

KENNISPLATFORM

sociaal domein



NOORD-HOLLAND

Essay

**Preventie en vroegsignalering langs de lat van het medisch-,
sociaal en publieke gezondheidszorg-model.**

C. Kolner

Datum van deze versie: 11042017

Bedoeld als publicatie in essay-reeks Kennisplatform SDNH

Inhoud:

Dit essay	3
Preventie en vroegsignalering	4
<i>Definities en relatie tussen preventie en vroegsignalering</i>	5
<i>Individueel en collectief</i>	5
<i>Sociaal en gezond</i>	6
Drie modellen als uitgangspunt	7
<i>Het medisch model</i>	7
<i>Het sociaal model</i>	8
<i>Het 'public health' model of publieke gezondheidsmodel</i>	10
Goede preventie en vroegsignalering in het sociale domein: drie punten ter overdenking	13
<i>Eerste kanttekening: Over de reikwijdte en duidelijkheid van de opdracht van preventie en vroegsignalering.</i>	13
<i>Tweede kanttekening: Preventie en vroegsignalering in relatie tot de maakbaarheid van gezondheid</i>	14
<i>Derde kanttekening: Over 'goed werk' en preventie en vroegsignalering binnen de participatiesamenleving</i>	15
Bijlage: vergelijking van de drie modellen	16

Dit essay

'Het leven kan alleen achterwaarts begrepen worden, maar moet voorwaarts geleefd worden'.

Søren Kierkegaard

Wie wil nu niet voorkomen dat er ongelukken gebeuren of rampen zich voltrekken? Of deze rampen en problemen zich nu collectief of individueel manifesteren. Voorkomen is beter dan genezen, wie kan het daarmee oneens zijn? De juiste maatregelen treffen die risico's tijdig kunnen afwenden is heel aantrekkelijk en vaak veel goedkoper. Rampen of ziekten kosten geld, grote maatschappelijke problemen ook. Een kind dat opgenomen moet worden in een jeugdinstelling kost jaarlijks al gauw 45.000 per jaar¹. Waarom dan niet preventief een oogje in het zeil houden. Zeker als dat oogje door onderwijzers, maatschappelijk werkers, sporttrainers of huiswerkconsulenten relatief deskundig en goedkoop geregeld kan worden.

Preventie en vroegsignalering

Preventie en vroegsignalering in het sociaal domein is het onderwerp van dit essay. Het voorkomen van fysieke en sociaal maatschappelijke problemen en ongemakken van mensen. Problemen voor zijn of er zo vroeg mogelijk bij zijn en zwaardere zorg voorkomen, dat is waar het bij de transformatie in het sociaal domein over gaat. Wat is daarvoor nodig, wat te doen en wat te laten en door wie en wat hebben we daarvoor nodig?

Op dit moment mag het onderwerp preventie en vroegsignalering zich weer in een bijzondere belangstelling verheugen. Preventie binnen zorg én welzijn dient bij transitie en transformatie in het sociaal domein meer prioriteit te krijgen². Om een goede integrale aanpak te realiseren is het in ieder geval nodig dat samenwerking tussen de domeinen welzijn en zorg wordt verbeterd³. Maar dat lijkt soms makkelijker gezegd dan gedaan. Met de decentralisaties is de afgelopen jaren stap voor stap de verantwoordelijkheid voor veel taken op het terrein van welzijn en zorg, die voordien bij het Rijk hoorden, bij gemeenten gelegd⁴. Die worden vanwege veronderstelde uitzonderlijke eigenschappen, zoals nabijheid, kennis en kunde van eigen context en populatie en lokale beleidskracht op het grensvlak van domeinen, veel beter in staat geacht de juiste maatregelen te treffen om te voorkomen dat mensen in de problemen komen. Of als dat niet mogelijk is om erger voor te zijn. Maar gemeenten leggen - zoals ook in de toelichting op de WMO wordt toegelicht en gestimuleerd⁵ - veel verantwoordelijkheid voor welzijn en gezondheid juist terug bij de burger en hun omgeving.

Vanuit het perspectief van preventie en vroegsignalering vind ik bovengenoemde ontwikkeling in het sociaal domein interessant en het bestuderen waard. Nadat ik als gezondheidswetenschapper vele jaren in zowel het gezondheidsdomein als het sociaal domein heb gewerkt⁶ merk ik dat ik enigszins in verwarring ben over de betekenis en reikwijdte van de begrippen preventie en vroegsignalering. Diezelfde verwarring bespeur ik bij professionals in het sociaal domein, die zagezegd met de 'poten in de klei staan' o.a. door hun werk in de sociale teams, die momenteel in bijna 87 % van alle gemeenten in Nederland actief zijn⁷. Preventie: iedereen heeft er de mond van vol, maar het is ook een ondergeschoven kindje. Ondanks alle goede voornemens en het belang van preventie en vroegsignalering (46% vindt preventie een van de belangrijkste taken van de sociale teams blijkt uit onderzoek dat Movisie nu jaarlijks uitvoert) komt het er vaker niet dan wel van er voldoende aandacht aan preventie te besteden, zo blijkt uit meerdere onderzoeken⁸. Hoe komt dat nu, vraag ik mij af?

Mijns inziens is de beeldvorming en begrip van 'preventie' nodig toe aan bijstelling als we het over het sociaal domein hebben. Want over welke vormen van preventie en vroegsignalering hebben we het dan eigenlijk, en wiens verantwoordelijkheid is dat precies? Hoe is de taakverdeling tussen het rijk, gemeenten en burgers nu in theorie én praktijk geregeld? En om de preventie van wat en bij wie? Betreft dat alle fysieke, psychische en sociale problemen en afwijkingen (denk aan: eenzaamheid of sociaal isolement, huiselijk geweld, seksueel misbruik, opvoedingsproblematiek, burn-out, schooluitval, depressie, schulden, vechtscheidingen en/of roken, onveilig vrijen en obesitas?) en wat mogen we daar van verwachten als we daar vanuit beleid en uitvoering intensief op inzetten? Ook omgekeerd is de vraag interessant: wat mag de burger nog van de overheid aan

maatregelen en bescherming verwachten als het om preventie en vroegsignalering gaat? En wat wordt verwacht dat burgers daar – vanuit het ‘eigen kracht’ principe - zelf aan bijdragen?

Voor deze verkenning – welke als begin van een langere zoektocht gezien mag worden⁹ en waarin nog niet alle vragen beantwoord worden - onderzoek ik de begrippen preventie en vroegsignalering allereerst vanuit twee invalshoeken. Het gaat om de twee verschillende domeinen ‘gezond en sociaal’ die momenteel weliswaar samenkomen in het sociaal en in het gezondheidsdomein en onmiskenbaar bij elkaar horen, maar ieder vanuit een geheel eigen set van uitgangspunten, waarden en werkmethoden de opdracht preventie en vroegsignalering lijken te begrijpen.

Definities en relatie tussen preventie en vroegsignalering

Volgens Wikipedia is preventie voorkomen dat er problemen ontstaan door van tevoren in te grijpen. Het is het geheel van doelbewuste handelingen en initiatieven die anticiperen op risicofactoren en ageren wanneer eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is. Preventie is daarmee wat anders dan gezondheidsbevordering.

Er zijn verschillende vormen van preventie: zo betekent primaire preventie dat men er op voorhand voor zorgt dat iets onaangenaams gebeuren kan (door tandenpoetsen voorkom je tandcariës)¹⁰. Secundaire preventie betekent dat men iets onaangenaams zo snel mogelijk wil opsporen om verergering van de toestand te vermijden (bv. borstkankerscreening). En door tertiaire preventie tracht je te voorkomen dat iets onaangenaams opnieuw voorvalt (ook wel relapse prevention genoemd) of dat de symptomen van het probleem verergeren. Er wordt tevens een onderscheid gemaakt in universele en selectieve preventie (www.loketgezondleven.nl):
Universele (collectieve) preventie – is gericht op de gehele bevolking (ook wel populatiebenadering genoemd). Selectieve preventie is daarentegen gericht op specifieke bevolkingsgroepen die een hoger risico op ongezondheid hebben (ook wel hoog-risicobenadering genoemd).

Vroegsignalering slaat op het (vroeg)tijdig vaststellen of diagnosticeren van een stoornis in een vroeg ontwikkelingsstadium, als er nog een grote kans op genezing is. Hierop volgt het tijdig ingrijpen op een verstoord – of dreigend verstoord - ontwikkelingsproces (WHO). Vroegsignalering is daarmee vooral gekoppeld aan secundaire en tertiaire preventie en gaat daar aan vooraf.

Individueel en collectief

Preventie is deels een kwestie van individueel de juiste keuzes maken. Voor allerlei welvaartsziekten bijvoorbeeld is een ongezonde leefstijl een belangrijke boosdoener en veel mensen worden zagezegd dan ook ziek mede door eigen toedoen. Kennis over het ontstaan van ziekten (over oorzaak en gevolg relaties en de risicofactoren) is de laatste decennia enorm toegenomen. We weten steeds meer. Een beetje matigheid in het gedrag kan zo een paar jaar levenswinst opleveren. Je bent eigenlijk gek als je - met alles wat je weet - nog naar de hamburgertent gaat of een sigaret opsteekt. Maar leefstijl is zoals bekend niet alleen gelieerd aan het hebben van kennis. Gedrag wordt ook beïnvloed door allerlei factoren, zoals sociale-, culturele en spirituele-, fysische-, psychische- en fysieke factoren. Denk o.a. aan de enorme invloed op gedrag door reclame van commerciële bedrijven. Voor veel somatische problemen geldt dat ze ook maatschappelijke oorzaken kunnen

hebben (denk aan wonen op een plek met veel luchtvervuiling). Daarnaast spelen ook erfelijkheidsfactoren, toegankelijkheid van de zorg of 'pech'¹¹ een rol. Ongezond gedrag maakt niet iedereen in dezelfde mate ziek. En niet iedereen die ziek wordt heeft dit aan zichzelf te wijten¹². Dit geldt overigens ook voor veel sociale en relationele problemen. Onverstandige individuele keuzes kunnen hierbij uiteraard een rol spelen. Verkeerde vrienden hebben, onverantwoorde uitgaven doen, of het verwaarlozen van eigen kroost – sommige keuzes in het leven kunnen bijzonder slecht uitpakken. Maar ook hier spelen erfelijkheid, maatschappelijke factoren of domme pech een rol. Vaak gaat het om een opeenstapeling van factoren waardoor problemen ontstaan. Menselijk gedrag is grillig. En niet alle besluiten zijn rationeel te verklaren. Gedragskeuzes zijn vaak de uitkomst van een lang cyclisch zoek- en (deels onbewust) onderhandelingsproces, waarin men stapje voor stapje een bepaalde richting inslaat¹³.

Mensen kunnen dus niet alle factoren om ziekten, ongelukken en problemen te voorkomen zelf beïnvloeden. Naast individuele factoren is er sprake van collectieve factoren of risico's¹⁴ en zijn collectieve maatregelen nodig ter bevordering van gezondheid en gezond gedrag. Hier komen de overheid, de preventieve gezondheidszorg (public health oftewel de publieke gezondheidszorg^{15&16}) en bv. maatschappelijke maar ook private instellingen in beeld. Denk aan het verbeteren van de luchtkwaliteit, het verhogen van het assortiment gezonde voeding in een schoolkantine, het terugdringen van schooluitval, het aanleggen van trapveldjes om sportgedrag van jongeren te stimuleren, het creëren van sport-mogelijkheden op het werk, of de bouw van een buurtcentrum om sociale samenhang te bevorderen en eenzaamheid van kwetsbare ouderen te voorkomen. Een gezonde keuze moet vooral een makkelijke keuze zijn¹⁷ en de overheid kan daarbij het juiste duwtje in de goede richting geven¹⁸.

Sociaal en gezond

Nederlanders behoren tot de gezondste¹⁹ en gelukkigste mensen van de wereld²⁰. Dit neemt niet weg dat veel Nederlanders tal van (complexe) problemen hebben waarvoor ze hulp vragen en nodig hebben. Complexe problemen werken door op alle gebieden van het sociale domein en manifesteren zich op sociaal, emotioneel en fysiek niveau en (dikwijls) in een lastig te ontwarren combinatie. Ze zijn als het ware niet op te knippen. Toch is dat precies wat ons zorgstelsel doet. De zorg, en daarbinnen de preventieve gezondheidszorg, in Nederland kent een andere ontstaansgeschiedenis en is/wordt anders georganiseerd en gefinancierd dan het welzijnswerk. Beide domeinen hebben tot doel mensen gezonder, zelfredzamer of veerkrachtiger te maken, maar de verschillen in aanpak, werkcultuur en taal zijn groot.

Drie modellen als uitgangspunt

Om beter zicht te krijgen op de overeenkomsten en verschillen beschrijf ik hieronder achtereenvolgens beknopt de belangrijkste kenmerken van het (*traditionele*) *medisch model* en het *sociaal model*. Ik zet eerst beide modellen (medisch en sociaal) als twee uitersten tegenover elkaar. Daarna ga ik in op het model '*publieke gezondheid*' en het daar uit voortvloeiende *meer recentelijke positieve gezondheids-model*, zoals zich dat het laatste decennia steeds nadrukkelijker ontwikkelt en profileert en waarin kenmerken van beide andere modellen zijn terug te vinden. Op basis van deze uiteenzetting besluit ik met enkele eerste noties over de betekenis van de begrippen preventie en vroegsignalering in het sociaal domein en denk ik na over de mogelijke kansen en belemmeringen als het gaat om interprofessionele samenwerking tussen de domeinen sociaal en gezond.

Het medisch model

In het traditionele medisch model (dat vanaf de 17^{de} eeuw met het ontstaan van de wetenschap is ontwikkeld²¹) wordt ervan uit gegaan dat alle fysieke problemen en ziekten een duidelijke oorzaak hebben en dat die oorzaak kan worden gevonden en aangepakt door deze grondig en wetenschappelijk te onderzoeken. Het medisch denken is gestoeld op de positivistische wetenschap waarbij rationaliteit en objectiviteit centrale begrippen zijn. Centraal in het medisch model staat het geloof dat problemen van mensen gekoppeld aan bepaalde organen en weefsels afzonderlijk van elkaar kunnen worden aangepakt. De mens (en zijn brein) wordt gezien als een 'machine' die in onderdelen uit elkaar gehaald kan worden en bestudeerd. De oude Grieken keken er zo al naar en nog steeds is dit model populair (zie Van Den Haak, 2013²²). Ziekte werd lange tijd alleen beschouwd als een afwijking aan de (afzonderlijke) weefsels of organen en gezondheid als afwezigheid van ziekten. Het medisch model is reductionistisch, deterministisch en dualistisch van aard. Door problemen van elkaar te scheiden en te isoleren en deze specialistisch te benaderen kunnen de meest adequate oplossingen worden gevonden. Het denken binnen het medisch model gaat uit van dieper gelegen en wetenschappelijk te onderzoeken 'oorzaak-gevolg' relaties. Mocht de oplossing van een complex fysiek probleem (bv. aids of kanker) nog niet geheel voorhanden zijn dan is dat slechts een kwestie van tijd en nog meer onderzoek en experimenten. In het medisch model is *gezondheid* het domein van artsen, epidemiologen en – vanaf 1875 - de publieke gezondheidszorg, die in die tijd vooral door medici werd ontwikkeld (zie noot 5, pag. 25). Deze vakgebieden tezamen hebben overigens (o.a. door de bestrijding van infectieziekten, maar bovenal door betere hygiëne en arbeidsomstandigheden) enorme successen geboekt en bijgedragen aan een revolutie in de volksgezondheid (zie bron 5, blz. 19).

Omdat men er vanaf de 20^{de} eeuw van doordrongen raakte dat fysieke, mentale en sociale problemen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn lanceerde de World Health Organisation in 1948 een bredere definitie van gezondheid²³ waarin fysieke, mentale en sociale problemen bij elkaar worden gebracht (WHO, 1948). Het medisch model is echter in belangrijke mate nog steeds bepalend voor de wijze waarop onze gezondheidszorg en tot op zekere hoogte ook het welzijnswerk tot op heden is georganiseerd en functioneert. Voor elk probleem is een eigen specialisme, dienst of voorziening voorhanden. Ook voor mentale en sociale problemen zijn los van de somatische

geneeskunde aparte structuren en specialismen ontwikkeld, die de problemen diepgaand hebben geanalyseerd en aanpakken.

Werken in de medische sector

Werken in de medische wereld en de op deze grondvesten gebaseerde gezondheidszorg betekent dat professionals te maken krijgen met 'opknipbare', zichtbare en benoembare fysieke, sociale en mentale problemen van mensen en tal van specialismen, waarbinnen de juiste kennis is verzameld om die problemen te lijf te gaan. De nadruk ligt op fysieke en mentale problemen voor zover die therapeutisch of medicinaal zijn aan te pakken. Het geloof in de uiteindelijke 'heelbaarheid' van ziekten, maakbaarheid van mensen en meetbaarheid van gezondheid en het leven in het algemeen is groot. Het zoeken naar oplossingen voor problemen schier oneindig. Afwijkingen van gezondheid moeten zo vroeg en goed mogelijk worden gesignaleerd en gediagnosticeerd waarna doorverwijzing volgt naar de juiste specialist. Voor elke ziekte is een medicijn of therapie te bedenken (zowel preventief of ter als behandeling) waarvan de werking door middel van kwantitatief onderzoek en bij voorkeur een 'clinical randomized controlled trial' (RCT) kan worden aangetoond²⁴.

Het sociaal model

In het sociaal model, zoals Hans van Ewijk dit (als tegenhanger van het medisch model) in zijn boek *Omgaan met sociale complexiteit* (2014)²⁵ uiteenzet wordt uitgegaan van een ander paradigma. In het sociaal model wordt de mens altijd in zijn totaliteit gezien en binnen zijn (relationele en fysieke) context geplaatst. Het sociaal model is daarmee een holistisch en organisch model dat haaks staat op het reductionistische en mechanische uitgangspunten van het medische model (zie ook Blaxter, 2010, p. 18)²⁶. Uitgangspunt in dit model is dat alle mensen het vermogen hebben tot zelfrealisatie en – gedurende hun levensloop - intellectuele, culturele, fysieke en sociale kwaliteiten ontwikkelen. Maar soms kunnen mensen - om wat voor reden ook (tijdelijk of langdurig) geblokkeerd raken in die ontwikkeling. Vaak ligt hier een samenspel van factoren aan ten grondslag. Denk aan externe omstandigheden, zoals een plotseling verlies van een dierbare of een scheiding. Maar ook interne factoren zoals psychische stoornissen of intellectuele beperkingen zijn dikwijls debet aan het onvermogen zich aan te passen aan de complexe realiteit, die zo kenmerkend is voor onze hedendaagse wereld. Daarnaast zijn er contextuele of maatschappelijke factoren die een gezonde (sociale, psychische of intellectuele) ontwikkeling belemmeren, bijvoorbeeld het opgroeien in een onveilige gezinssituatie, werkeloos zijn of het langdurig leven in armoede.

Van Ewijk werkt in zijn boek het ontstaan en de betekenis van sociale kwetsbaarheid uitvoerig uit en zet daarbij de belangrijkste kenmerken van sociale kwetsbaarheid op een rijtje. Sociale kwetsbaarheid zegt Van Ewijk (P. 13) is altijd een resultante van een verstoorde interactie tussen een individu en zijn (complexe) omgeving. Het gebrek aan zelfverwerkelijking, zelfwerkzaamheid (als het 'vermogen om je zelf ter hand te nemen en in te grijpen in de wereld om je heen', wat hij nadrukkelijk onderscheidt van zelfredzaamheid) en een verstoorde sociale inbedding liggen in de meeste gevallen aan de basis van sociale kwetsbaarheid. Mensen die sociaal kwetsbaar zijn, zegt Van Ewijk, zitten vaak in tussen het zich 'net niet' en 'net wel' in het leven staande houden. De kwetsbaarheid uit zich om die reden dan ook vaak in een verminderde mate van participatie aan de samenleving. Het woord 'complexiteit' vormt onmiskenbaar een rode draad in zijn betoog. Het onderzoek naar complexe systemen mag dan uit de natuurkunde stammen²⁷ het is onverkort van toepassing op en vertaalbaar naar onze samenleving. Een samenleving waarin chaos troef is, alles met alles

samenhangt, er meerdere perspectieven bestaan op de beleefde werkelijkheid en waarin veel mensen in toenemende mate moeite hebben zich een goede plek te verwerven. De maatschappij is volgens Van Ewijk in een rap tempo veranderd van 'plaatsgevend' naar 'plaatszoekend'. Werd de plaats van mensen vroeger grotendeels bepaald (gegeven) door de familie waarin je geboren was en het dorp waarin je woonde, tegenwoordig gaat het er vooral om dat je op 'eigen kracht, inspanning en vermogen' je talenten optimaal benut en je positie realiseert. Dit betekent vooral dat je intellectuele, communicatieve en sociale vaardigheden in hoge mate van invloed zijn om ergens 'te komen' en 'bij te horen'. Sociaal vermogen definieert Van Ewijk dan ook het vermogen om zichzelf te positioneren, te profileren en steeds weer te verbinden in wisselende gezelschappen (p. 13). Dat dit niet voor iedereen makkelijk is en misschien voor veel mensen juist steeds moeilijker wordt blijkt wel uit het toenemend aantal mensen dat te maken heeft met een of meerdere sociale problemen. Onze samenleving sluit namelijk niet alleen mensen in maar in toenemende mate ook mensen uit. Momenteel kampt één op de tien mensen en één op de drie gezinnen met intens voelbare sociale problematiek (Van Ewijk, p.9). Vooral een combinatie van financiële, sociale, fysieke en psychische kwetsbaarheid blijkt ongunstig uit te pakken bij ongeveer 6% van de bevolking, onder wie alleenstaanden, eenoudergezinnen en werklozen²⁸.

Werken in de sociale sector

Het bevorderen van 'welzijn (of *sociale gezondheid*) in dit model is van oorsprong het werk van sociaal werkers (welzijnswerk, maatschappelijk werk, jeugdwerk, opbouwwerk etc.). Werken in de sociale sector en vanuit het sociaal model betekent volgens Van Ewijk dat professionals in hoge mate te maken krijgen met 'weerbarstige, niet eenduidige (lees: diffuse) en vaak niet zichtbare problemen' van diverse doelgroepen, waarbij gevoelens van falen, schaamte, schuld en angst voor stigmatisering vaak een rol spelen en die veel kostbare energie opslokken²⁹. Dikwijls zijn voor deze problemen geen kant en klare of voor de hand liggende oplossingen te vinden. Rationeel of mechanisch denken, te oppervlakkige 'oorzaak- gevolg' analyses op basis van kwantitatieve onderzoeksmethoden maar ook standaardaanpakken of protocollen schieten bij deze problematiek en in dit model dikwijls tekort³⁰. Ze leiden tot een onverantwoord reductionisme en tot monodisciplinaire (schijn)oplossingen, die voor de persoon in kwestie weinig tot geen soelaas bieden. Een door waarden gedreven, organische en multidisciplinaire aanpak die gericht is op het voorkomen van erger, het 'leefbaar houden' van problematiek i.p.v. de heelbaarheid ervan - soms het maximaal haalbare volgens Van Ewijk – is noodzakelijk. Van Ewijk (maar zie ook Baart, 2001, v.a. blz. 819³¹, Jacobs, 2008³²) heeft het over een grote bescheidenheid die sociale professionals hierbij aan de dag moeten leggen. Ook moeten ze goed kunnen omgaan met weerbarstigheid, onzekerheid, onvoorspelbaarheid omdat dit belangrijke kenmerken zijn van sociale complexe problematiek. Het vinden van een adequate langdurige oplossing voor complexe problematiek is vaker niet dan wel aan de orde. Een goede sociale professional moet naast het geven van 'lichte' begeleiding waar mogelijk, kunnen en mogen investeren in een langdurige relatie, waar vertrouwen een kans krijgt maar het vaak ook 'gewoon' weten 'uit te houden'³³ met zijn/haar cliënten en de verwachtingen op 'genezing' temperen. Omdat de omstandigheden meestal erg complex zijn is het uitvoeren van kwalitatief-, practice based of narratief onderzoek dikwijls te prefereren boven en meer inzicht gevend dan kwantitatief onderzoek.

Het 'public health' model of publieke gezondheidsmodel

Waar het medisch en sociaal model vooral de focus leggen op ziekten en problemen wordt in het gezondheidsmodel (dat oorspronkelijk voortkomt uit een afsplitsing is van het medisch model) uitgegaan van het bevorderen van gezondheid en gezond gedrag. Hieronder beschrijf ik eerst beknopt een aantal kenmerken van het traditionele publieke gezondheidsmodel (paradigma), zoals dat na 1950 – toen de infectieziekten bedwongen waren en de leefomstandigheden van de meeste inwoners sterk waren verbeterd - langzaam tot ontwikkeling kwam. Ik sluit dit deel af met een beknopte beschrijving van de kenmerken van het 'new public health model' en het 'positieve gezondheidsmodel', zoals dit zich de laatste jaren ontwikkelt en manifesteert.

Het paradigma van de 'public health' berust volgens Mackenbach³⁴ op 3 ideeën:

1. De meeste gezondheidsproblemen zijn terug te voeren op blootstelling aan ongunstige omgevingsinvloeden en dus vatbaar voor preventie;
2. Problemen in de volksgezondheid zijn het best op te lossen door collectieve maatregelen;
3. Kwantitatieve onderzoeksmethoden zijn het meest geschikt om volksgezondheidsproblemen te bestuderen en oplossingen voor die problemen te ontwerpen en te evalueren.

Op basis van deze ideeën is een preventief gezondheidsmodel tot ontwikkeling gekomen waarbij – in de periode tot aan 1950 - nog veel de nadruk lag op collectieve preventiemaatregelen gericht op specifieke bevolkingsgroepen, die extra risico liepen (denk aan zwangeren, pasgeboren en jonge kinderen, risicogroepen voor geslachtsziekten etc.). Nadien werd echter in stijgende mate ingezet op het terugdringen van welvaartsziekten, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en kanker. Dit betekende dat een verschuiving plaatsvond van collectieve (en omgevings-) maatregelen (gezondheidsbescherming) naar individueel gedrag (gezonde leefstijl). Deze verschuiving had te maken met enerzijds de verbeterde gezondheidstoestand van de bevolking en anderzijds met de ongezonde(re) leefstijl van mensen. Want terwijl de levensverwachting van mensen sterk toenam daalde de gezonde levensverwachting³⁵ wat een stijging van de zorgkosten in de hand werkte. Primaire en secundaire preventie kwam daarmee steeds hoger op de agenda van het beleid van de rijksoverheid maar daarmee ook de nadruk op de eigen rol en verantwoordelijkheid van de burger. De leefstijlfactoren als (meer) bewegen (B), (niet) roken (R), (minder) alcohol, (gezonde) voeding (V) en (meer) ontspanning (O) - de BRAVO thema's - bepaalden de afgelopen periode en in het bijzonder vanaf het verschijnen van de landelijke (preventie) Nota 2000, de inzet van de preventieprogramma's³⁶ en daarmee in belangrijke mate ook de identiteit van ziektepreventie in de gezondheidszorg. Het RIVM en de regionale Gemeentelijke en Geneeskundige Gezondheidsdiensten (de GGD's) - die vanaf 1893 een steeds grote rol spelen in onderzoek naar risicofactoren en (kosten)effectiviteit van preventie³⁷ en de uitvoering van de collectieve preventieve gezondheidszorg – werden daarmee vanzelf ook (mede) verantwoordelijk voor de uitvoering van veel voorlichtingsprogramma's die burgers de juiste weg moesten wijzen en kennis bijbrengen. Hier nog een verbindingszin tbv overgang naar volgende stuk.

New public health

Op zowel internationaal als nationaal niveau en binnen vele vakdisciplines is de laatste decennia eindeloos gediscussieerd over de definitie en conceptualisering van gezondheid, gezondheidsbevordering en publieke gezondheidszorg. Het gaat de reikwijdte van dit essay voorbij er een hele grondige beschouwing aan te wijden. Wie echter de literatuur in de USA³⁸ en UK³⁹ scant ziet dat er

door de jaren heen sprake is geweest van vele (overigens mislukte) pogingen grip te krijgen op de definitie van gezondheid. Parallel daaraan was er wel sprake van toenemende aandacht voor een nieuw en breder model voor gezondheidsbevordering en publieke gezondheid (Green, 2015, Blaxter, 2010). Nadat al in de jaren '70 sprake was van het uit elkaar halen van de begrippen 'medische zorg' en 'gezondheidszorg' (Green, blz 12) kwam de WHO – die wereldwijd een bepalende stem had als het om gezondheid ging – in 1984 met een nieuwe definitie en meer holistisch concept van gezondheidsbevordering (Ottawa charter on health promotion). Hierin werd laatste gedefinieerd als *'the proces of enabling people to increase control over, and improve, their health'*. Opvallend hierin zijn de begrippen 'proces' (wat tegengesteld is aan een 'toestand' uit de WHO definitie), 'enabling' (in staat stellen tot), 'increase control' (meer controle hebben over). De WHO waagde zich overigens niet aan een nieuwe definitie van gezondheid, ondanks aanhoudende kritiek op de oude definitie⁴⁰. Wel breidde het terrein van gezondheidsbevordering zich vanaf dat moment fors uit. Interessant in dat kader is de introductie van het begrip *'salutogenese'* (Antonovski, 1972, 1996⁴¹) waarin een lans werd gebroken voor een nieuw paradigma waarbij het werken aan gezondheidsbevorderende omstandigheden en factoren voor *de gehele bevolking* de plaats in nam van het denken over ziektepreventie en risicofactoren, vooral gericht op personen met een hoog risicoprofiel (*pathogenese*). Aan Antonovski ontleen we ook het concept 'Sense of Coherence' (SOC) dat aan de basis ligt van salutogenese - en sindsdien vele onderzoekers en gezondheidsbevorderaars heeft geïnspireerd⁴² - en staat voor drie kernbegrippen/uitdagingen van gezondheidsbevordering, nl.: 'comprehensible' (begrijpelijkheid), manageable (hanteerbaar, beheersbaar) en 'meaningful' (betekenisvol, zinvol). Volgens Antonovski biedt het salutogenese concept onderdak aan een combinatie van concepten en modellen (cognitieve, motivationele en gedragsmodellen), zoals 'locus of control', 'empowerment', veerkracht, 'coping' etc., maar in een unieke combinatie en zonder dat deze deel uitmaken van een cultureel gebonden constructie (Antonovski, 1996, p. 15).

Nieuwe definitie van gezondheid

Vanaf 2011 heeft Machteld Huber met haar promotieonderzoek in Nederland de discussie over gezondheid weer doen oplaaien⁴³. In haar proefschrift stelt ze dat het hoog tijd is voor een nieuwe definitie van gezondheid die meer recht doet aan de dynamische betekenis ervan. Gezondheid is in haar optiek niet langer een 'optimale toestand' en maar een vaardigheid of kwaliteit, nl: een *'vermogen tot aanpassing aan de vele fysieke, emotionele en sociale uitdagingen die het leven stelt en om eigen regie te voeren'*. Met toevoeging van het begrippen 'uitdagingen' en 'eigen regie' benadrukt ook Huber de eigen verantwoordelijkheid van burgers om dat vermogen 'tot aanpassing' in eigen hand te nemen. Hiermee sluit ze met haar definitie aan bij de in de jaren '80 en '90 in gang gezette ontwikkeling en (de hierboven genoemde) verbreding van gezondheidsbevordering (health promotion). Naast de score op de bekende dimensies (lichamelijk, mentaal en sociaal) benoemt Huber op basis van vele gesprekken met sleutelfiguren nog drie andere hoofdcategoryën, namelijk de spirituele dimensie, kwaliteit van leven en maatschappelijke betrokkenheid. Genoemde 6 dimensies heeft ze in 32 subcategoryën uitgewerkt. Gezondheid is met deze categorische uitbreiding een alomvattend begrip geworden oftewel 'alles is gezondheid'⁴⁴. Even los van de relevantie en werkbaarheid van de nieuwe definitie, waarop ook kritiek te lezen valt⁴⁵ kan de poging van Huber om op zoek te gaan naar een nieuwe definitie van gezondheid zonder meer dapper genoemd worden.

Het begrip 'positieve' gezondheid' dat de laatste tijd in zwang is (ook gevoed door het werk van Martin Seligman⁴⁶) als nieuw paradigma voor het gezondheidsdenken en waarbij de definitie van Huber aansluit, versterkt het geloof en de gedachte dat een positieve insteek belangrijk is en dat

mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid en daar gedurende hun levensloop 'van de wieg tot het graf' tal van (preventieve) maatregelen voor kunnen nemen⁴⁷. Het versterken van de eigen regie op het leven via *empowerment* (overigens ook een belangrijk concept uit de community psychologie⁴⁸ en maatschappelijk werk^{49, 50}) is daarmee tevens inzet van gezondheid- en preventieprogramma's geworden. Gezondheid en preventie in dit nieuwe model (paradigma) zijn lang niet alleen meer een taak van de overheid, medici, sociaal werkers of van medewerkers van de preventieve/ publieke gezondheidszorg. Naast in de eerste plaats burgers zelf hebben ook werkgevers, profit en non-profit organisaties, supermarkten, sportscholen en (hoge)scholen en universiteiten een taak en verantwoordelijkheid in het bevorderen van de gezondheid van hun medewerkers, klanten of studenten of leerlingen⁵¹. Het perspectief daarbij is niet alleen het boeken van 'gezondheidswinst' maar het versterken van de veerkracht, positief denkvermogen en het faciliteren van 'groei en bloei' van de gehele gemeenschap. Positieve gezondheid legt als zodanig een belangrijke pijler onder de 'community health' denken dat wereldwijd al decennia gangbaar is (zie o.a. <http://www.ohcc-ccso.ca/en/what-makes-a-healthy-community>).

Werken in de preventieve (positieve) gezondheidszorg

Professionals werkzaam vanuit het paradigma van 'new public health' of positieve gezondheid kunnen eigenlijk overal werken. Binnen een gemeente, in een interdisciplinair sociaal (wijk)team, bij een GGD, een welzijnsinstelling, maar ook in een commercieel bedrijf, een architectenbureau, op een (sport)school of in de informele sector. De verantwoordelijkheid voor een samenhangend pakket aan maatregelen moet bij meerdere partijen belegd worden. Onderzoek wordt in dit model een zwaar gewicht gegeven gezien de nadruk die er ligt op effectiviteit van interventies (evidence based). Vooral mixed methods (met burgerpanels, interviews en kwantitatieve vragenlijsten) en het daarbij toepassen van triangulatie zijn geschikt om de vorderingen op de vele dimensies en categorieën met enige regelmaat in kaart te brengen. Deze onderzoeken vormen ook de basis voor een optimale verantwoording aan opdrachtgevers (zoals gemeenten) en financiers.

Goede preventie en vroegsignalering in het sociale domein: drie punten ter overdenking

Het belangrijkste punt dat ik in dit essay wil maken is dat het, als het om integrale en interprofessionele samenwerking tussen de domeinen welzijn en gezondheidszorg rond preventie en vroegsignalering in het sociale domein gaat, het van groot belang is bovengenoemde verschillen tussen de domeinen en modellen (of paradigma's) 'medisch, sociaal en gezond' en goed op het netvlies te hebben en de consequenties ervan te verhelderen en analyseren. Er zijn immers naast overeenkomsten ook grote verschillen in denken, terminologie (taal) en handelwijze van professionals tussen de domeinen. Pas je deze verschillen toe op preventie en vroegsignalering dan heeft dit ongetwijfeld zijn weerslag op het maken van keuzes en dus ook op het professioneel en beleidsmatig handelen en op interprofessionele samenwerking op dit punt. Mede door toedoen van de steeds bredere definitie van gezondheid is er de laatste jaren – zeker sinds de invoering van de decentralisaties waar domein-overstijgend werken een doel is - sprake van een natuurlijke ontwikkeling waarin de modellen naar elkaar toegroeien (medisch en sociaal) maar elkaar ook overlappen (sociaal en gezond). Dat is positief want dit kan tot meer begrip, betere samenwerking en wederzijdse versterking en integratie leiden. Naast de vele kansen die dit biedt is echter ook een aantal kritische kanttekeningen te plaatsen.

Eerste kanttekening: Over de reikwijdte en duidelijkheid van de opdracht van preventie en vroegsignalering.

Als gezondheid 'alles' is (en naast fysieke ook sociale en mentale problemen ook spiritualiteit, kwaliteit van leven c.q. participatie in de samenleving er onder vallen) dan is het verleidelijk het begrip preventie ook op te rekken en 'alles' te laten zijn. Dit kan m.i. leiden tot een vergaande erosie van het begrip, tot verwarring over de expliciete opdracht die er binnen het sociaal domein ligt maar ook tot 'verwatering' van de aandacht voor preventie. Dit laatste hangt mede samen met de opdracht aan gemeenten voor integraal gezondheidsbeleid en sociaal beleid d.m.v. de decentralisaties en het daarmee ook ontbreken van visionaire sturing vanuit het Rijk. Ook 'dreigt' een dominantie van het gezondheidsdenken (medisch model) over het sociaal model. Voor preventie en vroegsignalering voorzie ik in dat geval meerdere mogelijke gevolgen en risico's:

- *Te veel (individuele verantwoordelijkheid voor) preventie* > Hoe breder de scope van gezondheid des te meer problemen, afwijkingen en risicofactoren komen in beeld. Voor elk probleem en risicofactor een eigen preventieve maatregel, vroeg-diagnose en meetinstrument. Bovenstaande brengt het risico van teveel preventie en vroegsignalering met zich mee, met mogelijk a) een te zware rol voor gemeenten, wijkteams en de publieke gezondheidszorg en b) de kans dat steeds meer mensen als 'ongezond' worden aangemerkt en dat kan tot medicalisering leiden c) dat er een te zwaar beroep op de (rol van de) individuele burger wordt gedaan. Hoe pakt dit op termijn uit? Wat als wijkteams alert moeten zijn op alle problemen van

burgers? En hoe is het voor de 'burger' als deze straks op 'alle levensgebieden' (inclusief participatie of zijn spirituele toestand) door de gemeente voor de kar wordt gespannen of door de GGD wordt gemonitord?

- *Te weinig (collectieve verantwoordelijkheid voor) preventie* > Als preventie 'alles' is dan is er een risico dat het begrip aan waarde en aandacht gaat inboeten. Zeker als preventie een taak wordt van iedereen, wie heeft dan nog het overzicht? Wie zorgt voor de noodzakelijke afstemming en wie ziet de witte vlekken? Gaat de gemeente dan keuzes maken van wat wel en wat geen aandacht krijgt? Krijgt universele collectieve preventie (die soms ook het gemeentelijk petje te boven gaat) dan nog voldoende aandacht. Of wordt aandacht voor preventie en adequate vroegsignalering dan iets waar vooral mensen met een sterk sociaal netwerk en goede gezondheid aanspraak op kunnen maken? En vooral: hoe pakt dat dan uit voor mensen met een kwetsbare gezondheid en een fragiel netwerk die zich 'tussen 'net wel en net niet' in het leven staande houden?

In beide gevallen treedt er onduidelijkheid en verwarring op over wat de opdracht van preventie en vroegsignalering behelst en wie er precies de verantwoordelijkheid voor draagt.

Tweede kanttekening: Preventie en vroegsignalering in relatie tot de maakbaarheid van gezondheid

Een belangrijk (hier enigszins gechargeerd) verschil tussen de drie geschetste modellen is de wijze waarop men naar de rol van de burger kijkt en de wijze waarop deze wordt bejegend.

- *Medisch model*: de burger als 'passieve patiënt' die doet wat de dokter zegt en aangezet wordt tot therapietrouw of (meer recentelijk) partner is in 'shared decision making';
- *Sociaal model*: de 'kwetsbare burger' die met enige hulp en begeleiding tot samenwerking en co-creatie bereid is en met de hulpverlener werkt aan zijn eigen vooruitgang en zelfontplooiing;
- *Gezondheidsmodel*: de burger als actieve positief gestemde veerkrachtige ondernemer die zich met verve door allerlei tegenslag heenslaat en meewerkt aan zijn 'groei en bloei'.

Cruciaal verschil in deze drie modellen betreft de vraag: in welke mate zien we de mens, zijn omgeving en de samenleving als maakbaar en zijn al zijn problemen oplosbaar? Het gezondheidsmodel komt evident uit het medisch model voort en heeft hiermee dan ook veel overeenkomst. Denk aan het centraal zetten van het individu, het 'oorzaak- gevolg' denken en een stevig geloof in maakbaarheid, heelbaarheid en meetbaarheid van problemen. In het sociaal model echter, in ieder geval zoals Van Ewijk het presenteert, is van een dergelijke maakbaarheid veel minder sprake. Ondanks overlap tussen de modellen is er - als het om preventie gaat - bij toenemende dominantie van het positieve gezondheidsmodel (zie punt 1) mogelijk sprake van een risico dat de sociaal kwetsbare burger in de knel komt. Sociale problemen zijn immers diffuser, minder zichtbaar en daarmee zijn vorderingen ook minder meetbaar, waarmee ze uit het zicht dreigen te verdwijnen. Ook zijn er grenzen aan de mate waarin sociaal kwetsbaren zich aan hun omstandigheden kunnen 'aanpassen' (zie de definitie van Huber). Wat ik me daarbij afvraag: is er straks nog tijd plek en geduld voor een poosje aanmodderen zonder dat genezing in beeld komt of het ideaal van 'heelbaarheid' realiseerbaar is? Is er straks nog tolerantie voor mensen die zich niet kunnen aanpassen en hun plek in de samenleving niet kunnen vinden? Of ligt het 'eigen schuld- dikke bult' verwijt ('blaming en shaming') dan toch op de loer?⁵² In de context van preventie en vroegsignalering

is dit 'accepteren' van leed en zelfs 'het zich verzoenen met kwetsbaarheid' (Van Ewijk, pag. 39) een belangrijke factor bij de vraag of vroegsignaleren en outreachend en doortastend ingrijpen in problematiek al dan niet gerechtvaardigd is⁵³. Het vraagt hoe dan ook om bezinning over de doelen van preventie en vroegsignalering en om het zo nodig temperen van de verwachtingen.

Derde kanttekening: Over 'goed werk' en preventie en vroegsignalering binnen de participatiesamenleving

De hier beschreven modellen en paradigma's zijn elk op zich onvolkomen (wat in principe voor alle modellen geldt) en vullen elkaar aan. Ook staan deze modellen niet op zichzelf. Het gedrag van sociale professionals wordt momenteel (wellicht zelfs in sterkere mate) vaak ook tegen hun professionele normen in⁵⁴ beïnvloed door het gedrag van managers, controllers en inkopers, die werken volgens het op het *new public management* denken gestoelde *bestuursmodel*. Hierin staan marktwerking, schaalvergroting en privatisering centraal en zetten termen als *efficiency*, *accountability*, *evidence based interventions* de toon (zie ook Baart, 2001, Spierts, 2014). Dit bestuursmodel lijkt zich in meerdere opzichten (zie ook punt 2) beter thuis te voelen bij het kwantificeerbare medisch en positief gezondheidsmodel dan bij het sociaal model waar de problematiek vaak minder zichtbaar, meetbaar en dus controleerbaar en beheersbaar is. Voor preventie en vroegsignalering kan dit vergaande consequenties hebben. Ik vraag me ten eerste af (zie ook punt 1) of het binnen de transformatie voor de gemeente – met de noodzaak tot bezuinigingen maar ook indien hard bewijs voor effectiviteit uitblijft⁵⁵ en de burger er niet expliciet om vraagt⁵⁶ - niet al te verleidelijk wordt om preventie en vroeg-signalering uit de begroting (het publieke domein) te schrappen en te verschuiven naar de verantwoordelijkheid van burgers, vrijwilligers of sociaal ondernemers (het privé-domein)⁵⁷?

Uitgaande van de logica van het bestuursmodel binnen het sociaal domein lopen preventie en vroegsignalering daarnaast het gevaar niet louter gezien te worden als cruciaal voor het tijdig signaleren en voorkomen van nare problemen en ziekten, maar bovenal als mogelijkheid kosteneffectief te opereren door de aanpak ervan sterk te standaardiseren en instrumentaliseren. Preventie van ziekte en problemen wordt dan al snel preventie van zorg, met de nadruk op het voorkomen dat mensen een (dure) voorziening krijgen, terwijl dit vanuit preventief oogpunt (voorkomen van erger) juist nodig kan zijn. Begrippen als 'eigen kracht of eigen regie' lopen dan het risico – los van het onderzoeken van de werkelijke waarde ervan - louter als (goedkoop) preventief instrument gezien te worden waardoor deze aan betekenis verliezen⁵⁸. De vraag is of er dan nog wel sprake kan zijn van 'goed preventie-werk' in het sociaal domein in die zin dat er voldoende tijd en aandacht voor is en waarbij noodzakelijk maatwerk geleverd kan worden. Waar professionals niet alleen uit het boekje hoeven te werken en waar ruimte is voor bezinning en flexibiliteit (o.a. van groot belang bij secundaire preventie) en voor morele afwegingen (hoort kwetsbaarheid niet ook bij het leven en hoe ver gaan we in het vragen van aanpassing van mensen aan de norm?).

Ik heb het hierbij over 'goed werk' in de zin dat een 'waarde(n)volle' dialoog tussen de betrokkenen in de verschillende domeinen kan plaatsvinden over alledaagse leerervaringen in de praktijk⁵⁹. Een dialoog waarbij de 'maakbaarheid' en 'meetbaarheid' van de gezondheid van mensen en samenleving ter discussie gesteld kan worden en waarbinnen sociale professionals en gezondheidsbevorderaars vanuit hun eigenheid volop de kans krijgen van elkaar te leren en samen te werken.

Bijlage: vergelijking van de drie modellen

Bovengenoemde verschillen tussen het medisch/gezondheidsmodel en sociaal en vat ik op hoofdlijnen in onderstaande tabel samen.

Assumpties	Medisch model	Sociaal model	Gezondheidsmodel
Doelen en visie op ziekte en gezondheid	Gericht op versterken fysieke gezondheid Gezondheid als toestand Ziekte als gevolg van medische afwijkingen en verstoringen	Gericht op versterken sociale gezondheid, zelfverwezenlijking en zelfwerkzaamheid Gezondheid als relationeel vermogen binnen zijn context. Ziekte vaak gevolg van verstoorde sociale inbedding en gemankeerde persoonlijke en sociale ontwikkeling	Gericht op versterken gezondheid als score op een groot aantal meetbare dimensies (fysiek, sociaal, mentaal, spiritueel, participatie) Gezondheid als vermogen tot aanpassen en eigen regie Ziekte als resultaat van verkeerde leestijl en verstoring op een of meerdere dimensies.
Paradigma	De mens als machine Het geheel als optelsom van delen – mechanisch..	De mens als relationele actor binnen een complexe wereld Het geheel is meer dan de som der delen – organisch	De mens als actieve verantwoordelijke actor binnen een dynamische maakbare wereld. Het geheel is meer dan de som der delen - dynamisch
Focus	Focus op eenduidige, tastbare en zichtbare lichamelijke problematiek en ziekten	Focus op diffuse en dikwijls onzichtbare sociale, mentale en relationele problematiek	Focus op (positieve) gezondheid, veerkracht, groei en bloei in plaats van op problemen
Bijbehorend gedrag van de burger	Therapietrouw/shared decision making	Mede verantwoordelijkheid/co-creatie	Eigen verantwoordelijkheid en eigen regie
Schaal	Individu	Individu en directe netwerk	Individu en community
Resultaat-verwachting	Ziekte is heelbaar	Gezondheid is beperkt maakbaar	Gezondheid is sterk maakbaar
Onderzoeksmodel	Evidence based medicine / randomized controlled trial (RCT) Sterke nadruk op en geloof in kwantitatief onderzoek gericht op de werkbaarheid en effectiviteit van medische interventies.	Practice based/narratieven Nadruk op en geloof in kwalitatief (o.a. narratief) onderzoek gericht op het monitoren van relationele en persoonlijke ontwikkelingen en het 'verhaal' van de burger.	Evidence en practice based Sterk kwantitatief onderzoek gericht op (kosten)effectiviteit van preventie met aanvulling van kwalitatief onderzoek

¹ Bron: www.nji.nl

² Zie o.a. Berg, van den, M. e.a. (2014). *Preventie in de zorg*. Themarapport Volksgezondheid toekomst verkenning 2014, Bilthoven: uitgave RIVM.

³ Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2012) Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving. Advies uitgebracht aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: 2012.

⁴ Kamerbrief 'Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk', 28 aug. 2014

⁵ Ministerie van VWS (2014). Memorie van toelichting Wet Maatschappelijke ondersteuning. Den Haag: 14 jan 2014.

⁶ Auteur heeft o.a. 12 jaar gewerkt bij de Nederlandse Hartstichting en 14 jaar als adviseur in het sociaal domein, o.a. als kwartiermaker lokaal gezondheidsbeleid, projectleider van het Kenniscentrum Wmo en Wonen NH en de kenniskring sociale teams NH, een kennisnetwerk van 17 gemeenten.

⁷ Aarum, van S. e.a. en R. Schoorl (2016). *Sociale (wijk)teams in beeld. Stand van zaken na de decentralisaties*. Movisie: Utrecht (pdf).

⁸ Zie ook Kolner, C. & Sprinkhuizen, A. (2014). Uit het Doolhof. Observaties en reflecties bij de ontwikkeling van sociale (wijk)teams in Noord-Holland. Begeleidende notitie bij het eBook over sociale wijkteams in Noord-Holland. Een uitgave van het Kenniscentrum Wmo en Wonen Noord-Holland in samenwerking met het lectoraat maatschappelijk werk van de Hogeschool Inholland en de Wmo Werkplaats Noord-Holland.

⁹ Auteur voert sinds 2016 een promotieonderzoek uit waarin dit thema centraal staat.

¹⁰ Zie ook T.P. Gullotta, M. Bloom (eds.), (2014). *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*, DOI 10.1007/978-1-4614-5999-6, # Springer Science+Business Media New York.

¹¹ Zie artikel: Oncologen: domme pech is wel degelijk belangrijke oorzaak kanker, VK, 24 maart 2017

¹² Kooiker, S., K. Van der Velden (2007). *Een nuchtere kijk op gezondheid. Vier thema's voor gezondheidsbevordering*. Den Haag: SCP- publicatie

¹³ Abma T., R. in t' Veld. (2001). *Handboek Beleidswetenschap*. Amsterdam: Boom (p.34).

¹⁴ Mackenbach, J.P., van der Maas, P.J., (2009, vierde en geheel herziene druk). *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

¹⁵ Ook wel community medicine genoemd: "The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society (Acheson, 1988). Citaat uit Mackenbach, zie noot 3, blz 17.

¹⁶ Publieke gezondheid richt zich op verschillende soorten risico's: infectieziekten, medische milieukundige risico's, psychische risico's, welvaartsziekten, sociale veiligheid en forensische zorg. Voor al deze risico's geldt dat niet alleen de publieke gezondheid, maar ook het individu en de reguliere gezondheidszorg (behandeling (cure) en verpleging (care)) een belangrijke rol hebben in het signaleren, bestrijden en voorkomen ervan. De rol van de publieke gezondheid is dan om publieke coördinatie te voeren op taken die nodig zijn om deze risico's te beheersen. Citaat uit artikel: de preventieparadox, Ed de Hondt, VOG magazine, 2012.

¹⁷ Ministerie van VWS (2006). Preventienota 'Kiezen voor gezondheid'. Den Haag: uitgave Ministerie van VWS

¹⁸ Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling (2014). *De verleiding weerstaan. Grenzen aan de beïnvloeding van gedrag door de overheid*. Den Haag.

¹⁹ SCP-publicatie (2015). *De sociale staat van Nederland*. Utrecht

²⁰ World Happiness Report 2015 (edited by John Helliwell e.a.). The Earth Institute, Columbia University.

²¹ Zie verwijzing noot 10 voor uitgebreid overzicht van historie public health gekoppeld aan medisch model (p.3-4).

²² Haak, N. van den (2013). *De machinemens*. Delft: Eburon. (Verwijzing uit artikel Volkuil D. e.a. 'Technologie en zorgrelaties'. In: *Tijdschrift Waardenwerk*, mei 2016, blz. 21)

²³ Definitie WHO 1948: 'Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte'.

²⁴ Uitermark, J. e.a. (2012) *Wat werkt nu werkelijk? Politiek en praktijk van sociale interventies*. Amsterdam: Van Gennep.

²⁵ Ewijk, H. (2014) *Omgaan met sociale complexiteit. Professionals in het sociale domein*. Amsterdam: SWP

²⁶ Blaxter, M. (2010) *Health*. Cambridge: Polity.

²⁷ Cilliers, P. (2008) The crisis of knowledge, ongepubliceerd artikel.

²⁸ Putters, K. (2014) *Rijk geschakeerd*. Den Haag: uitgave SCP (pdf)

²⁹ Mullainathan, S. en E. Shafir (2013) *Schaarste. Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*. Amsterdam: Maven publishing.

³⁰ Verhagen, S., L. Linders.& M. Ham (2014) *Verlossing van schuld en boete. Onorthodoxe oplossingen voor onbetaalde rekeningen*. Amsterdam: Van Gennep.

³¹ Baart, A. (2006, 3de druk) *Een theorie van de presentie*. Den Haag: LEMMA

³² Jacobs, G. (red) et al. (2008) *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: SWP uitgeverij.

³³ Verwijst ook naar het begrip 'doormodderen' gerelateerd aan het begrip 'swamp work' van Schön, D. A. (1991) *The reflective Practitioner. How professionals think in action*. Surrey: Ashgate.

³⁴ Zie noot 5, blz. 22

³⁵ Schnabel, P. (2011) *Prikkels in preventie. Een theorie voor preventie*. Lezing voor KPMG, nov. 2011

-
- ³⁶ Zie vanaf de Nota 2000 de opeenvolgende preventienota's tot aan de Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' (TK 32 793 nr. 1) d.d. 25 mei 2011.
- ³⁷ Zie de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) onderzoeksrapporten 2011 en 2015 die het RIVM om de 4 jaar uitbrengt en de regionale gezondheidsprofiel-onderzoeken van de GGD-s in Nederland. Onderscheid wordt hierbij o.a. gemaakt tussen de woorden *efficacy* (werkzaamheid) en *effectiveness* (werkzaamheid en uitvoerbaarheid in de praktijk).
- ³⁸ Zie Part 1 van de Encyclopedia Foundation Topics in Primary Prevention and Health Promotion: Definitions of Primary Prevention (page 3 en 4) www.encyclopedia.com.
- ³⁹ Green, J., K. Tones, R. Cross & J. Woodall (2015, 3de ed.). *Health promotion. Planning & strategies*. London: Sage publications.
- ⁴⁰ Saracci, R. (1997). The WHO needs to reconsider its definition of health'. *British Medical Journal*, 314: 1409 In: Jackie Green, Keith Tones e.a. (2013- 3de herziene uitgave). *Health promotion, planning en strategies*. Sage publications, London
- ⁴¹ Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion Int.* 1996;11(1):11-18.
- ⁴² Zie o.a. Lindstrom, B. en M. Ericson (2009). The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Global Health Promotion 1757-9759*; Vol 16(1): 17-28; 100747 Copyright © SAGE Publications 2009, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore and Washington DC, DOI: 10.1177/1757975908100747 <http://ghp.sagepub.co>
- ⁴³ Definitie Huber 2011: 'Gezondheid is het vermogen van burgers zich aan de omstandigheden en fysieke, emotionele en sociale uitdagingen die het leven stelt, aan te passen en eigen regie te voeren' in: Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JWM, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.
- ⁴⁴ Alles is gezondheid... is ook de naam van het Nationaal Preventie programma van VWS: Het programma streeft naar een vitaler en gezonder Nederland via acties op school, in de wijk, op het werk en in de zorg. Zie [allesisgezondheid.nl](http://www.allesisgezondheid.nl)
- ⁴⁵ Stephan Lewis (2013) Trying to Make Sense of Health. In: J.P. Sturmberg and C.M. Martin (eds.), *Handbook of Systems and Complexity in Health*, 211 DOI 10.1007/978-1-4614-4998-0_13, © Springer Science+Business Media New York 2013.
- ⁴⁶ Seligman, M. is grondlegger van de positieve psychologie.
- ⁴⁷ Walburg, J.A. (2015). *Positieve gezondheid. Naar een bloeiende samenleving*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Lochem.
- ⁴⁸ Pachter, W. S. and P. H. DeLeon: Reflections on George Albee's Legacy of Promoting Human Potential and Social Justice. In: *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 28, No. 1, January 2007 (C _ 2006) DOI: 10.1007/s10935-006-0069-1
- ⁴⁹ Zie o.a. Spierts, M. (2014) *De stille krachten van de verzorgingsstaat. Geschiedenis en toekomst van de sociaal culturele professionals*. Amsterdam: Van Gennep, p. 223.
- ⁵⁰ Engbersen, R. en A. Sprinkhuizen e.a. (2008) *Tussen zelfsturing en paternalisme. Inhoud geven aan empowerment in achterstandswijken*. Utrecht: uitgave Movisie.
- ⁵¹ Zie Nationaal Preventie Programma 'Alles is gezondheid'. 2014-2016 via www.allesisgezondheid.nl.
- ⁵² Ryan, W. (1976) *Blaming the victim*. New York: Vintage Books
- ⁵³ Zie ook Frissen. P.H.A. (2013) *De fatale staat. Over de politieke noodzakelijke verzoening met tragiek*. Amsterdam: Van Gennep.
- ⁵⁴ Kolner. C.H. & Sprinkhuizen, A. (2014) *Uit het doolhof. Observaties en reflecties bij de ontwikkeling van sociale (wijk)teams in Noord-Holland*. Een uitgave van het Kenniscentrum Wmo en Wonen Noord-Holland in samenwerking met het lectoraat maatschappelijk werk van de Hogeschool Inholland en de Wmo Werkplaats Noord-Holland.
- ⁵⁵ Zie ook noot 23 – Uitermark, blz 33.
- ⁵⁶ Hier wordt verwezen naar een van de bakens van Welzijn nieuwe Stijl ('vraaggericht')
- ⁵⁷ Kunneman, H. (2012) *Het belang van moreel kapitaal in zorg en welzijn*. Rijswijk: Stichting Paul Cremers Lezing. Zie bij dit punt ook het recente oratie van Margo Trappenburg 'Helpen als ambacht. Arbeidsdeling in de participatiemaatschappij', waarmee zij april 2016 haar ambt als bijzonder hoogleraar 'Grondslagen voor sociaal werk' aan de Universiteit voor Humanistiek aanvaardde.
- ⁵⁸ Zie essay van Jan Vorstenbosch in de Trouw van 24 september 2016 met de titel "Regisseur in je eigen drama".
- ⁵⁹ Zie ook artikel 'Van sturen naar leren' van Klasien Horstman en Rob Houtepen in Jacobs. G.. (2008) – noot 32.