderenzorgorganisatie AxionContinu. Het project loopt momenteel in verschillende wijken en duurt minimaal drie jaar.

Het bovenstaande project is wat ons betreft een voorbeeld van integrale gezondheidsbevordering. Op deze plaats kan het echter geen kwaad om te benadrukken dat een gezamenlijke visie op gezondheidsbevordering wel een absolute voorwaarde is voor het slagen van dit type projecten. Pas als gemeenten en organisaties het eens zijn over de factoren achter een slechte gezondheid en het belang om deze problematiek

integraal te benaderen, komen aanpakken daadwerkelijk tot stand. Dit lijkt een open deur, maar in de praktijk kan integraal beleid op de nodige weerstand stuiten.

Verskillende partijen hebben bijvoorbeeld uiteenlopende prioriteiten en er kan discussie zijn over wat de beste manier is om gezondheidsproblemen op te lossen. In Utrecht is daarom vanaf het begin ingezet op het ontwikkelen van draagvlak. Binnen het convenant 'Utrecht Gezond!' werken verschillende partijen (of: 'stakeholders') met elkaar samen (de gemeente, zorgverzekeraar Agis, GGD, welzijnsorganisaties et cetera) en wordt integraal ingrijpen als belangrijke succesfactor gezien. Het bundelen van partijen en inzichten als voorwaarde voor een optimale beleidsontwikkeling dus.

Beleidsinterdisciplinair, en lokaal en regionaal samenwerken

Het tot stand brengen van integraal beleid is niet exclusief voorbehouden aan een specifieke gemeentelijke afdeling. Binnen een gemeente zijn idealiter verschillende afdelingen verantwoordelijk voor gezondheidsbevordering, zoals sociale zaken, zorg en welzijn, ruimtelijke ordening en onderwijs. Maar hoe geef je concreet inhoud aan deze gezamenlijke verantwoordelijkheid? In de gemeente Alphen aan den Rijn vonden we een mooi voorbeeld van het 'bij elkaar over de schutting kijken' en het integraal verdelen van taken en verantwoordelijkheden. In deze gemeente zijn onder andere het alcoholmisbruik en het overgewicht van jongeren thema's die speciale aandacht krijgen in het lokale gezondheidsbeleid. De gemeente is zich hierbij terdege bewust van de raakvlakken tussen de verschillende

beleidsterreinen. Alcoholgebruik onder jongeren is bijvoorbeeld een thema binnen het lokale gezondheidsbeleid en een thema binnen de Wmo (prestatieveld 9). Op vergelijkbare wijze is overgewicht onder jongeren niet alleen een thema binnen het gezondheidsbeleid, maar ook binnen het lokale sportbeleid. Kortom, rondom de gezondheidsbevordering onder jongeren houdt de gemeente rekening met het interdisciplinaire beleidskarakter.

De gezondheidsaanpak van de gemeente Alphen aan den Rijn gebeurt niet alleen intern tussen meerdere gemeentelijke afdelingen, maar ook in nauwe samenwerking met lokale partners, zoals de GGD Hollands-Midden, de Brijder Stichting, De Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden-Holland, GGZ Rijnstreek, Stichting ActiVite, Centrum Jeugd en Gezin, Bureau Jeugdzorg, het onderwijs, welzijnswerk, huisartsen, apotheken, tandartsen en andere maatschappelijke organisaties. In de kadernota van het programma 'Jeugd' benadrukt de gemeente dat zij zich pro-actief bezighoudt met het bij elkaar brengen van partijen in de zogenaamde 'jeugdketen' (Gemeente Alphen aan den Rijn, 2007a).

De gemeente zoekt verder zoveel mogelijk de regionale samenwerking, aangezien de problematiek zich uitstrekt over de gemeentegrenzen. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van een regionale ketenaanpak waar vijftien gemeenten aan deelnemen. Een betrokkene vertelt hierover: *'Je moet dan denken aan informatie-uitwisseling, het ontwikkelen van netwerken en het onderling afstemmen van activiteiten.'* De jongeren en zijn directe leefomgeving staan centraal, en maatregelen richten zich zowel op preventie en een vroegtijdige signalering, als op de hulpverlening.

De Alphenense overtuiging is dat samenwerking lokaal en regionaal, en een interne beleidsinterdisciplinaire aanpak van gezondheidsproblemen onder jongeren voordelen opleveren.

In de gemeente Alphen aan den Rijn wordt de samenwerking ook tot stand gebracht rondom de gezondheidsbevordering van ouderen. Een goed voorbeeld is de samenwerking tussen de koepelorganisatie OSO (de Samenwerkende Ouderenbonden) en de gemeente.

Samen met huisartsen, wijkagenten, thuiszorgmedewerkers en 'een ieder die met ouderen in aanraking komt' zetten zij zich in voor het vroegsignaleren en bestrijden van eenzaamheid onder ouderen. Ook bij het opstellen van de nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid zullen gemeenten en alle partijen die zich bezighouden met de gezondheid met elkaar samenwerken. Samenwerking rondom integraal gezondheidsbeleid is belangrijk en leidt bovendien tot innoverende initiatieven, zoals de opzet van een 'speelplaats' voor ouderen (zie kader).

Sportmogelijkheden voor ouderen in Alphen aan den Rijn
Om ouderen in Alphen aan den Rijn meer te laten bewegen is er een speciaal sporttoestel geplaatst in de directe omgeving van een aantal serviceflats. Naast het bewegen is het doel van het plaatsen van het betreffende toestel het bevorderen van het sociaal contact. Om het juiste gebruik te stimuleren, worden specifieke lesprogramma's ontwikkeld. De OSO-koepel is een belangrijke trekker geweest in het gehele project. Ze is actief op zoek gegaan naar financiële middelen en heeft een belangrijke inbreng gehad bij de keuze van de locatie en de ontwikkeling van de vereiste begeleiding. Over enkele jaren wordt het project geëvalueerd.

Tot dusver hebben we gesproken over het belang van samenwerking en het vormen van een gedeelde visie op gezondheidsbevordering. We hebben ook twee inspire-

rende praktijkvoorbeelden beschreven. Vooral het project waarbij sportfaciliteiten worden aangeboden aan ouderen spreekt hierbij tot de verbeelding. Door op een positieve wijze mensen te ‘verleiden’ om meer te bewegen, in plaats van vooral te wijzen op de risico’s en gevaren van een bepaalde leefstijl, zullen mensen eerder geneigd zijn om gewenst gedrag te vertonen. Dit betekent niet langer exclusief probleemgestuurd omgaan met gezondheidsbevordering, maar ook via ‘verleiding’ mensen stimuleren om bijvoorbeeld meer te gaan bewegen. Mensen zullen op deze wijze eerder geïnspireerd raken.

5 *Van ‘problematiseren’ naar ‘verleiden’*

Onze stelling is dat gemeenten hun kaarten meer moeten inzetten op integrale gezondheidsprogramma's én op het 'verleiden' van burgers om gezond gedrag te gaan vertonen. Dit laatste gezichtspunt is afkomstig uit de positieve psychologie. Deze wetenschappelijke stroming is de laatste jaren in opkomst bij het verbeteren van de kwaliteit van het leven (Seligman en Scikzentmihalyi, 2000). In deze benadering staan niet (alleen) de risico's die samenhangen met overgewicht of het overmatig alcoholgebruik centraal, maar juist het positieve van bewegen staat voorop om mensen te motiveren een bepaald gedrag te vertonen. Inmiddels vindt deze methode ingang in verschillende domeinen. Binnen het werkdomein wordt de positieve psychologie bijvoorbeeld gebruikt om niet exclusief aandacht te schenken aan de negatieve kenmerken die de prestaties op de werkplek beïnvloeden (zoals de vraag waarom bepaalde mensen vaak verzuimen), maar ook aan de positieve elementen (zoals de vraag waarom veel mensen op de werkplek bijna nooit verzuimen). Meerdere onderzoeken hebben in dit kader al het belang van positieve werkgerelateerde interventies aangetoond. Er zijn in de praktijk verschillende activiteiten denkbaar. Zo bevordert het delen van goed nieuws en succes met collega's de werksfeer, de gezondheid en uiteindelijk de prestaties van werknemers. Natuurlijk wisselen de effecten van persoon tot persoon. Juist daarom is het van

belang om niet langer exclusief te volharden in het paradigma van risico's en belemmeringen, maar ook het belang van positieve interventies te onderkennen. Wij hebben het dan over 'verleiden' in plaats van sturen op behandeling (zorg) of het voorkomen van problemen (preventie).

Gezondheidsbevordering via positieve interventies

Als het gaat om gezondheidsbevordering pleiten we voor een toepassing van positieve interventies. In tegenstelling tot het behandelen of voorkomen (preventie) van ongezond gedrag lijkt meer aandacht gewenst voor het ontwikkelen van positieve interventies. We hebben al gewezen op de sportmogelijkheden voor ouderen waarbij positieve activiteiten (bewegen) in gang worden gezet. Een ander voorbeeld is het inzetten van bevlogen jongeren in de wijk die zich op positieve wijze bezighouden met hun gezondheid. We kennen dit principe al onder enigszins andere noemers zoals de 'buurtvaders' die zich in de wijk als rolmodel inzetten om ongewenst gedrag van jongeren tegen te gaan. Deze benadering kan diverse positieve gevolgen hebben. Doelgroepen van het gezondheidsbeleid, zoals jongeren, herkennen op deze manier mogelijk eerder de problemen waar ze tegenaan lopen en ontwikkelen sneller meer gezonde leefpatronen.

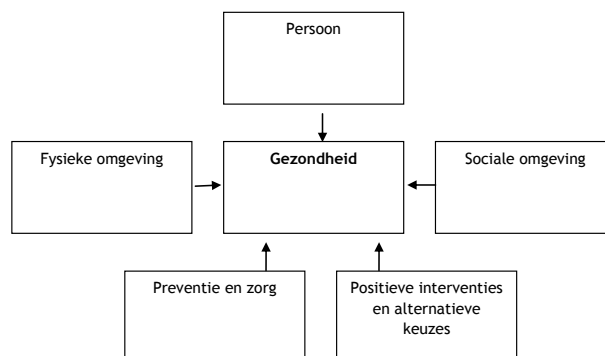
De gedragseconomische invalshoek

Positieve 'prikkel's leveren een positieve bijdrage aan gezond gedrag, zo is onze overtuiging. Dit idee sluit ook aan bij de recente inzichten vanuit de gedragseconomie:

door de omgeving 'gebruiksvriendelijk' in te richten zullen mensen eerder - al dan niet bewust - kiezen voor gezond gedrag. Vanuit het beleidsperspectief geformuleerd: mensen zijn door gemeenten tot op zekere hoogte te sturen in hun keuzes. Gedragseconomen spreken in dit verband ook wel over 'nudging' en stappen af van het idee dat mensen volledig rationeel handelen. In het nemen van beslissingen speelt bijvoorbeeld ook 'de macht der gewoonte' een rol van betekenis. Hiermee bedoelen we dat een bepaalde keuze rationeel gezien weliswaar voor de hand ligt, maar dat mensen hier - op basis van ingesleten gewoontes - toch niet voor kiezen. Als we nu terugdenken aan gezondheidsbevorderende interventies, dan ligt gezond gedrag niet echt voor de hand. Als een gemeente bijvoorbeeld in haar aanpak zwaar inzet op het schadelijke effect van roken of te weinig bewegen, is dit vanuit een rationeel perspectief wellicht te begrijpen. Het is verstandig om te stoppen en meer te gaan bewegen. Maar is dit vanuit een positief psychologisch gezichtspunt én vanuit de gedragseconomische invalshoek de beste manier om mensen aan te zetten tot een gezondere leefstijl? Waarschijnlijk niet. De gemeente zou daarentegen wél 'positieve alternatieven' kunnen presenteren. Denk hier bijvoorbeeld aan het vraagstuk van (overmatig) alcoholgebruik. Via samenwerking tussen het lokale bedrijfsleven en de sportverenigingen is het organiseren van één keer in de week gezamenlijk sporten misschien wel een bijzonder interessant alternatief voor de befaamde - en ingesleten - vrijdagmiddagborrel op het werk. Wij vinden dat deze benadering in ieder geval voldoende aanknopingspunten biedt voor een meer integrale gezondheidsbevordering.

***Een integraal perspectief op gezondheidsbevordering:
krachtenmodel***

Wat kunnen gemeenten in de toekomst (verder) gaan uitwerken? Onontbeerlijk voor het slagen van integrale gezondheidsbevordering is volgens ons dat gemeenten aandacht behouden voor de persoonsgebonden factoren die verbonden zijn aan gezondheidsverschillen. Daarnaast moeten ze ook oog hebben voor de relatie tussen de fysieke en sociale omgeving en gezondheid. De stelling dat er onder invloed van de bemoedigende resultaten uit de positieve psychologie en de gedrags-economie winst valt te behalen door burgers te ‘verleiden’ in plaats van ze uitsluitend op te vangen en/of te ondersteunen (preventie en zorg), resulteert in het volgende integrale perspectief op lokaal gezondheidsbeleid:



Als de gemeente via dit ‘krachtenmodel’ richting geeft aan haar interventies valt de grootste gezondheidswinst te behalen.

De belangrijke vraag is nu op welke wijze de gemeente kan zorgen voor afstemming en hoe ze sturing kan geven aan integraal gezondheidsbeleid. Hier zijn de nodige inspanningen voor nodig. Welke personen en instanties betrek je eigenlijk bij het aanpakken van gezondheidsproblemen en hoe leg je de afspraken met elkaar vast?

6 *Met een blik op de toekomst: het smeden van nieuwe relaties*

We hebben vastgesteld dat er gezondheidswinst is te behalen door oog te hebben voor verschillende factoren die met gezondheid samenhangen. Gezondheidsverschillen tussen mensen hebben niet alleen te maken met persoonsgebonden kenmerken (opleiding, inkomen, beroepsniveau, leefstijl), maar ook en met de inrichting van de fysieke omgeving en de beïnvloeding vanuit de sociale context. We hebben in dit essay een lans gebroken voor de ontwikkeling van integrale gezondheidsprogramma's. Inzichten vanuit de 'positieve psychologie' en de gedragseconomie kunnen hierbij behulpzaam zijn.

De vraag is nu: hoe organiseer je integraal gezondheidsbeleid? Werken aan integrale gezondheidsbevordering doe je in ieder geval niet alleen. Door gezondheidsbevordering vanuit een breed perspectief te benaderen, wordt van veel verschillende partijen een actieve bijdrage verwacht. Gezondheidsbevordering is in deze optiek immers niet langer het exclusieve domein van de lokale overheid (gemeente, provincie).

Wie zijn de belangrijkste partijen? In ieder geval het onderwijs. Voorlichting op scholen, het aanbieden van gezonde alternatieven in plaats van de snacks in de kantine en/of het - in samenwerking met sportverenigingen - ontwikkelen van sportlessen zijn voorbeelden die

direct raken aan gezondheidsbevordering. Als het gaat om aandacht in de fysieke omgeving (sportpleinen) ligt een rol voor de woningbouwcorporatie voor de hand. Dit zijn op het oog allemaal 'natuurlijke' partners, waar de meeste overheden in meer of mindere mate al mee samenwerken.

Andere partners - die we in de praktijk minder vaak tegenkomen - zijn het bedrijfsleven en de zorgverzekeraars. Ook Storm et al. (2007) constateren dat dit type publiek-private samenwerkingsverbanden nog veel te weinig van de grond komt. Dit is vreemd aangezien zowel de werkgevers als zorgverzekeraars belang hebben bij de gezondheid van mensen. Waar liggen de kansen voor gezondheidswinst bij deze 'nieuwe' partners?

Gezondheidsbevordering op de werkplek

Als het gaat om de werkplek oppert de SER (Sociaal-Economische Raad) bijvoorbeeld voor meer samenwerking tussen de bedrijfsarts en de huisarts (SER, 2009). Contact tussen beide beroepsgroepen kan in deze gedachtegang onder meer zorgen voor een betere dienstverlening naar de cliënt en een snellere re-integratie in het geval van ziekte. Maar ook op het gebied van het loopbaanbeleid met aandacht voor de gezondheid van werknemers liggen kansen. Hierbij kunnen we bijvoorbeeld denken aan het vergroten van mogelijkheden om werk te combineren met zorgtaken. Uit de literatuur is immers bekend dat deze combinatie problematisch kan zijn als hier op het werk onvoldoende aandacht aan wordt geschonken. Ieder bedrijf kan dan ook concrete maatregelen nemen voor de gezondheidsbevordering, zoals het stimuleren van gezonde voeding

in de kantine, het organiseren van lunchwandelingen, een abonnement op een sportschool, een fietsenplan, het instellen van een rook- en alcoholbeleid, het ontwikkelen van anti-stressprogramma's, kinderopvang, regelingen voor aangepaste werktijden bij specifieke omstandigheden thuis, en/of werkfruit beschikbaar stellen voor de kleine trek. Dit alles in combinatie met het bevorderen van een gezonde werkomgeving.

Als samenwerkingspartner kan een gemeente het midden- en kleinbedrijf stimuleren om maatregelen te nemen rond gezondheidsbevordering. Dit kan concrete samenwerkingstrajecten opleveren rond bijvoorbeeld het creëren van bewegingsmogelijkheden op industrieterreinen, zoals sportfaciliteiten en zwemgelegenheden. Ook kunnen bedrijven mogelijk aanhaken bij themaweken en convenanten rond een gezonde levensstijl. Zowel een gemeente als het plaatselijke bedrijfsleven hebben uiteindelijk belang bij gezonde en inzetbare mensen.

Gezondheidsbevordering moet dan ook het uitgangspunt zijn binnen zowel het lokale gezondheids- als personeelsbeleid.

Samenloop van participatie- en gezondheidsbevordering: rol verzekeraars

Een integrale aanpak door het verbinden van het Wmo-, Wwb- en het lokale gezondheidsbeleid kan de participatie en de gezondheid van groepen burgers in een kwetsbare positie bevorderen. Gemeenten leggen die verbinding nog weinig, zowel in het beleid als in de praktijk. De kansen liggen bij de samenwerking met zorgverzekeraars. Ook bij deze partners lijkt het alsof een wereld van verschil hen scheidt, terwijl de opgave van integraal gezondheidsbeleid hen juist bindt (Broe-

kema & Nederland, 2010). Het vinden van een gemeenschappelijke taal is de eerste stap op weg naar vruchtbare allianties.

In een aantal lokale netwerken zien we dat de zorgverzekeraar als nieuwe partner positie krijgt, bijvoorbeeld in de gemeente Utrecht. Maar deze samenwerkingsinitiatieven zijn nog aftastend en voorzichtig. Menige gemeente kijkt met enige argwaan naar deze nieuwe samenwerkingspartner: 'het is toch een commercieel georiënteerde club'. En de zorgverzekeraar spreekt niet dezelfde taal als de gemeente.

Gemeenten denken in 'beleid en burgers', verzekeraars in 'premies en polissen'. We zien op het eerste gezicht twee gescheiden werelden: sociaal beleid versus rendement.

Gemeente en zorgverzekeraar hebben echter een bovengelegen gezamenlijk belang: het realiseren van een betere gezondheid voor zoveel mogelijk burgers (verzekerden) door een zo effectief mogelijke inzet van middelen. Het is de kunst elkaars belangen te respecteren en te verbinden om zo het gezamenlijk belang groter te maken. Kortom, het belang van alliantievorming neemt toe. Toch zien we in de praktijk maar weinig samenwerkingsrelaties tussen gemeente en zorgverzekeraar die elkaars complementariteit weten te verzilveren. Het lukt niet zomaar om de brug te slaan tussen de mooie vergezichten van het gezamenlijk belang en de essentiële vraagstukken van de dagelijkse praktijk. Een samenwerking komt dan of niet verder dan de goede intenties uit een convenant, of overstijgt niet het niveau van ad-hoc oplossingen. De toenemende complexiteit van het lokale gezondheidsbeleid vraagt echter om een meer gefundeerde en duurzame samenwerking.

Een leerzaam voorbeeld hoe een duurzaam fundament valt te leggen onder een alliantie tussen gemeente en zorgverzekeraar komt niet van ver. En wel van het gemeentelijk armoedebeleid. Hier hanteert men al jaren een krachtig instrument als brug tussen vergezicht en praktijk: de collectieve zorgverzekering voor de minima (de 'CZM'). Gemeente en verzekeraar werken via dit instrument samen om mensen in een financieel kwetsbare positie toegang te verlenen tot benodigde zorg. Het gaat dan niet alleen om een verzekerd pakket, maar steeds vaker ook om samenwerking op het gebied van schuldhulpverlening, re-integratie en preventie. Deze collectiviteit activeert de verzekeraar om te investeren (financieel én organisatorisch) in het gemeentelijke gezondheidsbeleid, en hij krijgt zo zijn gewenste 'premie en polis'. De CZM, de polis, is in feite de fysieke verschijningsvorm van de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar.

Deze CZM heeft, zoals de naam aangeeft, specifiek betrekking op burgers in een financieel kwetsbare positie (de minima). Lokaal gezondheidsbeleid kent uiteraard een ruimere werking: het gaat daarbij om participatie en preventie en daarmee wat betreft doelgroep over potentieel alle inwoners van de gemeente. Het instrument CZM is te 'verbreden' tot een gemeentepolis. Dat is een collectiviteit zoals de CZM, maar toegankelijk voor meer aandachtsgroepen van gemeentelijk beleid. Zoals bijvoorbeeld Wmo-geïndiceerden, ouderen en chronisch zieken. Of juist voor de inwoners van een specifieke (kracht)wijk. De gemeentepolis is kortom een CZM met werking op meerdere beleidsterreinen: armoede, participatie en preventie. De samenwerkingspartners kunnen de gemeentepolis 'laden' op een manier die past bij hun gezamenlijk belang, voortbouwend op ervaringen met de CZM. De

gekozen prioriteiten bieden tegelijkertijd de gemeenschappelijke taal om de verbinding tussen het Wmo-, Wwb- en het gezondheidsbeleid in de lokale praktijk met alle betrokken partijen te realiseren. En vooral om hierdoor concrete verbeteringen in de participatie en de gezondheid van burgers tot stand te brengen.

7 *Tot slot: verleiden leidt tot gezondheidswinst*

In dit essay hebben we uiteengezet hoe een nieuw, integraal perspectief uitkomst kan bieden voor de zwaardere opdracht van gemeenten in het gezondheidsbeleid. Een eerste vraag was hoe de werelden van de Wmo en het gezondheidsbeleid met elkaar te verenigen zijn. De Wmo is een wet waar verschillende doelen samenkomen, zoals het bevorderen van de zelfredzaamheid én het bevorderen van de maatschappelijke participatie. De Wmo is ook in het leven geroepen om dure zorg te voorkomen. Daarom komen juist in de Wmo allerlei verbindingen met het gezondheidsbeleid bijeen en zijn bovendien andere terreinen denkbaar zoals sport, ruimtelijke ordening, het onderwijs.

Een volgende vraag was hoe gemeenten dit kunnen gaan uitwerken. Gezondheidswinst is allereerst te behalen door oog te hebben voor verschillende factoren die met gezondheid samenhangen. Het is dan een voorwaarde dat een gemeente aandacht houdt voor de persoonsgebonden factoren (opleiding, inkomen, beroepsniveau, leefstijl) die samenhangen met gezondheidsverschillen. Tegelijkertijd behoort er oog te zijn voor de relatie tussen de fysieke en de sociale omgeving van gezondheid.

Wat betreft de concrete aanpak hebben we een lans gebroken voor de ontwikkeling van integrale gezond-

heidsprogramma's vanuit de 'positieve psychologie' en de gedragseconomie. Het gaat bij het opzetten van integrale gezondheidsprogramma's om het 'verleiden' van burgers om gezond gedrag te gaan vertonen. Niet de negatieve aspecten staan voorop bij een aanpak, zoals de risico's die samenhangen met overgewicht of het overmatig alcoholgebruik, maar juist de positieve effecten van bewegen, gezonde voeding en weinig alcohol. Het is vanuit een beperkend rationeel perspectief - bijvoorbeeld dat het verstandig is om te stoppen met roken en meer te gaan bewegen - niet mogelijk om mensen te motiveren om gezond te leven en goed voor zichzelf (en hun directe naasten) te zorgen.

Het organiseren van integraal gezondheidsbeleid kan uiteraard niet alleen door een gemeente gebeuren. Een gemeente kan wel veel verschillende partijen betrekken om een actieve bijdrage te leveren. Het gaat onder meer om de al bekende instellingen als GG&GD'en, welzijns- en sportorganisaties, woningbouwcoöperaties en eerstelijnsorganisaties. Maar nieuwe wegen liggen open voor publiek-private samenwerking tussen gemeenten en hebedrijfsleven en de zorgverzekeraars.

Het perspectief voor vernieuwing bestaat samengevat uit het breed (beleidsinterdisciplinair) benaderen van lokaal gezondheidbeleid. En uit een aanpak waarin de kracht en eigenheid van veel verschillende betrokkenen samenkomen in het motiveren en ondersteunen van gezond gedrag door burgers. Verleiden tot gezondheid leidt tot winst: in gezondheid, en in onvermoede bondgenootschappen.

Literatuur

Baal, P. van, Heijink, R., Hoogenveen, R. & Polder, J. (2006). *Zorgkosten van ongezond gedrag*. Bilthoven: RIVM.

Broekema, M., & Nederland, T. (2011). *Gezondheids-winst verbindt gemeente en zorgverzekeraar: Effectieve participatiebevordering*. WMO Magazine, 3(1), 20-23.

Dresen, Y., Lonkhuijzen, A. van & Kornalijslijper, N. (2009). *Inhoud en kwaliteit nota's lokaal gezondheids-beleid*. Den Haag: SGB0.

Geers, R., Kornalijslijper, N., Gercama, R. & Van Dijk, M. (2010). *Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg*. Den Haag: SGB0.

Gezondheidsraad (2010). *Beweegredenen. De invloed van de bebouwde omgeving op ons beweeggedrag*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Hamer, R. & Brinkman, N. (2007). *Lokaal gezondheids-beleid en Wmo in samenhang*. Den Haag: VNG.

Hoeymans, N., Melse, J.M., & Schoemaker, C.G. (2010). *Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Jehoel-Gijsbers, G. (2010). *Beperkt aan het werk*. Den Haag: SCP.

- Lucht, F. van der & Polder, J.J. (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Penris, M., & Broeder, L. den (2004). *Gezondheids-effectschatting. Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*. Bilthoven: RIVM.
- SCP (1998). *Sociaal en Cultureel Rapport*. Den Haag: SCP.
- Seligman, M. en Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction, *American Psychologist*, 55, 5-14.
- SER (2009). *Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties*. Den Haag: SER.
- Storm, I., Soest, F. van & Broeder, L den. (2007). *Integraal gezondheidsbeleid: theorie en toepassing*. Bilthoven: RIVM.
- VWS (2006). *Preventienota Kiezen voor gezond leven*. Den Haag: Tweede Kamer.
- VWS (2008). *Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2009). *Aanvulling op beleidsplan SEGV van 22 december 2008*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Colofon

Dit betreft een publicatie die uitkomt binnen het VWS-programma "Beter in Meedoen". Dit meerjarig programma is gericht op de vernieuwing en kwaliteitsverbetering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Meer informatie over dit programma kunt u vinden op de website: www.invoeringwmo.nl

Opdrachtgever/financier Ministerie van VWS, programma
"Beter in Meedoen"

Auteurs	Drs. T. Nederland Drs. F.P.S. Dekker
Redactie	Prof. dr. J.C.J. Boutellier Dr. M.M.J. Stavenuiter
Omslag	Grafitall, Eindhoven
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl Website www.verwey-jonker.nl

De publicatie

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl/wmoinnovatiebank>

ISBN 978-90-5830-449-0

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2010. Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.



Essay

Dit essay biedt een nieuw, integraal perspectief op lokaal gezondheidsbeleid. De auteurs betogen dat integrale gezondheidsprogramma's zich dienen te richten op het 'verleiden' van burgers om gezond gedrag te gaan vertonen. Dit kan door het benadrukken van de positieve effecten daarvan.

Gemeentelijk beleid dat oog heeft voor verschillende factoren die met gezondheid samenhangen, kan bijdragen aan gezondheidswinst. En dat vereist het breed verbinden van meerdere beleidsterreinen en partijen. Daarbij liggen er nieuwe wegen open voor publiek-private samenwerking. Verleiden tot gezondheid leidt tot winst: in gezondheid, en in onvermoede bondgenootschappen.

www.verwey-jonker.nl/wmoinnovatiebank

