



Naar een gezond en vitaal Nederland: zet in op verankering, verdieping en verbreding van preventie in de samenleving

Achtergronddocumenten bij de brief van de Initiatiefgroep Preventieakkoord aan de informateur van mei 2021

Januari 2022

Inhoudsopgave

Voorwoord

1.	Visie	4
1.1	Visie gezondheidsakkoord en actieagenda.....	4
1.2	Van nazorg naar voorzorg	4
1.3	De coronacrisis laat het belang van de beweging zien.....	6
1.4	Het vervolg op het preventieakkoord	6
2.	Vitale mensen in een gezonde samenleving	8
2.1	De aanleiding	8
2.2	De missie.....	8
2.3	De verandering.....	9
2.4	Vragen aan het kabinet.....	12
3.	Financiering en stelsel	18
3.1	De aanleiding	18
3.2	De alternatieve benadering.....	18
3.3	Drie 'wissels die verkeerd staan'.....	19
3.4	Suggesties aan het kabinet.....	20
4.	Digitalisering als hefboom voor gezondheid.....	22
4.1	De toekomst van onze gezondheid(szorg).....	22
4.2	Zelfmanagement faciliteren en risico's vroegtijdig opsporen	24
4.3	Digitale vitaliteitsoplossingen tot de norm maken voor iedereen.....	26
4.4	Randvoorwaarden en borgen c.q. dienen van publieke belangen	28

Voorwoord

De COVID19-pandemie onderstreept het grote maatschappelijke belang van een gezonde en vitale bevolking.

De Initiatiefgroep Preventieakkoord is een brede maatschappelijke coalitie gericht op versterking van preventie. Deze coalitie brengt zo'n 25 bestuurders uit bedrijfsleven, zorg, onderwijs, gemeenten, sport en maatschappelijke organisaties samen. Zij delen een gemeenschappelijke visie op het belang van een grotere inzet op preventie voor de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Samen stimuleren we de beweging naar meer gezondheid in Nederland.

Richting de formatie van een nieuw kabinet heeft de Initiatiefgroep Preventieakkoord in mei 2021 een brief gestuurd aan de informateur met nieuwe voorstellen om de beweging naar meer gezondheid te versnellen.¹ Ter voorbereiding van deze brief heeft in de periode najaar 2020 – voorjaar 2021 een aantal werkgroepen voorbereidend werk gedaan:

- over vitale mensen in een gezonde samenleving.
- over de financiële prikkels van preventie.
- over digitalisering als hefboom voor meer gezondheid.

De eindrapportages van deze werkgroepen worden hiermee ook gepubliceerd. Dit zijn achtergrondstukken bij onze gezamenlijke brief aan de informateur. In de brief aan de informateur is ook een mentaal gezondheidsakkoord bepleit. Meer achtergrondinformatie vindt u in de publicatie "Mentale Vooruitgang".²

Dank gaat uit naar de leden van de Initiatiefgroep Preventieakkoord die hebben bijgedragen aan de opstelling van de verschillende notities, alsook naar de personen van buiten de Initiatiefgroep Preventieakkoord die een inhoudelijke bijdrage hebben geleverd. Bij elke notitie is opgenomen wie hebben bijgedragen aan de opstelling van de notitie. De eindverantwoordelijkheid voor de rapportages ligt bij de rapporteurs van de werkgroepen.

De eindredactie van deze publicatie is verzorgd door Piet van den Reijen (SER), Thomas Plochg (Federatie voor Gezondheid) en Willem-Jan Lieve (GGD GHOR Nederland).

Den Haag/Utrecht 2022

¹ <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/preventieakkoord-verbreden>

² <https://www.argumentenfabriek.nl/nl/mentalevooruitgang>

1. Visie

De leden van de initiatiefgroep vinden een fundamentele heroriëntatie in het preventiebeleid nodig, namelijk een beweging van nazorg naar voorzorg. We delen de zorg over onder andere het toenemend aantal mensen met een chronische ziekte, de grote en hardnekkige sociaaleconomische gezondheidsverschillen tussen groepen in de Nederlandse samenleving en stijgende uitgaven voor de zorg. Versterking van preventie speelt in de visie van de leden van de initiatiefgroep een essentiële rol in de aanpak hiervan. De coronacrisis bevestigt het belang van preventie en een gezonde(re) leefstijl nogmaals nadrukkelijk. Het Nationaal Preventieakkoord uit 2018 is een goede eerste stap naar een bredere maatschappelijke beweging maar er is een grotere impuls nodig.

1.1 Visie gezondheidsakkoord en actieagenda

In 2018 is het nationale preventieakkoord gesloten. Met het akkoord is een gezamenlijk meerjarig proces gestart met ambitieuze doelstellingen en langdurige samenwerkingsintenties. Het preventieakkoord is een eerste belangrijke stap op weg naar een gezondere én vitalere samenleving.

Zo'n 70 partijen en organisaties uit de samenleving hebben zich gecommitteerd aan stevige doelstellingen op het gebied van gezondheid voor het jaar 2040. Ze hebben een brede maatschappelijke beweging op gang gebracht. Dat is een grote stap vooruit.

Het RIVM heeft geconstateerd dat er meer nodig is om de gestelde doelen en ambities te halen.³ Daarom is het nodig dat we met elkaar vervolgstappen zetten.

1.2 Van nazorg naar voorzorg

Het huidige stelsel (zorg)voorzieningen dreigt ten onder te gaan aan haar eigen succes. Het op ziekte en zorg gebaseerde stelsel heeft er mede voor gezorgd dat veel acute, enkelvoudige ziekten onder controle zijn gekomen. Het gevolg is dat ziekte- en sterftepatronen de afgelopen decennia veranderd zijn en dat uit zich in een verschuiving richting chronische ziekten als kanker, hart- en vaatziekten en diabetes. Daarnaast zien we dat meer mensen te maken hebben met meerdere ziektes tegelijkertijd (multimorbiditeit). Vaak ook in combinatie met (een stapeling van) problemen op andere leefgebieden (multiproblematiek).

Beleidsmakers hebben lang geprobeerd om het huidige zorgstelsel met stelselwijzigingen aan te passen op deze nieuwe ziektepatronen en bijbehorende zorgvragen. Het punt lijkt bereikt dat het verbeteren van het huidige zorgstelsel geen soelaas meer biedt. Het is niet meer te bemensen en te duur geworden. Bovendien is gebleken dat de optelsom van allerlei losse specialistische interventies onvoldoende toegevoegde waarde heeft voor de gezondheid van mensen. Dit komt mede tot uitdrukking in de grote en hardnekkige sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Mensen met een lagere economische status hebben veel vaker te maken met multimorbiditeit en multiproblematiek. De verwachting is dat de gezondheidsverschillen de komende jaren verder toenemen.

Wat volgens de Initiatiefgroep Preventieakkoord nodig is en echt uitkomst gaat bieden, is een fundamentele heroriëntatie. Met het nationale preventieakkoord zetten we een eerste stap in de zogenoemde beweging van nazorg naar voorzorg. De beweging weerspiegelt de wens om in de samenleving de focus te verleggen van het louter fiksen van problemen en ziekten naar het vitaliseren van burgers, waarbij het gaat om het behoud en bevorderen van gezondheid en welbevinden. Wanneer mensen en lokale gemeenschappen grip op hun eigen leven krijgen (ofwel vitaal zijn), zullen ze beter in staat zijn om hun eigen natuurlijke vermogen tot groei en herstel te benutten en om tegenslagen te incasseren.

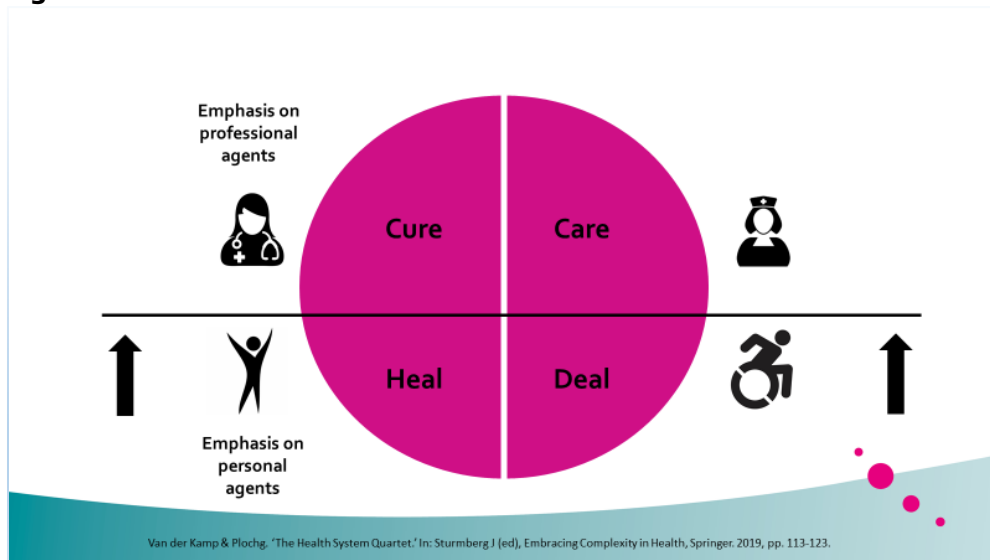
Mensen hoeven zich dan minder te verlaten op sociale en zorgvoorzieningen en daarmee worden het sociale domein en de gezondheidszorg ontlast.

De baten zijn groot en overstijgen de zorg. De inzet is dat mensen langer gezond en vitaal blijven, en dat voorkómen wordt dat een eenmaal ingetreden ziekte of sociaal probleem erger wordt. Een stelsel waar de focus ligt op gezondheid en vitaliteit leidt tot een actievere leefstijl, minder verschillen in gezondheid, minder zware zorg, lagere lasten voor burgers, werknemers

³ Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 5 juli 2021.

en werkgevers, een meer duurzame inzetbaarheid van werknemers op de arbeidsmarkt, een betere start voor alle kinderen en, *last but not least*, meer kwaliteit van leven. Onderstaand figuur illustreert de beweging.

Figuur 1.1.



Vanwege het multidisciplinaire en domeinoverstijgende karakter is meer samenhang en verbinding in de kennisinfrastructuur van preventie nodig. Momenteel is veel kennis beschikbaar, maar deze is versnipperd en daardoor niet altijd gemakkelijk vindbaar. Door de eigenaren van deze kennis in een netwerk met elkaar te verbinden, wordt de kennis beter inzichtelijk, vindbaar en toepasbaar voor zorgverleners, beleidsmakers en wetenschappers. Zo kan de verbinding worden gelegd tussen onderzoek, onderwijs, beleid en praktijk.

In een stelsel gericht op gezondheid en vitaliteit is het volgende van belang:

- *Positieve benadering van gezondheid (positieve gezondheid)*
Gezond zijn en blijven is niet hetzelfde als niet-ziek zijn en ziekte voorkomen. Gezondheidsbevordering gaat niet alleen om het uitsluiten van risico's, maar vooral om zelf die dingen te (kunnen) doen waar je als mens levensvreugde aan ontleent en waar je vitaal van wordt. Daar moet je als mens zelf iedere dag iets actief voor doen en laten. Wij vinden het van belang om gezondheid positief te benaderen. In plaats van te waarschuwen voor risico's is het zinvoller om een gezonde en vitale levenshouding aantrekkelijk en leuk te maken.
- *Aandacht voor sociale en fysieke context van mensen*
Positief gezond zijn kunnen mensen niet alleen. De interacties met de (sociale) omgeving zijn essentieel. Op het individu gerichte interventies zijn daarom niet voldoende. Ze moeten ingebed zijn in een integrale benadering, waarbij ook de sociale en fysieke context wordt betrokken. Bij integrale preventie wordt de mens in zijn leefomgeving gezien. Er is aandacht voor de samenhang met werk en inkomen, veiligheid, huisvesting, onderwijs, etc.
- *Lokale gemeenschappen*
Preventie krijgt vorm in lokale gemeenschappen op gemeentelijk of wijkniveau. Elke lokale gemeenschap (gemeente of wijk) is anders en kent zijn eigen vraagstukken en opgaven. Er bestaat niet één recept dat kan worden uitgerold voor het hele land.

- *Lange termijnvisie*

Preventie vraagt om een lange termijnvisie met een consistente en meerjarige inzet van de overheid. Enerzijds betekent dat een focus op een goede uitvoering van het bestaande akkoord en continuïteit van beleid. De gestelde ambities en de pakketten aan maatregelen moeten goed worden uitgevoerd, en de gestelde doelen gehaald. Anderzijds betekent dit vooruitkijken en anticiperen.

- *Voorinvesteren en structurele financiering*

Preventie vraagt ook om structurele financiering, met een substantieel budget op centraal niveau en op decentraal niveau. Niet om tijdelijke programma's die na een paar jaar weer verdwijnen. Daarnaast is het belangrijk te erkennen dat de kosten voor de baten uit gaan en dat er een eenmalige voorinvestering nodig is, waarmee de beweging wordt aangezwengeld.

1.3 De coronacrisis laat het belang van de beweging zien

De coronacrisis onderstreept de noodzaak om in de samenleving de beweging van nazorg naar voorzorg te maken. Mensen met een kwetsbare gezondheid lopen meer risico om ernstig ziek te worden als zij besmet zijn met COVID-19. Ook de impact van de coronacrisis op de mentale gezondheid is groot. En de sociaaleconomische gezondheidsverschillen worden vergroot.

Een belangrijke les van de coronacrisis is dan ook dat we mensen en de gemeenschappen waarin zij leven weerbaarder en vitaler moeten maken. Het versterken van de lichamelijke gezondheid, de mentale veerkracht maar ook de sociale en fysieke leefomgeving moeten hand in hand gaan. Het is belangrijk om breed te kijken, want gezondheid hangt vaak samen met problemen op andere leefgebieden en met kansen in de samenleving. Omdat de kans bestaat dat meer mensen afglijden in armoede is het extra belangrijk om te blijven werken aan kansengelijkheid. Vooral in economisch slechtere omstandigheden.

Juist in tijden van corona is het van belang om aandacht te blijven hebben voor een leven lang ontwikkelen. Goed onderwijs draagt bij aan gelijke kansen en is een belangrijke pijler van het economisch groeivermogen van de samenleving. Dit is niet alleen belangrijk voor kinderen en jongeren, maar voor mensen van alle leeftijden. Een leven lang ontwikkelen maakt mensen sociaal en economisch weerbaar. In de huidige crisis is die weerbaarheid harder nodig dan ooit. In sommige sectoren verdwijnen banen, andere sectoren hebben juist meer mensen nodig. Daarnaast ontwikkelt digitalisering zich in sneltreinvaart, onder meer door het vele thuiswerken. Maar vooral is het belangrijk om sociaaleconomische verschillen zo vroeg mogelijk en bij de bron aan te pakken. Bij onze kinderen, op school, in de opvang, bij de sportclub, in de wijk. Want het is beter om kansen voor iedereen te scheppen dan achteraf verschillen te bestrijden.

1.4 Het vervolg op het preventieakkoord

Wie goed kijkt, ziet op een breed front dat de beweging van nazorg naar voorzorg in de samenleving wordt gemaakt. Dat gebeurt op basis van lessen uit het verleden en nieuwe inzichten, mogelijkheden en (digitale) technologie.

We zien echter dat aan een aantal randvoorwaarden niet is voldaan. Extra stimulansen en veranderingen zijn nodig om de beweging echt goed op gang te krijgen. De focus kan pas echt op behoud en bevordering van gezondheid en vitaliteit worden gelegd als een aantal wissels in de samenleving, in het bijzonder in het zorgstelsel en in het sociale domein, worden omgezet, zodat we op het juiste spoor gaan rijden.

Daarom is het nodig dat niet alleen het preventieakkoord met kracht wordt voorgezet maar ook dat er een forse stap wordt gemaakt in het beleid. De inzet moet zijn om de beweging van nazorg naar voorzorg verder op gang te helpen, te houden en te versnellen. Zodat er meer geïnvesteerd wordt in het vitaliseren van de bevolking en de focus echt komt te liggen bij het behoud en bevordering van gezondheid en vitaliteit.

Er is verbreding én verdieping nodig. Verbreding naar andere thema's als mentale gezondheid en preventie via werk. En er is verdieping nodig met minder vrijblijvendheid voor alle betrokkenen. De initiatiefgroep vertegenwoordigt een aantal maatschappelijke organisaties die hier een belangrijke rol in willen spelen.

Een nieuw te sluiten regeerakkoord biedt kansen om de randvoorwaarden te scheppen zodat de omslag daadwerkelijk gemaakt kan worden. De brief van de initiatiefgroep aan de informateur kan als input worden gebruikt bij de vorming van een nieuw regeerakkoord.

Er zijn drie terreinen waarvoor we onze visie nader uitwerken. Ten eerste het denken vanuit de burger. De burger moet in staat zijn om zelf gezond te leven en daartoe in staat worden gesteld. Ten tweede is een adequate financiering en organisatie van preventie in ons stelsel nodig. Hoe kunnen we meer geld voor preventie vrijmaken en de perverse prikkels in het huidige stelsel eruit halen? Ten derde vraagt de digitalisering om aandacht. Die biedt kansen om de omslag van nazorg naar voorzorg te ondersteunen.

2. Vitale mensen in een gezonde samenleving

Voorstellen van werkgroep 1 voor de Initiatiefgroep Preventieakkoord

2.1 De aanleiding

De gemiddelde levensverwachting en gemiddelde gezondheid zijn de afgelopen decennia sterk verbeterd in Nederland. Ondanks dat gaat het niet goed met de gezondheid van veel Nederlanders. Te veel Nederlanders hebben te maken met chronische aandoeningen en chronische stress; vaak veroorzaakt en versterkt door bestaansonzekerheid en een ongezonde leefstijl. Als gevolg hiervan zijn grote groepen mensen niet vitaal en veerkrachtig. Zij hebben niet alleen moeite met de uitdagingen van alle dag, maar lopen ook groot risico op verdere verslechtering van de mentale en fysieke gezondheid met alle sociale en economische gevolgen van dien. De (gezondheids-)verschillen en de zorgkosten worden alleen maar groter. Het verschil in levensverwachting in goede ervaren gezondheid is zelfs gemiddeld 18 jaar. Daar komt nog bij dat we met z'n allen steeds zwaarder worden; als we niets veranderen, dan heeft in 2040 62% van de Nederlanders overgewicht. De coronapandemie heeft ons indringend met de neus op deze feiten gedrukt. Dit kunnen we in een welvarend land als Nederland niet laten gebeuren. Actie is nú heel hard nodig! De wissels moeten omgezet worden.

2.2 De missie

“Een gezond, vitaal en veerkrachtig Nederland met de gezondste generatie in 2040”

We zetten de verandering in, op weg naar een gezonde, vitale en veerkrachtige samenleving waarin elke inwoner, en zeker de meeste kwetsbare, een leven lang uitgedaagd, begeleid en ondersteund wordt op weg naar een prettig, gezond en actief leven, waarin men zelf de regie heeft, maar bekrachtigd door de (fysieke en sociale) omgeving.

Landelijke en lokale organisaties zorgen via “health in all policies” voor een omgeving die bijdraagt aan gezondheid en vitaliteit voor ieder individu in zijn/haar community via een integrale levensloopbenadering waarin de (behoefte en de leefwereld van de) mens meer centraal staat. De systemen rondom de mensen moeten daar de juiste stimulans en ondersteuning in bieden.

Vanaf nu stoppen we met het 'dweilen met de kraan open', maar investeren we fors in vitaliteit en positieve gezondheid en in een samenleving en omgeving die dit mogelijk maakt en ondersteunt. Het accent ligt niet op ziekte of op het zorgsysteem. Maar op mensen zelf en hun vitaliteit en (positieve) gezondheid, op hun mentale veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt.

We erkennen dat gezondheid niet alleen bepaald wordt door individueel gedrag, maar vooral door hoe we onze samenleving in de breedte vormgeven, van leefomgeving, voedselaanbod, sport- en beweegaanbod, onderwijs, arbeid, sociale bescherming tot de zorgverlening. Integraal wordt ingezet op de essentiële elementen voor een gezond, vitaal en veerkrachtig Nederland. Maatschappelijke, gezondheidsorganisaties, beleidsmakers, onderwijs, bedrijfsleven, sport, zorgverleners, inwoners en de overheden werken samen aan het ultieme doel van een gezond, vitaal en veerkrachtig Nederland voor iedereen.

Daarmee werken we toe naar de gezamenlijke ambitie om in 2040 in Nederland de gezondste generatie te hebben. Door het welzijn van de jeugd als inspirerende ambitie neer te zetten ontstaat zowel in de samenleving als in de politiek een kritische massa voor snellere en krachtigere stappen, juist ook ten behoeve van volwassenen. Zo leg je een goede basis voor gezondheidsvaardigheden in een leven lang leren, en ontstaat ook de vraag vanuit burgers naar preventie en leefstijlmaatregelen. We zetten in op verhoging van het aantal levensjaren in positieve gezondheid en het verkleinen de gezondheidsverschillen.

2.3 De verandering

De wissels moeten om, om systemen nu en in de verre toekomst te veranderen. Er zijn vele maatregelen te noemen, sommigen compleet nieuw en sommigen die hun werking al bewezen hebben. We beperken ons hier tot een opsomming van een aantal thema's waarop verandering plaats dient te vinden, inclusief een korte toelichting en voorbeelden van enkele mogelijke maatregelen, zonder daarmee compleet te willen zijn. We pleiten ervoor om bij elke maatregel na te gaan hoe deze werkzaam kan zijn, ook voor de meeste kwetsbaren, om hierin gelijke kansen te bieden voor iedereen. In de bijlage staan meer voorbeelden van passende maatregelen.

1. Gezonde omgevingen creëren die uitdagen tot gezond gedrag

Via een gezamenlijke aanpak creëren we een samenleving waarin de gezonde en actieve keuze de aantrekkelijke - en soms ook de enige - keuze is en waar prikkels die leiden tot ongezond gedrag worden weggenomen. Gezond gedrag, zoals een gezond eetpatroon en voldoende sporten en bewegen worden daarmee vanzelfsprekend, gemakkelijk en goedkoop.

2. Gezonde keuzes belonen en inzet van financiële prikkels

Gezond en actief gedrag wordt gestimuleerd, gewaardeerd en beloond voor individuen, groepen en organisaties, zowel door gevoelde waardering als door de financieringssystemen. Beloningssystemen voor gezonde en actieve leefstijl, zoals het belonen van preventief leefstijladvies en leefstijlbegeleiding, vergoeding van sportactiviteiten. In 2022 kijken we zonder taboes naar de voortgang.

3. Gezondheidsvaardigheden in een leven lang leren

Elke inwoner van Nederland wordt een leven lang gegidst, uitgedaagd en ondersteund om zelf regie te nemen richting een gezonde en actieve leefstijl, vitaliteit en daarmee een betere kwaliteit van leven, voor zichzelf en voor anderen. Scholen en kindcentra borgen structurele aandacht voor gezonde leefstijl voor kinderen, leerlingen, studenten en medewerkers (de aanpak van Gezonde School en Gezonde kinderopvang). Via een doorlopend leerpad worden gezondheidsvaardigheden, mentale weerbaarheid en het nemen van regie op je eigen leefstijl, toegepast. Naar Fins voorbeeld worden alle basisscholen gestimuleerd om bewegen in plaats van zitten centraal te stellen. De gezonde basisschool wordt het uitgangspunt, te beginnen bij scholen met veel lage SES-kinderen. Studenten aan mbo, hbo en universiteiten die worden opgeleid tot professies in sport, onderwijs, welzijn en zorg worden standaard opgeleid in gezondheidsvaardigheden, mentale weerbaarheid, gespreksvaardigheden en het nemen van regie op je eigen leefstijl. Voor zichzelf en hun latere cliëntèle. Elke (zorg)professional leert ongezond gedrag herkennen en bespreekbaar te maken.

4. Normaliseren van gezond gedrag

Preventie, vitaliteit, mentale weerbaarheid en positieve gezondheid staan aan de basis van een gezonde samenleving waardoor mensen zich van jongs af aan een gezonde en actieve leefstijl eigen maken. Via krachtige landelijke en lokale samenwerking worden de randvoorwaarden gerealiseerd zodat een gezonde, actieve leefstijl bereikbaar wordt voor iedereen en zo wordt vitaliteit uiteindelijk "het nieuwe normaal", ook voor mensen met een gezondheidsachterstand. Daartoe moet er geïnvesteerd worden in een gezonde maatschappij, waar chronische stress (door te weinig bestaanszekerheid) en de nu vaak ongezonde omgeving worden aangepakt. Bijdragen aan (mentale) gezondheid en een gezonde, actieve leefstijl, ligt ten grondslag aan alle beleidskeuzes die in de relevante domeinen gemaakt worden, geldend voor alle levensfasen van alle mensen. Via educatie, begeleiding, regelingen en goed voorbeeldgedrag wordt gezond gedrag van jongs af aan mogelijk gemaakt en daardoor een vanzelfsprekend deel van de samenleving.

5. Health in all policies

Landelijke organisaties - inclusief de overheid - dienen denkend in het belang van de samenleving en de individuen te werken aan een integrale visie op vitaliteit en (positieve)

gezondheid en een gezamenlijke ambitie, gecombineerd met integraal afgesproken doelen. Dit vertaalt zich in aanpassingen van de visie, het systeem, de opleidingen, inzet van mankracht en financiering. Hierbij wordt gebruik gemaakt van (gekoppelde) data van – signalerings- en monitoringinstrumenten. De principes van vitaliteit en positieve gezondheid zijn leidraad voor te nemen beslissingen binnen elk beleidsdomein. Naar Fins voorbeeld krijgen alle departementen vanuit hun rol de taak om te beschrijven wat het effect op gezondheid is. Een minister coördineert een kabinetsbrede aanpak voor meer gezondheid. Het beleid en maatregelen op landelijk niveau zijn stimulerend en ondersteunend voor regionale aanpak en voor de lokale (wijk)aanpak op maat.

6. Geregisseerde wijkaanpak

Lokale (wijk)aanpakken zijn essentieel om te zorgen voor de juiste lokale structuur om vitaliteit en (positieve) gezondheid overall te borgen in het beleid, en om op eenvoudige manier interventies in te zetten daar waar het mis gaat. Organisaties en professionals die hier een positieve rol in kunnen spelen (zoals zorg, onderwijs, buurtorganisaties en sport, dienen daartoe de vaardigheden, mogelijkheden en rechten te krijgen. Daarvoor zijn lokale netwerken, lokale targets, aanpak op maat, taakverdeling, (financiële) steun, mankracht en soms aanpassing van wetten en uitbreiding van (juridische) bevoegdheden nodig. Dit kan geborgd worden in lokale preventieakkoorden, gecombineerd met lokale sportakkoorden tot een vitaliteitsakkoord, waarbij de wijkgerichte aanpak is opgenomen.

7. Inzet van de kracht van community

Bij het stimuleren van vitaliteit en (positieve) gezondheid wordt ingezet op robuuste samenwerking met belangrijke sociale netwerken dicht bij de mensen waar het om gaat. Daarbij wordt betrokkenheid en inzet gevraagd van en gefaciliteerd voor de mensen in persoonlijke kring alsmede de professionals en vrijwilligers van lokale (maatschappelijke) organisaties. Activiteiten in sociaal verband, zoals sport of cultuur, horen hier vanzelfsprekend bij. Deze sociale basisinfrastructuur dient, ondanks bezuinigingen, overeind te blijven en zelfs verder versterkt te worden. De community-aanpak helpt om de mensen te bereiken die het meest kwetsbaar zijn. De community stimuleert het starten met en volhouden van een gezonde leefstijl. Inzet op maatjes voor gezonde leefstijl en sporten en bewegen kan daar onderdeel van zijn.

8. Meer (preventieve) inzet op vitaliteit, positieve gezondheid en leefstijl

De focus wordt verlegd van het genezen van ziekten en het geven van zorg, naar een omgeving die vitaliteit en gezonde, actieve leefstijl en het van betekenis kunnen zijn, voor iedereen mogelijk maakt en waarvoor mensen structureel de benodigde vaardigheden krijgen aangeleerd. Daarbij is expliciet aandacht voor essentiële randvoorwaarden om aan gezondheid en vitaliteit te kunnen werken, zoals bestaanszekerheid, mentale gezondheid en stressvermindering. Deelnemen aan activiteiten in de eigen omgeving die een sociaal verband bieden en bevorderend zijn voor de (mentale of fysieke) gezondheid, zoals sport of cultuur, horen tot het basisrecht van elke Nederlander en daarom worden oplossingen gezocht om dit voor elke inwoner van Nederland vanzelfsprekend en (financieel) haalbaar te maken. De kennis en expertise van curatieve zorg blijft essentieel, ook om betere preventieve zorg te kunnen bieden. Focus in de communicatie rondom preventie met name op het goed willen doen voor kinderen en jongeren (de volgende generatie)”, waardoor de boodschap en de maatregelen kunnen rekenen op meer maatschappelijke steun.

9. Adequate, op de burger gerichte zorgverlening

Ook in een gezond, vitaal en veerkrachtig Nederland blijft het nodig om hulp of zorg te verlenen als mensen (gezondheids-)problemen ervaren. Deze curatieve zorgverlening wordt toegepast volgens de principes van Positieve Gezondheid. Er wordt daarbij nog meer ingezet op het helder krijgen en centraal stellen van waar de betreffende persoon behoefte aan heeft (in plaats van waar de professional of de beleidsmaker denkt dat het individu behoefte aan heeft). Gezond zijn betekent immers niet voor iedereen hetzelfde, en is mede afhankelijk van sociale omgeving en persoonlijke voorkeuren. Er wordt in samenhang met elkaar gewerkt aan de belangrijkste positieve veranderingen in

het leven van de betreffende persoon in die situatie (en niet op het los van elkaar behandelen van opkomende problemen). Daarbij wordt gekozen voor een integrale levensloopbenadering. Er wordt niet alleen gekeken wat belangrijk is op het moment, maar ook voor het vervolg van de levensloop. De mensen en de community eromheen worden in hun kracht gezet, zodat mensen versterkt worden in hun mogelijkheden om een leven te leiden dat in hun eigen ogen zinvol, prettig en gezond is. Eén loket voor een gezonde, actieve en weerbare burger, waar ook hulp voor gezonde, actieve leefstijl en vitaliteit te vinden is (i.p.v. alleen zorg bij problemen).

10. Specifieke aandacht voor begin levensloop (van voor geboorte tot 24e levensjaar) én voor mensen met kwetsbare gezondheid

De genoemde beweging is gericht op alle mensen, met daarbij specifieke aandacht voor de eerste jaren van de levensloop (van vlak voor de zwangerschap tot aan het 24^e levensjaar) en voor degenen waarbij de gezondheid en situatie het meest kwetsbaar is (bijvoorbeeld door chronische ziekte, stress of bestaansonzekerheid). OM het verschil echt te maken, is het van belang om in te zetten op wijken waar het het hardst nodig is en op vroegsignalering (individuele preventie) en op het voorkomen van intergenerationele overdracht. Door ouders beter te ondersteunen (bijvoorbeeld met toegankelijke verlos- en kinderopvang en hulp bij verslavingen of mentale gezondheid), kun je zorgen dat kinderen opgroeien in een veilige en gezonde omgeving. Extra investering is nodig om voor hen randvoorwaarden te realiseren en te bereiken, waaronder bestaanszekerheid, een gezonde omgeving, een sterk sociaal netwerk, mentale weerbaarheid en een vitale leefstijl waarin voldoende ruimte voor sport en ontspanning is. Maar ook voor het vinden en toepassen van de juiste strategie om met hen de positieve verandering die zij zo hard nodig hebben, tweeweg te brengen en vol te houden. Werken aan een totaalaanpak, gericht op een kansrijke start voor iedereen en in het aanpakken van de complexe ongelijkheid in de samenleving (zie rapport Raad voor Volksgezondheid en Samenleving). De beïnvloeders van de eerste levensfase dienen opgeleid en begeleid te worden om te komen tot de gewenste gezamenlijk afgestemde werkwijze (waaronder zwangerschapsbegeleiding, kraamverzorgers, consultatiebureaus, jeugdartsen, kinderopvang, primair onderwijs, etc.). Voor alle hier genoemde maatregelen geldt dat de maatregel gelijke kansen moet bieden voor iedereen om vitaler te worden en dat de maatregel dientengevolge gedifferentieerd toegepast wordt al naar gelang de oorzaken van beperkte vitaliteit verschillen' (Equity). Voor alle maatregelen geldt dat ze getoetst zijn op effect bij verschillende groepen mensen met verschillende achtergronden en verschillende vitaliteitsvraagstukken. Kennis die uit deze evaluaties naar voren komt wordt verwerkt in de toepassing van de maatregel' (anders is er sprake van epistemic injustice).

Onderstaande afbeelding (uit gezondheidsnota) visualiseert waarom investeren in samenwerking loont.

Figuur 2.1.



2.4 Vragen aan het kabinet

Om deze veranderingen te bewerkstelligen en dit nieuwe normaal te kunnen inregelen, vragen wij het (nieuwe) kabinet om in samenspraak en samenwerking met relevante organisaties het volgende te realiseren:

- ✓ Een integraal **deltaplan voor een gezond, vitaal en veerkrachtig Nederland** op te stellen, verankerd binnen alle relevante departementen, met de **Gezondste Generatie 2040** als wenkend perspectief, geconcretiseerd in integraal gedragen doelstellingen.
- ✓ Een **nationaal coördinator** aan te stellen, die onder rechtstreekse verantwoordelijkheid van de minister-president, de coördinatie heeft over de uitvoering van het deltaplan;
- ✓ Het deltaplan en de maatregelen die daaruit voortvloeien mogelijk te maken door samen te werken volgens het principe van “**(positive) health in all policies**”. Hindernissen en mogelijkheden worden besproken.
- ✓ **Afdoende budget** voor het creëren en onderhouden van een gezond, vitaal en veerkrachtig Nederland. Enerzijds door niet te bezuinigen op de sociale basisinfrastructuur die bijdraagt aan vitaliteit en leefstijl, anderzijds door het extra investeren in maatregelen die bijdragen aan een gezond, vitaal en veerkrachtig Nederland. Door de nieuwe werkwijze (waarin krachten worden gebundeld, waarin van bewezen kennis, data, richtlijnen en goede voorbeelden gebruik wordt gemaakt en waarin integraal wordt ingezet op een leven lang gezonde leefstijl en vitaliteit) zal de curatieve zorg op den duur ontlast gaan worden. De kosten gaan hier voor de baten uit.
- ✓ Inzet op **geregisseerde wijkaanpakken** op maat, via lokale vitaliteitsakkoorden met duidelijke targets en regie, waarbij de burger, de aanwezige communities en de borging van een sociale basisinfrastructuur het vertrekpunt zijn. Hiervoor is landelijke regie en facilitering nodig. Essentieel onderdeel daarbij zijn het verzamelen, verspreiden en breder toepassen van onderzoeksdata, succesfactoren, bewezen richtlijnen en goede voorbeelden. N.B.: Het gaat daarbij om het faciliteren van lokale, integrale pps-samenwerking tussen organisaties dicht bij de burger zoals huisartsen, fysiotherapeuten, sociale wijkteams, sociaal werk, scholen, kinderopvang/BSO, jeugdzorg, zorgverzekeraars, bedrijfsleven/werkgevers, consultatiebureaus, GGD'en en sport- en cultuurclubs en de gemeente, gericht op professionalisering van organisaties die daar een rol spelen en de onderlinge samenwerking.
- ✓ Aandacht voor alle inwoners van Nederland, met specifieke aandacht voor het **begin van de levensloop** (van vlak voor de zwangerschap tot 24e levensjaar) én voor mensen met de **grootste gezondheidsachterstand**.

COLOFON

Deze notitie is geschreven voor de Initiatiefgroep Preventieakkoord, ter voorbereiding van de gezamenlijke brief aan de informateur. Deze notitie is tot stand gekomen met inbreng van de werkgroep "Vitale burgers in een gezonde samenleving". De volgende mensen/organisaties hebben daarin hun bijdrage geleverd:

- Angelique Schuitemaker (IPH)
- Ellen Ligthart/Ruud Rutte (GGZ)
- Elly Dekker (VNG)
- Gerda Feunekes (Voedingscentrum)
- Karolien van den Brekel-Dijkstra (IPH en huisarts)
- Leontien Peeters (Bernard van Leer Foundation)
- Marjon Bachra/Mieke Spaans (JOGG)
- Mark Monsma (SGF/Gezonde Generatie)
- Meijke van Herwijnen (Federatie voor Gezondheid/Visiom)
- Natascha Ponsioen (MBO-raad, ook namens VO en PO)
- Nazan Altiparnak (KNVB)
- Patricia Heijdenrijk (Pharos)
- René Verkuylen (Sociaal Werk Nederland)
- Robert Vonk (RVS)
- Sanne Scholte/Angela van Dijk (LKCA)

Rapporteurs namens de werkgroep: Erik Lenselink, Lieke Vloet (NOC*NSF). De eindverantwoordelijkheid voor deze rapportage ligt bij deze rapporteurs.

BIJLAGE 1: Mogelijke maatregelen voor Vitale mensen in een gezonde samenleving

Behorend bij het voorstel aan de initiatiefgroep van het preventieakkoord, door werkgroep 1

In onderstaande overzicht staat per voorgestelde verschuiving mogelijke maatregelen beschreven die laten zien hoe je deze verschuiving op gang zou kunnen brengen. Deze set maatregelen is een opsomming van de door de werkgroepleden genoemde voorbeelden zonder daarin een prioritering te hebben aangebracht en zonder daarbij volledig te willen zijn en zonder dat elke afzonderlijke maatregel door alle leden van de werkgroep expliciet is aanbevolen.

Verschuiving	Mogelijke maatregelen
1. Gezond gedrag (bijvoorbeeld) eetpatroon en beweging uitdagende omgeving	<ul style="list-style-type: none">➤ Overheden, bedrijven en maatschappelijke organisaties versterken de gezonde prikkels in de omgeving en beperken de ongezonde prikkels. vergemakkelijken gezonde keuzes en beperken de ongezonde prikkels, in een gezondere fysieke en sociale omgeving➤ Overheden en bedrijven stimuleren om bij nieuw- en verbouwplannen de omgeving gezond en beweeguitnodigend en -uitdagend in te richten voor alle leeftijden (bijv. trap i.p.v. lift centraal en voldoende sportaccommodaties). Daar waar dit nog niet het geval is wordt omgevingsvisie hierop aangepast.➤ Gezonde voeding zichtbaarder, aantrekkelijker en goedkoper maken van ongezonde voeding.➤ Structureel investeren in beweeg- en sportactiviteiten en professionalisering van aanbieders, gericht op het voldoende in beweging krijgen en houden van alle Nederlanders in hun dagelijkse setting: op kinderopvang/BSO, school, op het werk, in de buurt.➤ Aansluiten bij "Bewegen, het nieuwe normaal".➤ Onderwijs-, zorg- en welzijnssector mogelijkheden bieden om binnen hun reguliere werk en financiering samen te werken met sport- en beweegsector en met de culturele sector.➤ Ouders stimuleren en ondersteunen om een gezonde omgeving voor hun kinderen te creëren, o.a. door gezonde voeding aan te bieden en zelf te eten, door in het zicht van het kind niet te roken en geen alcohol te drinken en door voldoende met de kinderen te sporten en bewegen.
2. Gezonde keuzes belonen en financiële prikkels	<ul style="list-style-type: none">➤ Beloningssystemen voor gezonde en actieve leefstijl, zoals het verdienen van fit-coins, het belonen van een gezond actieve leefstijl, het belonen van preventief leefstijladvies en leefstijlbegeleiding, vergoeding van sportactiviteiten, etc.➤ In 2022 kijken we zonder taboes naar de voortgang.
3. Gezondheidsvaardigheden in een leven lang leren	<ul style="list-style-type: none">➤ Scholen en kindcentra borgen structurele aandacht voor gezonde leefstijl voor kinderen, leerlingen, studenten en medewerkers (de aanpak van Gezonde School en Gezonde kinderopvang). Via een doorlopend leerpad worden gezondheidsvaardigheden, mentale weerbaarheid en het nemen van regie op je eigen leefstijl, toegepast.➤ Naar Fins voorbeeld worden alle basisscholen gestimuleerd om bewegen i.p.v. zitten centraal te stellen. De gezonde basisschool wordt het uitgangspunt, te beginnen bij scholen met veel lage SES-kinderen.➤ Professionals en vrijwilligers die daarin een rol in spelen, worden daartoe opgeleid.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Studenten aan MBO, HBO en Universiteiten die worden opgeleid tot professies in sport, onderwijs, welzijn en zorg worden standaard opgeleid in gezondheidsvaardigheden, mentale weerbaarheid, gespreksvaardigheden en het nemen van regie op je eigen leefstijl. Voor zichzelf en hun latere clientèle. ➤ Deze thema's worden tevens opgenomen in de bijscholingsprogramma's van reeds werkzame professionals in de genoemde sectoren.
<p>4. Normaliseren van gezond gedrag; Health in all policies</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ouders, kinderopvang/BSO, onderwijs, sportclubs, werkgevers en zorgverleners dragen allen bij aan het normaliseren van gezond gedrag. Via educatie, regelingen, afspraken en goed voorbeeldgedrag binnen al deze domeinen wordt gezond gedrag van jongs af aan vanzelfsprekend gemaakt en vanzelfsprekend deel van de samenleving. ➤ Ontwikkeling van voorlichtingsprogramma's en implementatie van bestaande leefstijlprogramma's binnen organisaties stimuleren en ondersteunen, zoals binnen kinderopvang, scholen, sportclubs, werkgevers en zorgverleners. Zij worden gestimuleerd om een programma te volgen of een certificaat te behalen. ➤ Bewustwordingscampagne 'gezonde, actieve leefstijl met bewegen en sport', gericht op burgers, scholen, werkgevers, zorgcentra en sportclubs. ➤ Health in all policies. Overheid, private sector en maatschappelijke organisaties (de ondertekenaars van het akkoord) dragen ervoor zorg dat alle beïnvloedbare omgevingsfactoren positief ingesteld worden gericht op vitaliteit en gezond, actief gedrag van burgers. ➤ Gebruik gemaakt van (gekoppelde) data van – signalerings- en monitoringinstrumenten. ➤ Naar Fins voorbeeld krijgen alle departementen vanuit hun rol de taak om te beschrijven wat het effect op gezondheid is. Een minister coördineert een kabinetsbrede aanpak voor meer gezondheid.
<p>5. Geregisseerde wijkaanpak; Inzet van de kracht van community</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inzet op community-gerichte wijkaanpak waarin door alle domeinen heen zorg is voor positieve gezondheid van iedereen (delen ervaringen, stimuleren elkaar, helpen elkaar echt en bouwen daarbij een sociaal netwerk op waar ze duurzaam wat aan hebben). ➤ Stimuleren en ondersteunen van clubs en organisaties (zoals sportclubs en cultuurclubs) die een sociaal verband bieden die het voor de burgers eenvoudig maakt gezond gedrag vol te houden. ➤ Inzet op maatjes voor gezonde leefstijl en sporten en bewegen. ➤ Relevantie geven aan lokale preventieakkoorden en deze combineren met lokale sportakkoorden tot een vitaliteitsakkoord waarbij aandacht is voor alle facetten van gezonde, sportief-actieve leefstijl en vitaliteit. ➤ Vergroten van de (juridische) mogelijkheden en opheffen van beperkingen die gemeenten ervaren in hun zorg voor een gezonde omgeving. (Voorbeeld G4+Ede in streven tot gezonde voedselomgeving) ➤ Gezondheidsorganisaties en welzijnsorganisaties worden getraind om de kracht van communities in te zetten in de promotie van gezonde en actieve leefstijl. ➤ Opzetten van robuuste samenwerkingsstructuren op lokaal niveau tussen onder meer scholen, werkgevers, eerstelijns zorg, buurtorganisaties en sportclubs.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Niet nodig om nieuwe aanpakken te ontwikkelen, wel dat integrale samenwerking in de wijk ook concreet vorm wordt gegeven en dat procesverantwoordelijkheid in de wijk wordt afgesproken.
6. Meer (preventieve) inzet op vitaliteit, positieve gezondheid en leefstijl	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Focus in de communicatie rondom preventie met name op het goed willen doen voor kinderen en jongeren (de volgende generatie)", waardoor de boodschap en de maatregelen kunnen rekenen op meer maatschappelijke steun. ➤ Op gang brengen van een maatschappelijk debat op gang om het beeld dat overheden zich niet met gedrag mogen bemoeien als het gaat om gezondheid, terwijl de overheid dit wel (terecht) doet op andere gebieden (verkeer, geweld, misbruik, uitbuiting, etc.). ➤ Leefstijlprogramma's zijn makkelijk toegankelijk voor iedereen en zijn zodanig ingericht dat ze mensen helpen om de regie te hebben op hun eigen (gezonde) leefstijl. ➤ Deelnemen aan activiteiten in de eigen omgeving die een sociaal verband bieden en bevorderend zijn voor de (mentale of fysieke) gezondheid, zoals sport of cultuur, horen tot het basisrecht van elke Nederlander en daarom worden oplossingen gezocht om dit voor elke inwoner van Nederland vanzelfsprekend en (financieel) haalbaar te maken. ➤ Door interdepartementaal samen te werken volgens het principe van "health in all policies" wordt aandacht en budget verschoven om maatregelen richting een gezond, vitaal en veerkrachtig Nederland mogelijk te maken. ➤ Meenemen voorstellen van VNO-NCW (rondom technologie en werkvloer)
7. Adequate, op de burger gerichte zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eén loket voor een gezonde, actieve en weerbare burger, waar ook hulp voor gezonde, actieve leefstijl en vitaliteit te vinden is (i.p.v. alleen zorg bij problemen). ➤ Zorgverlening erop richten dat mensen versterkt worden in hun mogelijkheden om een leven te leiden dat in hun eigen ogen zinvol en prettig is. De burger centraal. ➤ Verandering bewerkstelligen door op verschillende gebieden tegelijk te acteren, voortdurend te monitoren en bij te sturen (i.p.v. het te geïsoleerd adresseren van knelpunten). ➤ Ontschotting van de diverse zorgverleners én samenwerking tussen zorg en andere aanbieders die een rol kunnen spelen in een gezonde en actieve leefstijl van mensen, zoals sport- en beweegaanbieders en de welzijnssector. ➤ Versterken van het landelijk netwerk van organisaties die zich bezighouden met vitaliteit en gezonde leefstijl zoals huisartsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, GLI's, GGD'en, onderwijs, sociaal werkers, gemeenten, zorgverzekeraars, werkgevers en sport. ➤ Onderzoek naar: belemmerende factoren, zoals regelgeving met betrekking tot zorgverlening en de samenwerking tussen zorg en andere gezonde leefstijl-beïnvloeders (zoals welzijnscentra en sportclubs).
8. Specifieke aandacht voor begin levensloop	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De beïnvloeders van de eerste levensfase opleiden om te komen tot de gewenste gezamenlijk afgestemde werkwijze (waaronder zwangerschapsbegeleiding, kraamverzorgers, consultatiebureaus, jeugdartsen, kinderopvang, primair onderwijs, etc.).

(van vlak voor geboorte tot 24 ^e levensjaar)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Werken aan een totaalaanpak, gericht op een kansrijke start voor iedereen en in het aanpakken van de complexe ongelijkheid in de samenleving (zie rapport RVS).
9. Specifieke aandacht voor mensen met kwetsbare gezondheid (bijvoorbeeld door chronische stress of bestaans-onzekerheid)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nadrukkelijk inzetten op wijken waar het het hardst nodig is en in overleg met de mensen zelf, de juiste aanpak voor deze situatie creëren, om het verschil echt te maken. ➤ Investeer in bestaanszekerheid om chronische stress te verminderen en (mentale) gezondheid te bevorderen, als voorwaarden om te kunnen werken aan gezondheid, vitaliteit en weerbaarheid. ➤ Investeer extra in schuldhulpverlening voor gezinnen en andere mensen die door COVID 19 (nog) harder getroffen zijn in hun inkomen. ➤ Verkenning van (financierings-)mogelijkheden van sport en bewegen en cultuur voor mensen die qua gezondheid en financiële situatie kwetsbaar zijn, met als doel hen het recht te geven te participeren in de maatschappij en in de lokale sociale verbanden. ➤ Investeer in uitbreiding verlofregelingen en flexibele uren voor ouders en mantelzorgers; bijvoorbeeld door universele toegang kinderopvang, uitbreiden ouderschaps- en partnerverlof (ook voor ZZP'ers), meer steun en waardering voor mantelzorgers en andere informele zorgverleners.

3. Financiering en stelsel

Investeren in vitaliteit en gezondheid lonend maken

Voorstellen aan de Initiatiefgroep Preventieakkoord van werkgroep 2 – Financiering & Stelsel

3.1 De aanleiding

Investerings in gezondheid⁴ worden nog te beperkt gedaan: er is geen structurele financiering, er is weinig budget voor gezondheidsinitiatieven, de aanpak is te vrijblijvend en te versnipperd. Hierdoor is ook de maatschappelijke impact te beperkt.

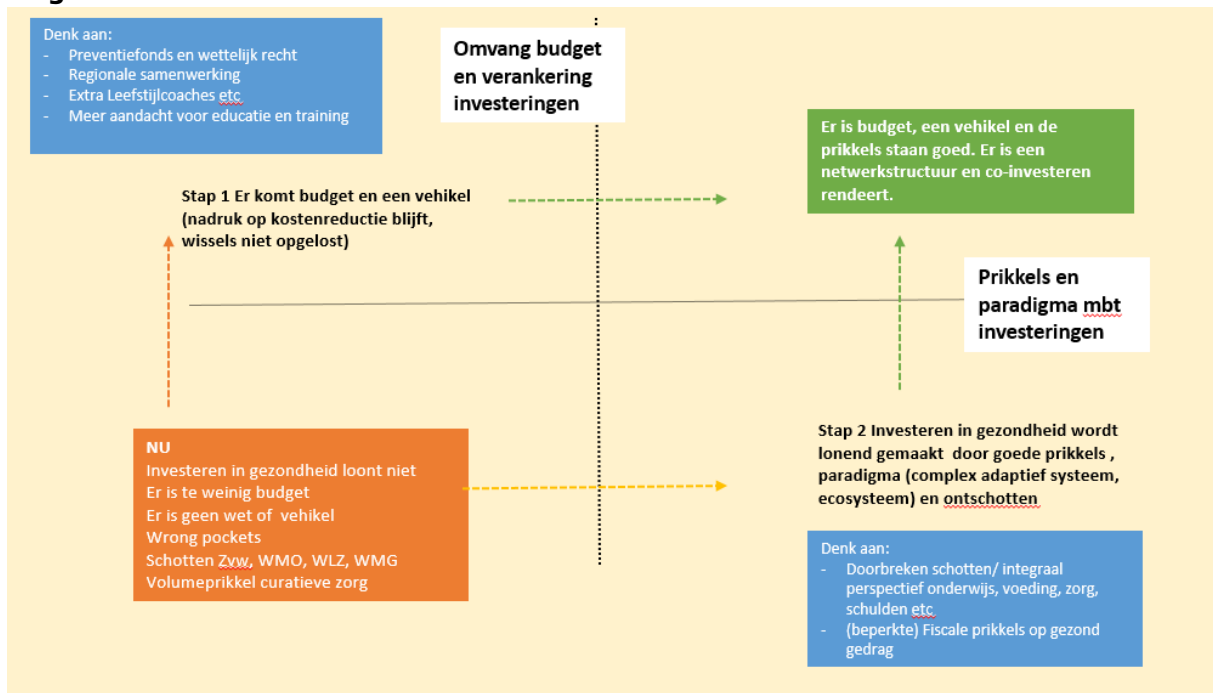
Als oorzaken van dit probleem zien we: 1) Preventieve interventies kosten geld, maar het rendement is ongewis, 2) De meeste zorgkosten worden in de laatste twee levensjaren van mensen gemaakt, en 3) Het *wrong pocket* verschijnsel: de baten van de investeringen vallen bij andere partijen dan degene die de investering doet.

Deze oorzaken vinden hun oorsprong in een aantal 'wissels' in de samenleving die verkeerd staan, in bijzonder binnen de stelsels van sociale en zorg voorzieningen. Om de bestaande situatie te doorbreken, moeten we anders denken/kijken, andere aannames maken, het probleem anders aanvielen dan we tot dusver hebben gedaan.

3.2 De alternatieve benadering

Om de financiering -het investeren in vitaliteit en gezondheid- beter te regelen zijn twee stappen tegelijkertijd nodig zijn. Allereerst moet er (structureel) budget vrij worden gemaakt (stap 1). Bovendien moeten die investeringen ook lonend worden gemaakt (stap 2). In de wenselijke situatie is er een integrale benadering waarin gezond gedrag, budget, samenwerking etc. in samenhang worden benaderd. Zie de onderstaande figuur.

Figuur 3.1.



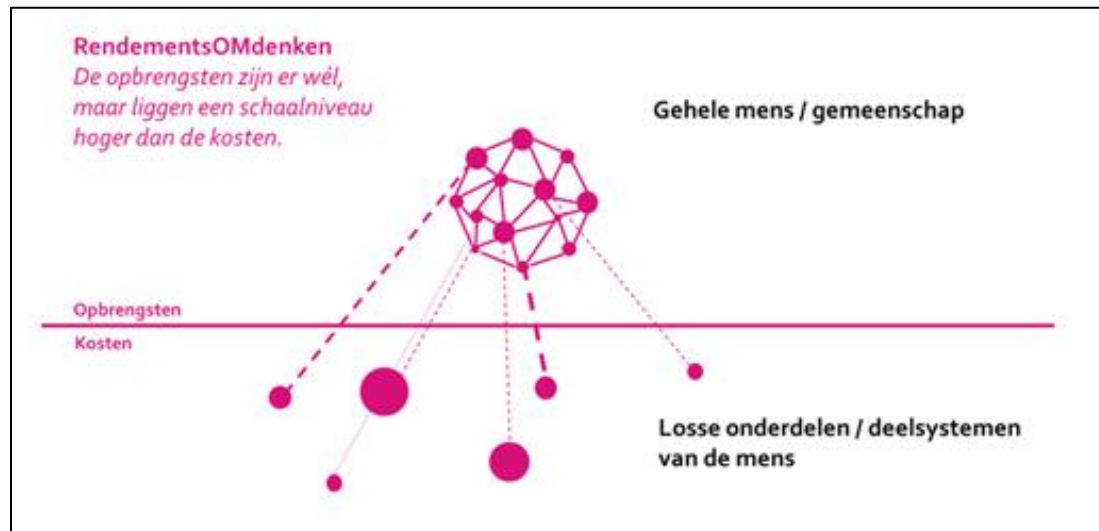
⁴ Tijdens de eerste bijeenkomst werd voorgesteld om niet meer preventie maar gezondheid als kernbegrip te gebruiken.

Om beide stappen te kunnen zetten helpt het om uit te zoomen en op zoek te gaan naar de plekken in de samenleving -in bijzonder de stelsels van zorg en sociale voorzieningen- waar systeemprykkels (of als metafoor: 'wissels') verkeerd staan. Door op cruciale plekken 'wissels' om te zetten, kan de samenleving als een zogenaamd ecosysteem een nieuw evenwicht gaan vinden; eentje waarin investeren in vitaliteit en gezondheid óók onderdeel wordt van het kernnet (om in de analogie van het spoorwegennet te blijven). Het omzetten van wissels om de gewenste beweging te maken kost wel tijd, zo'n 5 à 10 jaar. In de tussentijd is het van belang incidentele middelen te krijgen om beide stappen goed te kunnen zetten.

3.3 Drie 'wissels die verkeerd staan'

1. **Er is geen heldere verantwoordelijkheidstoedeling, wettelijke verankering en vehikel om gezondheidsinitiatieven vaart en richting te geven.**
2. **Investeren in gezondheid loont niet (of niet zichtbaar) bij de huidige opzet van Zvw, Wmg, Wmo, etc.**
 - a. De (maatschappelijke) opbrengsten/baten worden onderschat of zijn niet meetbaar op de langere termijn. Daardoor lonen ze niet zichtbaar;
 - b. De (maatschappelijke) opbrengsten/baten liggen een schaalniveau hoger (mens en maatschappij) dan waar de kosten worden gemaakt (deelsystemen van mens). Zie figuur 3.2;
 - c. De aard van (maatschappelijke) opbrengsten/baten wisselt en zijn vaak domein overstijgend. Mensen vervullen continu meerdere rollen tegelijkertijd (bijv. als partner, ouder, kind, werknemer, sporter, patiënt, consument, burger, ...). De opbrengsten/baten van investeringen in gezondheid en vitaliteit lopen daardoor uiteen voorkomen/herstel van ziekte (= output), verbetering van persoonlijk functioneren (= outcome), en meedoen in de samenleving (= impact).

Figuur 3.2.



3. **Gezond gedrag en gezonde keuzes blijven voor grote groepen mensen ondergeschikt of onnatuurlijk**
 - a. De gezonde burger/verzekerde/mens ervaart geen gezondheidsprobleem, en is daarom weinig genegen om zelf te investeren in zijn/haar eigen gezondheid;
 - b. De focus ligt op het financieren van gedragsverandering o.b.v. evidence-based interventies/producten/handelingen i.p.v. van het bekrachtigen van positief gezondheidsgedrag, de coproductie daarvan via netwerken/platfora, en het inrichten van een gezondere omgeving;
 - c. De ongezonde keus is vaak de goedkoopste keus.

3.4 Suggesties aan het kabinet

Om de twee voorgestelde stappen te kunnen maken moeten de voorgenoemde drie 'wissels' om worden gezet. We vragen daarom het kabinet om gezamenlijk met het veld de volgende, met elkaar samenhangende, maatregelen te nemen:

✓ **Voer een gezondheidsplicht in**

Veranker en verstevig de (grondwettelijke) plicht om in te zetten op preventie/-gezondheidsbevordering in diverse wetten. Start bij de wet publieke gezondheid (Wpg) en werk het uit naar zowel het zorgstelsel (Zvw, Wlz), het sociaal domein (Wmo, Jeugdwet, participatiewet, ...), en de fysieke omgeving (Omgevingswet, ...). Door het opnemen van een gezondheidsbevorderingsplicht kunnen partijen die voor de uitvoering van de betreffende wet verantwoordelijk zijn op hun rol en de behaalde resultaten worden aangesproken. Het inrichten van adequaat toezicht is daarbij dus een vereiste, evenals het formuleren van doelstellingen. Het voorkomt versnippering en desinvesteren in gezondheid.

✓ **Stel een gezamenlijk regionaal vitaliteitsfonds in**

De verantwoordelijkheid voor gezondheid is *ten principale* een gedeelde verantwoordelijkheid. Daarom is een regionaal vehikel in de vorm van een (publiek-privaat) vitaliteitsfonds nodig om gezamenlijk de gezondheidsplicht te kunnen invullen en waarmaken. Via het fonds zetten financiers hun budgetten flexibel in om gezamenlijk op regionaal niveau tot integraal gezondheidsbeleid met duidelijke gezondheidsdoelstellingen en uitvoering te komen. Het fonds wordt gevuld door gemeenten (uit het gemeentefonds), de zorgverzekeraars, werkgevers en mogelijk andere financiers. Zo worden deze partijen bij elkaar gebracht en kan vandaaruit een vernieuwende uitvoeringspraktijk via regionale arrangementen worden geïnitieerd en aangestuurd. Het is een tijdelijk vehikel (5 à 10 jaar) totdat de nieuwe uitvoeringspraktijk tot stand is gebracht.

✓ **Maak investeren in gezondheid lonend**

Door gericht wetgeving aan te passen (géén stelselwijzigingen) kunnen investeringen in gezondheid lonend worden gemaakt voor gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en werkgevers.

- Geef, zo lang er nog geen passende arrangementen en werkende regionale vitaliteitsfondsen zijn, gemeenten de rol en middelen om de basale infrastructuur rondom gezondheid stap voor stap op te zetten;
- Pas het risicovereveningsmodel aan, zodat verzekeraars niet negatief worden afgerekend op de resultaten van hun inzet op gezondheid en vitaliteit. Stel verzekerden bovendien in staat om naar keuze (meerjarige) polissen af te sluiten in combinatie met vitaliteitsprogramma's. Het is belangrijk dat verzekerden hun zorgverzekering kunnen kiezen op basis van de premie én de kwaliteit van het vitaliteitsprogramma;
- Leg in de Wlz vast dat zorgkantoren 2,5% tot 5% van hun regionale budget contracteerruimte mogen investeren in gezondheid en vitaliteit;
- Beloon werkgevers voor investeringen in de gezondheid en vitaliteit van hun personeel. Laat werkgevers en zorgverzekeraars de mogelijkheid behouden om collectieve zorgcollectiviteiten te sluiten onder de voorwaarde dat ze die 'vitaliteitsinhoudelijk' laden. Maak digitale ondersteund vitaliteitsplatforms via deze collectiviteiten tot de norm voor werkend Nederland. Maak investeren in vitaliteit voor werkgevers aantrekkelijker (aanpassing werkkostenregeling).

✓ **Monitor maatschappelijke opbrengsten/baten**

De maatschappelijke opbrengsten/baten zijn er vanuit het perspectief van de brede welvaart⁵. Start daarom met het investeren in gezondheid en vitaliteit, en richt een nieuw monitoringssysteem in om die opbrengsten/baten zichtbaar te maken. Hoewel ze nog niet goed meetbaar waren, zijn de eerste MKBA's uitgebracht en lijken nieuwe methodologieën kansrijk (modellen gebaseerd op complex adaptieve systeemtheorie).

⁵ In de Monitor Brede Welvaart & de Sustainable Development Goals 2020 beschrijft het CBS hoe de welvaart zich in de brede zin van het woord zich in Nederland ontwikkelt. Het gaat daarbij om zowel de economische als de ecologische en sociaal-maatschappelijke aspecten van welvaart.

✓ **Maak van de gezonde keus de makkelijkke keus**

Maak gezonde keuzes makkelijk én financieel aantrekkelijker binnen een gezondere sociale en fysieke omgeving. Binnen het belastingstelsel kan bijv. ook gedacht worden aan – binnen de EU-regels – benutten van mogelijkheden om gezond voedsel financieel aantrekkelijker te maken.

✓ **Geef invulling aan 'solidariteit opdat het goed gaat'**

Bouw en toets wetgeving rondom het principe van de positieve bijdrage aan gezondheid en vitaliteit. Daarmee geven we de breed gedragen solidariteit in de samenleving een grotere potentie. We kunnen ook met elkaar solidair zijn opdat het goed gaat. Denk bijvoorbeeld aan het zwemdiploma om verdrinkingsdood te voorkomen, of het rijbewijs om veilig van Groningen naar Vlissingen te kunnen rijden. Dit kan in de vorm van een lokale, basale vitaliteitsinfrastructuur of liever ecosysteem.

COLOFON

Deze notitie is geschreven voor de Initiatiefgroep Preventieakkoord, ter voorbereiding van de gezamenlijke brief aan de informateur. Deze notitie is tot stand gekomen met inbreng van een werkgroep "Financiering en stelsel". De volgende mensen/organisaties hebben daarin hun bijdrage geleverd:

- Elly Dekker (VNG)
- Bert van den Hoek (Trimbos Instituut)
- Peter Hoekstra (DNB)
- Ruben Wenselaar (Menzis)
- Anthony Stigter (VNO-NCW MKB-Nederland)
- Maarten Fischer (Noaber Foundation)
- Karen van Ruiten (Alles Is Gezondheid)
- Marcel Matthijsen (Sociaal Werk Nederland)
- Willem Jan Lieve (GGD GHOR Nederland)
- Mienieke Kwist (de Nederlandse GGZ)

Rapporteur namens de werkgroep: Thomas Plochg (Federatie voor Gezondheid). De eindverantwoordelijkheid voor deze rapportage ligt bij deze rapporteur.

4. Digitalisering als hefboom voor gezondheid

Hoe benutten we de gezondheidspotentie van digitalisering?

Voorstellen aan de Initiatiefgroep Preventieakkoord van de werkgroep 3 'Digitalisering'

Samenvatting

De sleutel tot meer gezondheid is gezonde keuzes te faciliteren in een gezonde(re) sociale en fysieke omgeving.⁶ Naast het gezonder maken van de leefomgeving helpt digitalisering mensen een spiegel voor te houden voor hun eigen gedrag. Technologie heeft vele sectoren enorm vernieuwd en verbeterd. Voor gezondheid en zorg staan we eigenlijk pas aan het begin van deze ontwikkeling. De toekomst van onze gezondheid(-szorg) wordt vooral bepaald door gezondheidsdata en meer in het bijzonder het combineren van medische data met andere data over o.m. gezondheid, gedrag, health tools en over de sociale en fysieke omgeving. Digitalisering faciliteert zelfmanagement c.q. de gedragsverandering én de omslag naar preventieve gezondheidszorg. Er ontstaat een snel groeiende consumentenmarkt met leefstijl- en gezondheidsdiensten, ondersteund met onder meer apps, wearables, sensoren en *internet of things*. Die beweging naar meer zelfmanagement kan een hefboom worden om het zorgstelsel toekomstbestendiger te maken. Als mensen en hun gemeenschappen in staat zijn hun natuurlijke vermogen tot groei, herstel en helen te benutten, wordt het zorgstelsel ontlast. Ten slotte kan gecombineerde data worden gebruikt voor (regionaal) beleid gericht op gezondheidsbevordering en voor versnellen van wetenschappelijk onderzoek naar gezondheid. Data op populatieniveau maakt het beter mogelijk besluiten te maken die grote groepen raken: veel winst is ook te behalen met interventies op grotere groepen.

De hoofdvraag is wat er nodig is om de gezondheidspotentie van digitalisering te verzilveren. Met gezondheidspotentie bedoelen we het vergroten van het aantal gezonde levensjaren vanuit een brede invalshoek van positieve gezondheid.⁷ In essentie willen we graag (in Nederland én Europa) proactief de marktcondities scheppen die gezondheidsdiensten mogelijk maken en opschaling van goed gebleken oplossingen stimuleren. Tegelijkertijd moeten we oog hebben voor de publieke belangen, met extra oog voor de bescherming die bijzondere persoonsgegevens over gezondheid verdienen. Dit is een nieuw thema, waarin veel ontdekt en ontgonnen gaat worden en die ook economische kansen biedt voor Nederland en Europa. Dat vraagt om een intensieve meerjarige privaat-publieke samenwerking, samen met kennisinstellingen en de wetenschap. Nieuwe spelers en coalities zullen ontstaan: denk aan combinaties van retailers, (zorg)verzekeraars, techbedrijven en 'klassieke' zorgaanbieders. De maatschappelijke uitdaging is tenslotte, gelet op de grote verschillen in gezondheid, iedereen gebruik te laten maken van nieuwe technologie door onder andere breed te investeren in digitale vaardigheden en ontvankelijkheid en een inclusieve vormgeving ervan. De belangrijkste bottleneck in Nederland lijkt vooral het ontsluiten van gezondheidsdata (breder dan in ons decentrale zorgstelsel met zorgdata) door een volwaardige infrastructuur voor gezondheidsdata die aansluit bij internationale standaarden. Het gaat dan om een data-infrastructuur waarop burgers met hun eigen gezondheidsdata buiten het zorgstelsel veilig kunnen delen met aanbieders van digitale diensten en producten

4.1 De toekomst van onze gezondheid(szorg)

De paradox is dat gezondheid het allerbelangrijkste is voor mensen, maar dat zij zich toch vaak ongezond gedragen. Technologie helpt om mensen een spiegel voor te houden voor hun eigen gedrag. De toekomst van onze (gezondheids-)zorg wordt vooral bepaald door data en

⁶ Zie SER (2020) Verkenning *Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg*, hoofdstuk preventie <https://www.ser.nl/nl/Publicaties/zorg-voor-de-toekomst>.

⁷ <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>

meer in het bijzonder het combineren van medische data met genomische data, gedrags- en locatiedata, internet of things, data over de sociale en fysieke omgeving etc. Maar ook door steeds meer toepassing van digitale health tools (zoals apps, wearables en sensoren). Daarmee faciliteert digitalisering zelfmanagement van gezondheid en de omslag naar preventieve gezondheidszorg. Voorwaarde is een goed functionele digitale infrastructuur voor deze gezondheidsmarkt en de medische zorg. Slim gebruik van data wordt daarnaast mogelijk gemaakt door onder andere big-data-analyse en artificiële intelligentie.

Naast de verzekerde zorg ontstaat een snelgroeïende B2C-markt met allerlei leefstijl- en gezondheidsdiensten, ondersteund met apps, wearables, sensoren en video-applicaties.⁸ Denk aan platforms en apps waar je hardloop-data, dieetvoornemens, weegschaalscores, slaappatroon en bloeddruk kunt combineren. Zo krijgen mensen potentieel zelf beter inzicht in hun eigen gezondheid en kunnen zij beter worden ondersteund bij een gezonde leefstijl. Andere voorbeelden zijn gepersonaliseerde boodschappen- en leefstijladviezen, persoonlijke gezondheidschecks en digitale vitaliteitsplatforms. Digitale gezondheidsprogramma's en vitaliteitsplatforms faciliteren mensen op een vraaggestuurde manier om te coachen bij hun eigen gezondheidsdoelen: in de werkgeversrol zien we dit type oplossingen een snelle vlucht nemen, soms samen met effectieve positieve financiële prikkels in een meerjarige arbeidsrelatie. Voor het vertrouwen van werkenden is belangrijk dat hun privacy goed geborgd is en dat hun gegevens afgeschermd zijn van de werkgever. Tegelijkertijd is er in deze nieuwe markt voor gezondheidsdiensten sprake van veel kaf en koren. Of zoals de CEO van het Engelse ORCHA het onlangs samenvatte: "a 'dangerous market' with incredible [health] potential".⁹

De hoofdvraag is wat er nodig is om de gezondheidspotentie van digitalisering te verzilveren (en ook de economische kansen die dat biedt voor Nederland). Digitalisering is een hulpmiddel en geen doel op zichzelf. Mensen zijn sociale wezens voor wie fysiek contact, relaties en verbondenheid een cruciale randvoorwaarde is om gezond te zijn en een kwalitatief mooi leven te kunnen leiden.

Daarachter schuilen vele vragen, zoals:

- Het gebruik van data kan essentieel worden voor preventie en gezondheid, maar uiteindelijk draait het om effectieve gedragsverandering (inclusief het motiveren van mensen). Wat zijn dus effectieve prikkels en aanpakken? Hoe bereiken we zoveel mogelijk mensen daarmee?
- Hoe kunnen we kansrijke digitale gezondheidsinitiatieven stimuleren en opschalen (en de bekendheid en het gebruik hiervan stimuleren)? Hoe kunnen we borgen dat initiatieven 'aan de voorkant' begrijpelijk en gebruikersvriendelijk zijn en 'aan de achterkant' mogelijkheden van ondersteuning en begeleiding dichtbij huis worden ontsloten? Hoe kunnen kansrijke digitale initiatieven die hetzelfde doel beogen beter aan elkaar gekoppeld worden?
- Hoe voorkomen we dat we door de hoeveelheid aan digitale initiatieven het zicht op wat goed werkt verliezen? Hoe informeren we mensen over welke initiatieven en diensten hen helpen en het beste passen bij hun behoeften?
- Hoe kan digitalisering en technologie bijdragen aan gezondheidsbevordering en het ondersteunen van een gezonde(re) leefstijl en hoe bereiken we juist de kwetsbare groepen in de samenleving, dus de groepen waar de grootste gezondheidswinst te behalen valt?
- En hoe kunnen we ook de economische kansen voor ondernemers (in Nederland en Europa) verzilveren? Wat is er op Europees niveau – met 27 verschillende zorgstelsels – nodig om een interne markt voor gezondheidsdiensten te stimuleren en Europese kernwaarden (zoals privacy, toegankelijkheid en solidariteit) te borgen?
- Wat is een passende rolverdeling hierin? Wat kunnen bedrijfsleven en zorg zelf doen? Wat wordt van de rijksoverheid verwacht? Hoe kunnen we – voor een lerende aanpak – de

⁸ Zie ook de [initiatiefnota](#) van de Tweede Kamer en de [kabinetsreactie](#) hierop.

⁹ https://uk.news.yahoo.com/health-apps-pros-and-cons-digital-104713953.html?soc_src=social-sh&soc_trk=tw&tsrc=twtr

samenwerking met kennisinstellingen en wetenschap/academische centra beter organiseren?

Wij willen graag proactief de randvoorwaarden en marktcondities scheppen (in Nederland én Europa) die nieuwe gezondheidsdiensten mogelijk maken, maar ook die opschaling van goed gebleken oplossingen stimuleren. Bij gezondheidsdiensten kan de business case een issue kan zijn, zeker in een klein land als Nederland. Om de investeringen in digitale systemen terug te verdienen, is schaal een belangrijke voorwaarde. Met grotere schaal heb je meer data, kun je producten verbeteren wat meer vraag genereert en daardoor meer schaal opleveren. Bovendien kun je de kosten per gebruiker verlagen, wat weer noodzakelijk is voor schaal. Advertentie-gedreven verdienmodellen kunnen juist bij gezondheidsdiensten problematisch zijn. We zien bij kansrijke gezondheidsdiensten veelal abonnementstarieven worden aangeboden, die bijv. de werkgever als betalende klant hebben.

Tegelijkertijd moeten we bij dit type diensten oog hebben voor de publieke belangen: inclusief voor iedereen, scheiden van kaf en koren, bescherming van privacy, met oog voor ethische issues en het realiseren van gezonde concurrentie (zonder ongewenste marktmarkt). Daarbij hoort oog (en mogelijk spelregels), zodat onze gevoelige gezondheidsdata wordt gebruikt voor onze gezondheid en niet ongewenste doeleinden. Vraag is ook hoe het uitmuntende wetenschappelijke onderzoek in Nederland over voeding, bewegen, gezondheid en digitalisering meer te richten op dit relatief onontgonnen terrein.

Als Nederland en Europa koplopers kunnen worden in de digitale transformatie, kan dat grote economische kansen creëren voor ons bedrijfsleven én als hefboom fungeren voor de omslag van nazorg naar voorzorg. Data-uitwisseling - ook mét en binnen de snelgroeiende private consumentenmarkt met apps en wearables - is een belangrijke voorwaarde. Tot nu toe ontstaat het overgrote deel van de digitale platforms – zeker gemeten in termen van marktkapitalisatie – in de VS en China. Europa blijft daar sterk bij achter. Europa kan koploper worden in FAIR data voor gezondheid en preventie. Als gezondheidsdata zelf wordt gebruikt als handelswaar, druist dat in tegen Europese waarden (en het Rijnlandse model): we willen geen tweede “Cambridge Analytica” op ons continent. De kans is hier een Europese FAIR data-economie voor gezondheid te creëren. De Europese Commissie heeft hier zelf ook diverse initiatieven lopen, zoals om te komen tot European Data Health Spaces¹⁰ en de Data Governance Act.¹¹ Wij ondersteunen deze initiatieven van harte, zodat op Europees niveau gezondheidsdiensten makkelijker kunnen doorgroeien. Dat biedt ook economische kansen voor Nederland en Europa.

De gezondheidsdiensten vragen om intensieve privaat-publieke samenwerking. Het vraagt ook, juist omdat zoveel nog niet bekend of uitgezocht is, intensieve samenwerking met onze voortreffelijke kennisinstellingen (w.o. TNO en RIVM) en wetenschap en academische centra.¹² Nieuwe spelers en coalities zullen ontstaan, denk aan combinaties van retailers, (zorg)verzekeraars, techbedrijven en ‘traditionele’ zorgaanbieders. De rol van de rijksoverheid is om randvoorwaarden te borgen binnen Nederland en Europa en daarbij innovatie en onderzoek te stimuleren.

4.2 Zelfmanagement faciliteren en risico's vroegtijdig opsporen

Digitalisering maakt het mogelijk dat mensen zelf antwoorden zoeken op hun zorgvragen. De publiekswaarde Thuisarts.nl van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), gestart in 2011 ondersteunt zorgverleners in hun voorlichtingsfunctie, maar stimuleert ook zorggebruikers/patiënten tot zelfregie. Thuisarts levert een belangrijke bijdrage leveren aan digitale gezondheidsbevordering, digitale voorzorg en digitale zorg gerelateerd aan professionele normen. Daarmee levert zij een bijdrage aan het voorkomen van ziekte, het zoveel mogelijk voorkomen van onnodige zorg, beperken van verzuim en beperking van kosten. Met 5,7 miljoen unieke bezoekers per maand is de website inmiddels zeer succesvol

¹⁰ https://ec.europa.eu/health/ehealth/dataspace_nl

¹¹ <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/european-data-governance>

¹² Zie ook de Nationale Wetenschapsagenda en de daarin relevante gezondheidsthema's waaronder preventie <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/nationale-wetenschapsagenda/>

en gezaghebbend, vooral door de aantoonbaar objectieve en toegankelijke informatie en de aansluiting bij de richtlijnen die (huis)artsen in de praktijk hanteren. Interessant is dat bijna de helft (45 procent) van de bezoekers aangeeft *geheel* door deze website geholpen te zijn en dat nog eens 29 procent aangeeft *gedeeltelijk* geholpen te zijn. Vier jaar na de introductie van deze website bleek uit een studie dat bij gebruik van Thuisarts het spreekuurbezoek (voor de tien meest bezochte aandoeningen) bij de huisarts met 12% daalde. Dat scheelt 675.000 bezoeken aan de huisarts per maand.¹³ Naast generieke websites zijn er ook websites voor specifieke behoeften of groepen: een site als www.proud2bme.nl (platform voor anorexia-klachten) of www.psychosenet.nl (bij psychische klachten) zijn voorbeelden.

Ook vanuit het bedrijfsleven zijn er succesvolle wegwijzers voor gezondheidsinformatie, zoals www.dokterdokter.nl en www.gezondheidsplein.nl. Het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) zet samen met techbedrijven pilots op voor een gepersonaliseerde versie van www.thuisarts.nl. Een vervolgstap is het toevoegen van algoritmes, die gerichte en gepersonaliseerde leefstijl- en gezondheidsadviezen verstrekken. In andere landen zijn vergelijkbare virtuele gezondheidsadviseurs, zoals Babylon Health en enkele chatsbots via Alexa en Google Home. Ook in Nederland zien we initiatieven, zoals met het Nederlandse bedrijf Quin dat huisartsenpraktijken helpt hun dienstverlening (inclusief triage) zoveel mogelijk digitaal in te richten.¹⁴ Het NHG onderkent dat Thuisarts, zeker als gebruik wordt gemaakt van nieuwe technologieën, nog veel meer zou kunnen betekenen voor de burgers in Nederland. Daar is een forse investering voor nodig en/of samenwerking met publieke of private partijen. Het NHG staat open voor een publiek-private samenwerking om dit te bereiken, maar wil wel de zeggenschap over de inhoud aan de beroepsgroep(en) houden.

Wij adviseren een actieve publiek-private samenwerking tussen NHG en haar partnerorganisaties met private partijen en een actieve betrokkenheid van de rijksoverheid om zo te komen tot een krachtige en inhoudelijk onafhankelijke publieke digitale dienstverlener met diensten op basis van de Nederlandse richtlijnen uit eerste en tweede lijn en GGZ. Dat zal naar verwachting leiden tot nog meer eigen regie van burgers en verdere beperking van het zorggebruik. Veel vragen over gezondheid zijn ook werkgerelateerd ('wat is er nog om mijn werk te hervatten'). Daarom is ook no regret-beleid om deze veel gebruikte vindplaatsen uit te breiden met werkgerelateerde informatie.

Een belangrijke vervolgstap is deze door te ontwikkelen tot een "medische of gezondheids-SIRI" en/of over te stappen naar bewezen platforms uit het buitenland: een gepersonaliseerde digitale gezondheids- c.q. leefstijlcoach. Dat betekent véél meer dan alleen inzet van algoritmes. De kwaliteit van zo'n digitale coach kan verbeteren (en preventiever worden) indien medische data kan worden gecombineerd met andere data, zoals over gedrag en uit wearables en internet of things en zoals over de sociale en fysieke omgeving. Zo'n "gezondheids-SIRI" zou het zorggebruik nog weer verder kunnen reduceren, zodat (huis)artsen meer tijd overhouden voor de sterk groeiende aantallen kwetsbare en 80/90-plussers in Nederland.

De precieze uitwerking van de publiek-private governance hiervan luistert nauw. Enerzijds gaat het om het creëren van onafhankelijke publieke 'nutsvoorzieningen'. Anderzijds is het van groot belang om de markt met innovatieve oplossingen te stimuleren en met marktpartijen actief samen te werken voor een bredere ontsluiting bij het grote publiek en met complementaire gezondheidsdiensten. Zo'n complementaire dienst kan, bijvoorbeeld, zijn dat medicijnen of tools worden thuisbezorgd of kunnen worden afgehaald bij de drogist. Dat alles moet tenslotte op een manier gebeuren die het vertrouwen van het publiek en professionals verdient.

Binnen de verzekerde zorg, vooral in de eerstelijns, wordt al veel werk gemaakt van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. De daar beschikbare informatie (aangevuld met andere data zoals over de leefomgeving) kan ook worden benut om mensen op te sporen met

¹³ <https://www.lumc.nl/over-het-lumc/nieuws/2016/november/zorggebruik-gedaald-thuisarts/>

¹⁴ <https://quin.md/nl/quin-dokters>

potentiële gezondheidsproblemen. Een aantal huisartsenpraktijken heeft al ervaring opgedaan met gebruik van big data-analyse om zogenaamde 'tikkende tijdbommen' (bijv. mannen van middelbare leeftijd die nooit naar de huisarts gaan) tijdig op het spreekuur te vragen. Ook in digitale vitaliteitsplatforms is 'early warning' mogelijk. Door slim gebruik te maken van bestaande 'behavioural data' en fysieke metingen (zoals hartslagactiviteit, zuurstofsaturatie, bloedruk/cholesterol, glucose) kan worden gesignaleerd wanneer iemand extra zorg of aandacht nodig heeft; of kunnen voorspellingen worden gedaan over de toekomstige gezondheidssituatie van mensen. Om dit soort toepassingen mogelijk te maken, is het essentieel dat data breed toepasbaar en uitwisselbaar is, met toestemming van de burger/patiënt.

4.3 Digitale vitaliteitsoplossingen tot de norm maken voor iedereen

We zien vele digitale vitaliteitsplatforms een snelle vlucht maken. Bekende voorbeelden zijn bijvoorbeeld Actify (Zilveren Kruis), Vitality (ASR), SamenGezond (Menzis), Vital10, GreenHabit, FoodFirstNetwork, Fitchannel.com en It's my life. Ook zijn er wijkplatforms, waar mensen informatie zoeken over de wijk waar zij wonen en daar ook gezondheids- en welzijnsinformatie vinden. Er zijn regionale platforms (zoals www.lekkerinjevel.amsterdam) en landelijke platforms (zoals www.proud2bme.nl). De meeste private platforms kennen een abonnementsmodel, dat wordt aangeboden rechtstreeks aan consumenten of via werkgevers, zorgverzekeraars, gemeenten of scholen. De dienstverlening kan 'blended' zijn, door bijv. gerichte fysieke diensten mogelijk te maken. Dit type oplossingen heeft een grote potentie omdat het vraaggestuurd is en erop gebouwd is om mensen langere tijd te prikkelen.

Het marktgebied van platforms in Nederland is sterk groeiend, maar ook beperkt. Dat kan de business case bemoeilijken (zeker in een klein land als Nederland): om de kosten van investeringen in digitale systemen terug te verdienen, is schaal een belangrijke voorwaarde. Ten slotte kan een issue zijn of worden dat ieder abonnement apart wordt ingekocht. Gezondheidsgedrag veranderen is vooral a) herhalen b) belonen c) makkelijk maken d) leuk maken e) betrekken van anderen (en lotgenoten).

De business case voor digitale gezondheidsdiensten via platforms lijkt op dit moment het beste bij werkgevers. Deze geven steeds meer aandacht aan de vitaliteit van hun werkenden. Niet alleen vanuit aantrekkelijk werkgeverschap (veelal white collar werk), maar vanuit goed werkgeverschap en productiviteit (bij blue collar werk). De business case voor wijk- en regioplatforms is iets ingewikkelder. Kort door de bocht is er een markt voor welgestelden die al veel aandacht hebben voor hun gezondheid. Maar wie gaat er betalen voor de digitale diensten voor hen die het juist nodig hebben, maar daarin niet willen of kunnen investeren. Ook daar ligt de preventieparadox. Vraag is of dat een taak kan zijn voor gemeenten, de landelijke overheid of zorgverzekeraars? Of moeten burgers dat (gedeeltelijk) zelf betalen.

De verwachting is dat de diverse vormen van platforms een grote vlucht gaan nemen. Velen zullen gebruik willen maken van selecties van dezelfde apps of gezondheidsdiensten dan wel naar elkaar verwijzen. Dat vraagt om een platformstrategie voor de toekomst. Belangrijke ingrediënten van zo'n strategie zijn dat apps en platforms open source zijn, zich bedienen van gestandaardiseerde koppelingen en privacy en security by design. Daartoe moeten landelijke afspraken worden gemaakt die aansluiten bij internationale standaarden, zoals dat al ook binnen de zorg gebeurt in het Informatieberaad.

Vooraf in de werkgeversrol zijn vitaliteitsplatforms aantrekkelijk. Werkgevers moeten zorgen dat werkenden veilig kunnen werken. Op de werkvloer zijn ook veel mogelijkheden om werkenden te faciliteren bij een gezonde leefstijl. Het vitaliteitsbeleid van veel branches en werkgevers bestaat uit aanvullende, zorginhoudelijke afspraken met zorgverzekeraars, bijvoorbeeld over het aanbieden van leefstijl- en vitaliteitsprogramma's, extra gehoorbescherming of extra aanspraken op (online) fysiotherapie of psychische zorg. Een aantal zorgverzekeraars biedt digitale vitaliteitsplatforms aan waarbij mensen zelf hun gezondheidsdoelen kiezen en daarmee aan de slag kunnen.

Box 4.1. De praktijk van werkgevers met vitaliteitsbeleid

Veel werkgevers stimuleren of faciliteren de facilititeit van hun werkenden, uit goed werkgeverschap, uit welbegrepen eigenbelang of als concurrerende arbeidsvoorwaarde. Voor werkgevers en branches kan dat ingewikkeld zijn: mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid en vitaliteit. Er is ook wetgeving (om begrijpelijke reden) die juist werkgevers verbiedt om invloed te hebben op gezondheid, zoals met de AVG of het verbod of medische keuringen. In de ogen van werkgevers voelt dat soms oneerlijk: je bent niet verantwoordelijk voor de gezondheid, maar je draait wel op voor de consequenties van langdurige ziekte of uitval (vanwege o.a. de twee jaar loondoorbetaling bij ziekte). De ervaringen in werkgeversland zijn dat vitaliteitsbeleid in de praktijk verschillende hobbels kent:

- De grootste uitdaging is om **iedereen te bereiken**: dat vraagt om een behoefte- of vraaggestuurde aanpak (in plaats van aanbodgedreven). Op HR-afdelingen vergt dat een omslag van 'wat kunnen mijn werknemers doen voor mij' naar 'wat kan ik doen voor mijn werknemers' vanuit een strategische HR-visie op preventieve gezondheid.
- Veel mensen vinden dat belangrijk dat hun werkgever zich niet met hun gezondheid bemoeit. Omgekeerd helpt het enorm om een vertrouwde en van de werkgever **afgeschermdde omgeving** te bieden waarin mensen zich veilig voelen
- Een aantal (grotere) werkgevers heeft ook zelf apps laten ontwikkelen of biedt wearables aan. De ervaringen laten zien dat het heel moeilijk blijkt om de **aandacht voor langere tijd** vast te houden, zelfs als het initiële bereik groot is.
- Een aantal (grotere) werkgevers heeft ook zelf apps laten ontwikkelen of biedt wearables aan. De ervaringen laten zien dat het heel moeilijk blijkt om de **aandacht voor langere tijd** vast te houden, zelfs als het initiële bereik groot is
- De kosten die werkgevers maken (bijv. in financieren van aanvullende zorgpakketten of abonnementen op gezondheidsdiensten) concurreren met andere kosten (iPads, bedrijfsuitjes etc.) in de **werkkostenregeling**. Ook is sprake van dat BTW-tarieven op digitale vitaliteitsdiensten hoger zijn dan op fysieke sportgelegenheden (zoals fitness)
- Het grootste deel van de werkgelegenheid betreft het **MKB**. Daar zijn vaak geen of zeer beperkte HRM-faciliteiten. Dat maakt het, bij alle wettelijke verplichtingen rondom het werkgeverschap, extra ingewikkeld om extra afspraken te maken voor de vitaliteit van werkenden. Daarom is ook recent het programma Vitaal Bedrijf gestart, dat MKB-ondernemers stimuleert hiermee aan de slag te gaan en dit zichtbaar te maken.¹⁵
- Er zijn veel aanwijzingen dat investeren in vitaliteit loont, echter relatief **weinig bewijsmateriaal**. Bovendien kan het beschikbare bewijsmateriaal - zoals deze zijn opgenomen in de interventiedatabase van het RIVM¹⁶- beter en op een toegankelijke wijze worden ontsloten voor gebruikers (in dit geval werkgevers en hun branches en werkgeversorganisaties).

Mede gelet op de ervaringen in werkgeversland zijn wij vooral enthousiast over digitale vitaliteitsplatforms, omdat deze vraaggestuurd zijn, MKB-werkgevers ontlasten en als eenvoudig als een afgeschermdde omgeving kunnen worden aangeboden aan werkenden. Digitale vitaliteitsplatforms kunnen ook makkelijk worden gecombineerd met langer lopende kleine positieve financiële prikkels die buitengewoon effectief blijken te zijn om bijv. werkenden blijvend te laten stoppen met roken. Ten slotte kunnen digitale vitaliteitsplatforms

¹⁵ <https://www.vitaalbedrijf.info/>

¹⁶ <https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken-algemeen>

niet alleen *preventieve* gezondheidsdiensten ontsluiten, maar ook gericht (en tijdig) doorverwijzen naar professionele zorg (bijv. doorverwijzen naar een bedrijfsmaatschappelijk werker of een psycholoog). Gebleken is dat 'blended' vormen van digitale en fysieke diensten samen effectiever zijn dan digitale zorg alleen.

Daarbij speelt op de korte termijn de volgende handicap. Werkenden kiezen tot dusverre hun eigen zorgverzekering (net als iedereen). Het is dus niet gezegd dat je als werkende kiest voor de zorgverzekeraar waar je werkgever aanvullende afspraken mee heeft gemaakt. Het verleidingsmechanisme is dat werkgevers nu nog tot 5% korting kunnen aanbieden op de nominale zorgpremie. Dat heeft ertoe geleid dat van 9 miljoen werkenden er ruim 6 miljoen hun zorgverzekering via de werkgever laten lopen. Deze kortingsmogelijkheid staat politiek ter discussie omdat deze zich slecht verhoudt met ons solidaire zorgstelsel, zeker omdat sommige collectiviteiten puur zijn opgericht om een maximale korting te bedingen ('bushaltecollectiviteiten'). Daarom vervalt de kortingsmogelijkheid per 1-1-2023. Dat betekent echter ook dat bestaand vitaliteitsbeleid van werkgevers dreigt te vervallen.

Ook voor mensen die geen werk hebben of gepensioneerd zijn, kan dit type oplossingen aantrekkelijk zijn. Het helpt dat er meer schaal wordt gerealiseerd (zoals bij werkenden), omdat het dat mogelijk maakt dat investeringen eerder worden terugverdiend en meer data beschikbaar komt om de dienstverlening verder te verbeteren. Daarbij kan ook actief met 'tussenpersonen' worden gewerkt, zoals zorgverzekeraars, scholen, gemeenten en ngo's.

4.4 Randvoorwaarden en borgen c.q. dienen van publieke belangen

Naar een Nationale Gezondheidsdata-infrastructuur

Eén van de bottlenecks in ons decentrale zorgstelsel is dat medische data gefragmenteerd is over vele tientallen ICT-leveranciers (soms met ongewenste marktmacht), zonder dat deze gemakkelijk kunnen worden uitgewisseld of hergebruikt. Dat kost zorgprofessionals tijd en werkplezier en kan leiden tot onjuiste beslissingen met potentiële gezondheidsschade als gevolg. De fragmentatie van medische data maakt het combineren ervan met andere data complex. Vanuit het ministerie van VWS wordt daarom beleid gemaakt gericht op verdergaande standaardisatie, mogelijkheid tot hergebruik van gegevens, digitale gegevensuitwisseling en het beschikbaar stellen van zorggegevens aan de burger. Dat gebeurt samen met het zorgveld in het Informatieberaad.¹⁷ Ook wordt er een wet voorbereid die digitale gegevensuitwisseling volgens landelijk afgesproken standaarden verplicht stelt. Vanuit de ACM is een verkenning gestart naar ongewenste marktmacht bij ICT-leveranciers in de zorg.¹⁸ Het beleid van VWS en het Informatieberaad houdt zich tot dusverre bezig met de ICT-infrastructuur en de gegevensuitwisseling binnen de zorg, en nog niet of nauwelijks binnen het publieke domein van de gezondheidsbevordering. De materie van de ICT-infrastructuur in de zorg is taai, er worden vorderingen gemaakt, maar het gaat langzaam. Voor gezondheidsbevordering in het publieke domein zijn er op dit moment nog nauwelijks afspraken over standaardisatie. Die moeten er wel komen.

ICT-bedrijven hebben aangegeven vanuit hun expertise te willen bijdragen aan oplossingen voor de verschillende ICT-vraagstukken. Daarom is in samenwerking tussen bedrijfsleven, VWS en zorgpartijen het manifest "Samen vooruit" opgesteld: een gezamenlijke ambitie ten behoeve van een versnelling van de digitale gegevensuitwisseling in de Nederlandse gezondheidszorg. In dat manifest committeren ICT-bedrijven zich aan een verdienmodel op basis van nuttige toepassingen met medische data.¹⁹ Dat is een variant op een eerder initiatief van Amerikaanse techbedrijven.²⁰ In het verlengde daarvan werken in de taskforce Samen Vooruit van VNO-NCW en het ministerie van VWS ruim 30 ICT-leveranciers intensief samen aan afspraken over onderlinge gegevensuitwisseling.²¹ Vanuit de wetenschap en

¹⁷ <https://www.informatieberaadzorg.nl/>

¹⁸ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/acm-start-marktverkenning-naar-informatiesystemen-en-gegevensuitwisseling-ziekenhuiszorg>

¹⁹ <https://www.vno-ncw.nl/meer-informatie/manifest-samen-vooruit-ondertekenaars>

²⁰ <https://www.itic.org/public-policy/CloudHealthcarePledge.pdf>

²¹ <https://taskforce-samen-vooruit.nl/>

bedrijfsleven zijn stappen gemaakt met Health RI²², met Population Data Health NL en met de eerste HTI standaard van Beter met Elkaar. TNO is met een aantal IT-bedrijven bezig met de voorbereiding van een data-infrastructuur voor persoonlijke gezondheidsdata.²³ Vanuit de Europese Commissie is ten slotte een initiatief gestart voor "European Data Health Spaces".

We zien dat sommige andere Europese landen een goed functionele open nationale data-infrastructuur hebben, breder dan de verzekerde zorg. Dat biedt vele mogelijkheden om onderzoek naar gezondheid te versnellen, voor beter beleid en voor gezondheidsdiensten. Daarom bepleiten wij next steps die leiden tot een vergelijkbare nationale data-infrastructuur voor gezondheid (breder dan medische c.q. verzekerde zorg), onder een aantal strenge voorwaarden, zoals voldoen aan de hoogste privacy- en veiligheidsstandaarden voldoet. In de inrichting dient er ruimte te zijn voor het (her)gebruik en combineren van data voor de volgende doeleinden: a) burgers/consumenten; b) door zorgprofessionals; c) voor beleid op regionaal en nationaal niveau; d) wetenschappelijk onderzoek (zoals met Health RI en Population Health Data NL); e) voor nieuwe gezondheidsdiensten.

Spelregels voor gebruik van gezondheidsdata in Europa en Nederland

Belangrijk voor het vertrouwen van burgers is dat zij beschermd worden tegen ongewenst gebruik van hun gezondheidsgegevens. Finland heeft daarom, binnen de AVG-richtlijn een wet gemaakt die secundair gebruik van medische data (en combineren ervan met andere data) regelt.²⁴ Een aantal Europese ondernemersorganisaties, waaronder VNO-NCW en het Duitse BDI, bepleiten dat er naar dit voorbeeld op Europees niveau een zusje van de AVG komt die secundair gebruik van gezondheidsdata op Europees niveau regelt, om zo het vertrouwen bij 450 miljoen Europese burgers te vergroten.²⁵ Vooruitlopend kan een Nederlandse wet worden gemaakt die secundair gebruik van gezondheidsdata regelt. Daarover heeft de Tweede Kamer recent vragen gesteld.²⁶

In het verlengde daarvan kan gedacht worden om alle burgers een 'data-codicil' aan te bieden, waarin zij vooraf aangeven welk gebruik van data (voor beleid, onderzoek en gezondheidsdiensten) mogelijk zijn. Deze kan onderdeel worden gemaakt van de persoonlijke gezondheidsomgeving. Mogelijk biedt zo'n meer generieke oplossing ook een beter alternatief voor de gespecificeerde toestemming die in de praktijk zeer ingewikkeld en arbeidsintensief blijkt. Ten slotte is belangrijk om te borgen dat data representatief zijn voor de beoogde populatie. Onderliggende algoritmen mogen derhalve niet discrimineren. Hier ligt een valkuil omdat bijvoorbeeld laaggeletterden en migrantengroepen vaak niet meegenomen zijn in onderzoek (belang van inclusief onderzoek).

Proactief multidimensionaal toezicht organiseren

Belangrijk is dat er toezicht is op naleving van regels. Tot dusverre is het overheidstoezicht in stukken gehakt, reactief (gefocusd op regelgeving) en eendimensionaal (zoals de AP kijkt naar privacy). Om deze nieuwe markt voor gezondheidsdiensten is belangrijk dat het toezicht zo wordt ingericht dat dat de gezondheidspotentie (en innovatie) faciliteert en tegelijkertijd de publieke belangen beter borgt. Dat vergt een betere samenwerking tussen toezichthouders:

- Voorkomen van ongewenste marktmacht (ACM);
- Goed gebruik van data binnen regels (aangepast mandaat AP?);
- Toezicht op kwaliteit van apps (zie hieronder).

In de nieuwe Europese Data Governance Act (chapter V en VI) is overigens een verplichting opgenomen dat bevoegde toezichthouders van de verschillende lidstaten moeten samenwerken. Ook wordt een European Data Innovation Board opgericht waarin de toezichthouders van de lidstaten die belast zijn met toezicht op de data sharing

²² <https://www.health-ri.nl/>

²³ <https://www.tno.nl/nl/over-tno/nieuws/2020/9/consortium-start-ontwikkeling-privacy-bestendige-infrastructuur-voor-gezondheidsgegevens/>

²⁴ Zie <https://stm.fi/en/secondary-use-of-health-and-social-data>

²⁵ <https://www.vno-ncw.nl/column/maak-goede-wet-en-gebruik-medische-data-voor-gezondheid>

²⁶ Zie motie CDA/VVD <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35570-XVI-112.html>

vertegenwoordigd zijn (net als de European Data Protection Board, de Europese Commissie en andere toezichthouders).

Kaf en koren scheiden

Eén van de belangrijkste huidige uitdagingen in de nieuwe B2C-markt met gezondheidsdiensten is dat de consument het kaf van het koren kan onderscheiden en weet welke toepassingen veilig zijn én bijdragen aan het doel dat de consument wil bereiken. Als er medische en gezondheidsclaims worden gepropageerd, moeten consumenten erop kunnen vertrouwen dat deze ook worden waargemaakt. Op dit moment worden e-health-toepassingen (afgezien van de 'medical devices' die 21% van het aanbod beslaan) niet of nauwelijks getoetst voordat deze op de markt komen.

Nauwe samenwerking met de wetenschap en kennisinstellingen is daarbij gewenst. Daarom ondersteunen we het initiatief van een National eHealth Living Lab (NELL)²⁷ van harte. Het LUMC is - samen met collega's uit Engeland (ORCHA), de VS, China en Singapore - gestart met het doorlichten van de duizenden gezondheidsapps op effectiviteit. MIND en De Nederlandse GGZ lichten samen met ORCHA en NELL apps door op het gebied van mentale veerkracht voor de GGZ-appwewijzer.

De focus ligt vooral op de beoordeling van de apps die nu veel gebruikt worden (onderzoek). Belangrijk is dat apps niet alleen gevalideerd worden, maar ook getest op werkzaamheid om uitspraken te kunnen doen over de toegevoegde waarde en doelmatigheid.

Dat kan best ingewikkeld zijn: hoe krijg je iemand die nooit sport, na de eerste keer zover dat hij/zij niet opgeeft? Combinaties van digitale begeleiding en blended vormen van digitaal en live bieden dan interessante mogelijkheden en kunnen effect sorteren. Tegelijkertijd zijn we nog ver van standaardisatie en evidence based. De vraag is dus hoe we deze nieuwe industrie in Nederland kunnen ontwikkelen en stimuleren.

Aansluiting bij de onderzoeksactiviteiten van NELL is gewenst dat actief samenwerking wordt gezocht met digitale platforms en digitale vindplaatsen, zodat mensen actief kunnen worden geattendeerd op goed gebleken apps. NELL kan ook samenwerking zoeken met de partners van het Nationaal Preventieakkoord, bijvoorbeeld sportscholen en sportverenigingen, huisartspraktijken, scholen, werkgevers(verenigingen) en gemeenten.

Inclusieve samenleving

Belangrijk is te investeren in de digitale vaardigheden en infrastructuur van alle burgers, zodat iedereen kan profiteren van de gezondheidsvoordelen van dit type oplossingen. Naast vaardigheden ontwikkelen gaat het ook om de ontvankelijkheid van digitale gezondheidstool te vergroten bij burgers en professionals. Via veel gebruikte websites kunnen burgers actief wegwijs worden gemaakt met apps, zoals de Engelse NHS dat al doet.²⁸ Een voorbeeld daarvan is www.ggzappwijzer.nl, waar apps voor mentale veerkracht beoordeeld zijn door patiënten en zorgverleners. Bij de ontwikkeling van nieuwe toepassingen is belangrijk dat ook mensen betrokken worden die minder geneigd zijn hiervan gebruik te maken. Digitale tools, zoals apps, kunnen ook minder 'talig' worden ingericht (met symbolen) zodat zij voor iedereen begrijpelijk en prettig zijn. Bij de implementatie van digitale tools is het belangrijk dat lokaal/regionaal afspraken worden gemaakt om het gebruik te stimuleren en mensen te begeleiden bij het gebruik.

Het gebruik van data zal essentieel worden voor preventie, maar uiteindelijk gaat het draaien om effectieve gedragsverandering met behulp van deze data. Veel mensen zijn al gemotiveerd om dit te doen, maar de grootste gezondheidswinst valt te halen bij mensen die (nog) niet gemotiveerd zijn om gezond gedrag te vertonen. Daar moet je dus aandacht voor

²⁷ www.nell.eu

²⁸ www.nhs.uk/apps-library

hebben wil je de beoogde gezondheidsdoelen halen.²⁹ Om deze groep te bereiken zijn laagdrempeligheid, fun, uitdagingen en beloningen cruciaal.

COLOFON

Deze notitie is geschreven voor de Initiatiefgroep Preventieakkoord, ter voorbereiding van de gezamenlijke brief aan de informateur. Deze notitie is tot stand gekomen met inbreng van de werkgroep technologie en digitalisering, die op 17 december 2020 en 14 januari 2021 bijeengekomen is. De werkgroepleden hebben hun bijdrage geleverd vanuit het bredere doel van de opdracht (dus niet vanuit hun primaire functie). De volgende mensen (in alfabetische volgorde op voornaam) maakten deel uit van de werkgroep of hebben actief meegedacht aan deze eindrapportage:

- Aart-Jan van Triest (Fitchannel)
- Chantal Linders (Green-Habit)
- Chris Flim (VWS; op persoonlijke titel)
- Daphne Bandel (VWS; op persoonlijke titel)
- Iris van Bommel (FME)
- Irvette Tempelman (VNO-NCW MKB-Nederland)
- Jaap Schrieke (de Nederlandse GGZ)
- Jan-Willem Landré (Vitaal Bedrijf)
- Jochen Mierau (hoogleraar Universiteit Groningen)
- Hans Kamps (Verenigd Zorgcollectief)
- Karen van Ruiten (Alles is Gezondheid)
- Maarten Fischer (Noaber)
- Maarten Klomp (huisarts, Ineen, Beter Met Elkaar)
- Peter van Dijken (TNO)
- Robbert van Bokhoven (Pharos)
- Susanne van Paridon (Ahold Delhaize)
- Thomas Plochg (Federatie voor Gezondheid)

Rapporteur voor deze werkgroep: Anthony Stigter (VNO-NCW MKB-Nederland). De eindverantwoordelijkheid voor deze rapportage ligt bij deze rapporteur.

²⁹ Onder andere samenwerkingsverband Lifestyle4Health doet hier onderzoek naar <https://lifestyle4health.nl/programmaliijn/duurzame-gedragsverandering/>