

WORKSHOP GEZONDHEIDSDOELLEN

27.04.2022 - ORSI ACADEMY

Gezondheid voor de mensen

gezondheidsobjectieven en de lokale realiteit

Geerdt Magiels

Dit is de persoonlijke neerslag van de workshop van Crosstalks in het kader van het langlopende project *Shake the disease*, waarin een open dialoog wordt onderhouden over de toekomst van gezondheid en gezondheidszorg. De workshop vond plaats op 27 april 2022 en ging op zoek naar lokale projecten die de gezondheidsdoelen in de praktijk vorm geven. De workshop werd voorgezeten, in- en uitgeleid door **Jan De Maeseneer**, (inter)nationaal expert huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg. **Marc Noppen**, longarts en CEO van UZ Brussel, gaf een introductie op het thema en pleitte voor bescheidenheid vanwege de ziekenhuizen die een weliswaar zwaarwegend maar niettemin klein element vormen in de complexe puzzel van de gezondheidszorg. **Karen den Hertog**, hoofd van de afdeling Gezond Leven van de GGD van Amsterdam-Amstelland, belichtte de manier waarop in de Amsterdamse regio verschillende disciplines samenwerken in een van hun programma's: Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht. **Mathias Neelen**, adjunct-coördinator van het project Community Health Workers stelde het project van deze gezondheidswerkers voor en hoe ze bruggen slaan tussen de zorg en kwetsbare mensen.

Waar het hart klopt

Enkele dagen na de Crosstalks workshop stond in NRC een interview met Angela Maas. Zij is sinds 2012 hoogleraar vrouwen cardiologie in het Radboudumc, Nijmegen. Daarin vertelt ze dat ze haar laatste spreekuur doet, omdat de spreekkamer haar te krap is geworden want "de maatschappelijke context is allesbepalend voor gezondheid en daar kan ik binnen deze vier muren niets mee. Ik zie hier vrouwen zonder pensioen, zonder geld om de gasrekening te betalen, de verwarming is

uit. De schimmel staat op de muren, longen en huid raken aangedaan, de ontstekingswaarden in het bloed zijn te hoog en ze hebben chronische stress. En dan begin ik over hun LDL [Low Density Lipoproteïne of 'slechte' cholesterol] dat onder de 1.6 moet zijn? Ik heb het gevoel dat ik nutteloos ben geworden."

Het is een pijnlijk realistische overweging van iemand die als arts begaan is met de gezondheid van haar patiënten maar botst op de grenzen van de geneeskunde als praktijk en in-

stituut. Ze beschrijft de harde en soms frustrerende werkelijkheid van het gezondheidsbeleid dat intussen misschien al wel gezondheidsdoelen weet te formuleren maar die in de praktijk niet hard weet te maken. Precies daar waar Crosstalks de dialoog wil over voeren.

Kopzorgen over de zorg

De workshop opent met de ontvullende vaststelling van Marc Noppen dat de gezondheidszorg slechts voor een klein gedeelte bijdraagt aan het verhogen van de levensverwachting in ontwikkelde landen. Hij verwijst daarbij naar de studie van Kaplan uit 2019 waaruit blijkt dat de gezondheidszorg slechts op zijn best 20% bijdraagt aan het voorkomen van voortijdige sterfte. Gedragspatronen en sociale factoren hebben een veel grotere impact op de levensverwachting van de burger. Dat verklaart waarom de levensverwachting in de VS in schril contrast staat met de zeer hoge uitgaven voor gezondheidszorg.

Socio-economische factoren zijn ook in ons land fundamentele determinanten van de volksgezondheid. De gezondheidszorg is bovendien een bijzonder inefficiënt systeem dat in de nabije toekomst nog danig op de proef zal worden gesteld: de grote vergrijzingsgolf gaat in ons land vanaf 2030 fiks aanzwellen terwijl het aantal mensen van boven de 65 met minstens één chronische aandoening sterk toeneemt. Dat zal de kosten verder de hoogte injagen. Alleen al om de toegenomen kosten voor de verouderende bevolking te kunnen opvangen zou het budget al met 2% moeten opgetrokken worden, terwijl dat geld er gewoonweg niet is. Daarbij weten we dat de grootste gezondheidsverliezen het gevolg zijn van decennialang risicogedrag, met roken, alcohol, ongezond eten en te weinig bewegen als koplopers.

Ook in de demografie van de zorgverstrekkers schuilt een dreiging. In België hebben we relatief weinig artsen (per 1000 inwoners) vergeleken met andere landen, en de instroom van nieuwe artsen is beperkt. Een kleine helft van de artsen is ouder dan vijftig en gaat binnen afzienbare tijd op pensioen, terwijl de nieuwe generatie (terecht) meer aandacht heeft voor de werk-privé balans en minder wil werken. Bij de verpleegkundigen zie je hetzelfde fenomeen: we hebben meer bedden dan mensen eromheen. Daar komt nog eens bij dat de patiënt in toenemende mate beter geïnformeerd is en kritischer wordt, veeleisender misschien ook en inspraak eist. Tel daar de kosten bij van heel innovatieve medische vooruitgang (geneesmiddelen, beeldvorming, technologie) die evenwel navent steeds meer kost (terwijl ze vooral veel oplevert voor de industrie die ze produceert) en het wordt duidelijk dat het

model van de geneeskunde waar we historisch in vergroeid zijn op haar grenzen stuit.

Hoe dat model moet veranderen is inmiddels voor velen duidelijk: het systeem moet van aanbodgedreven naar vraaggestuurd. De zorg moet leveren wat de mensen willen, niet wat artsen of ziekenhuizen naar gewoonte doen om geld te verdienen. Met andere woorden: hoe organiseren we een zo goed mogelijke gezondheid voor zo veel mogelijk mensen aan de laagste prijs? Daarbij heb je een geïntegreerd zorgsysteem nodig waarbij die integratie (rond de zorgknoten van de burger) gestoeld is op waarde en niet op volume, op continue, gecoördineerde zorg, uitgevoerd door diverse actoren die samenwerken, op basis van actuele data over individuen en populaties.

Zorg in netwerken

Om zorgtrajecten te kunnen aanbieden moeten er netwerken komen die breed horizontaal en dicht bij de patiënt opgezet worden. Met daarin verticale, klinische netwerken die zich op specialistische zorg richten en met de ziekenhuizen als schakel tussen horizontaal en verticaal.

Bij de financiering daarvan stuiten we in ons land met negen overheden en dito versplintering van bevoegdheden op een heel complexe puzzel. Wie de kaarten van de eerstelijnszones over de kaarten van zorgregio's en de ziekenhuisnetwerken legt merkt dadelijk dat er van een geconcentreerde aanpak nauwelijks sprake is. De covidcrisis (met onder andere de calamiteiten in de woonzorgcentra) heeft ons met de neus op de feiten gedrukt: een gebrekkige samenwerking in de zorg tussen de verschillende geledingen en actoren is funest voor de gezondheid en de levensverwachting.

Veertig jaar na de WHO-conferentie in Alma Ata over de eerstelijnszorg is het haast beschamend om vast te stellen hoe we nog steeds zo weinig gedaan hebben met de inzichten van toen: primaire gezondheidszorg is veel meer dan goede medische zorg want omvat ook adequate zorg voor huisvesting, voeding, leefomstandigheden, voorlichting en opvoeding. Hoe die *health in all policies* ook bij ons 'gezondheid in alle beleid' moet worden is nog verre van duidelijk.

De consensus over dit verhaal is groot, de meeste neuzen wijzen in dezelfde richting, maar de kloof met de werkelijkheid is groot. De horizon van deze ontwikkeling ligt over enkele decennia, terwijl beleidsmakers meestal in periodes van vijf jaar denken. Wat ook niet helpt is dat de urgentie van het probleem niet echt ervaren wordt door de mens in de straat omdat die niet voelt dat er wat aan de hand is – want de zorg is goed (voor wie die zorg weet te vinden en kan betalen).

Zo blijft de zorg een zorgenkind, waarbij goede bedoelingen in schril contrast staan met de zeer ongelijke en onrechtvaardige werkelijkheid: In België leeft een man van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs, gemiddeld 18 jaar langer in goede gezondheid dan een man met enkel een diploma lager onderwijs.

Gezonder aan de Amstel

Dat armoede ziek maakt en ziekte armoede veroorzaakt is een universeel gegeven. Dat uit zich in de schrijnende vaststelling dat je levensverwachting bepaald wordt door je postcode. In Amsterdam werkt men sinds enkele jaren aan een plan om deze vicieuze cirkel van ongezondheid in kwetsbare gezinnen en wijken te doorbreken. Karen den Hertog is als hoofd van de afdeling gezond leven van GGD Amsterdam-Amstelland uitstekend geplaatst om dat verhaal te vertellen. Haar dienst is de afdeling waar kennis, advies en innovatie in verband met gezondheid en preventie gebundeld worden en verschillende disciplines samenwerken om de gezondheidsverschillen in de regio terug te dringen. Een van hun projecten is de Amsterdamse Aanpak Gezond gewicht, waarvoor ze in 2019 de EU Health Award for Cities kregen.

Den Hertogs kernboodschap: de oorzaken van ongezondheid zijn gelaagd en complex en beïnvloeden elkaar, wat verklaart dat enkelvoudige interventies die zich richten op individueel gedrag niet werken. De metafoer van de ijsberg is treffend: de risicofactoren verbonden aan levensstijl zijn slechts de tip van de ijsberg. Onder de waterspiegel schuilen de andere causale factoren van ongezondheid: huisvesting, werk, sociale ondersteuning, criminaliteit en veiligheid. In de diepte steunt dit alles op de socio-economische structuren, de lokale, regionale, nationale en globale verdeling van macht en welzijn, gekoppeld aan (on)eerlijke verhoudingen in fiscale stelsels, ook tussen gender en klasse. Het individu op de top van de ijsberg kan aan die onderliggende ziekmakende structuren niets doen. Dat is geen nieuwe vaststelling. Het is slechts de bevestiging van het veertig jaar oude regenboogmodel van Dahlgren & Whitehead: de context van iemands leven, in alle geledingen van proximale tot distale socio-economische factoren, bepaalt, veel meer dan leeftijd, geslacht of genen, diens gezondheid en levensperspectieven.

Die complexiteit is op het eerste gezicht afschrikwekkend, want onhanteerbaar. Wie één blik werpt op het schema van de Obesity System Atlas die Philippe Vandenbroeck et al. maakte voor het UK Government's Foresight Programme (onderwerp van een Crosstalks workshop in 2017) beseft hoe ingewikkeld en multidimensionaal het probleem van overgewicht is. Morrelen aan een van de myriade aan facto-

ren helpt niet. Daarom koos de Amsterdamse aanpak voor inzet op gedrag en omgeving. De regenboog werd opgesplitst in partjes. Een gezonde voedselomgeving heeft veel facetten: van wat een zwangere moeder eet voor en na de geboorte, of de schoolmaaltijden van obese kinderen, tot de sportfaciliteiten voor minder bedeelde jongeren of het aantal fastfood-restaurants in kwetsbare buurten. Het grote probleem valt uit elkaar in vele *wicked problems* die elk hun eigen specifieke aanpak kregen. De aanpak was nooit statisch, maar voortdurend in ontwikkeling, *evidence-informed*. Vanuit het besef dat je impact kan genereren op alle plekken en momenten waarop kinderen en hun ouders voor voedselkeuzes staan, werd naast individuele voedingspatronen ook gemikt op een gezonde voedselomgeving. De manieren waarop dat kan zijn talrijk: via imams, sportkantines, scholen, welzijnswerk, voedselbanken, buitenreclame of het vestigingsbeleid van ongezonde eethuizen enz.

Den Hertog benadrukt steeds opnieuw: dit is geen te generaliseren aanpak die niet een-op-een te kopiëren is in een andere stad. Zoals in het 'cynefin'-model wordt beschreven kan je hier oorzaken en gevolgen slechts gedeeltelijk en meestal pas achteraf begrijpen. Evalueer daarom voortdurend en leer van emergente praktijken die hun nut bewijzen. Omarm de complexiteit. Dat helpt bovendien om het spannend (en leuk) te houden.

Urgent en ambitieus

Om de noodzakelijke veranderingen door te zetten is een gevoel van urgentie nodig en een voelbare betrokkenheid. Kleur daarom het probleem in zodat het voor politici en andere betrokkenen een belangrijke motiverende motor kan vormen. In Amsterdam werd bij elke presentatie van dit project de foto getoond van Kimberley, zeven en zwaarlijvig. Met daarbij het verhaal dat er zo 27.000 kinderen in de stad wonen die binnen twintig jaar obese volwassenen met diabetes zullen zijn, met alle gezondheids- en socio-economische gevolgen van dien: "Daarom willen we in 2030 geen enkel kind met overgewicht in de stad."

Dat is een ambitieuze uitdaging, een duidelijk en urgent doel, dat misschien te absoluut lijkt om haalbaar te zijn, maar wel de lat hoog legt en duidelijk maakt waarom er iets moet gebeuren. Het is helder dat verandering niet van het toeval mag afhangen ("change is not a question of chance"). En dat billijkheid voorgaat op gelijkheid ("equity over equality"), want als je iedereen gelijke steun geeft profiteren de sterksten daar meer van dan de zwaksten en blijft de ongelijkheid bestaan. De projecten van Gezond Gewicht richten zich doelbewust op de zwakke en kwetsbare wijken en scholen.

Geef geen voedselsteun aan alle (en dus ook de betere) scholen maar aan de scholen die het nodig hebben.

Zo worden in Amsterdam en Amstelland kleine stappen gezet, keer op keer lerend van wat werkt, zonder evenwel het verre doel aan de horizon uit het oog te verliezen. Meer informatie en inspiratie vind je op <https://www.amsterdam.nl/sociaaldomein/aanpak-gezond-gewicht/>.

Bruggenbouwers

Hoe kan de gezondheidszorg de meest kwetsbare en 'onderbediende' groepen in de armere wijken bereiken als die zelf de weg niet vinden naar de zorg, waardoor hun zorgnood alleen maar groter wordt? Het is de pregnante vraag naar de werkzame, lokale invulling van de overkoepelende algemene gezondheidsdoelen. Gemeenschapsgezondheidswerkers zijn daar een mogelijk antwoord op. Mathias Neelen schetste hun werking zoals die sinds twee jaar in België van de grond kwam. Hij werkte sinds het begin van de covidcrisis mee aan de intermutualistische aansturing en monitoring van de Field Agents in het Vlaamse contactonderzoek en is sinds 2021 coördinator van het project Community Health Workers (CHW).

Het CHW-project is federaal initiatief van het kabinet van minister Vandenbroucke en heeft als kerndoelen: bruggen bouwen tussen individuen, gemeenschappen en zorgprofessionals; vertrekken van cultureel aangepaste gezondheidsinformatie; mensen helpen navigeren in het gezondheidsstelsel; coachen en sociale steun bieden; opkomen voor individuen en gemeenschappen; versterken van gezondheidsvaardigheden; naar de mensen toegaan en materiaal leveren voor evaluatie en onderzoek.

De gezondheidswerkers hebben een herkenbaar profiel. Ze hebben voeling met, kennis over of een vertrouwde band met de gemeenschappen of culturen waar ze naartoe gaan. Ze werken vanuit interesse of begrip voor of persoonlijke ervaringen met de problemen die kwetsbare mensen kunnen hebben met de gezondheidszorg. Ze kunnen gemakkelijk en in vertrouwen gesprekken aanknopen, hebben eerlijk en open contact en kunnen luisteren. Daarbij moeten ze wel stevig in hun schoenen staan om met soms moeilijke of emotionele situaties om te kunnen gaan. Ze hebben aandacht voor diversiteit en respect, en belangstelling voor ander leef- en zinswijzen. Ze geven informatie, helpen de weg te vinden in het gezondheidssysteem en leiden mensen toe naar huisarts, tandarts, ziekenfonds of Kind en Gezin waarbij ze mee zoeken naar oplossingen op maat van de individuele persoon.

Op die manier identificeren ze de zorgnoden, gaan zo nodig mee op stap, herinneren mensen aan afspraken en volgen die verder op, zodat gezondheidsvaardigheden worden versterkt. Daarvoor krijgen ze een tweedaagse basisopleiding en permanente vorming van diverse partners (zoals de ziekenfondsen). Ze geven vertrouwen en bieden een luisterend oor. Aan de andere kant kunnen ze de structurele toegankelijkheidsproblemen signaleren en mee bouwen aan het versterken van het netwerk en zorgverstrekkers en overheden laten zien waar voor zovelen de drempels liggen op de weg naar zorg.

Lokaal geworteld

Als federaal project krijgen de CHW-activiteiten in Vlaanderen, Brussel en Wallonië een aangepaste invulling, geënt op de lokale omstandigheden en de structuur van het werkveld. In Wallonië werken achttien CHWs en drie coaches in vier stedelijke centra, samenwerkend met Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté. In Brussel werken de dertien CHWs en twee coaches in zes gemeenten of wijken, afgestemd met Les Relais Action Quartiers (RAQ). In Vlaanderen zijn eenentwintig CHWs met vijf coaches actief in Antwerpen, Genk, Gent, Oostende en Tienen, zo veel mogelijk lokaal afgestemd in samenwerking met plaatselijke organisaties zoals WGC, OCMW of CAW.

In Antwerpen wordt uitreikend gewerkt op specifieke pleinen, samenwerkend met De gezondheidskiosk, het Lokaal GezondheidsOverleg Logo en de universiteit. De Dokters van de wereld doen mee, waarbij de CHWs aanwezig zijn op hun inlooptmomenten en ze de doelgroep op weg kunnen helpen naar de reguliere zorgverlening.

In Genk is de stadsstructuur sterk geënt op de wijken, waarin de CHWs gemakkelijk kunnen ingezet worden. Per wijk zijn er afspraken met wijkmanagers, straathoekwerkers en stadstoezichthouders.

In Tienen heeft een kleine equipe een heel gerichte aanpak, samenwerkend met Bezorgd Om Mensen en Erm in Erm waarbij ze meelopen in de mobiele teams.

In Gent zijn de CHWs met hun uitreikende en proactieve aanpak complementair aan de gezondheidsgidsen, die eerder vraaggericht werken. In de doelgroepenmix wordt gemikt op vaste wijken en specifieke doelgroepen, van Nieuw-Gent tot de Bulgaarse gemeenschap.

In Oostende is er een nauwe band met het armoedenetwerk van de stad, met lijnen naar thuisbegeleidingsdiensten, wijkopbouwwerk, stadsdiensten en kleinere, lokale vzw's. Er werden afspraken gemaakt met het project gezondheidsambassadeurs FMDO.

Signalen uit het veld

Overall botsen de CHWs op een aantal hinderpalen die de bereikbaarheid van zorg voor kwetsbare groepen in de weg staan. Er is een tekort aan tandartsen (bovendien verder beperkt door patiëntenstop), waarbij de kosten van de tandzorg een extra belemmerende factor vormen. Ook aan huisartsen is een tekort, nog verergerd door de patiëntenstop – zelfs en ook bij wijkgezondheidscentra. Daar bovenop komt een tekort aan psychologische hulpverleners. Uitwijken naar privé-behandelaars is soms een oplossing, maar die is veelal niet betaalbaar voor mensen met een overlevingsbudget. Kortom: waar kan je mensen naartoe leiden, als er geen aanbod is dat voldoende omkaderd is? Nu houden huisartsen zich een derde van hun tijd bezig met zaken waarvoor ze overgekwalificeerd zijn. Waar blijven de praktijkondersteuners, zoals die bijvoorbeeld in Nederland bestaan?

Specifieke psychische problemen (zoals trauma gerelateerd aan oorlog en ontheemding) vergen navenante psychologische expertise, die maar moeilijk te vinden is. Dat probleem wordt nog verzaamd omdat een gebrek aan tolken verhindert dat mensen hun verhaal in hun eigen taal kunnen doen. Het digitale blijft daarbij een hoge drempel vormen voor velen.

Het helpt ook niet dat bij sommige groepen een groot wantrouwen heerst ten opzichte van grote organisaties zoals het OCMW of CAW. Het helpt daarbij al helemaal niet dat de dienstverlening bij sommige organisaties in sommige steden tekortschiet en dat diensten steeds minder gemakkelijk te bereiken zijn via een loket, de telefoon of zelfs via mail.

Het CHW-project ging van start in 2021 en het is de bedoeling het uit te breiden naar samenwerking met bijvoorbeeld de mobiele psychiatrieteams. Voorlopig komt er geen uitbreiding naar andere steden hoewel nu al duidelijk is dat ook buiten de vijf projectsteden dezelfde noden bestaan. De UA leverde in februari 2022 een kwalitatief onderzoeksrapport af, dat in het najaar door een meer kwantitatief verslag zal gevolgd worden.

En opnieuw: de context

Uit de ervaring van en met de CHWs spreekt overduidelijk het belang van een bredere kijk op de analyse van de voor velen moeilijk bereikbare zorg. Daarbij spelen de algemene levensomstandigheden zoals huisvesting, kinderopvang, arbeidsmarkt en onderwijs, naast het ecologische, sociale en culturele milieu een essentiële rol. Een betere toegang tot de eerstelijnszorg is slechts een onderdeel van het probleem. Inzetten op gezondheidsgelettertheid en preventie moet een

onderdeel zijn van elke poging om kwetsbare mensen beter toe te leiden naar de zorg waar ze recht op hebben.

Het zou helpen als de beleidsmakers zouden beseffen dat dit een essentieel samenlevingsproject is, waarin de zorgverleners zelf, het middenveld en de ziekenfondsen hun eigen rol te spelen hebben – een rol die ze nu nog te weinig opnemen. CHWs kunnen bruggen bouwen tussen al deze actoren. Daarom zou het niet meer dan fair zijn als dit initiatief dat nu op projectbasis bestaat en dat steeds bang moet afwachten of het wel verlengd wordt, een structureel onderdeel wordt van de gezondheidszorg in ons land. België heeft nu (voorlopig) 50 CHWs. Zuid-Afrika heeft er 25.000, die zich bovendien ook met preventie bezighouden.

Stof tot nadenken

De verhalen uit Amsterdam en uit de Vlaamse steden zijn heel verschillend en toch aanvullend, tegelijk herkenbaar en uitdagend. De contextuele, regenboogkijk op gezondheid en welzijn is de enige die de complexiteit van het probleem recht doet en handvatten biedt om er wat aan te doen. Tegelijk klinkt de frustratie dat ondanks de theoretische consensus er nog steeds zo weinig structureel mee gedaan wordt.

Gelukkig zijn er overall lokale initiatieven die laten zien hoe het wel kan. Zo kennen huisartsen die twintig tot dertig jaar in een wijk werken de (levens)verhalen van de mensen die er wonen. Zij hebben aan één woord genoeg om te weten wat er aan de hand is. Zij kennen de wijkbewoners en hun levens. Die artsen en zorgverleners dreigen binnenkort weg te vallen, en met hen verdwijnt de kennis en de continuïteit. Zij zien in een kind nog de vier generaties die het voorafgingen en hoe die geschiedenis en context de toekomst van dat kind vorm geeft. “De knoppen van veel ziekten zijn al vier generaties geleden aangezet”, voegde Den Hertog daaraan toe.

De wetenschappelijke en inzetbare kennis hierover is schaars of ontbreekt in België. Dat is niet verwonderlijk, wetende dat we in Vlaanderen geen *public health physicians* hebben. (In Nederland zijn er 2600 op 16 miljoen inwoners.) Wij moeten het doen met anekdotische wijsheid (die jammer genoeg veel waarheid bevat): in een arme wijk zijn veel apothekers en weinig artsen, in een rijke wijk is het andersom – en dat is al veertig jaar zo. Met andere woorden: hoe kunnen we ervoor zorgen dat mensen minder pillen slikken en beter voor hun gezondheid kunnen zorgen? Waarom zijn het de armsten die ongezonder leven en daardoor op termijn meer zorgkosten genereren en korter leven? Armoede belast iedereen in een samenleving, ook de rijken. Elke euro uitgegeven in de beginjaren van een kind om het goede levensomstandigheden

te bezorgen verdient zich later dubbel en dik terug, en daar wordt iedereen beter van.

Hoe mooi de geformuleerde gezondheidsdoelstellingen ook zijn, de uitdaging is breder dan de gezondheidszorg alleen kan oppakken. Het gaat om een herverdelingsvraagstuk waarbij een handvol actoren en sectoren, op alle niveaus moeten samenwerken: gezonde huisvesting voor iedereen en een intelligente vorm van basisinkomen, ingepast in een gezondheidsbevorderende ruimtelijke planning op een fundament van gezondheidsbevorderend onderwijs.

Mikken op de maan

Er werd in de nabespreking verwezen naar *Moonshot* van de econome Mariana Mazzucato waarin zij pleit voor een ambitieuze overheid die hoog durft mikken om de samenleving inclusiever en duurzamer te maken. De overheid heeft laten zien dat zij, niet de vrije markt, in tijden van covidcrisis de samenleving heeft rechtgehouden. Mazzucato betoogt dat als we mensen op de maan kunnen zetten, niets ons tegenhoudt om onze maatschappij te transformeren tot een systeem dat mensen gezond maakt en houdt.

De doelstellingen liggen al min of meer op tafel. De invulling ervan, ingebed in een brede maatschappelijke transitie is werk voor de komende jaren. Die invulling moet gebeuren in een breed kader, dat alle geledingen van de samenleving meeneemt. Lokale initiatieven spelen daarbij een belangrijke rol. Zij kunnen, binnen het kader van de doelstellingen en geënt op de plaatselijke noden, op een coherente manier mensen zelf de verantwoordelijkheid over hun gezondheid leren en laten opnemen. Dan zitten patiënten zelf aan het stuur van hun traject van welzijn en gezondheid. Zoiets zal alleen kunnen als de gezondheidszorg, zoals Donald Berwick in april in de JAMA schreef, niet langer de *repair shop* is, een herstellwerkplaats voor ingedeukte bumpers en kapotte koplampen. De gezondheidszorg moet daarentegen proactief zorgen voor goede wegen en meer fietspaden en verkeersopvoeding. We moeten sleutelen aan de sociaaleconomische determinanten van de gezondheid. Zo niet blijven we schade verhelpen nadat de ongevallen hun slachtoffers eisten. In dat (dure) reparatiewerk zijn we intussen bijzonder performant maar er zijn heel veel goede redenen om dat niet te blijven doen.