



Tijdig en doordacht

Over preventie bij maatschappelijke opgaven en de rol van gemeenten



Voorwoord

Gezinnen in schulden, jongeren tussen wal en schip, ouderen die eenzaam zijn, kinderen met obesitas: gemeenten staan voor een veelheid aan maatschappelijke opgaven. Een preventieve aanpak kan helpen, is de gedachte. Gemeenten noemen preventie dan ook vaak als doelstelling in akkoorden of beleidsstukken.

Maar hoe komen we voorbij de mooie woorden? Kunnen maatschappelijke (minder uitgaven) en individuele baten (minder problemlast) inderdaad samengaan? Wat komt er allemaal eigenlijk allemaal bij preventie kijken? Kunnen data helpen? Of bepaalde manieren van inkoop en verantwoording? En hoever mag je als overheid gaan?

De VNG vindt het belangrijk, mede in het kader van het schrijven van haar meerjarenvisie, deze zoektocht samen met haar leden aan te gaan. Om goede voorbeelden met elkaar te delen. Om preventie niet klakkeloos toe te passen, maar bewust en verantwoord. Om inzicht te krijgen in zowel werkzame elementen als perverse effecten. Om, uiteindelijk, met elkaar inwoners te helpen bij de problemen die ze in het dagelijks leven tegenkomen.

In dit essay, geschreven door Rienk Janssens, komen bovenstaande vragen aan de orde. Bij het opstellen ervan is op diverse momenten gebruik gemaakt van kennis van en gesprekken met mensen in gemeenten en daarbuiten. De aan het eind beschreven richting ten aanzien van preventie weer spiegelt deze discussies.

Tegelijk is het essay niet 'af' of niet voor discussie vatbaar. Integendeel, we hopen dat het vooral bijdraagt aan het juiste gesprek om als gemeente preventie in het sociaal domein te operationaliseren.

Ali Rabarison

Directeur Beleid Inclusieve samenleving - VNG

Preventie ja! Maar hoe dan? Denk en discussieer mee

Gemeenten zijn overal bezig om preventie handen en voeten te geven. De VNG helpt hen door op regionale leerkringen met elkaar de diepte in te gaan. Per bijeenkomst staat een wisselend maatschappelijk vraagstuk centraal (schulden, gezondheidsverschillen, eenzaamheid etc.) en werken we samen met andere partners. In elke leerkring komt de vraag aan de orde wat een preventieve aanpak van het desbetreffende vraagstuk betekent voor bijvoorbeeld datagebruik, inkoop en financiering, samenwerkingsrelaties en vraagstukken rondom privacy en 'betutteling'. Deelnemers hebben na afloop:

- inzicht in hoe preventie kan helpen bij concrete maatschappelijke opgaven
- zicht op de politieke, maatschappelijke en bestuurlijke afwegingen bij preventie
- kennis van goede voorbeelden én mogelijke perverse effecten
- instrumenten om met preventie aan de slag te gaan

Naast deze leerkringen zijn er al allerlei gemeentelijke (kennis)netwerken, fora, tafels en discussieplatforms waar preventie een thema is. Bij vele hiervan is de VNG actief betrokken. Geeft dit essay aanleiding om ons nauwer te betrekken, dan staan we daar graag voor open.

Omdat preventie voor gemeenten de komende tijd een belangrijke invalshoek is voor allerlei beleidskeuzes, zal het thema ook aandacht krijgen in de ontwikkeling van de meerjarenvisie.

Meer informatie of vragen? Kijk op de VNG site of neem contact op met Rienk Janssens: rienk.janssens@VNG.nl.

Inhoudsopgave

Waarom preventie?	6
Sinds wanneer preventie?	8
De motivatie voor preventie	9
De overheidsvisie achter preventie	11
De inhoud van preventie	13
Het gezicht van preventie	14
De prijs van preventie	16
Preventie in verzorgingsstaat en participatiesamenleving	18
Preventie tussen medisch en sociaal	21
De gemeentelijke organisatie van preventie: een voorbeeld	23
De spanning rondom preventie	25
De richting van preventie voor gemeenten	26
Geciteerde bronnen	29

Waarom preventie?

Preventie is in. En dat is begrijpelijk. Voorkomen is beter dan genezen. En als je ergens tijdig bij bent, kun je erger voorkomen. Binnen het zogeheten sociaal domein wordt daarom veel van preventie verwacht. "Het verleggen van de focus richting preventie is een start van de transformatie in het sociaal domein", schrijft de gemeente Voorschoten in haar Plan van aanpak Preventie 2016. En de gemeenteraad van Delfzijl ging in november 2017 akkoord met "structureel een extra bedrag beschikbaar te stellen ten behoeve van de intensivering van de voorkant c.q. toegang tot passende hulpverlening Sociaal Domein".

Tegelijk is het lastig om preventie in de praktijk vorm te geven, alle goede bedoelingen ten spijt. Gemeenten en professionals lopen aan tegen 'verkoerde' financiering, tegen ingesleten, regelgestuurde patronen van (landelijke) instanties en tegen het overlopen van de eigen, reguliere werkzaamheden. Misschien is de belangrijkste belemmering om preventie echt van de grond te krijgen wel dat het een zo andere manier van denken, werkwijze, financiering en verantwoording vergt. En wat anders is, wat niet volgens de gebaande wegen gaat, vereist lef en doorzettingsvermogen, wat in de hectiek van de dagelijkse werkelijkheid niet vanzelfsprekend is.

Daar komt bij dat aan preventie de nodige (vaak begrijpelijke en terechte) bedenkingen kleven, zoals de angst voor betutteling, extra kosten, privacy-schending of een uitdijende overheid. Het sociaal domein kan hierin mogelijk leren van het domein van de publieke gezondheid, waar in de loop van de tijd veel ervaring is opgedaan, aanvankelijk met systeemaanpassingen voor iedereen (volkshygiëne, inenting etc.), en later ook met meer gerichte pogingen (en de beperkingen daarvan) tot individuele gedragsverandering.

In dit essay staat de vraag centraal wat preventie voor gemeenten kan betekenen als het gaat om zorg en ondersteuning in de volle breedte van Wmo, jeugd, werk, inkomen en volksgezondheid. Waaruit bestaat die 'voorkant' waar Delfzijl over spreekt en hoe kun je die als gemeente effectief en verantwoord inrichten? Om die vraag te beantwoorden staan we stil bij een aantal vragen, zoals naar de herkomst van preventie, de veranderende verhouding tussen overheid en samenleving als gevolg of als oorzaak van het preventie-denken, de organisatie van preventie, de prijs van preventie, de wijze waarop preventie in verzorgingsstaat en participatiesamenleving vorm krijgt, de waarde van preventie, maar ook de valkuilen en dilemma's rond preventie.

De intentie is om gemeenten (en deels ook het rijk) te inspireren om preventie in het sociaal domein te operationaliseren, in het volle besef van de perverse effecten die met preventie gepaard kunnen gaan. Daarbij beschouwen we preventie niet zozeer als een doel op zichzelf, als wel als een middel of een benadering om maatschappelijke opgaven te realiseren.¹ Een sluitende definitie van preventie blijft bewust achterwege. Zoals uit het vervolg blijkt, zijn er talloze (uitings)vormen en definities van preventie. Doel van dit paper is eerder om binnen die veelheid een aantal leidende principes te formuleren die behulpzaam zijn voor de concrete maatschappelijke vraagstukken waarbij preventie een rol kan spelen.

1 Dit perspectief hanteert ook de Volksgezondheid Toekomst Verkenning VTV 2014 van het RIVM. Vergelijk http://eengezondnederland.nl/Toekomst_scenario_s

Sinds wanneer preventie?

Maar eerst iets anders: waar komt het denken in termen van preventie eigenlijk vandaan?² Preventie is immers, zoals vermeld, geen nieuw verschijnsel. In de zeventiende eeuw probeerden Amsterdamse bestuurders al criminelen via het Spinhuis (vrouwen) en het Rasphuis (mannen) straffend op te voeden tot beter gedrag. En in de negentiende eeuw brak het inzicht door om via hygiënische maatregelen (denk aan het rioleringsstelsel) besmettelijke volksziekten aan te pakken. Wel kunnen we stellen dat sindsdien en dan vooral de laatste decennia de reikwijdte van het preventiebeleid - in elk geval in zijn intentie - fors is toegenomen.

In grove lijnen werden tot en met de negentiende eeuw maatschappelijke problemen vooral gezien als een zaak van individuele verantwoordelijkheid: iedereen werd geacht primair zelf de last te dragen van wat hem of haar in het leven overkwam, voor het overige was je afhankelijk van de charitas. In de twintigste eeuw groeide de overtuiging dat individuele mensen over een aantal in het leven te lopen risico's weinig controle hebben. De verzorgingsstaat deed zijn intrede met als doel mensen een aantal voorzieningen te verschaffen als zij getroffen werden door het noodlot. De instrumenten waren vooral voorzieningen die de overheid achteraf, dus nadat iemand in een situatie van bijvoorbeeld geen werk of ziekte was terecht gekomen, verstrekte: letterlijk een compensatie voor opgedaan leed.³

De laatste decennia is in deze sturingsmethode van de overheid een zichtbare verandering gekomen. In plaats van aangeboden compensatie en verzekering (die nog steeds bestaan) heeft de gedachte opgeld gedaan om via vroegtijdige interventies zoveel mogelijk schade voor individu en samenleving te voorkomen. Geen loutere compensatie via gebruik van voorzieningen achteraf, maar sturing vooraf om het gebruik van voorzieningen in te perken.

2 Een belangrijk deel van de analyse in dit essay is gebaseerd op het boek van Rik Peeters, *Het verlangen naar voorkomen. Hoe het preventieparadigma de overheid verandert* (Amsterdam 2015). Ook heeft op 18 januari een skypegesprek plaatsgevonden met de auteur die momenteel verbonden is aan de universiteit van Mexico-city.

3 De verzorgingsstaat kende natuurlijk ook basisvoorzieningen vooraf, zoals onderwijs voor iedereen en sinds 1968 met de AOW een 'verzorgde oude dag'.

De motivatie voor preventie

Hoe is deze omslag te verklaren? Wie door zijn oogwaren de overheidsinformatie over preventie in het sociaal domein bekijkt (beleidsdocumenten, coalitieakkoorden, websites, interviews met bestuurders etc.), ziet grosso modo twee beweegredenen om tot (meer) preventie over te gaan. De eerste is dat het efficiënter en goedkoper zou zijn en daarmee goed voor de samenleving als geheel. Er moet nu eenmaal een verdeling plaatsvinden van schaarse publieke middelen. Preventie zou zich maatschappelijk uitbetalen omdat gezonde, participerende burgers goed zijn voor een welvarende economie. De tweede reden is dat preventie in de ogen van bestuurders en beleidsmakers helpt om vanuit oogpunt van inclusie individuen meer en beter aan de samenleving te laten deelnemen. Jeugdpreventie, aldus de gemeente Kampen, draagt bij om jongeren gelukkig te laten opgroeien en te voorkomen dat ze een beroep doen op zware jeugdhulp of om dit beroep te verminderen dan wel te beheersen.⁴

Achter deze beweegredenen zit nog een derde, meer impliciete beweegreden. Deze houdt verband met het feit dat de maatschappelijke norm rondom inclusie en ervaren problemen is veranderd, waardoor we het omwille van efficiëntie en participatie maar moeilijk kunnen accepteren dat sommige mensen (nog) niet aan die positieve norm voldoen. Het kan toch niet zo zijn dat in een welvend land als Nederland de gezondheidsverschillen nog zo groot zijn, dat veel mensen laaggeletterd of eenzaam zijn, dat ze hun leven door schulden niet op orde hebben, dat jongeren al vóór hun startkwalificatie de school verlaten, dat mensen hun spaarzame geld aan drank, drugs of roken uit te geven, of dat ouders ten koste van hun kinderen rollebollend hun echtscheiding uitvechten. De WRR omschreef dit begin deze eeuw als de 'last van het gedrag' (WRR 2003). Als mensen schulden hebben of ongezond leven, hebben we daar 'last' van. Ze doen een beroep op voorzieningen (wat geld kost), maar daarnaast is hun leven niet hoe het volgens bepaalde normen zou moeten zijn, of in elk geval zou het veel beter kunnen. Preventie is dan ook mede een uitdrukkingvorm van de ambitie om maatschappelijke en politieke doelstellingen te realiseren en risico's te willen beheersen. Dit kan - en het is goed dit te beseffen - als (pervers?) effect een uniformerende

4 Gesprek op 16 januari 2018 met Frank Lichtendahl, beleidsmedewerker Kampen, alsook de beleidsnotitie 'preventie en vroegsignalering'.

werking hebben: iedereen moet zich volgens dezelfde normen gaan gedragen.

Deze 'last van gedrag' als motivatie voor preventie wordt zichtbaar als we kijken naar het voorwerp waarop preventie zich richt. Was dat in de twintigste eeuw vooral iets wat buiten mensen zelf lag, externe ziektebronnen waarop je geen invloed kunt uitoefenen (vandaar inenting), overstromingen die buiten de invloedssfeer van mensen lagen (vandaar deltawerken), werkloosheid als gevolg van economische malaise of arbeidsongeschiktheid door een ongeluk of een jou overkomen ziekte (vandaar WW en WAO), de afgelopen decennia is dat uitgebreid naar en toegespitst op ziekten en problemen waarbij het menselijk gedrag een belangrijke rol speelt: welvaartsziekten als hart- en vaatziekten, obesitas, diabetes en longkanker en problemen als schulden, schooluitval en vechtscheidingen. Door er vroeg bij te zijn hopen bestuurders en beleidsmaker het gedrag van mensen dusdanig bij te sturen dat ziektes en problemen niet optreden of in elk geval beheersbaar blijven.

De overheidsvisie achter preventie

Dit preventief optreden brengt - en ook dit is fundamenteel - een verandering van overheidsoptreden en een wijziging in de organisatie van het publieke domein met zich mee. In de klassieke verzorgingsstaat hadden en hebben burgers recht op bepaalde voorzieningen als het in het leven (even) niet mee zit: een recht op een uitkering, op behandeling, op begeleiding naar werk etc. De legitimatie van het overheidsoptreden is hoofdzakelijk gelegen in dit wettelijk afgebakende recht. Parallel daaraan beschermde hetzelfde recht burgers tegen een te grote mate van overheidsoptreden, iets wat vooral zichtbaar is in het domein van wetsovertredingen, veiligheid en strafrecht. Stelregel is bijvoorbeeld dat de overheid pas ingrijpt als er daadwerkelijk een overtreding heeft plaatsgevonden. Geen interventie bij vermoedens vooraf maar alleen bij zichtbare overtredingen achteraf.

Zowel in het rechtsstatelijk domein van veiligheid en wetsovertredingen als in het verzorgingsstatelijk domein van zorg, schooluitval en werk en inkomen kan een preventieve overheid met dit klassiek juridisch instrumentarium onvoldoende uit de voeten. Zij wil immers delicten en huiselijk geweld alsook schulden, werkloosheid of een beroep op zware jeugdhulp vóór zijn. Met een beweging naar meer preventie verschuift dan ook de legitimatiebron voor het overheidsoptreden. Preventie geeft de overheid in het domein van veiligheid een titel tot preventief fouilleren, tot cameratoezicht, gebiedsverboden en het gebruik van risicoverwijsindexen. In het sociale domein verschaft het de overheid een aangrijpingspunt om ongezond gedrag tegen te gaan, 'bankhangers' via de startkwalificatie naar school of werk te bewegen, vechtscheidingen te ontmoedigen en schulden vroegtijdig aan te pakken. Niet zozeer het recht is het uitgangspunt om als overheid voorzieningen aan te bieden, maar het politieke en maatschappelijke streven mensen zo probleemloos mogelijk aan de samenleving te laten deelnemen (waarbij mogelijk het besef meespeelt dat de overheid door haar bureaucratische organisatie van voorzieningen mede debet is aan de ervaren problemen).

Aan de ene kant is dit overheidsoptreden vooral een blijk van vertrouwen. Kennelijk is het beeld van de overheid in Nederland zo positief dat we dergelijke, zich uitbreidende taken en bevoegdheden onze overheden wel toevertrouwen. Inwoners zien de overheid niet als een 'heerser' tegen wie ze bescherming nodig hebben (wat historisch en wereldwijd gezien zeker niet vanzelfsprekend is), maar eerder als een soort 'herder' die zich over de

inwoners ontfermt en hen de weg wijst. Eerdere positieve resultaten op het terrein van volksgezondheid (zoals water-, bodem- en luchtverontreiniging maar ook zuigelingensterfte en aantal hartinfarcten) dragen daartoe bij (vergelijk NFU 2018). Aan de andere kant verandert met de toegenomen preventie in het sociaal domein de legaal-juridische basis van het overheidsoptreden. Was in het verzorgingsstatelijk denken de óverheid verantwoordelijk voor een goed aanbod van voorzieningen om aan de rechten van mensen tegemoet te komen, in het preventie-denken worden de inwoners geacht zich verantwoord te gedragen, en is het de taak van de overheid hen hiertoe aan te sporen, te verleiden en bij te staan. Niet alleen het beleid maar ook de burger zelf dient anders gezegd in zijn handelwijze 'efficiënt' te zijn. Voor politici en bestuurders biedt preventie bovendien de mogelijkheid zich te profileren. Gezag is voor hen niet meer vanzelfsprekend, maar moet verdiend worden. En preventie kan daarvoor bij uitstek geschikt zijn.

De inhoud van preventie

De inzet van preventie als gevolg van een veranderende verhouding tussen burgers en overheid wordt weerspiegeld in de inhoud van het overheidsbeleid. Met preventie verandert immers niet alleen de sturing van de overheid - geen voorzieningenaanbod waar inwoners bij problemen gebruik van kunnen maken, maar ingrijpen vooraf om problemen te voorkomen -, maar ook de inhoud en het doel van het overheidsbeleid.

Criminaliteitsbestrijding bijvoorbeeld is vanuit preventief oogpunt niet alleen een zaak van vergelding en rechtsherstel, maar vooral van resocialisatie en voorkoming van recidive. Participatiebeleid is minder gericht op inkomensondersteuning en meer op werk of scholing met zo nodig een tegenprestatie om mensen in het juiste spoor te laten komen. Zorg is naast (medische) behandeling vooral gericht op het omgaan met of het voorkomen van ziekten. Onderwijs is niet alleen het recht om kinderen volgens particuliere normen op te voeden en op de samenleving voor te bereiden, maar heeft vooral ook als doel jongeren burgerschap aan te leren, ze te behoeden voor radicalisering en ontsporing en maatschappelijke segregatie en uitval tegen te gaan. Sport heeft niet zo zeer waarde in zichzelf, maar draagt bij aan integratie, participatie en een vermindering van obesitas. En justitie is niet louter gericht op de bewaking van de rechtsstaat, maar ook op het streven naar veiligheid en stabiele intermenselijke relaties om conflicten te voorkomen. Dat daarbij de balans soms doorslaat naar de kant van de politiek-maatschappelijke doelstellingen ten koste van die van de rechtsinkadering valt op te maken uit de recente terugkeer van de naam 'Justitie & Veiligheid' voor het desbetreffende ministerie.

Met de decentralisaties van zorg en ondersteuning, werk en inkomen en jeugdhulp lijkt de weg naar preventie wat betreft inhoud en organisatie van het sociaal domein bovendien in een nieuwe fase terecht te zijn gekomen. Was preventie tot voor kort vooral een benadering binnen de afzonderlijke domeinen van zorg, onderwijs, jeugd en werk en inkomen, met de transformatie van het sociaal domein dreigt preventie zelf een domein aan het worden. Door verschillende sectorale invalshoeken aan elkaar te verbinden is het streven mensen vanuit oogpunt van participatie en welbevinden in een vroeg stadium effectief en efficiënt bij staan. En dat kan het beste via een clustering van voorheen gescheiden domeinen.

Het gezicht van preventie

Dit zegt iets over de organisatie van preventie. Om preventie in het sociaal domein organisatorisch vorm te geven is de afgelopen jaren een aantal leidende principes ontwikkeld, met als belangrijkste die van 'nabijheid', 'integraliteit' en 'tijdigheid'. Nabij door zorg en ondersteuning dichtbij mensen (vanuit gemeenten en professionals in de buurt) te organiseren, integraal door bijvoorbeeld te werken vanuit 'één gezin, één plan, één regisseur', en tijdig door zo vroeg mogelijk erbij te zijn, het liefst voordat het probleem zich openbaart.

Preventie krijgt hierdoor ten eerste een actief en levendig gezicht. Om kinderen gezond en veilig op te laten groeien ontstaan overall innovatieve projecten: het geven van levensstijllessen op school (THINK op school in Zwolle), gezamenlijke gespreksvoering over opvoeding vanuit verloskundepraktijken (CenteringPregnancy in Huizen), laagdrempelige koffieochtenden op een kinderboerderij (Kids & Koffie in Sliedrecht), bewustwording richting jongeren dat ze een belangrijke rol kunnen vervullen voor leeftijdgenoten die (tijdelijk extra) hulp nodig hebben (Social Brokers in Kerkrade), een door de gemeente georganiseerde jeugdsoos (De Marne in Noord-Groningen), stressaanpak in achterstandswijken (Frontlijn in Rotterdam, de Geweldige Wijk in Meppel) en zo zij zijn er talloze andere voorbeelden te noemen. Terugkerende elementen in deze projecten zijn: niet denken maar doen, zoeken naar zelfsprekende verbindingen in het leven van jongeren, durven experimenteren met onconventionele oplossingen en de tijd nemen; preventie is immers iets van lange adem en niet iets dat alleen bij grote problemen aan de orde is (VWS 2017).

Achter deze wereld van bruisende ideeën en activiteiten zit - en dat is een tweede gezicht van preventie - een behoefte aan kennis en informatie. Vooral tijdigheid impliceert immers inzicht in de levensloop van mensen; idealiter van iedereen, maar om effectiever te kunnen optreden in elk geval bij risicogroepen. Preventie in het sociale domein gaat daarom vrijwel altijd gepaard met data-analyses, vroegsignalering, categorisering, monitoring en toezicht. Dit maakt het immers mogelijk inzicht te krijgen in waar, wanneer en bij wie zich problemen gaan voordoen. In vakjargon heet dit selectieve preventie ter onderscheid van onder meer universele preventie bij maatregelen voor de gehele bevolking (vergelijk de 9-jaarsprik), geïndiceerde preventie (voor individuen zonder ziekte maar met een verhoogd risico) en zorggerelateerde

preventie voor individuen die al ziek zijn.⁵ Selectieve preventie beoogt risicogroepen via databanken, dossiervorming en (verwijs)indexen in beeld te hebben, om vervolgens als professionals integraal, dichtbij en tijdig te kunnen optreden.

Maar kennis is nooit vrijblijvend. Wie op de hoogte is, zal er ook naar moeten handelen. Een derde gezicht van preventie is dan ook een hoeveelheid aan door de overheid gelanceerde of gesubsidieerde programma's. Alleen al voor het thema gezondheid in relatie tot het sociaal domein is het aantal schier oneindig. Een kleine greep uit het aanbod: programma gezonde gemeente, preventie in het zorgstelsel, programma gezonde kinderopvang, schoolplein¹⁴, gezonde school, gezond in.., alles is gezondheid, grip op je dip, stoptober, preventie in de buurt, programma gezond werk, nationaal programma grieppreventie, de eerste duizend dagen van het kind, gezond opvoeden, de gezonde wijk, gezond opgroeien, podium voor preventie, aanpak gezondheidsverschillen, generatie goed eten, borstvoedingsvriendelijke gemeente, dementievriendelijke gemeente, preventie tienerzwangerschappen en het Nationaal Preventie Akkoord, "waarin ambities en doelstellingen worden vertaald naar concrete, gezamenlijke maatregelen waar alle betrokken partijen voor tekenen en elkaar op aanspreken" (website rijksoverheid). Eenzelfde soort lijst valt eenvoudig ook te maken voor vechtscheidingen, schulden of voortijdig schooluitval.

En daarmee komt ook de andere kant van integraliteit in beeld. Omdat bij preventie politieke en maatschappelijke doelstellingen (en profilering) meer dan wettelijk verankerde en afgebakende rechten leidend zijn, blijft het soms vechten om de voorrang als het gaat om het aangrijpingspunt voor beleid. Voor sommigen begint het leven en daarmee de preventie van problemen bij 'alles is gezondheid' (zoals het gelijknamige programma heet), voor anderen bij laaggeletterdheid of bij het schuldenvrij zijn - en voor weer anderen bij de liefde (alles is liefde ☺). Het startpunt van de bepleite 'integrale aanpak' is voor iedereen weer anders. Dit hoeft natuurlijk geen probleem te zijn, elk invalshoek heeft immers zijn waarde. Maar het illustreert wel dat integraliteit in de praktijk weerbarstiger is dan politici en beleidsmakers ogenschijnlijk doen voorkomen. Wat vanuit landelijke programma's vaak als integraliteit wordt verkocht, is eerder een nieuwe vorm van verkokering (RMO 2008).

5 Naast dit onderscheid in doelgroepen bestaat er onderscheid in het stadium van de interventie: *primaire preventie* is het voorkomen van ziekte bij gezonde mensen, *secundaire preventie* is het vroegtijdig opsporen van ziekten om tijdig te kunnen (be)handelen, en *tertiaire preventie* het voorkomen dat de ziekten zich verergeren.

De prijs van preventie

Interessant is daarom te kijken naar de prijs van preventie. Over het algemeen is de gedachte dat preventie 'loont', niet alleen in het behalen van maatschappelijke doelstellingen maar ook in het besparen van financiële kosten. En dat is niet vreemd. Als preventie via mantelzorgondersteuning een opname in het verpleeghuis kan voorkomen, dan bespaart dat publiek geld. En dat geldt ook als met opvoedondersteuning thuis of onderdak bij een pleeggezin plaatsing in een residentiële jeugdinstantie niet nodig is, als een diploma jongeren voor werkloosheid kan behoeden, en als schuldhelpmaatjes mensen kunnen helpen hun uitgaven op orde te hebben.⁶

Investeren in preventie is daarom een logische oplossing, het levert besparingen op ten aanzien van latere uitgaven en daarmee dus maatschappelijke en financiële opbrengsten. Er valt nog veel winst te behalen in de verhouding tussen care en cure, wat niet alleen een opgave van overheden maar zeker ook van verzekeraars is. Tegelijk is het niet eenvoudig de opbrengsten van preventie duidelijk en inzichtelijk in beeld te brengen. Onderzoekers die zich recent de vraag stelden of de daling of stijging in jeugdhulpgebruik bij gemeenten te verklaren valt uit de inzet van preventief jeugdbeleid, moesten het antwoord vooralsnog schuldig blijven. Niet alleen zou preventie zich pas over langere tijd kunnen uitbetalen, vooral was het ondoenlijk om uitspraken te doen over de causaliteitsrelatie. "Het is de vraag of je een effect kunt toeschrijven aan de interventie van gemeenten. Dat is een structurele belemmering" (Lorentz e.a., oktober 2017). Maatschappelijke kostenbatenanalyses proberen weliswaar de kosten en opbrengsten van preventie in beeld te krijgen, maar de onvoorspelbaarheid en diversiteit van factoren maken dat uitermate moeilijk. Het leven van mensen is nu eenmaal geen laboratorium waar causaliteit van interventies en effecten eenduidig voor handen zijn. En als er al zichtbare baten zijn, dan liggen die vaak eerder binnen een ander domein dan waar de kosten zijn gemaakt (vergelijk RMO 2006 en NFU 2018). Ook initiatieven als social impact bonds, waarbij sociaal ondernemers, maatschappelijke fondsen en overheden de inzet van preventie inzichtelijk en lonend willen maken, lopen hier tegen aan (wat nog niets zegt over het nut

6 De gedachte dat preventie vooral besparend is, was overigens voorheen minder sterk dan nu. In 1995 stelde het ministerie van volksgezondheid dat preventie van ziekten op den duur "de totale vraag naar zorgvoorzieningen doen toenemen. Echter, het is de verbetering van de gezondheid en welbevinden die de verdere uitbouw van preventie rechtvaardigt, en niet de eventuele besparingen" (VGB, 1995: 20, geciteerd in Peeters: 144).

van deze preventieactiviteiten zelf). Tegelijk is de roep groot om preventieactiviteiten vooral in te zetten bij bewezen effectiviteit. Zo kunnen gemeenten momenteel bij ZonMw in aanmerking komen voor een aanzienlijke preventiesubsidie onder de voorwaarde dat gebruik wordt gemaakt van "gevalideerde meetinstrumenten en erkende interventies" (website ZonMw).⁷

Behalve het probleem van de causaliteitsrelatie speelt mee dat voor preventie theoretisch gezien moeilijk criteria zijn vast te stellen voor wat betreft maatvoering. De inzet en toepassing ervan zijn in principe onbegrensd. Wie een probleem voor wil zijn, weet immers nooit of zijn investeringen te weinig, te veel of precies genoeg zijn geweest. Blijft het probleem uit, dan had minder preventie wellicht volstaan; treedt het op, dan was meer preventie te verdedigen geweest, al blijft het onzeker of het probleem dan was uitgebleven. Politiek gezien is het terugschroeven van preventie daarom vaak een lastige zaak. Het uitblijven van terroristische aanslagen of het voorkomen van destijds de millenniumbug zullen politici eerder op het conto van de toegepaste preventieve maatregelen zetten dan achteraf erkennen dat ze niet nodig waren geweest. Mede door deze onduidelijke bewijslast krijgt preventie al snel een uitdijend karakter.

Illustratief is misschien dat er inmiddels al een preventiemarkt is ontstaan. Zo biedt het Preventie Collectief in Rotterdam zijn diensten aan zorg- en welzijnsinstellingen aan om "met preventie als leidraad het dienstenaanbod te vernieuwen en zich richting financiers te presenteren" en om wijkteams te helpen "zich een effectieve integrale preventie aanpak eigen te maken" (website preventie-collectief).

⁷ Inmiddels is hier wel een kentering zichtbaar. Ook binnen het domein van de publieke gezondheid is een tegenbeweging zichtbaar dat je evidence based programma's niet zomaar elders kunt uitrollen. De context is immers altijd verschillend.

Preventie in verzorgingsstaat en participatiesamenleving

Het potentieel uitdijend karakter van preventie laat zich het beste illustreren aan de hand van de wijze waarop de verzorgingsstaat is opgebouwd en groot geworden. Alle mooie successen van de verzorgingsstaat ten spijt, blijft het voor velen moeilijk te verkroppen dat jaren- of decennialange uitgaven niet hebben weten te voorkomen dat een deel van de mensen nog steeds tussen wal en schip valt.

Een achterliggend mechanisme voor dit manco is de generieke uitbouw van voorzieningen als gevolg van een gelijkheidsopvatting en de daarmee gepaard gaande verschuiving van behoefte naar recht. Dit mechanisme is te begrijpen aan de hand van de zogeheten fouten van de 'eerste', 'tweede' en 'derde soort' (RMO 2004). Een fout van de eerste soort ontstaat als iemand een basisvoorziening mist (toegankelijk onderwijs, een goede oudedagsvoorziening of een betaalbare woning). De overheid kan deze fout herstellen via een toegankelijk en betaalbaar aanbod van voorzieningen. Als de overheid haar voorzieningen echter zo generiek gaat aanbieden dat er allerlei mensen van gaan profiteren die er weliswaar recht op hebben maar het eigenlijk niet nodig hebben, ontstaat de fout van de tweede soort, een vorm van overgebruik dat in sommige gevallen grenst aan misbruik. Als voorbeeld van overgebruik kan de kinderbijslag gelden, maar ook het leerlingenvoer of een rollator in het basispakket. Misbruik ontstaat als mensen hun recht op bijvoorbeeld een pgb voor oneigenlijke doeleinden gebruiken. Zolang er voldoende geld is, is er vaak geen zichtbaar probleem. Bij tekorten ontstaat echter de neiging tot een afbouw van voorzieningen volgens dezelfde generieke methode als waarmee ze zijn opgebouwd. Het gevolg is dat precies de oorspronkelijke doelgroep, de mensen in kwetsbare situaties, de dupe worden omdat de spoeling dunner wordt en er voor hen weinig overblijft. Zie daar de fout van de derde soort.

Vanuit preventieoogpunt is dit relevant omdat fouten van met name de tweede soort vaak ontstaan vanuit een preventiemotief. Zo is de Voorschoolse- en Vroegschoolse Educatie (VVE) vooral bedoeld voor zogeheten gewichtenkinderen met een taalachterstand. Vanuit preventief oogpunt - het is voor iedereen toch goed om vroeg met taal bezig te zijn - komt

al snel de gedachte op de voorziening uit te breiden naar alle kinderen (fout van de tweede soort), met als risico dat nadien vanwege tekorten besloten wordt tot afbouw, waardoor de oorspronkelijke doelgroep, de achterstands-kinderen, de dupe wordt (fout van de derde soort). Dit mechanisme is op veel beleidsterreinen zichtbaar. Omdat preventie uitgaat van goede politieke en maatschappelijke bedoelingen en daarmee onbegrensd is, is het al snel aanleiding voor generieke uitbreidingen met hun onbedoelde en perverse 'fouten'.

Het mooie is dat de in gang gezette transformatie in het sociaal domein de potentie heeft dit mechanisme tegenwicht te bieden. Een wet als de Wmo gaat immers niet uit van 'ieder hetzelfde', maar van ieder 'het zijne'. De bedoeling is niet meer een gelijke toedeling van voorzieningen, maar een gerichte aanvulling op dat wat mensen in hun specifieke situatie nodig hebben. De transformatie - van rijk naar gemeenten, van overheid naar samenleving en van generiek aanbod naar specifieke behoeften - beoogt zo de aanzuigende werkingen van de verzorgingsstaat tegen te gaan. Het gevaar is echter wel dat vanuit de preventiegedachte ook de transformatie-beweging ten prooi kan vallen aan 'verkeerde' overheidsinterventies. Was aanvankelijk de gedachte dat de transformatie vooral een beweging was naar zelfregie en eigen verantwoordelijkheid, vanuit preventieve overwegingen kan de neiging ontstaan om als overheid die zelfregie en eigen verantwoordelijkheid van te voren te sturen en in te vullen.

Dat is op zich niet zo erg, zolang de betrokkenen zelf met die 'overheidsbe-moeienis' instemmen. Is dat echter niet het geval, dan bestaat het risico dat met preventie een nieuwe fout ontstaat: een overheid die haar inwoners dermate dwingend naar een 'verantwoorde' levensstijl stuurt, dat eigen (bewuste of onbewuste) keuzes van inwoners niet zonder gevolgen kunnen blijven. Wie niet leeft volgens de geldende normen, wordt 'schuldig' bevonden aan de ziekte of probleem die hem of haar overkomt. En aangezien juist mensen in kwetsbare situaties vatbaar zijn voor 'verkeerd' gedrag, zullen zij opnieuw de prijs moeten betalen. Een strafkorting op de bijstand bij het onverzorgd op een sollicitatiegesprek of -cursus verschijnen, is inmiddels geen uitzondering meer, evenals andere negatieve preventieve prikkels om bepaald gedrag af te dwingen. Onderzoek toont echter aan dat dat mensen in kwetsbare situaties, waaronder vooral armoede, voor dergelijke preven-tieve maatregelen totaal niet vatbaar zijn (Mullainathan en Shafir 2013). Als politiek statement kan het waarde hebben, vanuit oogpunt van preventie richt het vooral schade aan. Kortingen en andere negatieve prikkels zorgen voor stress en onbegrip, waardoor mensen juist meer onverantwoord of in elk geval onbegrepen gedrag gaan vertonen, waarin ze al snel in een vicieuze cirkel terecht komen. Preventie levert zo eerder een vierde soort fout op dan dat een tweede of derde wordt voorkomen.

Hoe zijn dergelijke fouten te voorkomen? Een optie is het aangrijpingspunt van het 'preventieobject' te verleggen. Het afgelopen decennium is veel beleid erop gericht geweest om inwoners via voorlichting en zachte dwang een bepaalde richting op te sturen. Deze inspanning rondom verantwoorde levensstijl staat op gespannen voet met het gemak waarmee de markt vrij spel heeft om dezelfde mensen in tegenstelde richting te bewegen. Een andere benadering is dan ook om niet zozeer normen voor individueel menselijk gedrag te stellen (sturen naar gewenste uitkomsten), maar reclame of andere verleidingen te verbieden of te ontmoedigen (sturen op het voorkomen van ongewenste uitkomsten). De recente suikerbelasting in Engeland werkte als voorbeeld zeer heilzaam, meer wellicht dan elke overheids campagne of individuele drangmaatregel dat zou kunnen.⁸

8 Bij gedragssturing zijn verschillende methoden te onderscheiden: geboden en verboden (de 'zweep'), economische stimulansen (de 'wortel') en voorlichting en educatie (de 'preek'). De laatste jaren is daar een vierde aan toegevoegd: de nudge, een geraffineerd zetje de goede kant op (bijvoorbeeld een trage lift om de trap te stimuleren, zakjes wortel op ooghoogte bij de kassa, etc.) Ook de overheid kan dit nudgen benutten om mensen positief te beïnvloeden, al kent dit wel zijn begrenzingen. In elk geval dient het transparant te gebeuren (vergelijk RMO 2014).

Preventie tussen medisch en sociaal

Een andere beweging om 'fouten' te voorkomen en preventie vorm te geven is het streven naar ontschotting tussen het medische en het sociale domein. Alleen zo zouden gemeenten en professionals hun inwoners immers ontkoerd, integraal en levensbreed hulp kunnen verstrekken.

Inderdaad is in het leven van mensen het onderscheid tussen de verschillende domeinen niet afgebakend. Gezondheidsklachten zijn niet alleen medisch, maar staan in relatie tot gedrag en hoe een persoon of zijn omgeving met een ziekte omgaat. Medisch georiënteerde professionals, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen of de specialist ouderengeneeskunde krijgen bovendien te maken met niet-medische, sociale problematiek zoals eenzaamheid, het gebrek aan sociale netwerken of armoede. Vanuit preventief oogpunt is het leggen van verbindingen tussen beide domeinen dan ook uitermate zinvol, wat bijvoorbeeld kan via zogeheten (brug)functies als de wijkverpleger, casemanager dementie, welzijnswerker, POH'er, wijk-GGD'er of het sociaal wijkteam.

Maar verbinding en samenwerking is iets anders dan volledige integratie van de domeinen. Beide domeinen hebben vanouds andere 'karakteristieken' (Kolner 2017). Het medisch 'model' (een model staat nooit gelijk aan de werkelijkheid) gaat uit van een rationele en objectieve manier van denken waarbij gekeken wordt naar oorzaken en gevolgen van het lichamelijk functioneren. Ziekte is dan te herleiden tot een afwijking van afzonderlijke organen of weefsels, en gezondheid is de afwezigheid van ziekte. Het sociaal model daarentegen is niet zozeer gericht op het wegnemen van afzonderlijke ziekteoorzaken als wel op het functioneren van de mens in relatie tot zijn omgeving, waarbij niet alleen medische maar ook maatschappelijke, economische of mentale factoren een rol spelen. Niet het herstel van ziekten, maar de omgang ermee binnen het totaal van het leven staat hier centraal.

De laatste decennia is een natuurlijke ontwikkeling zichtbaar waarin beide modellen naar elkaar toe groeien en elkaar deels gaan overlappen. Een uiting daarvan is de inmiddels door velen omarmde gezondheidsdefinitie van Machteld Huber, die gezondheid omschrijft "als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven", een omschrijving die inderdaad meer recht doet aan de complexe werkelijkheid van het leven van mensen

(www.invoorzorg.nl en www.iph.nl). Theorie en praktijk lijken echter nog uiteen te lopen. Veel professionals in het sociale domein gaan op het oog vooral nog volgens het medisch model te werk, door scholing, opgebouwde competenties of door tijdgebrek en een opgebouwde organisatiecultuur. Zo vallen wijkteams in alle hectiek vaak terug op de vertrouwde individuele handelingswijzen. Oplossingsgericht lopen ze als klassieke 'medische' hulpverleners van de ene hulpvraag naar de andere (vergelijk Hilhorst en Van der Lans 2016).

Een gevaar is dan ook dat het medisch model het sociale model zal overvleugelen. De grootste valkuil voor preventie is nog steeds een over-diagnostisering van de rationeel-meetbare benadering vanuit het medische ten koste van een meer pragmatisch-zoekende benadering vanuit het sociale. Op de achtergrond speelt daarbij de vraag in hoeverre het wenselijk is alles te voorkomen dan wel op te lossen. Is preventie erop gericht alle problemen de wereld uit te helpen of om een goede omgang ermee te vinden? En bestaat er - denk aan de fout van de vierde soort - nog tolerantie voor mensen die niet de vermogens hebben "zich aan te passen" en de "eigen regie te voeren"? Durven we te accepteren dat bepaald leed onafwendbaar is en dat de enige optie is je ermee te verzoenen (vergelijk Kolner 2017)?

In plaats van het medische en het sociaal model te integreren (met als risico een overwicht van het medische) valt er daarom ook iets te zeggen om ze juist duidelijk te onderscheiden. Het probleem van de verkoking tussen het medische en sociale domein is namelijk niet het gevolg van het bestaan van twee domeinen, maar van de afwezigheid van een goede interactie tussen beide. En de oplossing ligt niet in het uitwissen van verschillende functies, maar in een goede uitwisseling tussen functies die elk hun expertise behouden (RMO 2008). Dat het medische zich op het medische concentreert is juist zijn kracht en expertise, evenals dat het sociale zich op het sociale richt. Dit vraagt in de praktijk een goede samenwerkingsrelatie tussen beide domeinen (bijvoorbeeld door eerdergenoemde brugfuncties of door een ontschotting van budgetten), maar zeker geen 'overname'. En dit veronderstelt weer een robuust en sterk sociaal domein.

De gemeentelijke organisatie van preventie: een voorbeeld

Hoe die samenwerking gestalte kan krijgen, kunnen we zien aan de hand van een gemeente die preventie in haar werkwijze concreet handen en voeten probeert te geven. We zoomen in op Alphen aan den Rijn die er voor heeft gekozen het doel van preventie leidend te laten zijn bij de inrichting van het sociaal domein.⁹

De simpele basisgedachte van Alphen aan den Rijn is dat preventie pas loont als dat zich vertaalt in haar organisatiewijze. Preventie mag niet beperkt blijven tot mooie woorden of tijdelijke projecten en programma's, nee de oriëntatie en het stelsel van toegang, inkoop en monitoring van ondersteuning dienen op de doelstelling van preventie te zijn afgesteld. Basisvoorzieningen hebben daarom expliciet een preventieve taak gekregen voor inwoners in kwetsbare situaties, enerzijds via vroegsignalering en tijdige doorverwijzing, anderzijds via direct handelen zodat deze doorverwijzing juist kan worden voorkomen. Voorzieningen gericht op jeugdhulp en Wmo hebben bovendien optimale financiële en kwalitatieve prikkels gekregen om in hun ondersteuning van inwoners de preventiedoelstellingen te verdisconteren.

Om dit te realiseren is de gemeente geen contract aangegaan met een veelheid aan partijen, maar met 'slechts' twee consortia (Tom in de buurt en Go! Voorjeugd). De prikkel tot preventie vindt plaats door hen een verstrekkende opdracht te geven waarin geen 'knip' meer bestaat tussen de ondersteuning zelf en de toegang/intake tot die ondersteuning. De consortia ontvangen een vorm van lumpsumfinanciering waarmee ze, in de interactie tussen professional en hulpvrager, alle benodigde zorg en ondersteuning moeten realiseren, inclusief de aansluiting op ander (keten)aanbod. Door deze verstrekkende opdracht is de verantwoordelijkheid voor de afschaling van maatwerkvoorzieningen (en het risico van het uitblijven ervan) volledig bij de aanbieders komen te liggen. Dit levert een optimale prikkel op om toe te werken naar algemene voorzieningen en te investeren in preventie, wat

⁹ Gesprek met Marjolein Buis op 12-2-2018 en het rapport *Werk(en) in uitvoering. Tussentijds evaluatie beter voor elkaar 2015-2016*, 24 mei 2017

echter niet ten koste gaat van 'maatwerk' voor de individuele hulpvrager. Integendeel, door vanuit de integrale opdracht voortdurend mee te bewegen en het aanbod op de unieke vraag en situatie af te stellen (mogelijk doordat het onderscheid tussen toegang en levering niet meer bestaat) verdwijnt in feite het verschil tussen algemene en maatwerkvoorzieningen; er is alleen nog maar ondersteuning die voor de desbetreffende persoon in de desbetreffende situatie nodig is. Om de kwaliteit van deze ondersteuning te blijven borgen vindt de resultaatverantwoording wel mede plaats op basis van de effecten op zelfredzaamheid en participatie.

De organisatiewijze in Alphen draagt zo bij aan het werken vanuit concrete maatschappelijke opgaven. Niet het aanbod, maar de maatschappelijke (individueel en collectief) behoefte is leidend voor elke publieke besteding van tijd, geld en middelen, een verandering die niet alleen een organisatie- maar zeker ook een cultuurvraagstuk is, zoals Wouter Hart in zijn boek *Anders Vasthouden* (2017) mooi uiteenzet. Het gaat er om elke keer weer te vertrekken vanuit unieke vraagstukken (en dus mensen) en vandaaruit te bepalen wat nodig is wat betreft zowel organisatie (inkoop, financiering, sturing, gebruik van data etc.) als de toepassing daarvan in de concrete praktijk van alle dag.

De spanning rondom preventie

Tijd voor een voorlopige balans. Wat valt vanuit het bovenstaande te zeggen als het gaat om de vraag hoe gemeenten preventie in het sociaal domein kunnen invullen?

Allereerst is de conclusie op zijn plaats dat preventie als waarde en doelstelling overall aanwezig is. Er bestaan serieuze kanttekeningen (en misschien ook wel een school van sceptici jegens preventie), maar als streven is het onmiskenbaar aanwezig. Het gaat er daarom niet zozeer om of preventie gerechtvaardigd is, maar vooral op welke manier het bewust en verantwoord kan worden ingezet, vanuit de wetenschap dat er ook perverse gevolgen aan kunnen kleven. Het is daarom goed, ten tweede, te beseffen dat preventie geen eenduidig gegeven is dat zich eenvoudig als doelstelling of instrument laat uitrollen. Wie preventie wil operationaliseren, moet weten dat er diverse, soms tegengestelde elementen aan kleven. Kennis daarvan helpt bij het maken van afwegingen en keuzes in praktijk en beleid, waarbij concrete maatschappelijke opgaven het vertrekpunt zijn.

In het voorafgaand is een aantal van deze spanningen de revue gepasseerd: kostenbesparing versus uitdijende uitgaven; preventie gericht op risicogroepen versus gericht op iedereen; de wenselijkheid van preventie vanuit collectieve opgaven versus de onwenselijkheid vanuit inperkende individuele vrijheden; de inzet van landelijke themagerichte programma's versus de noodzaak van een goede basale lokale infrastructuur; evidence-based versus practice of value based; verplicht versus vrijwillig; apart in een begroting versus verdisconteerd binnen bestaande thema's, etc. Veel van deze spanningen zijn niet alleen maar tegengesteld, maar kunnen elkaar ook aanvullen. In elk geval laten ze zien dat we over preventie vooral het gesprek moeten voeren, alvorens tot concrete keuzes in de praktijk te komen. En die keuzes kunnen in de praktijk voor elke gemeente anders uitpakken, maar bevatten wel een bepaald patroon. Aan het slot daarom een aantal conclusies en richtingwijzers om preventie te operationaliseren.

De richting van preventie voor gemeenten

- Preventie zelf is inhoudsloos en we moeten dan ook waken voor een 'preventief domein'. Wel kan een preventieve benadering helpen bij het realiseren van inhoudelijke maatschappelijke opgaven.
- De uitdaging voor gemeenten is om vanuit deze concrete opgaven gezinnen in schulden, jongeren tussen wal en schip, ouderen die eenzaam zijn, kinderen met obesitas – te bepalen welke preventieve aanpak bijdraagt aan de 'oplossing' van het betreffende vraagstuk. Wouter Hart (en hij geeft daarvoor diverse bruikbare handelingsopties) noemt dat 'van klein naar groot'. Je begint niet bij de organisatie, het systeem, maar laat de handeling vanuit het systeem altijd volgen op wat nodig is een concrete situatie.
- Dit impliceert dat gemeentelijke en professionele organisaties de veerkracht en flexibiliteit hebben om op deze uniciteit in te spelen. Een preventieve benadering stelt daarmee eisen aan het systeem van toegang, inkoop, financiering, monitoring en aansturing van professionals. In het essay is de gemeente Alphen aan den Rijn als voorbeeld genoemd hoe dat eruit kán zien. Belangrijkste element is dat de preventieopgave inhoudelijk én financieel in de opdrachtverstrekking aan aanbieders is verdisconteerd.
- Een preventieve benadering is vooral gebaat bij een zichtbare lokale infrastructuur die inwoners helpt bij sociale levensvraagstukken als schulden, stress, armoede en eetpatronen, alsook bij medische beperkingen als autisme, dementie en verstandelijke beperkingen. Het is wrang dat veel kennis en kunde van professionals zo 'laat' bij mensen beschikbaar komen, namelijk als het vraagstuk een serieus probleem is geworden en er een indicatie nodig is. De uitdaging is de aanwezige kennis eerder beschikbaar te stellen door mensen die dat willen, bij te staan bij dagelijkse levensvraagstukken.
- Dat kan in verschillende gradaties en vormen, zoals de genoemde aanpak van Alphen, maar ook via bijvoorbeeld een initiatief als 'Social Brokers' dat mensen bewust maakt dat ze voor iedereen in het dagelijks leven een helpende hand kunnen zijn. Het project 'De geweldige wijk' in Meppel op zijn beurt zorgt met lichte professionele ondersteuning voor een digitaal en fysiek hulpnetwerk dat inwoners met armoede en stress snel, deskundig en eenvoudig bijstaat. Deze hulpstructuren zouden zich kunnen uitbreiden naar andere terreinen. Liever een coach die een gezin met autistische kinderen op gezette tijden en 'bijsturend' bijstaat (als het water

nog niet aan de lippen staat) dan deze kennis pas inzetten na een uithuisplaatsing.

- Deze hulpstructuren hebben meer effect dan landelijke programma's en voorlichtende campagnes of negatieve prikkels om gedragsverandering af te dwingen. Dwang is sowieso niet de route. Burgers zijn vrij om ongezond te leven, niet te participeren, in een energie-slurpende woning te leven, of even helemaal klaar te zijn met hun ex-man of -vrouw. Niet het politieke doel is leidend, maar de behoefte van inwoners.
- Tegelijk blijkt de angst om mensen te helpen ongegrond. Preventie is daarom gebaat bij 'zachte' aansluitende netwerken die mensen kunnen doorverwijzen naar een lokale voorziening of hulpnetwerken. Deze brugfuncties kunnen POH'ers zijn, wijkverpleegkundigen, onderwijzers, maar ook buurtsupermedewerkers. Voorwaarde is wel instemming van betrokkenen.
- Wees er van bewust dat (steeds meer) preventie gevolgen heeft voor de relatie tussen overheid en burgers in termen van risicobeheersing en wellicht risicoaansprakelijkheid. Preventie raakt het spanningsveld tussen optreden en terugtreden, tussen onverschilligheid en betrokkenheid, tussen bureaucratische verwaarlozing en professionele bemoeizucht. Erken dat spanningsveld als professional, politicus en bestuurder, ga normatieve discussies en afwegingen niet uit de weg en toets interventies vanuit het recht.
- Voor de rijksoverheid ligt er vooral een taak op het sturen op ongewenste uitkomsten. Waar het rijk via programma's en campagnes inwoners stuurt richting een positieve levensstijl, daar heeft het meer zin iets te doen tegenover contraproductieve elementen vanuit de openbare omgeving. Zolang het bedrijfsleven vrij spel heeft om mensen te verleiden tot ongezond gedrag of aangaan van schulden, hebben positieve acties vanuit de leefomgeving weinig nut. En zolang de openbare ruimte letterlijk nog vervuilend is, maken gedragsaanpassingen niet zoveel verschil. Richt je als rijk daarom op wat ontoelaatbaar is en stel negatieve normen aan de omgeving in plaats van positieve normen aan inwoners.
- In het essay is melding gemaakt van fouten van eerste, tweede, derde en wellicht vierde soort. Preventieve maatregelen kunnen, bij ondoordachte toepassing ervan, leiden tot diverse van deze fouten. Wees daar alert op, door voortdurend uit te gaan van het unieke vraagstuk en wat daarvanuit nodig is.
- Het kan helpen om de baten van preventieve maatregelen vooraf inzichtelijk te maken, maar sluitende causaliteit zal nooit haalbaar zijn. Preventie heeft geen behoefte aan evidence-, maar aan practise- en value-based motivatie. Dat wil zeggen dat je iets doet vanuit een intrinsieke waarde en omdat de praktijk grosso modo aangeeft dat het zin heeft hierin te investeren. Data (op anoniem en geaggregeerd niveau) kunnen gemeenten wel helpen om te weten wat er in hun wijk aan opgaven speelt.

- Leg verantwoording af over wat voorkómen is. Niet alleen via cijfers, maar vooral via verhalen over de praktijk. Laat zien hoe mensen preventief geholpen zijn door de mensen zelf aan het woord te laten.
- Erken de waarde van afzonderlijke domeinen. Integraliteit betekent geen uitwisseling van het eigene van het medische en het sociale domein, maar een goede uitwisseling ertussen. Laat het medische vooral medisch blijven en maak het sociale robuuster. De grootste valkuil van preventie is over-diagnostisering vanuit het medische.
- Werken aan preventie komt voort uit vertrouwen tussen professionals en bestuurders vanuit verschillende domeinen en is een zaak van overheden en van verzekeraars. Dit vertrouwen kan een stimulans krijgen door een vast bedrag binnen de begroting te reserveren voor preventie, in het volle besef dat de besparingen mogelijk elders liggen. Dit vraagt om duidelijke afspraken tussen gemeenten en verzekeraars.

Geciteerde bronnen

- Gemeente Alphen aan den Rijn, *Werk(en) in uitvoering. Tussentijdse evaluatie beter voor elkaar 2015-2016* (24 mei 2017)
- Gemeente Kampen, *Preventie en vroegsignalering jeugdhulp Kampen* (informeel rapport)
- Gemeente Voorschoten, *Plan van aanpak preventie sociaal domein 2016* (Voorschoten december 2015)
- Wouter Hart, *Anders vasthouden. 9 sleutels voor het werken vanuit de bedoeling* (Vakmedianet Management 2017)
- Carla Kolner, *Preventie en vroegsignalering langs de lat van het medisch, sociaal en publieke gezondheidszorg model* (Kennispлатform Noord-Holland 2017)
- JB Lorenz, Bianca den Outer, Tjisse Bosch, Renate van Huizen, *Onderzoek preventiejeugdhulp Beleidsinformatie jeugdhulp* (oktober 2017)
- Pieter Hilhorst en Jos van der Lans, *Collectief kijken blijkt blinde vlek van wijkteams*, www.socialevraagstukken.nl (12 december 2016)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), *Nationale wetenschapsagenda route 3. Gezondheidszorgonderzoek, preventie en behandeling* (www.nfu.nl)
- Rik Peeters, *Het verlangen naar voorkomen. Hoe het preventieparadigma de overheid verandert* (Amsterdam 2015)
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Vershil in de verzorgingsstaat. Over schaarste in de publieke sector* (Den Haag 2004)
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Opbrengsten van sociale Investerings* (Amsterdam 2006)
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte* (Amsterdam 2008)
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *De verleiding weerstaan. Grenzen aan beïnvloeding van gedrag door de overheid* (Den Haag 2014)
- RIVM, VTV 2014: http://eengezondereNederland.nl/Toekomst_scenario_s
- Sendhil Mullainathan, Eldar Shafir. *Schaarste. Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen* (Amsterdam 2013)
- WWS, *Van nul tot later als ik groot ben, gemeenten investeren in kansen voor jongeren* (september 2017)
- WRR, *Waarden, normen en de last van het gedrag* (Den Haag 2003)
- <http://www.preventie-collectief.nl/diensten/>
- <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2017/11/28/staatssecretaris-blokhuis-vws-start-gespreksrondes-over-nationaal-preventieakkoord>
- <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/>

- [subsidie-voor-gemeente-voor-inrichten-gezondheidsbeleid/](#)
- <http://www.invoorzorg.nl/ivz/verslag-Lezing-Machteld-Huber-Een-nieuw-concept-voor-gezondheid.html>; <https://iph.nl/>

**Vereniging van
Nederlandse Gemeenten**

Nassaulaan 12
2514 JS Den Haag
+31 70 373 83 93
info@vng.nl

juni 2018

vng.nl