

bestaan van de Notazoo aangrijpen om vooral het goede gedachtegoed dat er in is opgenomen verder handen en voeten te geven.

LITERATUUR

1. World Health Organisation. Ottawa Charter of Health Promotion. Copenhagen: WHO, 1986.
2. Huber M, et al. How should we define health? BMJ 2011; doi: 10.1136/bmj 4163
3. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion Int 1996;11:11-18.
4. Lindström B, Eriksson M. The Hitchhiker's guide to Salutogenesis, Salutogenic pathways to health promotion. Folkhalsan Research Centre, 2010.
5. Koelen MA. Health and Society: New kid on the block. Inaugural lecture. Wageningen: Wageningen University, 2011.
6. Lezwijn J, Vaandrager L, Naaldenberg J, Wagemakers A, Koelen M, Van Woerkum, C. Healthy ageing in a salutogenic way: building the HP 2.0 framework. Health & Social Care in the Community 2011;19: 43-51.
7. Naaldenberg J, Vaandrager L, Koelen M, Leeuwis C. Aging Populations' Everyday Life Perspectives on Healthy Aging: New Insights for Policy and Strategies at the Local Level. J Appl Gerontology 2011, doi: 10.1177/0733464810397703.
8. Vaandrager L, Wagemakers A, Saan H. Evidence in gezondheidsbevordering. Tijdschr Gezondheidswet 2010;88:271-7.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr.ir. Lenneke Vaandrager, Leerstoelgroep Gezondheid en Maatschappij, Postbus 8130, 6700 EW Wageningen, e-mail: lenneke.vaandrager@wur.nl

De Notie 2025 - duurzame (volks)gezondheid, de publieke gezondheidszorg voorbij

Erik Lieber¹

Een opmerkelijk initiatief van NPHF en TSG, deze viering van het 25-jarig bestaan van de Nota 2000. Ademt veel weemoed uit, verlangen naar de goeie ouwe tijd met gezaghebbende public health officers en instituties; 'toen was public health nog heel gewoon'. Begrijpelijk, want aandacht voor (volks)gezondheid zit de laatste jaren sterk in de lift. En het veld van de publieke gezondheidszorg ook, maar dan omlaag. Jammer dat er inmiddels te veel is veranderd om deze historische nota nog als ijkpunt te kunnen gebruiken. Uitdagingen te over immers, voor de volksgezondheid en voor de publieke gezondheidszorg. Een Nota 2000 2.0 zal daar niet bij helpen. Een Notie 2025 misschien?

De Nota 2000 is een icoon van haar tijd. Inspirerend met een rijk en écht vernieuwend gedachtegoed, en met aandacht voor 'kommunikatie' en 'konkrete aktie'. Ze stond dankzij 'het model van Lalonde' aan de basis van het huidige gezondheidsbeleid en de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Anno 2011 is echter ook veel van het concept achterhaald. Bijvoorbeeld het geloof in een dergelijke allesomvattende nota, in een determinantenmodel op samenlevingsniveau, of in de rationele basis en de landelijke uitrolbaarheid van complex beleid. Inmiddels weten we ook van de weerstanden die zulke gezondheidssectoroverstijgende ambities oproepen.

Sinds 1986 zijn echter niet alleen 'de Grote Mannen en de Grote Plannen' verleden tijd. Sociale structuren zijn minder overzichtelijk en stabiel in onze multiculturele 'global village' of 'casino society'. Het concept van de verzorgingsstaat ligt achter de

rododendrons. En nu veiligheid en comfort tot norm zijn verheven, wordt ongemak niet meer verdragen en neemt de *risicoregelreflex* ons, als we niet oppassen, het leven uit handen. Meldpunten genoeg. Toch voelen grote groepen burgers zich niet meer gehoord en gerepresenteerd, en dreigen af te haken, terwijl de politiek op zoek is naar haar visies op de samenleving. De neoliberale wind heeft ook geen klimaat gecreëerd voor een Nota 2000 2.0. Vroegere publieke monopolies worden nu gedeeld door verschillende publieke en private partijen. Met de burger als consument. Maar, citaat WRR, 'wie de Nederlander weer burgers wil laten worden moet ze niet als klanten behandelen'. Terwijl je die burgers wel hard nodig hebt als je potten wilt gaan breken op het terrein van de volksgezondheid. Zeker als je iets wilt doen aan de grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ook kun je het afremmen van de volumegroei in de zorg wel op je buik schrijven met burgers als consument van ondernemende zorgaanbieders; gezondheid is vette handel. De indrukwekkende medische mogelijkheden voeden de gezondheidsutopie, de overtuiging dat we straks van leven niet meer dood hoeven te gaan. Het maakt de burger onzekerder en afhankelijker van het zorgsysteem. Zijn beleving en natuurlijke genezingskracht schieten er daar vaak bij in. Aandacht zit niet meer in het pakket, alleen tot DBC's en zorgproducten geformateerd handelen. Intussen echter vormen leefstijlgerelateerde aandoeningen de belangrijkste doodsoorzaak. Helaas stellen neurobiologen dat we helemaal geen vrije wil hebben, maar gelukkig hebben genetici preconceptuele screenings en ziekterisicocalculaties achter de hand. En passant hoort bijna elke Nederlander wel bij een of meer risicogroepen; binnenkort loop je pas echt risico als je nog niet tot een risicogroep wordt gerekend.

¹ arts, consultant organisatieontwikkeling (van 1982 tot 2009 GGD-directeur)

Geen Nota 2000 2.0 dus om de volksgezondheid op weg naar 2025 te verbeteren. In plaats daarvan wil ik inzetten op het aanjagen van het bewustzijn, de *notie* van een viertal wezenlijke waarden. Waarden als uitgangspunt voor ons denken, doen en – vooral – laten richting een meer duurzame zorg voor de (volks)gezondheid. Het gaat om 'vitaliteit' (niet gezondheid), 'zorg voor de gezondheid' (niet gezondheidszorg), 'gezondheid terug naar de burger' (niet volgzzaam consumptisme) en een 'sociaalecologische benadering' (naast de biomedische). Deze waarden heb ik voor de *Notie 2025* omgezet in zes doelen. Realisatie zal in alle gevallen een gericht proces vergen van in ieder geval politici en professionals. En een lange adem.

- 1 Het toepassen van een nieuw gezondheidsbegrip dat meer aandacht schenkt aan de eigen manieren van omgaan met ziekte en gezondheid, en (chronisch) zieken en gehandicapten minder uitsluit dan de huidige WHO-definitie uit 1948 ('*complete physical, mental and social wellbeing*'). Een goede voorzet doet het *British Medical Journal* (July 2011): "*the ability to adapt and self manage in the face of social, physical and emotional challenges*".
- 2 Het ontmantelen van de gezondheidsutopie om onredelijke verwachtingen en ongezonde zorgconsumptie af te remmen en meer ruimte te bieden aan de natuurlijke genezingskracht. *Incentives* voor de eigen verantwoordelijkheid van de burger en de bescheidenheid van de professional zullen daarbij dienstig zijn.
- 3 Een heroriëntatie op het belang voor de samenleving van de zorg voor de (volks)gezondheid, vooral de maatschappelijke baten ervan en de relatie met grote maatschappelijke thema's. Een nationale kerngroep *gezond.nl* van gezaghebbende vertegenwoordigers uit de samenleving zou als katalyserend platform kunnen dienen.
- 4 Het intersectoraal faciliteren van (volks)gezondheid omdat deze samenhangt met individuele en omgevingsfactoren, en voor een duurzaam effect synergie nodig is tussen de verschillende actoren. Niet alleen tussen *cure*, *care* en publieke gezondheidszorg, maar ook met bijvoorbeeld werkgever, onderwijs en buurt. *Health-impact-incentives* voor een '*gezonde gemeenschap*' zouden goede diensten kunnen bewijzen, het omvormen van VWS naar een Ministerie van Gezondheid mogelijk ook.
- 5 Het stimuleren van ruimte voor een sociaalecologisch naast een biomedisch concept voor (volks)gezondheid. Gezien de aard van veel gezondheidsproblemen schiet een biomedisch concept dat primair op herstel van individuele schade is gericht, tekort. Een sociaalecologische benadering kan beter inspelen op de voor de (volks)gezondheid belangrijke maatschappelijke factoren, de sociale en fysieke context.
- 6 Het stimuleren van focus op de wisselwerking van de fysieke en sociale omgeving met de (volks)gezondheid. Leefstijlgerelateerde aandoeningen vormen de belangrijkste doodsoorzaak in ons land, en de effectiviteit van leefstijlaanpassingen blijkt vaak sterk afhankelijk te zijn van de fysieke en sociale omgeving. Vandaar.

Duurzame volksgezondheid is vooral een zaak van de samenleving. Dus valt er – zeker in een global village – niet erg veel te

sturen en gaat het vooral om waarden en beweging. Wat meer te sturen – en met concretere doelen – is er op het veld van de publieke gezondheidszorg, 'de professionals' in gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering'. Twee decennia gesteggel over vorm, financiering en rolverdelingen heeft het uitvoerende veld echter geen goed gedaan. Het heeft een zwakke en diffuse identiteit, is naar binnen gericht en verdeeld, kent een sterk wisselende prioriteitenstelling en ziet het kader van *public health officers* verschrompelen. Intussen zijn klassieke GGD-pijlers als infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg politiek ingelijfd bij 'veiligheid' respectievelijk 'jeugd'. Het vet is van de soep. Om kwaliteit, omgevingsgerichtheid en slagkracht van het veld van de publieke gezondheidszorg te vergroten en in de toekomst een toegevoegde waarde te kunnen hebben voor de (volks)gezondheid, is een kanteling in denken en doen noodzakelijk. Dus voeg ik twee doelen toe.

- 7 Het differentiëren en echelonneren in de sturing en financiering van de kernfuncties in de uitvoerende publieke gezondheidszorg, dit al dan niet binnen een organisatorische huls zoals een GGD. Beleid en veldregie: lokale aansturing en publieke financiering. Medische zorg (gezondheidsbescherming, ziektepreventie en vroegtijdige opsporing): bovenlokaal aangestuurd en publiek-privaat gefinancierd. Maatschappelijke zorg (gezondheidsbevordering, WMO, zorgtoegeleiding): lokaal en publiek. En tenslotte de individugerichte ziektepreventie: privaat.
- 8 Het versterken van wetenschappelijk onderzoek, met name naar de toepassing van sociaalecologische concepten en naar leefstijlwijzigingen, op nationaal niveau en gezamenlijk met het bedrijfsleven. Als faciliterend platform zou een website *gezond.nl* kunnen dienen, waar burgers en professionals elkaar treffen.

Zes plus twee doelen voor de toekomst van de zorg voor de (volks)gezondheid in ons land. Niet bezien vanuit de Nota 2000, wel vanuit een notie anno 2011 over de belangrijkste uitdagingen. Die notie is echter wel gevoed door de nota uit 1986. De Nota 2000 heeft sinds haar verschijnen immers een belangrijke invloed gehad. De aandacht voor (volks)gezondheid is er geheid door vergroot. De paradox zou echter wel eens kunnen zijn, dat zij negatief heeft uitgepakt voor het uitvoerende veld van de publieke gezondheidszorg. Bijvoorbeeld omdat dat veld de verwachtingen niet kon waarmaken. En omdat ook andere actoren er werk van gingen maken.

Duurzame volksgezondheid, de publieke gezondheidszorg voorbij? De vraag is of dat richting 2025 de toekomst is. En waarom dat erg zou zijn.

LITERATUUR

Ten behoeve van het schrijven van dit artikel heb ik gebruik gemaakt van stukken van de G-lezingen van Hans Achterhuis (2004) en David Hunter (2007), het RIVM, de RMO, de RVZ, het SCP, het ministerie van VWS, de WRR en ZonMw.

CORRESPONDENTIEADRES

Erik Lieber, e-mail: erik@eriklieber.nl