

NAAR EEN GEZONDE SAMENLEVING VOOR IEDEREEN

HEALTHY SOCIETY



Foto: Iris van den Braek



TU Delft OPEN

7 speerpunten | 14 wetenschappers |
32 inzichten | 16 actiepunten

Inhoud

<i>Inleiding</i>	4
<i>Samenvatting</i>	8
<i>English summary</i>	12
<i>#1 Beleid voor een gezonde samenleving</i> <i>'Schuld aanpakken met zorggeld loont'</i>	18
Jet Bussemaker (Universiteit Leiden en LUMC: Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact) en AnneLoes van Staa (Hogeschool Rotterdam: Zorgtransitie)	
<i>#2 Inkomensongelijkheid als uitdaging voor een gezonde samenleving</i> <i>'De invloed van geldstress op de volksgezondheid is niet te onderschatten'</i>	24
Marieke Knoef (Universiteit Leiden: Micro-economie) en Eric Steegers (Erasmus MC: Gynaecologie)	
<i>#3 Omgevingsinterventies voor gezondheid en welzijn</i> <i>'De belangrijkste omgeving is je medemens'</i>	30
Machiel van Dorst (TU Delft: Bouwkunde en omgevingspsychologie) en Anna Petra Nieboer (Erasmus Universiteit Rotterdam: Sociologie)	
<i>#4 Opgroeien van een gezonde generatie</i> <i>'In gesprek ontdek je het probleem achter het probleem'</i>	36
Moniek Buijzen (Erasmus Universiteit Rotterdam: Communicatie en gedragsverandering) en Maaïke Kleinsmann (TU Delft: Ontwerp voor digitale transformatie)	
<i>#5 Interventies voor gedragsverandering</i> <i>'Niet iedereen heeft gezondheidsdoelen bovenaan staan'</i>	42
Sandra van Dijk (Universiteit Leiden: Gezondheidspsychologie) en Valentijn Visch (TU Delft: Game-ontwerp voor gezondheidsmotivatie)	
<i>#6 AI-technologie voor gezondheidsinterventies op maat</i> <i>'De rol van kunstmatige intelligentie is nog beperkt'</i>	48
Marco Spruit (Universiteit Leiden: Data in populatiegerichte zorg) en Iris Wallenburg (Erasmus Universiteit Rotterdam: AI en zorgtransformatie)	
<i>#7 Gezondheidsbevordering voor kwetsbare groepen</i> <i>'In pilot-studies bereiken we mensen in achterstandswijken wél'</i>	54
Huisarts-onderzoeker Tobias Bonten (LUMC: Volksgezondheid en eerstelijns geneeskunde) en Semiha Denктаş (Erasmus Universiteit Rotterdam: Gezondheidspsychologie)	
<i>Colofon</i>	62

Inleiding

Van vergrijzing en welvaartsziekten tot eenzaamheid, stress en zorgen over toenemende gezondheidsverschillen in de maatschappij: onze samenleving staat voor belangrijke uitdagingen, waarbij de focus steeds meer komt te liggen op het voorkomen van aandoeningen en problemen in plaats van reparatie achteraf. Om gezondheid en welzijn te bevorderen, is een brede visie nodig waarin wetenschappers vanuit verschillende disciplines hun krachten bundelen. Wetenschappers werken daarnaast steeds meer samen met burgers, kennisinstellingen, zorgorganisaties, gemeenten, provincie en andere maatschappelijke partners.

Deze transdisciplinaire verbinding van kennis en expertise komt samen in Healthy Society, een samenwerking van Leiden-Delft-Erasmus Universiteiten en Medical Delta. Hierin wordt kennis gebundeld van de LDE-universiteiten (Universiteit Leiden, TU Delft en Erasmus Universiteit Rotterdam), de academische medische centra (Leids Universitair Medisch Centrum en Erasmus Medisch Centrum) en hogescholen (Haagse Hogeschool, Hogeschool Inholland, Hogeschool Rotterdam en Hogeschool Leiden) in Zuid-Holland.

Veertien wetenschappers reflecteren op uitdagingen en oplossingen

In deze white paper reflecteren veertien wetenschappers op uitdagingen en mogelijke oplossingen vanuit

een caleidoscopisch perspectief. Ze zoomen in op kwetsbare groepen en op wat er nodig is om gezondheidsverschillen te verkleinen. In zeven dubbelinterviews spreken zij zich vanuit hun zeer uiteenlopende disciplines uit over wat er nodig is voor een gezonde samenleving voor iedereen.

Een breed scala aan onderwerpen staat centraal. Bijvoorbeeld samenwerken met mensen uit kwetsbare groepen, zodat er (beleids)interventies tot stand kunnen komen waaraan zij behoefte hebben. Ook bij jongeren is co-creatie essentieel om ze, waar nodig, te helpen gezond en digitaal weerbaar op te groeien. De toegevoegde waarde van kunstmatige intelligentie bij het ontwikkelen van gepersonaliseerde interventies komt aan bod, en welke voetangels er zijn om deze techniek tot bloei te brengen. Ook staan de geïnterviewde wetenschappers stil bij grote uitdagingen, zoals de manier waarop armoede leidt tot neerwaartse spiralen en hardnekkige gezondheidsverschillen over generaties heen.

De wetenschappers hebben concrete adviezen, bijvoorbeeld over hoe je sociale participatie en daarmee welzijn en gezondheid kunt aanwakkeren op de tekentafel voor stedelijke ontwikkeling. Over de inzet van een groot palet aan technieken voor gedragsverandering en e-health, ter bevordering van gezondheid en welzijn. Ook komt aan bod hoe kwetsbare burgers te bereiken zijn in de dagelijkse zorgpraktijk.

Preventie: méér dan alleen gezond gedrag bevorderen

De gemene deler van deze interviews: preventie en het inrichten van een gezonde samenleving is veel meer dan alleen mensen individueel aanmoedigen gezonder te leven. Er is een integrale aanpak nodig, die het medische, het sociale en het fysieke domein met elkaar verbindt. Daarbij is maatwerk nodig, met als startpunt: in kaart brengen wat voor mensen zelf van waarde is en welke oplossingen daarop aansluiten, passend bij hun leven en leefomgeving. Met name voor mensen in kwetsbare situaties, zoals mensen met financiële stress of psychosociale beperkingen, is er vaak sprake van stapeling en clustering van problemen op verschillende terreinen van hun leven. Voor hen is het niet vanzelfsprekend dat gezondheid op de eerste plaats komt. De praktijk is voor deze burgers vaak weerbarstig. Het vraagt van wetenschappers en andere professionals om over de grenzen van hun disciplines en expertise heen te kijken en zich te verdiepen in het perspectief van de ander.

Deze white paper geeft een aanzet voor die interdisciplinaire visie op een gezonde samenleving en het verkleinen van gezondheidsverschillen. Wetenschappelijke disciplines en maatschappelijke partners zijn cruciaal om nieuwe dwarsverbanden te ontwikkelen. Samen staan we sterk en ontwikkelen

we nieuwe samenwerkingsverbanden voor een gezonde samenleving voor iedereen. U bent van harte uitgenodigd als u wilt deelnemen!
We wensen u veel leesplezier en inspiratie toe.



Foto: Graciela Rossetto

Prof. dr. Andrea Evers
Hoogleraar Healthy Society



Dr. Sandra van Dijk
Wetenschappelijk coördinator
Healthy Society

Samenvatting

In deze white paper vertellen veertien wetenschappers van de Zuid-Hollandse kennisinstituten over hun onderzoek naar diverse aspecten van gezondheid. Van preventie en overgewicht tot geestelijke gezondheid en chronische ziekten. In het bijzonder richten we ons in deze uitgave op het verkleinen van gezondheidsverschillen in de samenleving.

7 **Speerpunten gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen**

Over elk van deze speerpunten hielden we een interview met twee wetenschappers uit verschillende disciplines:

- #1 Beleid voor een gezonde samenleving
- #2 Inkomensongelijkheid als uitdaging voor een gezonde samenleving
- #3 Omgevingsinterventies voor gezondheid en welzijn
- #4 Opgroeien van een gezonde generatie
- #5 Interventies voor gedragsverandering
- #6 AI-technologie voor gezondheidsinterventies op maat
- #7 Gezondheidsbevordering voor kwetsbare groepen

32 Inzichten uit de interviews

1. Om een verschil in de samenleving te kunnen maken, moeten wetenschappers niet alleen met andere wetenschappelijke disciplines, maar ook transdisciplinair samenwerken met burgers, zorgprofessionals, beleidsmakers en andere stakeholders.
2. Voordat je aan gezond gedrag kunt gaan werken, moet je weten wat er speelt in iemands leven. Zorgen over veiligheid op straat, geld of schimmel op de muren zijn relevant als je wilt werken aan de gezondheid van burgers.
3. Krachtige basiszorg houdt in dat de zorg nauw verbonden is met het sociale domein.
4. Het loont om zorggeld in te zetten om schulden aan te pakken. Met de stress die dat wegneemt, voorkom je veel somatische en psychische klachten.
5. Maar liefst 41 procent van de verzorgenden (laagbetaald, meestal parttime werk) kampt met geldzorgen (tvvtotaal.nl, augustus 2022).
6. In wijken met complexe problemen hebben de mensen het gevoel dat onderzoekers even komen kijken en dan weer verdwijnen. Er zijn betere manieren van co-creatie nodig met burgers in een kwetsbare situatie.
7. Gezonde dingen lekker leren vinden is in veel gezinnen niet vanzelfsprekend.
8. De invloed van armoede of geldstress op de volksgezondheid is niet te onderschatten.
9. Armoede vergroot de kans op babysterfte, vroeggeboorte en een te laag geboortegewicht fors.
10. Kinderen uit arme gezinnen krijgen vaak zelf kinderen met dezelfde problemen. Allerlei sociale problematiek wordt zo over de generaties heen gedupliceerd.
11. Interventies die de gezondheid van moeders en kinderen in arme buurten verbeteren, helpen de gezondheidskloof te dichten.
12. De belangrijkste omgeving is je medemens.
13. Sociale interactie is gezondheidsgedrag en even belangrijk als bewegen en niet roken. Het bevordert mentale gezondheid en de levensduur.
14. De gebouwde omgeving kan sociale interactie bevorderen of in de weg staan.
15. Ideaal is als mensen controle hebben over hun interactie met anderen. Bijvoorbeeld: op een verbrede galerij kun je elkaar voorbij lopen óf stilstaan en een praatje maken.
16. Alleen weten wie je burens zijn is al belangrijk om sociale interactie te bevorderen. Wonen aan een doorgaande weg helpt daarbij niet.
17. Voortuintjes bevorderen de sociale interactie, de auto pal voor de deur juist niet. Wie een stukje moet lopen naar de auto, kan meer burens ontmoeten en dus groeten.

18. Groen, veiligheid, goede woningkwaliteit en onderlinge solidariteit doen veel voor gezondheid en welzijn.
19. Oudere migranten die zich in hun buurt niet veilig en gewaardeerd voelen, komen minder buiten en bewegen minder.
20. Mensen zoeken mensen op met eenzelfde culturele achtergrond. Tegelijk wonen ouderen met een migratieachtergrond liever niet afgezonderd, want dan voelen ze zich apart gezet.
21. Het op maat inrichten van de gebouwde omgeving, zoals een Marokkaanse fontein op het Rotterdamse Noordplein, kan helpen dat groepen zich meer gewaardeerd voelen.
22. Weten wat gezond is en wat niet, is niet zo vanzelfsprekend als het lijkt.
23. Het gezondheidsgedrag van jongeren wordt beïnvloed door het gedrag van hun klasgenoten, maar ook door wat ze online oppikken.
24. Chronisch zieke kinderen krijgen soms al op hun veertigste hartproblemen door te weinig beweging.
25. Calorierijke energiedrankjes zijn vaak expres prominent aanwezig in de sport. Als een kind sport eenmaal associeert met energiedrankjes, kan zo'n associatie levenslang standhouden.
26. Stress en mentale klachten zorgen ervoor dat kwetsbare groepen weinig energie hebben om zich druk te maken over gezondheidsrisico's.
27. Belonen met bijvoorbeeld cadeaus (extrinsieke motivatie) kan mensen helpen nieuw gewoontegedrag te ontwikkelen en dus gezonder te leven. Om gewoonten vol te houden op de langere termijn zijn daarnaast gedragstechnieken vereist die de intrinsieke motivatie van mensen ondersteunen.
28. Een op de vijf Nederlanders heeft moeite met computers, internet en apps.
29. Kunstmatige intelligentie (AI) implementeren om de zorg en/of gezondheid van burgers te verbeteren is complex. Nog los van de technologie zelf zitten knelpunten in bijvoorbeeld de beschikbaarheid van data en het vertrouwen bij gebruikers.
30. In wijken waar de Corona-vaccinatiegraad laag was, kwam dat vaker door praktische bezwaren dan door fundamentele bezwaren tegen de vaccinatie.
31. Mensen in achterstandswijken hebben baat bij zorg op afstand: een bezoek aan de huisarts kan voor hen lastig of bezwaarlijk zijn.
32. Bij gezond gedrag speelt de context een grote rol. Ten onrechte is lange tijd aangenomen dat het een zuiver individuele zaak is.

16 Actiepunten uit de interviews

1. Investeer in wijken met complexe problemen en te weinig sociale interactie langdurig in een ondernemende spil in de wijk: iemand die veel bewoners en professionals kent, praatjes maakt en verbindingen legt.
2. Start contactgroepen met zorgverleners en welzijnswerkers die elkaar kunnen inschakelen om mensen te helpen hun meest urgente problemen op te lossen.
3. Stimuleer buurtinitiatieven zoals wandel- en kookclubs en bruggenbouwers zoals de buurtsportcoach.
4. Vervang in bestaande wijken doorgaande wegen waar mogelijk door bijvoorbeeld een klein parkje. Dat bevordert sociale interactie, beweging en een prettige temperatuur.
5. Betrek bewoners bij de invulling van hun wijk en neem ze daarbij serieus. Bewoners hebben het in de gaten als inspraak een schijnvertoning is.
6. Zorg als verhuurder voor goede, comfortabele woningen. Dat levert een belangrijke bijdrage aan het welzijn en de gezondheid van huurders.
7. Verval bij het oplossen van het woningtekort niet in massaproductie, maar begin op de kleine en menselijke schaal. Weet voor wie je bouwt.
8. Maak als werkgever geldzorgen van medewerkers bespreekbaar en bied aan mee te denken over oplossingen.
9. De overheidsvisie op fundamentele verandering in de zorg zou minder kostengedreven en meer toekomstgericht moeten worden.
10. Meer wet- en regelgeving op macroniveau is nodig. Denk aan suikertaks, btw-verlaging op groente en fruit en meer beperkingen op reclame voor ongezonde voeding.
11. Gemeenten moeten de mogelijkheid krijgen een halt toe te roepen aan nog meer snackbars.
12. Kom als wetenschapper, zorgverlener of beleidsmaker uit je professionele hokje.
13. Ga als wetenschapper of zorgverlener in gesprek met mensen over wat er speelt in hun leven.
14. Een open, niet-commercieel informatiesysteem is nodig om zorginnovatie op basis van data en kunstmatige intelligentie binnen enkele jaren sterk te kunnen verbeteren.
15. Neem voldoende kennis over e-health, big data en kunstmatige intelligentie op in het curriculum van geneeskunde- en verpleegkunde-opleidingen.
16. Onderzoeksfinanciers zouden meer vanuit het publieke belang kunnen gaan denken.

English summary

Towards a healthy society for everyone

7 key themes | 14 scientists | 32 insights | 16 action points

In this white paper, fourteen scientists from South-Holland knowledge institutions describe their research into various health aspects – from prevention and being overweight to mental health and chronic diseases. This main focus of this publication is on reducing the health gap.

7 Key themes focused on reducing the health gap

For each of the following key themes, we conducted duo-interviews with two scientists from several disciplines.

- #1 Policies for a healthy society
- #2 Income inequality as a challenge for a healthy society
- #3 Environmental interventions for health and well-being
- #4 Raising a healthy generation
- #5 Interventions supporting behaviour change
- #6 AI technology for tailor-made health interventions
- #7 Health promotion for vulnerable groups

English versions of these interviews will be made available at healthy-society.nl, leiden-delft-erasmus.nl and medicaldelta.nl.
For more information, please contact us at healthysociety@fsw.leidenuniv.nl.

32 Insights from the interviews

1. To make a difference in society, scientists must not only collaborate with divergent scientific disciplines, but also pursue transdisciplinary collaboration with citizens, health care professionals, policy makers and other stakeholders.
2. To promote healthy behaviour, you must first understand the ins and outs of people's lives. Their worries about an unsafe neighbourhood, financial issues, and mouldy homes are relevant when encouraging citizen health.
3. A main characteristic of strong basic care is a close connection between health care and the social domain.
4. It pays off to use healthcare money to tackle debts. The decrease in stress levels considerably reduces somatic and psychological complaints.
5. A shocking 41% of caregivers (low-paid, often part-time jobs) have financial problems ("Magazine for Caregivers", ttvototaal.nl, August 2022).
6. People in neighbourhoods marred by complex problems are not too keen on researchers coming and going. We need better ways of co-creation with citizens in vulnerable situations.
7. In many families, learning to enjoy healthy food is the exception.
8. We cannot underestimate the impact that poverty and financial problems have on public health.
9. Poverty increases the probability of infant mortality, premature birth, and a low birth weight.
10. Children from impoverished families often pass their problems on to their own children, making social problems last for generations.
11. Health interventions aimed at mothers and children in impoverished neighbourhoods help close the health gap.
12. Your fellow humans constitute the most important environment.
13. Social interaction is health behaviour, and it is just as important as exercising and not smoking. It increases mental health and longevity.
14. The built environment can foster or discourage social interaction.
15. Ideally, people are in control of when they interact with others. Broad passageways, for example, allow people to pass each other or to stop and have a chat.
16. Simply knowing your neighbours already increases social interaction. Living on a busy road is disadvantageous.
17. Front yards boost social interaction. Having your car parked near your house does not. With your car parked a little distance away, you can meet and greet more neighbours while walking there.
18. Green zones, safety, high-quality housing, and solidarity all promote health and well-being.

19. Elderly migrants who do not feel safe and valued in their neighbourhood will spend more time indoors and exercise less.
20. It is natural for people to mingle with those of similar cultural background. But research shows that elderly citizens with an immigrant background do not want to live secluded as it makes them feel disconnected.
21. The built environment can make groups of people feel valued. Youngsters are prouder now that there is a Moroccan fountain at the Noordplein in Rotterdam.
22. It is not so straightforward to distinguish healthy from unhealthy.
23. Health behaviour of youngsters is influenced by their classmates, but also by what they see on the internet.
24. In chronically ill children, too little exercise can lead to heart problems at the age of forty.
25. It is not without reason that energy drinks pursue a prominent presence in sports. A child associating sports with energy drinks will do so throughout its life.
26. Stress and mental issues leave little room for vulnerable groups to worry about health risks.
27. Rewards (extrinsic motivation) can help in adopting new habitual behaviour and, thereby, a healthier lifestyle. Lasting change, however, also requires behavioural techniques that support intrinsic motivation.
28. One in five Dutch people has difficulties in using computers, the internet, and apps.
29. It is very complex to improve care and/or citizen health by means of implementing artificial intelligence (AI). Next to the technology itself, data availability and user trust also pose significant challenges.
30. Often, practical concerns rather than fundamental objections were at the root of low vaccination coverage in neighbourhoods.
31. People living in impoverished neighbourhoods benefit from telehealth; visiting a general practitioner may be too much of a burden for them.
32. Context plays a central role in healthy behaviour. For too long, it was assumed to be all up to the individual.

16 *Action points from the interviews*

1. In neighbourhoods with complex problems and little social cohesion, we should make long-term investments into neighbourhood specialists; someone who knows many residents and professionals, who makes small-talk and builds bridges.
2. Start contact groups with care givers and welfare workers so you can easily ask for assistance in addressing people's most pressing problems.
3. Encourage neighbourhood initiatives such as walking clubs and cooking clubs as well as bridge builders such as the community sports coach.
4. Where possible, replace busy roads in neighbourhoods with a small park or something comparable. It fosters social interaction and exercise, and helps maintain an agreeable ambient temperature.
5. Consult residents on how they would like their neighbourhood to be improved. And do take them seriously as they will know when it is just for show.
6. Landlords should offer good, comfortable housing as this strongly contributes to the health and well-being of tenants.
7. Small scale building projects, rather than mass production, is the way to address the housing shortage. Keep in mind who you are building for.
8. As an employer, be inquisitive about financial worries of your employees and help discuss potential solutions.
9. The government's vision for a fundamental change in health care should be less cost focused and more future-oriented.
10. We need more legislation and regulations at the macro level. Think of sugar tax, decreasing VAT on fruits and vegetables, and more restrictions on advertisements for unhealthy food.
11. Municipalities should be able to prohibit new snack bars from opening.
12. Scientists, care givers, and policy makers: reach out beyond your own professional domain.
13. As a scientist or care giver, you need to engage in actual conversation, so you understand what is going on in people's lives.
14. It only takes an open, non-commercial information system to, in a few years' time, greatly enhance health care innovations based on artificial intelligence.
15. Add a decent amount of e-health, big data and artificial intelligence to the curriculum of medical and nursing education.
16. Research funding organisations should put more emphasis on the public interest.





📍 Universiteit Leiden
en LUMC

JET BUSSEMAKER

‘Schuld aanpakken met zorggeld loont’



ANNELOES VAN STAA

📍 Hogeschool
Rotterdam



Mensen in moeilijke sociaaleconomische omstandigheden lijken bijna onbereikbaar voor gezondheidsinterventies. Terwijl zij die het hardst nodig hebben: ze leven gemiddeld zes jaar korter dan anderen. Hoe je de overkant van de gezondheidskloof wél kunt bereiken, weten Jet Bussemaker en AnneLoes van Staa uit praktijkgericht onderzoek in Zuid-Hollandse steden. Door Rianne Lindhout

De zorg dreigt onbetaalbaar te worden, overgewicht en depressie blijven oprukken. Wat gaat er toch verkeerd?

AnneLoes van Staa, lector Transitie in Zorg: 'Als ik eerstejaars studenten verpleegkunde of fysiotherapie vraag hoe het komt dat er een gezondheidskloof is, zeggen ze: "Omdat die mensen geen gezonde leefstijl hebben. Ze moeten minder roken en meer bewegen." Studenten zijn ervan overtuigd dat het iemands eigen keuze en verantwoordelijkheid is om gezond te leven. Dat is niet de juiste benadering.'

Jet Bussemaker (1961) studeerde politicologie. Ze is hoogleraar Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg, bij LUMC en bij het Instituut Bestuurskunde van de Universiteit Leiden. Ze is voorzitter van [Gezond en Gelukkig Den Haag](#), een fieldlab gericht op het verkleinen van gezondheidsverschillen in de stad. Ook is ze voorzitter van de [Raad Volksgezondheid en Samenleving](#). Ze was staatssecretaris van VWS en minister van OCW.

Jet Bussemaker, hoogleraar Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact: 'In ons onderzoek binnen Gezond en Gelukkig Den Haag zien we dat je moet starten vanuit de leefwereld van bewoners. Als hoogopgeleide wetenschappers willen overbrengen *zo moet je het doen*, voelen mensen dat er op hen wordt neergekeken. Als je echt in gesprek gaat over wat mensen bezighoudt, hoor je over bestaansonzekerheid, schimmel in huizen, over een onveilige buurt en zorgen over de kinderen.'

Geldzorgen en schimmel in huis: wat kun je daarmee als huisarts die wil helpen iemands beginnende diabetes om te keren?

Van Staa: 'Je moet kijken wat iemand er zelf op verzint en daarbij breder kijken dan alleen medisch. Je moet uitzoeken: wat speelt er in dit leven? Wij hebben daarvoor een eenvoudig

Wilt u aangeven hoe het met u gaat op het gebied van...

Geef antwoord door aan te vinken:

- 1 = goed
- 2 = niet goed, maar ook niet slecht
- 3 = niet goed



Met het zelfmanagement web kan een zorgverlener eenvoudig achterhalen welke problemen in iemands leven prioriteit hebben.

visueel instrument ontwikkeld: het Zelfmanagement web. Bijvoorbeeld: iemand met een niertransplantatie en een veel te hoog gewicht komt op de poli. In plaats van meteen over afval- len te beginnen, legt de verpleegkundig specialist het formulier voor. Dan blijkt: deze mevrouw kon niet eens haar pillen bij de apotheek ophalen, omdat ze geen fiets had en geen geld voor de bus. Financiële nood veroorzaakte zoals vaak een cascade aan problemen.

‘Gezond eten heeft soms de reputatie van konijnenvoer’

‘Ik merk wel dat zorgverleners huiverig zijn voor deze aanpak. Ze vrezen handelingsverlegenheid. Zij kunnen mensen toch niet van geldzorgen af helpen? Dat hoeft ook niet, maar ze kunnen mensen op weg helpen die zelf op te lossen.’ **Bussemaker:** ‘Ik ken huisartsen in Den Haag die een WhatsApp-groep zijn gestart met mensen uit het sociale domein, zoals schuldhulp, maatschappelijk werk en het buurthuis. Die schakelen ze in als ze niet weten waar een patiënt naartoe moet. Dat sluit aan bij het principe van krachtige basiszorg: daarin zijn zorg en het sociale domein verbonden. We moeten uit onze professionele hokjes komen, anders staan we machteloos.’

‘Er wordt krankzinnig weinig geld besteed aan preventie’

AnneLoes van Staa (1957) studeerde verpleegkunde, geneeskunde en culturele antropologie. Als lector Transitie in zorg (Hogeschool Rotterdam) richt ze zich onder meer op bevordering van de vitaliteit en gezondheid van burgers en professionals. Ze leidt onderzoek binnen Vitale Delta, waarin studenten, docenten, burgers, cliënten, zorgprofessionals en zorgwerkgevers samenwerken.

Huisartsen liggen voor de hand als spil in zo'n systeem, maar ze zijn zwaar overbelast.

Bussemaker: ‘Ja dat klopt, bij huisartsen komen veel problemen samen. Daarom is het zo belangrijk dat ook zij ontzorgd worden waar het kan. Denk aan initiatieven als welzijn op recept, wandel- en kookclubs en bruggenbouwers zoals de buurtsportcoach. Die laatste heb ik vijftien jaar geleden ingevoerd (als staatssecretaris van Volksgezondheid, red.). Zo'n coach en de bruggenbouwers waar we in Den Haag mee experimenteren, zijn de smeerolie tussen verkokerde organisaties.’

Van Staa: ‘Stel iemand met artrose is bij de fysiotherapeut behandeld. Dan beklijft de verbetering in de stijve, pijnlijke gewrichten vaak niet. Een buurtsportcoach kent de mogelijkheden in de wijk om in beweging te blijven en kan zo de fysiotherapeut ondersteunen.’

Hoe moeten beleidsmakers deze nieuwe aanpak en samenhang inrichten, ook financieel?

Bussemaker: ‘Er wordt krankzinnig weinig uitgegeven aan preventie. De zorg kost jaarlijks zo'n 5.000 euro per persoon, daarvan gaat maar 25 euro naar preventie. Het Schuldenlab heeft laten zien dat het in Den Haag loont om zorggeld in te zetten om schulden aan te pakken. Met de stress die het wegneemt, voorkom je enorm veel somatische en psychische klachten. Vanuit de Raad Volksgezondheid en Samenleving hebben we hierover recent minister Schouten van Armoedebeleid geadviseerd.’

Van Staa: ‘Niet alleen beleidsmakers zijn aan zet. Ook werkgevers. Een verpleeghuisdirecteur vertelde mij dat een op drie van zijn medewerkers loonbeslag heeft. Een enquête van Tijdschrift voor Verzorgenden toonde dat 41 procent van de verzorgenden kampt met geldzorgen. Het is laagbetaald werk, vaak parttime en onhandig ingericht met werkuren. Verzorgenden hebben ook bovengemiddeld vaak mantelzorgtaken. Werkgevers vinden dat ze er niet over gaan, maar juist zij zouden die geldzorgen bespreekbaar moeten maken. Ze hebben hun mensen hard nodig: wat kunnen zij voor hen doen om bijvoorbeeld te zorgen dat ze

minder stress hebben en meer uren kunnen werken? Op elk niveau moeten mensen uit hun eigen hokjes komen.'

Er staat wel een olifant in de kamer, waar politici maar omheen blijven lopen. We moeten minderen met veel dingen: eten, roken, alcohol, autorijden. Maar minder is geen verdienmodel.

Bussemaker: 'In Den Haag Zuid-West staan alweer allerlei partijen klaar om nog meer ongezonde dingen aan te bieden. Gemeenten moeten de mogelijkheid krijgen een halt toe te roepen aan nog meer snackbars. Dat is een randvoorwaarde, maar niet de hele oplossing van ongezonde wijken. Die zit vooral in sterkere sociale netwerken en zinvolle dagbesteding. Werk kan een medicijn zijn voor mensen die met hun ziel onder hun arm lopen. We werken nu in Den Haag aan projecten over een zinvolle dagbesteding, om gezondheidsproblemen te voorkomen. Preventie is veel meer dan alleen gezonder eten en niet roken.'

Hoe onderzoek je eigenlijk de mogelijkheden om mensen en wijken gezonder te maken?

Bussemaker: 'Het is moeilijk. In wijken met complexe problemen vinden mensen professionals vaak irritant. Deze mensen zijn ook klaar met onderzoekers. Die komen aapjes kijken en gaan dan weer. Wij zijn net gestart met *citizen science*: buurtbewoners doen zelf onderzoek. Ze maken foto's, stellen vragen aan buurtgenoten. Wat valt hen op, wat verandert er? Echte co-creatie met de mensen over wie het gaat. Dat is de uitdaging.'

Als geldzorgen, sociale problemen en gebrek aan zinvolle dagbesteding zijn opgelost, gaan mensen dan gezond leven?

Van Staa: 'Gezond eten heeft soms de reputatie van konijnenvoer. Als mensen met weinig geld een keer iets over hebben, kopen ze voor hun kinderen liever snoep dan appels. Het heeft ook te maken met dingen lekker leren vinden.' **Bussemaker:** 'Daar lijkt een rol weggelegd voor scholen, zoals met initiatieven als de Gezonde Basisschool van de Toekomst. Daar zijn we in Nederland nog erg weinig mee bezig. De Haagse wijken waar wij onderzoek doen, zijn daar nog niet aan toe, merkten we. Je

**‘Veel mensen
zijn klaar met
onderzoekers.
Het voelt alsof
ze aapjes
komen kijken’**



Foto: Pexels

kunt leerkrachten niet opzadelen met nóg een lesprogramma, terwijl ze in de klas grote sociale problemen tegenkomen. We kijken nu hoe betere samenwerking tussen onderwijs en zorg de leerkrachten kan ontzorgen.’

 Universiteit Leiden

MARIKE KNOEF



‘De invloed van geldstress op de volksgezondheid is niet te onderschatten’



 Erasmus MC

ERIC STEEGERS

In arme Rotterdamse wijken komen baby-sterfte en vroeggeboorte veel meer voor dan in rijke. En ondanks toegankelijke zorg in Nederland, leven rijkere mensen aanzienlijk langer. Micro-econoom Marike Knoef en gynaecoloog Eric Steegers pleiten voor actie. De eerste stappen zijn gezet, de baby-sterfte in Charlois neemt inmiddels af. Door Hans Wetzels

De werkkamer van Eric Steegers kijkt uit op het strak vormgegeven Museumkwartier in het centrum van Rotterdam. Vanaf de vierde verdieping van het Erasmus MC is de hypermoderne skyline van de Maasstad in alle glorie te zien. Maar Steegers waakt ervoor om zijn ogen te sluiten voor de andere werkelijkheden in Rotterdam. 'Toen ik in 2001 in Rotterdam begon,

bleken problemen als baby-sterfte hier veel vaker voor te komen dan in de rest van het land. Een arme wijk als Charlois had destijds een baby-sterfte vergelijkbaar met Albanië. Daar schrok ik van.'

Eric Steegers (1961) is hoogleraar en afdelingshoofd Verloskunde en gynaecologie aan het Erasmus MC. Hij bestudeert onder meer het verband tussen embryonale en foetale ontwikkeling en de sociaaleconomische omstandigheden van mensen. In het verlengde daarvan ontwikkelt hij verloskundige zorgprogramma's voor kwetsbare vrouwen in achterstandswijken.

Laag geboortegewicht, stress en voeding

Steegers is hoogleraar verloskunde en gynaecologie. Hij brengt de groei-ontwikkeling van een embryo tijdens de eerste weken van de zwangerschap in kaart. In Rotterdam gebeurt dat met moderne virtual reality-technieken. Daardoor kan Steegers een embryo als een hologram in een virtuele ruimte bestuderen. 'Je kunt bijvoorbeeld de bloedvaten in de moederkoek tot in detail bestuderen.'

Als in die bloedvaten iets misgaat, is dat volgens Steegers vaak de oorzaak van zwangerschapsvergiftiging: ernstig hoge bloeddruk van de moeder tijdens de zwangerschap. 'Ook andere belangrijke complicaties, vroeggeboorte en een te laag geboortegewicht, hebben bijna altijd te maken met het niet goed functioneren van de moederkoek. Dat hangt samen met de gezondheid van de bloedvaten, en die wordt beïnvloed door allerlei hormonale zaken. Maar ook stress of slechte voeding spelen een rol.'

'Rotterdam Charlois had een babysterfte vergelijkbaar met Albanië'

Nieuw voor gynaecologen: armoede heeft impact

Toen Steegers in 2001 vanuit Nijmegen naar Rotterdam verhuisde, bleken cijfers over het verloop van zwangerschappen en geografische verschillen daartussen helemaal niet te bestaan. In 2003 begaf hij zich daarom steeds frequenter buiten zijn werkkamer en begon verbanden te zoeken tussen zijn medische werkgebied en de sociale omstandigheden in zijn nieuwe thuisstad.

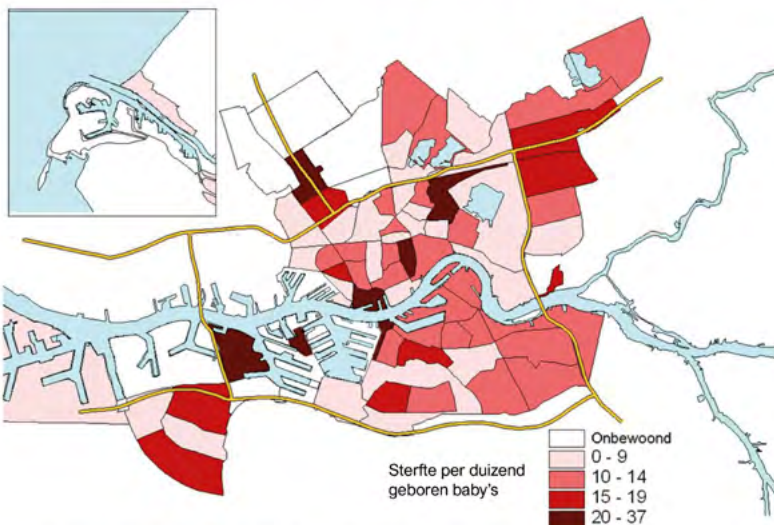
Generation R, een langlopend populatieonderzoek onder tien-duizend Rotterdamse zwangere vrouwen en hun kinderen, heeft veel van de kennis opgeleverd waarnaar Steegers op zoek was. De belangrijkste bevinding was dat armoede de kansen op babysterfte, vroeggeboorte en een te laag geboortegewicht fors vergroot. 'Binnen de verloskunde was het helemaal niet bekend dat armoede zo'n grote impact heeft,' zegt Steegers.

Problemen doorgegeven aan de volgende generatie

'Kinderen die te vroeg of met een te laag geboortegewicht geboren worden, hebben in hun latere leven een grotere kans op hart- en vaatziekten of suikerziekte', vervolgt hij. 'Ze krijgen

Sterfte van baby's in Rotterdam per wijk

Erasmus MC
Erasmus



vervolgens zelf kinderen met dezelfde problemen. Allerlei sociale problematiek wordt op die manier over de generaties heen gedupliceerd. Tot er uiteindelijk een gezondheidskloof ontstaat die je lastig kunt overbruggen. We kunnen als samenleving toch niet accepteren dat kinderen vanaf het allereerste begin zo op achterstand staan?’

Marike Knoef (1983) is hoogleraar Empirische micro-economie aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid in Leiden. Ze onderzoekt het verband tussen volksgezondheid en economische factoren. Ze is ook voorzitter van de commissie Sociaaleconomische gezondheidsverschillen bij de Sociaal-Economische Raad (SER).

Hoe rijker, hoe ouder

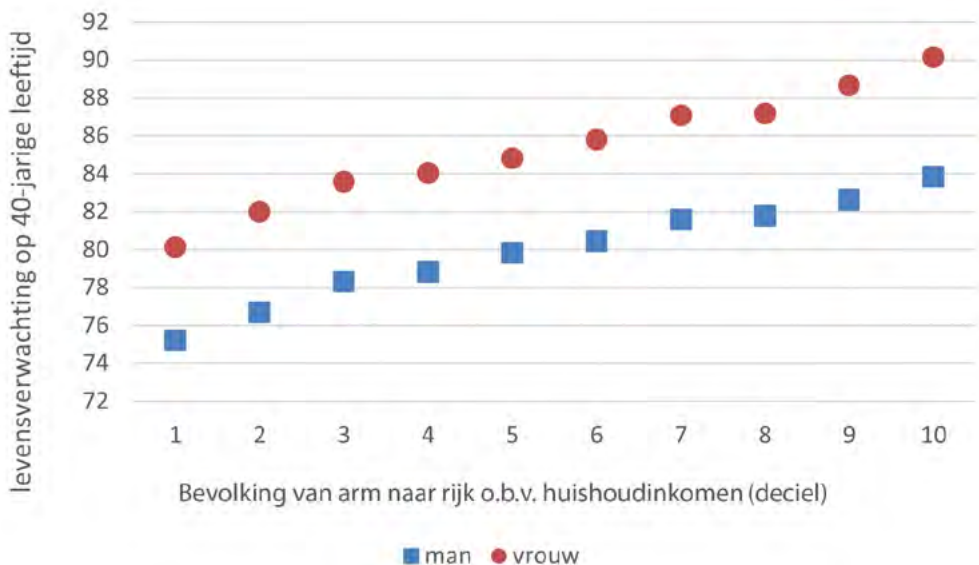
Hoogleraar Empirische micro-economie Marike Knoef beaamt het verband tussen armoede en gezondheidsomstandigheden in Nederland. Zij onderzocht de relatie tussen levensverwachting en de economische situatie van mensen: ‘Wij hebben in 2018 groepen mensen van arm naar rijk afgezet tegen de sterfte in die sociale groepen. Daar kwam een diagonale lijn naar boven uit, die op geen enkel moment afvlakt. Opvallend is dat wij onze studie destijds hebben gedaan naar aanleiding van een Amerikaans onderzoek waarin hetzelfde was onderzocht. Tussen de Amerikaanse en Nederlandse situatie bleken weinig verschillen te bestaan. Terwijl het zorgsysteem hier toch echt toegankelijker is dan in de VS.’

Invloed van armoede is enorm

Micro-econoom Knoef probeert economische effecten op het niveau van het individu, gezin of de wijk in kaart te brengen. De invloed van armoede of geldstress op de volksgezondheid is volgens haar niet te onderschatten. ‘Armoede leidt tot financiële stress en die leidt tot gezondheidsproblemen. Die maken het op hun beurt weer veel lastiger om een baan te vinden,’ zet Knoef de vicieuze cirkel uiteen. ‘Als je alleen maar bezig bent met overleven, is de kans dat je werk vindt kleiner. En dat heeft dan weer extra negatieve impact op je gezondheid.’

Wat zijn dan de drijvende krachten achter die gezondheidsverschillen? ‘Dat heeft vaak te maken met de omstandigheden aan het begin van het leven,’ zegt Knoef. ‘De literatuur laat zien dat opleiding en het cognitief vermogen van de ouders een rol spelen. Hoogopgeleiden kunnen kennis over gezond leven en goed eten gemakkelijker toepassen. Maar ook stress door financiële problemen speelt mee, of schuldenproblematiek die zich opstapelt.’

‘Zwangere vrouwen met financiële stress hebben absoluut hulp nodig’



**‘In dertig jaar
verschenen
veel beleids-
rapporten,
maar er is
weinig
verbeterd’**

Van bijstand naar werk: minder medicijnen

‘Wij hebben samen met het Erasmus MC een studie gedaan naar de re-integratie van bijstandsgerechtigden in Rotterdam. Daaruit konden wij op basis van medicijngebruik concluderen dat de mensen die weer gingen werken heel snel een betere gezondheid kregen omdat de stress verminderde. Ook zwangere vrouwen met financiële stress hebben daarom absoluut hulp nodig en ik denk dat gynaecologen daar een rol in kunnen spelen.’

Dat doen ze. Het Generation R-project resulteerde in Rotterdam in een groot gemeentelijk verloskundig zorginnovatieprogramma en vervolgens ook in een landelijk project in zeventien gemeenten. Inmiddels loopt het actieprogramma Kansrijke Start in 285 Nederlandse gemeenten. Het biedt zorg en ondersteuning aan kwetsbare gezinnen.

‘Zorgverleners moeten altijd vragen naar sociale problematiek’

Een pakje sigaretten per dag

Met de gemeente Rotterdam ontwikkelde Steegers zorgpaden waarmee artsen veel gemakkelijker overzien wie patiënten kunnen bijstaan bij hun sociale of financiële problematiek. Sindsdien is de babysterfte in wijken als Charlois afgenomen, zegt hij: ‘Als een zwangere vrouw in 2001 bij mij op de praktijk kwam en een pakje sigaretten per dag rookte, kostte het mij veel tijd om uit te vinden waar bij haar in de wijk hulp was om te stoppen met roken. Nu kan ik met één druk op de knop zien welke huisartsenpraktijk zo’n programma aanbiedt of waar de schuldsanering zit.’

Steegers voelt de verplichting om met zijn kennis iets bij te dragen. ‘Toppublicaties worden nog steeds belangrijker gevonden dan maatschappelijke impact. Het onderzoek moet natuurlijk kwalitatief hoogstaand blijven. Maar een meer activistische opstelling van wetenschappers is volgens mij ook hoognodig.’

Gezondheidskloof

Knoef is voorzitter van de SER-commissie die voor het kabinet werkt aan een advies over gezondheidsverschillen tussen mensen in Nederland op grond van hun sociaaleconomische status. ‘De afgelopen dertig jaar zijn er veel beleidsrapporten uitgekomen daarover, en er is weinig verbeterd. Dat komt voor een deel omdat het ontbreekt aan urgentie en samenwerking. De kosten van investeringen in gezondheid zijn vaak hoger dan de directe baten. Maar de samenleving heeft wel degelijk belang bij zulke investeringen. Interdisciplinair interventies vormgeven die de gezondheid van moeders en kinderen in arme buurten verbeteren, is al een stap in de goede richting om de gezondheidskloof te dichten.’

Steegers kijkt uit zijn raam, denkt na. ‘Waarom zwangerschappen in arme wijken als Charlois vaak niet goed gingen... Het heeft te maken met stress, de opeenstapeling van verslavingsproblematiek, huiselijk geweld, geldzorgen of schulden. De vraag voor mij was altijd hoe we het sociale en het medische domein kunnen combineren. Voor mij komt het erop neer dat zorgverleners ook altijd moeten vragen naar sociale problematiek bij hun patiënten. En dan in staat moeten zijn om ook actie te ondernemen.’

‘De *belangrijkste* omgeving is je *medemens*’



MACHIEL VAN DORST

 TU Delft



ANNA PETRA NIEBOER

 Erasmus
Universiteit
Rotterdam

Moet je een stukje lopen naar je auto, dan kun je meer burens ontmoeten en dus groeten. Sociale relaties doen veel voor je mentale én fysieke gezondheid.

Machiel van Dorst en Anna Petra Nieboer onderzoeken hoe de sociale en fysieke omgeving welzijn en gezondheid vooruit kunnen helpen. Door Rianne Lindhout

Wat doet onze fysieke omgeving, bijvoorbeeld de buurt, voor onze gezondheid?

Machiel van Dorst (1963) studeerde bouwkunde en omgevingspsychologie en is hoogleraar Environmental Behaviour and Design aan de TU Delft. Hij is een van de leiders van het onderzoeksprogramma SPRING. Daarin werkt een brede groep onderzoekers met de gemeente Rotterdam aan gezondheid en welzijn in woonwijken.

Machiel van Dorst, hoogleraar Omgevingsgedrag en ontwerp: 'De belangrijkste omgeving is je medemens. Sociale interactie bevordert de mentale gezondheid. De gebouwde omgeving kan sociale interactie bevorderen of in de weg staan. Voortuintjes helpen bijvoorbeeld: als je daarin zit of onkruid wiedt, ontmoet je je burens. Een rij auto's voor de huizen helpt juist niet.'

Anna Petra Nieboer, hoogleraar Sociaal-medische wetenschappen: 'Ons onderzoek laat zien dat groen, veiligheid, goede woningkwaliteit en onderlinge solidariteit veel doen voor gezondheid en welzijn. Naast roken en bewegen moet je sociale activiteit ook zien als gezondheidsgedrag. Sociale relaties bevorderen niet alleen je welzijn. Sociaal actieve mensen leven ook echt langer.'

Dus een buurt moet zo veel mogelijk sociale interactie bevorderen?

Van Dorst: 'Dat ook weer niet. De definitie van privacy is dat mensen controle hebben over de interactie met anderen en de informatie die ze delen. Je moet dus de keuze hebben mensen te ontmoeten of juist niet. Dat los je niet op met een ontmoetingszaaltje in een grote flat. Als je daar binnenloopt, heb je meteen een sticker met "eenzaam" op je voorhoofd. Of die ene buurman die je niet wilt ontmoeten zit er net. Een brede galerij is veel beter. Daar kun je elkaar voorbij lopen óf blijven staan voor een praatje. Dat soort details doen het hem.'

‘De gebouwde omgeving kan sociale interactie bevorderen of in de weg staan.’

Rotterdam Hillesluis. Mensen zetten zich in voor de buurt, maar er is weinig contact tussen mensen met verschillende achtergronden. Na veel inzet zijn enkele mensen samen gaan sporten.

Nieboer: ‘Elkaar kennen helpt wel. Het draagt bij aan ons welzijn én het kan problemen voorkomen. Zulke oplossingen zorgen namelijk ook dat het gemakkelijker is om elkaar aan te spreken op harde muziek bijvoorbeeld. En als je op straat valt, komt iemand je dan helpen?’ **Van Dorst:** ‘Volledige anonimiteit maakt het ook makkelijker om onaangepast gedrag te vertonen, zoals je vuilnis in de lift zetten en niet helemaal naar de kelder brengen.’

Hoe kun je de benodigde solidariteit in een buurt stimuleren, naast voortuintjes en brede galerijen?

Nieboer: ‘Het is moeilijk. Met de gemeente Rotterdam deden wij het onderzoek Even Buurten, om bij ouderen problemen met gezondheid en welzijn tijdig te kunnen signaleren en oplossen. Professionals uit zorg en welzijn probeerden de sociale netwerken rondom thuiswonende kwetsbare ouderen te verstevigen. Samenwerking tussen bijvoorbeeld thuiszorg en huisarts bleek lastig. Ook samenwerking met het informele netwerk van



‘Een spil in de wijk kent bewoners en professionals, maakt praatjes en legt verbindingen’

Anna Petra Nieboer (1966) studeerde sociologie en is hoogleraar Sociaal-medische wetenschappen bij de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ze onderzoekt innovatie van zorg en ondersteuning van kwetsbare burgers vanuit een multidisciplinair perspectief. Ze werkt daarbij samen met betrokken mensen en partijen om tot betere interventies en oplossingen te komen.

ouderen, bijvoorbeeld hun mantelzorgers of burens, ging moeizaam. Een oplossing kan zijn dat de gemeente langdurig investeert in een ondernemende spil in de wijk: iemand die veel bewoners en professionals kent, praatjes maakt en verbindingen legt.’

Van Dorst: ‘Wonen aan een doorgaande weg maakt het moeilijk om te zien of een voorbijganger een buurtgenoot is of niet. Weten wie je burens zijn is al heel belangrijk. Ook in bestaande wijken kunnen sommige doorgaande wegen getransformeerd worden, bijvoorbeeld met een klein parkje in het midden. Die stimuleren ontmoetingen en wandelingen bij een aangename temperatuur. Groen draagt bij aan welbevinden, voorkomt opwarming van de stad en kan tijdelijk water bergen bij zware regenval.’

‘Betrek ook bewoners bij de invulling en neem ze dan echt serieus. De meeste mensen hebben het heel goed in de gaten als inspraak eigenlijk een schijnvertoning is. In Rotterdam Noordereiland kregen bewoners een grote brug voor hun deur. Aan het eind van een inspraakavond kwam er iemand van de gemeente binnen met een maquette: zo gaan we het doen!’

Waar komt jullie onderzoek bij elkaar?

Van Dorst: ‘Wij werken samen in SPRING, een transdisciplinair onderzoek met de gemeente Rotterdam. Wetenschappers denken vaak heel specialistisch, ik wil in SPRING alle kennis bij elkaar brengen. In living labs willen we samen met de mensen om wie het gaat interventies in buurten doen. Zoals bewegingsarmoede onder ouderen voorkomen, of obesitas bij kinderen. Gezondheidswetenschappers, gedragsdeskundigen, sociologen en stadsontwerpers moeten daaruit lessen leren. Ook maken we data toegankelijk. Dat faciliteert ook toekomstige onderzoekers, de gemeente en vooral: de bewoners zelf.’

Nieboer: ‘Samen met collega’s onderzoek ik binnen SPRING de wijkpreventieketen die de gemeente nu ontwikkelt. Die keten van eerstelijnszorg – zoals huisartsen, het gemeentelijke vraagloket en andere professionals in de wijk – moet Rotterdammers met een gezonde leefstijl of gezondheidsklachten eerder helpen en

Alleen een centrale ontmoetingsplek is niet genoeg om onderlinge solidariteit te versterken. Op een verbrede galerij, zoals hier in Rotterdam Centrum, kun je elkaar spreken óf voorbij lopen.



doorverwijzen. Wij weten uit eerder onderzoek dat het moeilijk is om goed aan te sluiten op wat mensen nodig hebben.'

'We zitten te vast in bepaalde disciplines. Elke zorgverlener heeft een eigen afvinklijstje, dat vaak niet past. Willen we iemand met hartproblemen in beweging krijgen, dan is het relevant of er thuis en in de buurt moeilijke trappen zijn. En of mensen niet te veel stress hebben door schulden. Dat besef begint te komen en de wijkpreventieketen biedt een kans om sociaal-economische gezondheidsverschillen in achterstandswijken terug te dringen.'

‘Elke zorgverlener heeft een eigen afvinklijstje dat vaak net niet past’

Verschillen voorwaarden voor optimaal welzijn per bevolkingsgroep?

Nieboer: ‘In Rotterdam, met zijn grote diversiteit, onderzoeken wij de behoeften van ouderen met en zonder migratieachtergrond. Mensen zoeken mensen op met eenzelfde culturele achtergrond. Aan de andere kant willen Marokkaanse en Turkse ouderen liever niet afgezonderd wonen, dan voelen ze zich apart gezet. Ook bleek dat oudere migranten die zich in hun buurt niet veilig en gewaardeerd voelen, minder buiten komen en bewegen. We zoeken naar hoe we *age friendly communities* kunnen inrichten, zonder scherpe grenzen en conflicten. Als er maar weinig contact is in een buurt, wordt er weinig gedeeld en komt onderlinge solidariteit niet vanzelf tot stand. In wijken waar dat moeilijk is, is een flinke investering nodig.’

Van Dorst: ‘In de Braziliaanse stad Curitiba werkte het heel goed om een Japanse tempel, een Duitse boerderij of een Arabische bibliotheek neer te zetten. Dat bracht bevolkingsgroepen zelfrespect en dat zorgde weer voor de wil om mee te doen. Ze voelden zich gezien. Op het Rotterdamse Noordplein heeft een Marokkaanse fontein ook jongeren trots gemaakt en gesprekken op gang gebracht.’

De regering wil een miljoen huizen erbij, waar moet ze vooral op letten?

Van Dorst: ‘Verval niet in massaproductie, maar begin op de kleine en menselijke schaal. Weet voor wie je bouwt. Ik laat mijn studenten weleens in groepjes door de stad lopen, waarbij er een is geblinddoekt. Dan hoor en ruik je de stad, voel je de kwaliteit van het plaveisel. Vanuit het lagere perspectief van kinderen zie je soms alleen maar auto’s en ervaar je het gebrek aan speelruimte. In grotere steden toch de kleinere schaal blijven aanhouden kan goed werken. Zo is de miljoenenstad Tokyo heel veilig, mede door de kleine schaal van de buurtjes. In elk buurtdeel voelen de mensen dat het echt van hen is.’

Nieboer: ‘Wel is Tokyo heel homogeen. In diversere buurten is meer nodig om interactie te bevorderen. En we moeten waken voor bovenmatige sociale controle. Want het dorp waarnaar sommige ouderen terugverlangen, had ook een keerzijde.’

📍 Erasmus Universiteit
Rotterdam

MONIEK BUIJZEN



‘In gesprek ontdek je het *probleem* achter het *probleem*’

MAAIKE KLEINSMANN

📍 TU Delft



Je hebt jongeren op e-bikes of met ouders als chauffeur, maar ook jongeren die niet veilig over straat kunnen. Ontwerp-wetenschapper Maaïke Kleinsmann en communicatiewetenschapper Moniek Buijzen over oplossingen voor de gezondheid van kinderen en jongeren. ‘Het moet niet voelen als wéér een systeem.’ Door Rianne Lindhout

Wat heeft een kind in onze tijd hard nodig om gezond volwassen te worden?

Maaïke Kleinsmann, hoogleraar Design for Digital

Transformation: ‘Kennis van wat gezond is en wat niet, is niet zo vanzelfsprekend als het lijkt. Ik heb er zelf ook moeite mee in de supermarkt. Soms zit ergens meer suiker in dan ik dacht, al

heeft de verpakking een gezonde uitstraling. Als je gezonder wilt eten, heb je apps waarin je alles wat je eet moet invoeren. Een heel gedoe, dat houd je niet vol. De gezondheidslabels op producten vind ik ook ingewikkeld. De ontwerpers van nu kijken hoe ze gebruikers kunnen ondersteunen bij gezonde keuzes. Bijvoorbeeld met apps, maar wellicht ook met slimme winkelmandjes die informatie geven zodra je een product inpakt. Het moet niet voelen als wéér een systeem, maar op de achtergrond aanwezig zijn. Het moet niet bevoogdend zijn en uitgaan van de wil van de gebruiker.’

Maaïke Kleinsmann (1976) is hoogleraar Design for Digital Transformation aan de TU Delft. Daarnaast is ze bestuurslid van het [National eHealth Living Lab](#) (NeLL) en een van de leiders van het convergentieprogramma [Healthy Start](#). Ze ontwikkelt co-creatie en ontwerpmethoden om anderen te helpen bij de ontwikkeling van evidence-based e-health oplossingen. Recent werd ze benoemd tot Medical Delta Hoogleraar en scientific leader binnen het wetenschappelijk programma Healthy Society.

Moniek Buijzen, hoogleraar Communicatie en Gedrags-

verandering: ‘Digitale weerbaarheid is belangrijk, óók als het gaat om gezond eten en bewegen. Jongeren brengen zo veel tijd door in een digitale omgeving, dat

is echt onderdeel geworden van gezond leven. Ze moeten beseft hebben van sturende algoritmen, cookies en sluike reclame. Boodschappen die jongeren online oppikken, hebben effect – bovenop de invloed van klasgenoten. In ons [Movez](#)-team onderzoeken we onder andere hoe invloedrijke klas- of buurtgenoten gezond gedrag kunnen stimuleren en ook hoe dat kan via sociale media. We gebruiken voor dat laatste bijvoorbeeld algoritmen om te volgen wie met wie “praat” op sociale media.’



Focusgroep-sessie van Movez. In gesprek met jongeren, waarna zij zelf een online campagne ontwikkelen om een gezonde leefstijl te promoten.

Bij gezond opgroeien komt zó veel kijken, er gaat veel mis. Hoe pak je dat aan met wetenschap?

Kleinsmann: 'In het onderzoeksinitiatief Healthy Start proberen we in Rotterdam de ongelijke uitgangspositie van kinderen en jongvolwassenen op zes belangrijke aspecten te doorbreken. Dat zijn de eerste duizend dagen van het leven, zorgpaden voor jonge patiënten, bewegen bij chronisch zieke kinderen, mentale gezondheid, criminaliteit & verslaving en jongerenparticipatie.'

'Ik leid een project om chronisch zieke kinderen met bijvoorbeeld een aangeboren hartafwijking meer te laten bewegen. Hun ouders zijn vaak erg voorzichtig met hen en ze vragen de gymleraar dat ook te zijn. Het gevolg is dat ze soms al op hun veertigste nieuwe hartproblemen krijgen door te weinig beweging. Op latere leeftijd ervaren ze dan op een heel vervelende

manier de nadelige consequenties van gebrek aan beweging. We werken aan een systeem met drie onderdelen. Een chatbot op de telefoon van de ouders, die hen kan helpen en geruststellen, een fitness tracker die monitort of de kinderen veilig en genoeg bewegen, aangevuld met spelelementen die aanzetten tot beweging. Tot slot een dashboard voor de arts om longitudinaal te kijken hoe het met het kind gaat.'

Moniek Buijzen (1973) is hoogleraar Communicatie en Gedragsverandering bij de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ze is ook hoogleraar Strategische en persuasieve communicatie bij de Radboud Universiteit. Ze werkt aan positieve gedragsverandering, waarbij bijvoorbeeld gezonde jongeren uit achterstandswijken een inspiratiebron voor anderen zijn.

Buijzen: 'Ik houd me binnen Healthy Start bezig met jongerenparticipatie. We helpen bijvoorbeeld jongeren in Rotterdamse wijken hun eigen leefomgeving, gezondheid en welzijn te verbeteren. Zij werken samen met onderzoekers, beleidsmakers, jongerenwerkers en stadsontwerpers aan een betere omgeving. Ook hun digitale omgeving, waar ze elkaar op hun favoriete sociale media helpen weerbaarder te zijn. Met aanmoedigende hashtags zoals #beyourownjoy. Dat moet leiden tot een gezondere leefstijl en meer sociale cohesie. Dat bevordert gezondheid en welzijn en vermindert de ongelijkheid op gezondheidsgebied.'

Het lijkt omslachtig, gezondheid verbeteren met zo'n ingewikkeld project. Waarom niet gewoon gezond gedrag promoten?

Buijzen: 'We ontdekten in 2021 dat dat niet werkt, tijdens het theaterproject #Influence op Rotterdam Zuid. In gesprek met deze jongeren bleek dat ze heel andere dingen aan hun hoofd hebben. Er was net een schietpartij in Feijenoord geweest, ze voelden zich niet veilig op straat. Ook online voelden ze zich niet op hun gemak. Hun zelfbeeld werd ondermijnd door al die mooie Instagram-foto's. Dus daar moeten we mee aan de slag vóórdat we ze kunnen aanzetten tot het eten van sinaasappels.'

Kleinsmann: 'Ook bij onze projecten met patiëntmanagement op afstand zijn eerst veel moeilijkheden te overwinnen voordat je aan gezondheid kunt gaan werken. Technisch, maar ook met de samenwerking tussen zorginstellingen en gezinnen. Iedereen moet bekend zijn met de techniek en erop vertrouwen. In de gezinnen hebben ze heel veel aan hun hoofd, en we hebben ook te maken met minder geletterde mensen. Geneeskunde- en verpleegkunde-opleidingen moeten e-health opnemen in hun curriculum, dat gebeurt ook steeds meer.'

'Ontwerpers van nu willen gebruikers ondersteunen bij gezonde keuzes'

‘Een merk als Red Bull is expres prominent aanwezig in de sport’

Kunnen jullie oplossingen wel op tegen bijvoorbeeld de enorme marketingbudgetten van de voedselindustrie?

Kleinsmann: ‘Ja, het is moeilijk. Een grote ergernis voor mij zijn sportkantine waar ik met mijn dochter kom.’ **Buijzen:** ‘Een merk als Red Bull is expres prominent aanwezig in de sport. Als een kind sport eenmaal associeert met Red Bull, kan zo’n associatie levenslang standhouden.’

Buijzen: ‘Ik ben de fase van wanhoop allang voorbij. Ik blijf als een schildpad gewoon door stiefelen. Ik merk gelukkig wel dat de normen zijn veranderd in de afgelopen twintig jaar, ook in de industrie. Al ben ik sceptischer geworden over oplossingen



Movez-onderzoek in de klas.

samen met de industrie. Het percentage van mensen met overgewicht groeit nog, maar de groei begint wel af te vlakken. Het is een *wicked challenge*, alle betrokkenen op alle niveaus zijn nodig. Ook meer wet- en regelgeving op macroniveau, denk aan suikertaks en beperkingen op reclame. Zoals er ook regels zijn gekomen voor de hoeveelheid zout in brood.'

Hoe kun je nu het verschil maken, met interventies een positieve draai geven aan de gezondheid?

Buijzen: 'Wij hebben gemerkt dat je je doelgroep er vanaf het begin van het idee bij moet betrekken. Wat zijn hun waarden en behoeften? Wat vinden ze interessant en belangrijk? In onze wens om effectief te zijn en geld te besparen, sneuvelen vaak waarden als autonomie en privacy. In onze oude projecten met saaie vragenlijsten konden we altijd heel moeilijk scholen vinden die wilden meedoen. Nu niet meer: we werken met een mix van leren en spelen.'

'Jongeren gebruiken al sociale media, en ook bewegingsapps zoals Strava en Garmin. Voor gemak, fun en sociale contacten. Daar sluiten we nu bij aan. Zij spelen met hun eigen avatar in onze app, geven die elke dag een nieuwe outfit. In gesprek met jongeren bedachten ze de naam van ons Movez-Lab. Wij leren ook van hen, die gelijkwaardigheid werkt.'

Kleinsmann: 'Ook bij ons werkt co-creatie het beste. In gesprek kom je erachter wat het probleem achter het probleem is. De reden dat sportkantines weinig vers voedsel aanbieden, is dat het niet lang houdbaar is en er veel weggegooid moet worden als het niet wordt gekocht. Dan kun je daar bijvoorbeeld een oplossing voor bedenken. We zitten aan tafel met een heel netwerk van actoren: patiënten, artsen, verpleegkundigen, managementteams. De techniek zelf is óók een actor. Wij als ontwerpers kunnen alleen uit die samenwerking tot oplossingen komen die echt werken.'

'We helpen jongeren hun eigen leefomgeving te verbeteren'

‘Niet iedereen heeft *gezondheidsdoelen* bovenaan staan’

SANDRA VAN DIJK



VALENTIJN VISCH

 TU Delft

 Universiteit Leiden

Medici kunnen veel repareren, maar ziekte voorkomen of uitstellen is beter. Daarvoor is vaak leefstijlverandering nodig en dat blijkt lastig. Valentijn Visch en Sandra van Dijk doen onderzoek naar de vraag hoe je mensen kunt helpen met gedragsverandering en welke rol e-health daarbij kan spelen. Door Anne Pek

Mensen vinden het vaak moeilijk om gezonder te gaan leven. Zelfs als ze weten dat ze een verhoogd risico hebben op ernstige aandoeningen. Hoe komt dat toch?

Valentijn Visch (1971) is universitair hoofddocent aan de faculteit Industrial Design Engineering van de TU Delft, gespecialiseerd in Design for Health Motivation. Hij zette een onderzoekslijn op naar [persuasive game design](#) binnen het [eHealth Lab](#). Sinds 2017 is hij een van de wetenschappelijke leiders van het Medical Delta programma eHealth & selfmanagement en sinds kort ook van het Convergence thema [Technology-supported Transitions in Healthcare](#).

Valentijn Visch, die bij de TU Delft Design for health motivation onderzoekt: 'Ik zie geregeld mensen voor wie het alledaagse leven al een enorme worsteling is. Zij houden maar weinig energie over om zich druk te maken over mogelijke toekomstige gezondheidsproblemen. Het zegt ze gewoon niet zo veel dat ze meer kans maken op een gezonde oude dag als ze nú stoppen met roken. Vooral in kwetsbare wijken is de motivatie voor gedragsverandering daardoor vaak laag.'

Sandra van Dijk, gezondheidspsycholoog aan de Universiteit Leiden: 'Stress en mentale klachten spelen daarbij een grote rol. We weten dat ongeveer 30 procent van de mensen met chronische aandoeningen last heeft van angst- en depressieklachten en die maken het lastig om gezonder te leven. Het is dus belangrijk om breder te kijken dan gezondheid alleen. Als iemand schimmel op de muren heeft of financieel klem zit, heeft het waarschijnlijk niet zoveel zin om eenzijdig over leefstijlaanpassingen te beginnen. We weten namelijk ook dat mensen door stress meer gericht raken op kortetermijn-beloningen.'

‘Het zegt ze gewoon niet zo veel dat nú stoppen met roken later veel oplevert’

En gezond gedrag is nooit belonend op de korte termijn?

Van Dijk: ‘Dat het je meer levensjaren in goede gezondheid kan opleveren, ervaar je doorgaans pas op langere termijn. Bovendien is fysieke gezondheid maar één element van welzijn. We gaan er misschien iets te makkelijk van uit dat iedereen gezondheidsdoelen bovenaan heeft staan. In een leefstijlinterventie die we samen met migranten maakten, bleek bijvoorbeeld dat het voor hen belangrijk was om in alle groepsbijeenkomsten te oefenen met relaxatie.’

Visch: ‘Nou is meer ontspannen zijn en daardoor bijvoorbeeld beter slapen natuurlijk ook gezond, én meteen belonend. Bovendien geeft het mensen het gevoel dat ze meer controle krijgen over hun leven. Dat vergroot hun zogeheten *self-efficacy* of eigen effectiviteit. Een andere manier om werken aan gezondheid op de korte termijn belonend te maken, is cadeautjes geven. Wij zijn allebei betrokken bij onderzoek naar een leefstijlinterventie voor mensen die hartrevalidatie ondergaan. Daarin kunnen deelnemers met gezond gedrag punten verdienen waarmee ze sparen voor cadeautjes. Net als levels toekennen is dat een element dat ook veel wordt ingezet in games.’

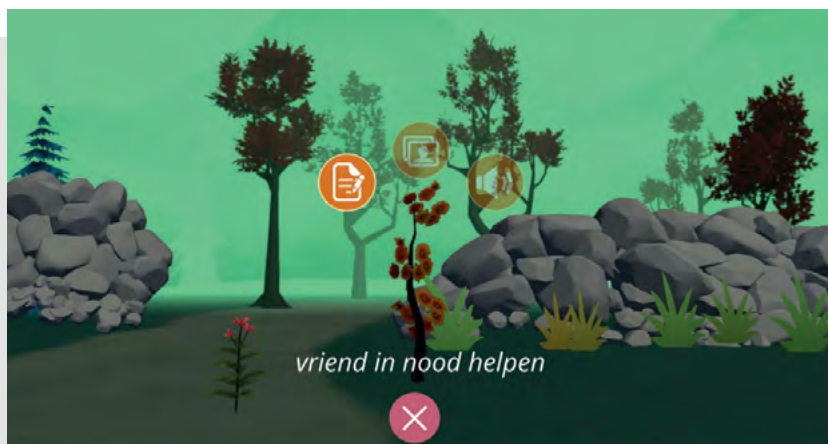
Is het wel verstandig om mensen tot gezond gedrag te verleiden met cadeautjes? Dan komt het toch niet echt uit henzelf?

Van Dijk: ‘Ik heb vroeger inderdaad geleerd dat je moest uitkijken met beloningen; ze zouden iemands intrinsieke motivatie aantasten. Maar op de korte termijn kan extrinsieke motivatie mensen helpen nieuw gewoontegedrag te ontwikkelen. Het is dan wel belangrijk dat te combineren met andere gedragsveranderingstechnieken, om ervoor te zorgen dat mensen ook intrinsiek gemotiveerd raken om dat gedrag op de langere termijn vol te houden.’

Wat kunnen game-elementen verder bijdragen aan e-healthprogramma's?

Visch: ‘Ze kunnen die programma's vooral leuker maken. Zo hebben wij onlangs een bestaande online therapie voor mensen met angststoornissen gegamificeerd. In die training moesten

In de ZenGarden laat je bloemen groeien door verhaaltjes, foto's of muzieknummers.



mensen schrijven over dingen waarbij ze zich veilig en prettig voelen. Die notities konden ze dan opzoeken zodra ze een angstaanval voelden opkomen, met het idee dat de angstaanval dan minder heftig wordt. Wij hebben aan deze training een 3D-omgeving toegevoegd in de vorm van een mooie tuin waarin deelnemers hun notities kunnen verstoppert. Ze kunnen er bovendien plaatjes of muziek in uploaden die hen helpen. Zo krijgen ze een fijne, veilige "tuin" waarin ze op moeilijke momenten kunnen rondstruinen.'

Er komen steeds meer online behandel mogelijkheden. Van bijvoorbeeld online cognitieve gedragstherapie is de effectiviteit bewezen. Maar hoe staat het met de toegankelijkheid? Kan iedereen ermee uit de voeten?

Sandra van Dijk (1972) is universitair hoofddocent op de afdeling Gezondheidspsychologie van de Universiteit Leiden. Haar onderzoek richt zich voornamelijk op de ontwikkeling en evaluatie van gedragsinterventies voor uiteenlopende doelgroepen, waaronder mensen met een chronische ziekte. Sinds januari 2022 is ze wetenschappelijk coördinator [Healthy Society](#) voor LDE Universities en Medical Delta.

Van Dijk: 'Dat is echt een punt van zorg. Maar liefst één op de vijf Nederlanders heeft moeite met computers, internet en apps. Wij ontwikkelden een paar jaar geleden een online interventie die was beveiligd met tweefactor-authenticatie en dat bleek voor veel deelnemers niet te doen!'

Visch: 'Bovendien is de informatie die online wordt aangeboden voor een deel van de mensen echt te moeilijk. In face-to-face-contacten kunnen artsen of therapeuten de communicatie direct aanpassen aan

wie ze voor zich hebben, maar e-health kan dat op dit moment nog niet.'

Wat voor effect heeft dat op de gezondheidskloof?

Visch: 'Door zulke dingen kunnen kwetsbare mensen afhaken. Het risico is dus dat ze een steeds groter deel van het zorgaanbod missen.'

Van Dijk: 'Er wordt natuurlijk al veel gedaan om tools een beetje toegankelijker te maken voor mensen met minder vaardigheden. Denk aan simpele dingen als het vervangen van lappen tekst door een filmpje. Als we daar meer op letten, kunnen we ervoor zorgen dat e-health de gezondheidskloof niet al te erg vergroot.'

En als je wilt dat e-health de gezondheidskloof actief verkleint?

Van Dijk: 'Dan moet er wel meer gebeuren. Kernwoorden zijn dan co-creatie, integrale aanpak en personalisatie. Co-creatie wil zeggen dat je de doelgroep niet alleen zorgvuldig vraagt naar hun wensen, maar dat je mensen vanaf het begin actief betreft bij het ontwikkelen van een interventie. Zo weet je zeker dat je samen iets maakt waaraan de doelgroep werkelijk behoefte heeft. Met een integrale benadering bedoel ik dat je oog moet hebben voor de hele context, ook de sociale. Want zoals we eerder al zeiden: om een begin te kunnen maken met gezond gedrag, moeten soms eerst andere problemen opgelost zijn.'

'Met personalisatie bedoel ik dat je mensen een aanbod voor ondersteuning kunt doen dat helemaal op hun situatie is toegesneden. Vooral bij kwetsbare mensen speelt vaak een opeenstapeling van problemen in meerdere levensgebieden waarbij maatwerk goed kan werken. Ik denk dat we in de toekomst met algoritmes veel beter kunnen voorspellen welke slimme combinatie van ondersteuning iemand het beste helpt. Dat hoeft dan echt niet per se een e-health-interventie te zijn. We moeten niet iedereen met een app de deur uit willen sturen. Face-to-face contacten zullen altijd belangrijk blijven, zeker voor mensen die kwetsbaar zijn.'

'Co-creatie is meer dan alleen zorgvuldig vragen naar de wensen van je doelgroep'



Foto: Joep Bourie

‘De rol van *kunstmatige intelligentie is nog beperkt*’



MARCO SPRUIT

📍 Universiteit Leiden



IRIS WALLENBURG

📍 Erasmus
Universiteit
Rotterdam

Zelflerende algoritmen kunnen tumoren detecteren of voorspellen welk molecuul als medicijn kan werken. Maar een robot die een bed opmaakt, is nog lang niet in zicht. Hoe staat het eigenlijk met de bijdrage van kunstmatige intelligentie (AI) aan zorg en gezondheid? En wat kunnen we ervan verwachten? Een AI-technoloog en een sociale wetenschapper vertellen.

Door Merel Engelsman

Het is kommer en kwel: vergrijzing, eenzaamheid en personeelstekorten bijvoorbeeld. Wat kan AI hier betekenen?

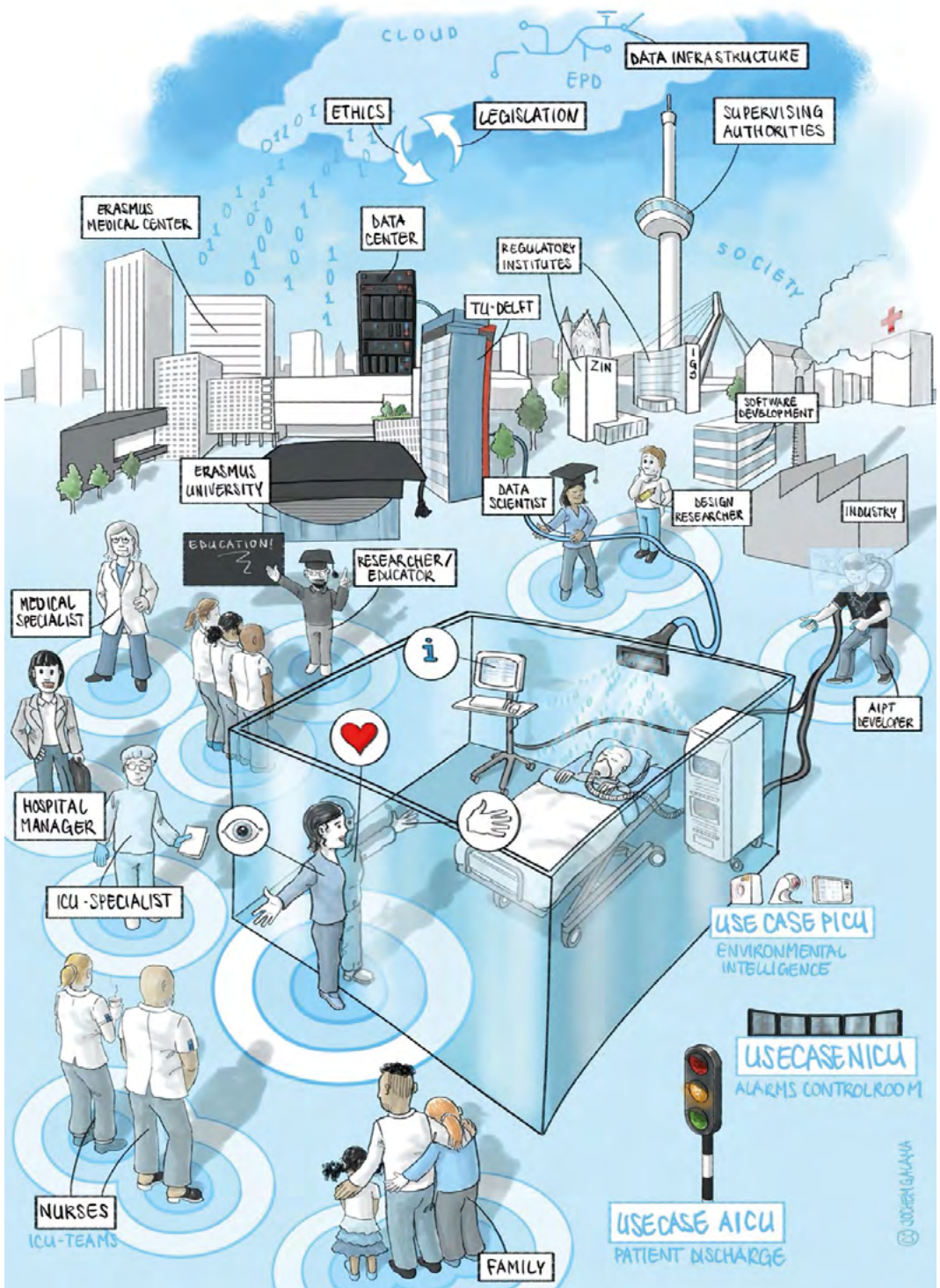
Marco Spruit (1969) is hoogleraar Geavanceerde datawetenschap in populatiegerichte zorg aan de Universiteit Leiden, bij zowel LUMC als het Leiden Instituut voor Informatica (LIACS). Hij richt zich met name op het vertalen van innovatieve datawetenschapstechnologieën naar nieuwe zorgtoepassingen en op implementatie ervan in de dagelijkse praktijk.

Iris Wallenburg, universitair hoofddocent

Gezondheidsbeleid en -management: 'Wij kijken ziekenhuis-breed en binnen de thuiszorg hoe AI de zorg transformeert. Dat doen we bijvoorbeeld met het interdisciplinaire onderzoeksprogramma AiPact. Hoofdvraag is of je met data-gedreven zorg en AI de zorgverleners kunt ontlasten. Neem IC-verpleegkundigen: zij kunnen nu aan maximaal twee patiënten tegelijk goede zorg verlenen. Binnen het Erasmus MC onderzoeken we onder meer of we hun werk beter kunnen stroomlijnen met slimme dashboards die waarschuwen als een patiënt dreigt te verslechteren. Als sociale wetenschappers willen we weten of dit verpleegkundigen daadwerkelijk helpt.'

Marco Spruit, hoogleraar Translational Data Science in

Population Health: 'Binnen het LUMC CAIRElab lukte het om consultgesprekken tussen arts en patiënt automatisch samen te vatten. Met het automatiseren van zulke handmatige taken en van eenvoudige diagnoses, houd je als zorgverlener meer tijd en focus over voor de inhoudelijk interessante problemen. Dat maakt het werk aantrekkelijker.'



Wat er allemaal komt kijken bij het succesvol invoeren van een intelligent dashboard op de Intensive Care.

‘In een ander project, Welzijn.AI, monitoren we het welzijn van eenzame ouderen. We leggen mensen geen standaard-vragenlijsten over welzijn voor, maar genereren er met AI een alle-daags gesprek omheen. Uiteindelijk moet dit een sociale robot worden.’

Dat klinkt prachtig! En dan is er ook nog de precisiegeneeskunde door AI, waarbij een algoritme bijvoorbeeld een diagnose voorstelt.

Iris Wallenburg (1977) was verpleegkundige en studeerde gezondheidswetenschappen. Ze is universitair hoofddocent aan de Erasmus School of Health Policy & Management en onderzoekt onder meer binnen AiPact hoe AI traditionele zorgpraktijken transformeert.

Wallenburg: ‘In het Erasmus MC dragen wij als sociaal wetenschappers bij aan verschillende initiatieven op dit terrein. Bijvoorbeeld een studie naar diagnostisering van hersentumoren, waarbij beeldvorming met AI een tot nu toe noodzakelijk biopt vervangt. We willen leren onder welke voorwaarden artsen met algoritmen willen werken die een stukje van hun besluitvorming overneemt en of patiënten daarop durven te vertrouwen.’

Is AI eigenlijk de *golden bullet* om zorg en gezondheid efficiënter en beter te maken?

Spruit: ‘Afgezien van diagnostiek aan de hand van medische beeldvorming zoals MRI-scans, is AI technologisch gezien nog niet goed genoeg. Met name op het gebied van de interactie met mensen moet de harde algoritmiek nog beter worden. Daarbij spelen ook uitlegbaarheid en eerlijkheid een rol bij de implementatie van AI. Zonder dat zijn zorgprofessionals veel minder geneigd het te gaan gebruiken.’

Wallenburg: ‘De retoriek gaat de praktijk vooruit. Wat nu concreet is, is heel beperkt en op slechts een klein gebied van de zorg relevant. In de toekomst zie ik AI vooral gebruikt worden in combinatie met menselijke zorg. Gewoon, dat er minder vaak een verpleegkundige of een arts naar een patiënt toe hoeft. Waar ik nog geen beeld van heb, is hoe zulke deels geautomatiseerde zorg – al dan niet op afstand – ervaren zal worden door patiënten, mantelzorgers, artsen en verpleegkundigen. Mogelijk geeft het mantelzorgers een grotere rol in de sociale en emotionele begeleiding van hun naaste. De vraag is hoeveel je van hen kunt vragen.’

‘Ik zie AI in de toekomst vooral gebruikt worden in combinatie met menselijke zorg’

‘Een niet-commercieel informatie-systeem zou de zorginnovatie exponentieel verbeteren’

Het is dus niet bepaald *plug and play* met AI?

Wallenburg: ‘En er komt nog veel meer bij kijken! Zodra de AI ontwikkeld is, moet die in medische apparatuur of software terecht komen die CE-gecertificeerd moet zijn. Je moet aan de juiste data kunnen komen voor het systeem, daarbij wel de privacy beschermen, en dan is er nog de verantwoordelijkheids-vraag. Wie is verantwoordelijk en aansprakelijk als er iets niet goed gaat? Ook dat maakt het lastig om tot volledige implementatie te komen.’

Spruit: ‘Daar sluit ik me helemaal bij aan. Ook al is de techniek wetenschappelijk gevalideerd in trials, je krijgt het gewoon niet de praktijk in. Daar heb ik zelf helaas al de nodige ervaringen mee. Vertrouwen in AI speelt daarbij een belangrijke rol. Gelukkig herzien de geneeskunde-opleidingen nu hun curriculum, zodat studenten ook over big-data en AI leren. Binnen het LUMC zijn we een masteropleiding Population Health Management begonnen.’

Wat is er nog meer nodig om de mogelijkheden van AI beter te benutten?

Spruit: ‘Het is een middel dat de richting kan bepalen bij een broodnodige fundamentele verandering in de zorg. Daarvoor moet visie uit de overheid voor die zorg wel veel helderder zijn. Minder kostengedreven en meer toekomstgericht. Als wij weten waar het naartoe gaat, dan kunnen we daarop aansluiten. Kunstmatige intelligentie gaat niet alles oplossen, maar kan er wel voor zorgen dat we de goede mensen voor de zorg weten te winnen.’

‘Er is nog een lange weg te gaan, vooral in niet-technologische dimensies. Zo zijn data het goud waarmee algoritmen moeten leren en op dit moment zitten commerciële aanbieders van zorginformatiesystemen boven op dat goud. Wat we nodig hebben is een open, niet-commercieel informatiesysteem. Dat zou de zorginnovatie binnen enkele jaren exponentieel verbeteren.’

‘Er zijn vrijwel alleen heel grote subsidies, maar kleinere initiatieven zijn realistischer’

Wallenburg: ‘Ik zou graag zien dat onderzoeksfinanciers meer vanuit het publieke belang gaan denken. Nu is bijna altijd de voorwaarde dat je met bedrijven samenwerkt, waardoor er allerlei commerciële belangen meespelen. En er zijn vrijwel alleen heel grote subsidies, waarvoor je heel veel moet beloven. Daar vliegen we misschien mee uit de bocht. Laten we ook kleinere initiatieven ondersteunen, die realistischer zijn.’

Zien jullie ook mogelijkheden om met AI de gezondheidskloof te verkleinen? Kwetsbare groepen hebben een slechtere gezondheid en leven korter.

Spruit: ‘Ik richt me met name op kwetsbare subpopulaties in de regio Haaglanden, zoals de kwetsbare en eenzame ouderen in het Welzijn.AI-project waarin we taal- en spraaktechnologie inzetten. AI wordt daarnaast ook gebruikt om de juiste individuen uit de populatie te filteren voor heel gerichte interventies, zoals in het Hotspotters project. Door een data-analyse op vijftien kenmerken – bijvoorbeeld opname in ziekenhuis of psychiatrische instelling, verslaving en dakloosheid – kunnen huisartsen hun patiënten met complexe aandoeningen en hulpvragen identificeren en extra ondersteunen.’

‘In veel projecten bestaat de eerste stap uit het identificeren van de juiste risicogroepen om vervolgens de juiste zorg op de juiste plek te leveren. Dat kan door een koppeling te maken tussen medische data en bijvoorbeeld gegevens over de leefomgeving en schuldenproblematiek. Dat is één gebied waarvoor je slimme data-analysetechnieken op basis van lerende machines kunt gebruiken. De data die zulke systemen nodig hebben, vormen een probleem. Op de Campus Den Haag kunnen we dit soort risico-stratificaties binnen het ELAN data-warehouse maken, maar er zijn nog veel technische barrières.’

Wallenburg: ‘Bij ons onderzoek willen we gaan inbrengen welke data we gebruiken en welke groep(en) we daarbij missen. Bij de projecten die nu lopen zijn we nog niet zo ver. De focus ligt nu nog op iets werkbaar maken. Bij doorontwikkeling moeten we vervolgens letten op inclusie van alle groepen in de samenleving.’


‘In pilot-studies bereiken we *mensen in achterstandswijken* wél’



TOBIAS BONTEN

 LUMC

SEMIHA DENKTAŞ

 Erasmus
Universiteit
Rotterdam

Brochures, overheidscampagnes of persconferenties: ze dragen niet altijd bij aan het dichten van de gezondheidskloof. Want ze bereiken slechts de mensen die er ruimte voor hebben in hun hoofd en hun leven. Gezondheidspsycholoog Semiha Denктаş en huisarts-onderzoeker Tobias Bonten werken aan verbeteringen. Door Rianne Lindhout

De coronapandemie liet zien dat de overheid mensen die hun vaccinatie het hardst nodig hadden, niet goed genoeg bereikte. De vaccinatiëgraad in achterstandswijken was laag. Wat te doen?

Hoogleraar gezondheidspsychologie Semiha Denктаş: 'In juni 2021 begonnen medische professionals mensen aan te spreken op drukbezochte weekmarkten in de Rotterdamse wijken Noord, Delfshaven en Feijenoord. Hun communicatie- en vaccinatiecampagne kreeg al snel de naam Marktvaccinaties. De marktbezoekers konden ter plekke, zonder afspraak, gevaccineerd worden.

Semiha Denктаş (1973) studeerde klinische en gezondheidspsychologie en promoveerde op de gezondheid en zorggebruik van oudere migranten in Nederland. Ze is hoogleraar gezondheidspsychologie en chieft diversity officer aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Met de gemeente Rotterdam startte ze [BIG'R](#) en [HEALTHY'R](#) om Rotterdammers te helpen kiezen voor gezonder gedrag, op basis van gedragsobservatie en kleinschalig te testen interventies.

Initiatiefnemers waren Shakib Sana, huisarts in Rotterdam en promovendus in mijn onderzoeksgroep, en het hoofd Interne Geneeskunde van het Erasmus MC Robin Peeters. In het kwartiertje dat mensen na hun vaccinatie op de priklocatie moesten wachten, ondervroeg mijn team van gedragsonderzoekers wat hun beweegredenen waren om zich te laten vaccineren. Deze mensen bleken helemaal geen grote principiële bezwaren tegen de prik te hebben gehad. Het had veel meer te maken met een voor hen moeilijk bereikbare locatie of een afspraak maken. Of met desinformatie die een arts goed kon rechtzetten. De Marktvaccinaties breidden zich als een olievlek uit naar andere steden in Nederland, zoals Utrecht.'

Wat kunnen we leren van dit prachtige succes?

Denktaş: 'We moeten beseffen dat er niet *one size fits all* bestaat. We moeten ons dus afvragen of iedereen baat heeft bij dezelfde informatie, ondersteuning en zorg of dat verschillende individuen en groepen verschillende informatie, ondersteuning en zorg nodig hebben om een vergelijkbare vaccinatiegraad te bereiken. In het geval van Covid: ga dus actief naar hotspots van verspreiding en lage vaccinatiegraad toe.'

Tobias Bonten (1984) is huisarts in Katwijk aan Zee. Ook doet hij onderzoek naar leefstijlbegeleiding en populatiemanagement bij hoogrisico-patiënten – zoals Hindoestanen met verhoogd diabetesrisico – bij de LUMC-afdeling Public Health & Eerstelijns Geneeskunde. Hij onderzoekt binnen het [National eHealth Living Lab \(NeLL\)](#) eHealth-methoden die daaraan kunnen bijdragen, bijvoorbeeld de app [MyHeart Counts](#).

Huisarts en onderzoeker Tobias Bonten: 'We hebben tijdens de pandemie tegelijkertijd ook een grote stap gemaakt met zorg op afstand. Bij mij in de praktijk doen we nu meer aan beeldbellen, mensen sturen foto's van bijvoorbeeld een huidplekje ter beoordeling. Zo kunnen we meer patiënten behandelen in minder tijd.'

'Opvallend is dat ook juist mensen in achterstandswijken baat hebben bij zorg op afstand. Een consult via beeldbellen kan toegankelijker zijn dan naar de praktijk komen. Een smartphone heeft iedereen wel.

Moeders met jonge kinderen willen bijvoorbeeld de kinderen niet alleen laten, of iemand wil liever niet dat anderen hem naar de huisarts zien gaan.'

Op welke kwetsbare groepen richten jullie je vooral?

Denktaş: 'Ik kijk naar een breed palet van praktisch geschoolde mensen met en zonder migratieachtergrond, die zijn er in Rotterdam relatief veel. Ze hebben vaak een laag inkomen. Of ze spreken de Nederlandse taal onvoldoende, waardoor ze lastig te bereiken zijn met gezondheidsinformatie. Gezondheidsvaardigheden zijn bij sommige mensen laag, wat leidt tot minder gezond gedrag. De problematiek is heel divers.'

Bonten: 'Ik onderzoek hoe je als huisarts binnen groepen waar mensen extra risico's lopen, precies de mensen kunt bereiken die dat nodig hebben. In het [HealthyHeart-project](#) onderzochten we leefstijlverandering in de wijk. Hindoestanen bijvoorbeeld, hebben vaak erfelijke aanleg voor diabetes. Dat leidt weer vaak tot hart- en vaatziekten, zoals hart- en herseninfecten op jonge leeftijd. Gezondheidsambassadeurs uit deze groep

'Juist ook mensen in achterstandswijken hebben baat bij zorg op afstand'

bereiken deze mensen via hun eigen kennissenkring veel beter dan een Nederlandse huisarts. Dit kan ook werken in de Turkse en Marokkaanse gemeenschap, waar overgewicht relatief vaak voorkomt door bijvoorbeeld culturele opvattingen en gewoonten.

Naar de mensen toe gaan, ambassadeurs zoeken: dat klinkt alsof er mooie oplossingen klaarliggen!

Bonten: 'De kennis is er, implementatie is vaak lastig. Samenwerking met gemeenten gaat nu beter, maar zij hebben beperkte middelen. Of data-uitwisseling is een probleem vanwege privacy. Zo loopt er in huisartsenpraktijken een pilotstudie van het Hotspotters project, waarbij huisartsen op basis



‘In arme wijken zijn meer snackbars en er is meer reclame voor ongezond voedsel’

van data van gemeenten, ziekenhuizen en GGD kunnen zien of een patiënt extra zorg nodig heeft vanwege bijvoorbeeld verslaving, schulden of dakloosheid. Heel interessant, maar of het de standaard wordt?’

Denktaş: ‘In kleine groepen en pilots kun je een interventie goed testen, maar omzetten in beleid en goede borging daarvan is een uitdaging, ook door politieke keuzes. Wat wij niet meer doen, is een proefschrift bij een beleidsambtenaar afleveren en zeggen: “Vertaal jij het maar naar de praktijk.” We werken samen met de gemeente, zorgverleners en burgers aan praktijkonderzoek en implementatie. In Rotterdam doen we dat in bijvoorbeeld HEALTHY’R.’

‘Een voorbeeld: we wilden mensen helpen om te stoppen met roken. Het project Grip en Gezondheid is een integrale aanpak waarbij aandacht is voor stressmanagement, hulp bij de financiële situatie en stoppen met roken om de gezondheid van Rotterdammers te verbeteren. We wisten uit literatuur dat stressvermindering de mentale ruimte schept om gezondere keuzes te maken. We betrokken ggz-instellingen in wijken erbij en bespraken met mensen wat ze acceptabel en uitvoerbaar vonden.’

‘Dan hoor je ze zeggen: “Wat fijn om te merken dat wij ook de moeite waard zijn om naar te luisteren.” De interventie heeft een positief effect op stress en rookgedrag. We zien dat er een significante afname is van stressgerelateerde klachten en nicotineafhankelijkheid bij de mensen die meededen aan het project.’

Kan dat allemaal wel op tegen de verleidingen waaraan ook mensen met weinig geld blootstaan?

Denktaş: ‘Dat is inderdaad een probleem. Collega’s lieten zien dat het aantal fastfoodlocaties in Rotterdam de afgelopen 15 jaar behoorlijk is gestegen, terwijl het aantal versaanbieders fors daalde. Bovendien steeg het fastfood-aanbod voornamelijk in minder welvarende buurten. De context waarin we ons dag in dag uit bewegen doet er toe. Aan mijn studenten laat ik vaak

‘Gelukkig dringt door dat gezond gedrag niet alleen een individuele zaak is’

foto's zien van Rotterdam Centraal in 1980 en nu. Toen was het een serene gang met alleen borden met vertrek- en aankomstinformatie. Nu is het één groot buffet van suiker, vet en zout. Op scholen helpen lessen over gezond eten weinig als buiten de snackkar staat.’

Bonten: ‘Het is een illusie dat je alleen op individuele basis de leefstijl van alle mensen kunt aanpakken. De mens is gemakzuchtig en ons brein vraagt om vet en suiker. Als dat overal beschikbaar en goedkoop is... Dat er nu wettelijk minder zout in brood zit, heeft meteen invloed op de bloeddruk van iedereen die het eet. Zo zijn ook suikertaks en btw-verlaging op groente en fruit interessant.’

Gaat het de goede kant op, zien jullie vooruitgang, juist voor kwetsbare groepen?

Denktaş: ‘Gelukkig dringt steeds meer dat besef door dat gezond gedrag zeker niet alleen een individuele zaak is. Dat kennis over gedrag essentieel is voor beleid, benadrukte de WRR al in 2011. Wij blijven het uitdragen in ons wetenschappelijke werk. Ook beleidsmakers zien nu dat bij stoppen met roken of overgewicht ook de context van mensen meespeelt. Problemen daarin zijn niet alleen door de zorg op te lossen. Hebben mensen een baan met een inkomen waarmee ze kunnen rondkomen, hebben ze dagelijks stress: dat zijn allemaal determinanten van gedrag.’

Bonten: ‘Daarom is er Welzijn op recept in 90 Nederlandse gemeenten. Komt een patiënt met rugpijn naar de huisarts, dan zit daar soms iets heel anders achter dan een puur medische oorzaak. Eenzaamheid of geldstress bijvoorbeeld. Als huisarts kun je dan doorverwijzen naar een welzijnscoach, die overzicht heeft van informele netwerken en het activiteiten aanbod in de wijk. Coach en patiënt zoeken samen passend aanbod. Ik zie echt lichtpunten doordat preventie meer aandacht krijgt in het zorgaanbod. Onderzoekers moeten doorgaan met goed onderzoek waar de politiek niet onderuit kan.’





Colofon

Deze white paper is een uitgave van Leiden-Delft-Erasmus en Medical Delta. De digitale uitgave en alle afzonderlijke interviews verschijnen ook op healthy-society.nl, leiden-delft-erasmus.nl en medicaldelta.nl. Wilt u een of meerdere teksten overnemen, neem dan contact op met healthysociety@fsw.leidenuniv.nl.

November 2022

Healthy Society

LDE en Medical Delta willen, onder de noemer Healthy Society, de gezondheid en het welzijn onder alle lagen van de bevolking verbeteren en gezondheidsverschillen verkleinen. Daartoe stimuleren zij interdisciplinair wetenschappelijk onderzoek en onderwijs samen met burgers, kennisinstellingen, zorgorganisaties, gemeenten en andere maatschappelijke partners. Deze uitgave laat die aanpak in de volle breedte zien.

Betrokken kennisinstellingen

Leiden-Delft-Erasmus Universities:

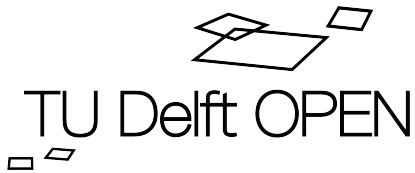
Universiteit Leiden, TU Delft, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Medical Delta:

Universiteit Leiden, TU Delft, Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus Medisch Centrum, Leids Universitair Medisch Centrum, De Haagse Hogeschool, Hogeschool Inholland, Hogeschool Rotterdam en Hogeschool Leiden

Leiden-Delft-Erasmus
Universities





Republished by TU Delft OPEN Publishing

ISBN: 978-94-6366-805-7

DOI: <https://doi.org/10.59490/mg.90>



This work is licensed under a Creative Commons-Attributions 4.0 International license

Wetenschappelijke coördinatie

prof. dr. Andrea Evers en dr. Sandra van Dijk.

Teksten

Merel Engelsman (Simplifai),
Rianne Lindhout, Anne Pek en Hans Wetzels.

Eindredactie en projectcoördinatie

Rianne Lindhout en Healthy Society:
Francette Broekman en Sonja van Rees Vellinga.

Projectbegeleiding

Katja Hoiting, Marijke Will-Janssen, Sietse Pots.

Opmaak

Ontwerpwerk, Den Haag

