

Wat is de essentie van verpleegkundige beroepsuitoefening in de Maatschappelijke Gezondheidszorg?

v&vn
Arboverpleegkundigen

v&vn
Praktijkverpleegkundigen
& Praktijkondersteuners

v&vn
Sociaal Psychiatrisch
Verpleegkundigen

v&vn
Verpleegkundigen
Maatschappij &
Gezondheid

Inhoud

Inleiding	3
Wat is Maatschappij & Gezondheid?	3
1 MGZ is uitgaan van de leef-, woon of werks aan de cliënt	4
2 MGZ is de combinatie van preventie en zorg	4
3 MGZ is daarom niet alleen individugericht maar ook groepsgericht en samenlevingsgericht werken	5
4 MGZ is daarom ook anticiperen op maatschappelijke en politieke ontwikkelingen	5
5 MGZ veronderstelt daarom een brede manier van kijken	6
6 MGZ is daarom niet alleen multidisciplinair maar ook multisectoraal werken	7
7 MGZ is daarom ook het leren hanteren van belangenconflicten en ethische reflectie	7
8 Werken in MGZ is ook zelfstandig en zelfverantwoordelijk werken	7
Conclusie	8
Bronnen	9
Bijlage 1	11

Inleiding

De positionering en profilering van de beroepsgroep van verpleegkundigen Maatschappelijke Gezondheidszorg is geen doel op zich. In het rapport "Professionals in de zorg"¹ wordt als kenmerkend voor professionalisering in de 21 eeuw genoemd: de mate waarin een beroepsgroep een aantoonbaar positieve bijdrage levert aan gewenste ontwikkelingen met betrekking tot gezondheid, gezondheidszorg en maatschappij.

De gezondheidszorg is volop in beweging. Van vele kanten is het besef ontstaan dat we echt een andere koers moeten inslaan willen we de gezondheidszorg ook op langere termijn in stand kunnen houden. De Raad voor de Volksgezondheid² heeft deze trend getypeerd als de overgang in het denken van Ziekte en Zorg (ZZ) naar Gezondheid en Gedrag (GG). Polder cs.³ hebben dit later aangevuld: met "en naar Mens en Maatschappij (MM)": Dus: **van ZZ en GG naar MM**. NPHF en Ruwaard spreken in dit verband over "**van Nazorg naar Voorzorg**"⁴.

De RVZ⁵ en ook het rapport "Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de Contouren", van Zorginstituut Nederland⁶ schetst een gezondheidszorg die in de toekomst het primaat legt bij **Voorzorg** (voorkomen dat mensen zorg nodig hebben: preventie) en **Gemeenschapszorg** (zorg in de eigen leefomgeving).

Tenslotte zien we daarbij aansluitend steeds meer draagvlak ontstaan voor de **Triple Aim gedachte**⁷, in Nederland oa. gepropageerd door de bijvoorbeeld NPHF, het RIVM en Guus Schrijvers⁸. De 3 centrale doelstellingen voor de toekomst zijn:

- Primair de gezondheid en gezond functioneren van de bevolking verbeteren
- Daarnaast de kwaliteit van leven en zorg verhogen
- En zodoende de vermijdbare kosten zowel binnen de gezondheidszorg als in de maatschappij laten dalen.

Verpleegkundigen Maatschappelijke Gezondheidszorg (of MGZ) kunnen aan deze ontwikkelingen een enorm belangrijke bijdrage leveren en daarmee ook aan de kwaliteit van leven/gezondheid van de Nederlandse bevolking. Maar dan zullen we eerst duidelijk moeten maken, waar we als verpleegkundigen MGZ voor staan.

Wat is Maatschappelijke Gezondheidszorg?

Motto: Niet wat ons scheidt maar wat ons bindt

MGZ betreft **alle** verpleegkundige werksettingen **buiten de instellingen** (ziekenhuizen, instellingen voor psychiatrie ed.). Dit domein bestaat uit een bundeling van krachten van de afdelingen Arboverpleegkundigen, verpleegkundigen Maatschappij en Gezondheid, Praktijkverpleegkundigen en Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen van V&VN, Hieronder vallen:

- De arboverpleegkundigen
- De casemanagers dementie.

¹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2001). Professionals in de zorg, advies 99/15, den Haag

² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). Zorg voor je gezondheid, advies 10/05, den Haag.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011). Preventie van welvaartsziekten, advies 11/08, den Haag.

³ Polder, J., Lucht, F. van der, & Kooiker, S. (2012). De gezondheidsepidemie, Reed Business, Amsterdam.

⁴ Ruwaard, D. (2012). Van Nazorg naar voorzorg, Oratie Universiteit Maastricht.

⁵ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). Regie aan de poort, advies 12/07, den Haag.

⁶ Kaljouw, M. en Viet, K. van (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de Contouren, Zorginstituut Nederland.

⁷ Berwick, D. ea. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost, Health Affairs, 27, no.3 (2008):759-769.

⁸ Schrijvers, G. (2014). Zorginnovatie volgens het cappucinomodel, uitg. Thoeiris.

- De jeugdverpleegkundigen,
- De praktijkverpleegkundigen
- De sociaal psychiatrisch verpleegkundigen
- De verpleegkundigen openbare gezondheidszorg.
- De wijkverpleegkundigen.

De dagelijkse praktijk van verpleegkundigen verschilt daarmee ogenschijnlijk enorm. We werken met verschillende doelgroepen, vanuit diverse organisaties en binnen verschillende wettelijke kaders. Maar als we door die verschillen heen kijken zijn er een aantal heel essentiële zaken die MGZ-verpleegkundigen gemeenschappelijk hebben. De essentie van de verpleegkundige beroepsuitoefening in de Maatschappelijke Gezondheidszorg⁹ kent diverse invalshoeken. We zullen de 8 belangrijkste de revue laten passeren.

1 **MGZ is uitgaan van de leef-, woon of werksituatie van de cliënt**

De verpleegkundige beroepsuitoefening in de Maatschappelijke Gezondheidszorg vindt in tegenstelling tot de intramurale zorg, vrijwel altijd plaats binnen de leef-, woon- en werksituatie van de cliënt/doelgroep. MGZ-verpleegkundigen komen bij ze thuis, op hun school, op hun werk of waar ze ook maar verblijven, desnoods op straat. MGZ-verpleegkundigen nemen de leef-, woon- en/of werksituatie **dus** als referentiekader van hun handelen, inclusief de maatschappelijke omgeving, de omringende sociale systemen en de fysieke omgeving.

Daardoor wordt de MGZ-verpleegkundige ook geconfronteerd met een grote diversiteit aan normen- en waardepatronen die tegelijkertijd ook heel verschillend kunnen zijn van de eigen normen- en waardepatronen van de MGZ-verpleegkundige. Met deze verschillen zal de MGZ-verpleegkundige professioneel moeten omgaan met behoud van autonomie en eigen verantwoordelijk van de cliënt en anderzijds de eigen professionele verantwoordelijkheid.

2 **MGZ is de combinatie van preventie en zorg**

In Nederland zijn preventie en zorg (cure en care) de afgelopen decennia weliswaar sterk verkokerd en vaak van elkaar gescheiden, maar dat neemt niet weg dat de essentie van werken in de MGZ juist de **verbinding** tussen preventie en zorg centraal stelt. Internationaal is dat gedachtegoed beter bewaard gebleven. Niet voor niets stelt Jane Salvage, volgens het TVZ een van de meest toonaangevende verpleegkundigen van de afgelopen 60 jaar: “Publieke gezondheidszorg en wijkzorg, daar ligt de kern van ons beroep”¹⁰.

De verpleegkundige MGZ richt zich dus op de combinatie van:

⁹ Deze notitie is in hoofdzaak gebaseerd op de landelijke notitie “MGZ binnen de Hbo-V”, Utrecht januari 2004 en op: Mackenbach JP.(2001), Paradigma, succes en toekomst van de maatschappelijke gezondheidszorg. TSG; 79: pp. 522-529 en op de expertisegebieden arboverpleegkundige, casemanager dementie, jeugdverpleegkundige, praktijkverpleegkundige, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundige openbare gezondheidszorg en wijkverpleegkundige.

¹⁰ Adriaansen, M. (2011). Publieke gezondheidszorg en wijkzorg, daar ligt de kern van ons beroep, TVZ nr.3 pp. 35-38.

- Mensen die gezond zijn, zoveel mogelijk te ondersteunen in het gezond blijven, gezond opgroeien: en gezond functioneren. “(Collectieve) Preventie/ Public Health” met een gerichtheid op preventie, ontzorgen, normaliseren, versterken van eigen kracht en empowerment.
- Waar nodig een bijdrage leveren aan herstel (cure).
- Mensen die niet meer kunnen genezen, zo goed mogelijk ondersteunen en verplegen, gericht op behoud van “kwaliteit van leven”: binnen de eigen omgeving (care). Interventies richten zich (waar mogelijk) op het behouden of verbeteren van zelfmanagement, zelfredzaamheid, zelfregie en participatie.

Essentieel is dat het daarbij juist gaat om de **verbinding**: een individueel probleem kan vertaald worden naar een collectieve aanpak en andersom¹¹.

3 **MGZ is daarom niet alleen individugericht maar ook groepsgericht en samenlevingsgericht werken**

Veel gezondheidsproblemen waarmee MGZ-verpleegkundigen geconfronteerd worden gelden niet alleen voor individuen, maar ook voor groepen of zelfs de hele samenleving. Mensen in een vergelijkbare situaties die bloot kunnen staan aan vergelijkbare gezondheidsrisico's: denk maar aan kinderen en jongeren in vergelijkbare leeftijdscategorieën, mensen met een verhoogd risico op een infectieziekte, werknemers in het zelfde bedrijf of beroep of bewoners van dezelfde wijk of buurt. Met name preventieve activiteiten zijn niet alleen individugericht maar vooral groepsgericht. Dit houdt in dat de verpleegkundige MGZ ook handelingen verricht die de gezondheid van de samenleving bevorderen. Zij zet zich er voor in om de volksgezondheid te beschermen en te verbeteren. Zij signaleert gezondheidsbedreigende factoren en neemt zo nodig passende maatregelen. Hierbij valt onder andere te denken aan gezondheidsbedreigende woon- en werkomstandigheden en sociale onrechtvaardigheid.

4 **MGZ is daarom ook anticiperen op maatschappelijke en politieke ontwikkelingen**

Juist omdat in MGZ-verpleegkundige de leef-, woon-, school- en werksituatie van de cliënt/ doelgroep centraal staat wordt ze geconfronteerd met allerlei maatschappelijke en politieke ontwikkelingen, zowel binnen de gezondheidszorg als breder in de samenleving. Hierbij kan gedacht worden aan:

- Politieke ontwikkelingen (bv. transities, bekostiging, participatiesamenleving).
- Demografische ontwikkelingen (dubbele vergrijzing, toename aantal chronisch zieken).
- Ontwikkelingen wat betreft de sociale zekerheid (AOW, Wet Werk en bijstand, Participatiewet, WIA etc.)
- Technologische ontwikkelingen zoals domotica¹², zorg op afstand¹³ en EHealth¹⁴

¹¹ Ter illustratie: Bijvoorbeeld bij een cliënt met een infectieziekte (bv. SOA, TBC) wordt dmv. collectieve interventies (bron- en contactopsporingsonderzoek) gestreefd om verder verspreiding te voorkomen. Andersom kunnen uit het bron- en contactopsporingsonderzoek weer nieuwe ziektegevallen voorkomen etc. een vergelijkbare samenhang is die in de arbozorg tussen individugerichte activiteiten (bv. verzuimbegeleiding) en arbeidsomstandighedenonderzoek.

- De ontwikkeling naar een multiculturele samenleving.
- De toenemende tweedeling in de samenleving. (armoede, laaggeletterdheid, sociaal-economische gezondheidsverschillen, sociaal-kwetsbare groepen).
- De toenemende individualisering, het verlies van maatschappelijke solidariteit en van bindende elementen in samenleving op micro-, meso- en macroniveau.
- De toenemende mondigheid en de behoefte aan autonomie bij (delen van) de bevolking.

Vanuit deze “**omgevingssensitiviteit**” onderneemt de MGZ-verpleegkundige stappen om de gezondheid te behouden en verbeteren en om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

5 MGZ veronderstelt daarom een brede manier van kijken

Juist omdat de leef-, woon-, school- of werksituatie van de cliënt of doelgroep centraal staat en beïnvloed worden door maatschappelijke ontwikkelingen, moet de MGZ-verpleegkundige de situatie van de cliënt of doelgroep dus in zijn brede maatschappelijke context kunnen analyseren. De MGZ-verpleegkundige maakt daarbij dan ook gebruik van systeemmodellen en -concepten (bv. Lalonde¹⁵, Bronfenbrenner¹⁶, PHC¹⁷, Caplan¹⁸, Neuman¹⁹, het Regenboogmodel²⁰, het balansmodel van Bakker²¹, het Hannasaari-model²², etc) om situaties te analyseren en verpleegkundige interventies te bepalen. Een zelfde brede benadering van gezondheid vinden we terug in het concept “Positieve Gezondheid”²³ en in de nieuwe definitie van gezondheid^{24,25}.

De verpleegkundige MGZ kijkt dus ook naar zaken als de leefsituatie en leefomgeving (wijk, bedrijf, school), sociaal-economische status (opleiding, werk, inkomen), laaggeletterdheid etc.

¹² RIVM (2013), Domotica in de langdurige zorg – Inventarisatie van technieken en risico’s, rapport 080117001/2013

¹³ www.stichting-zorg-op-afstand.nl.

¹⁴ Vermunt, R. (2015), Consumenten E-health, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Advies 15/03, den Haag

¹⁵ Lalonde, M. (1974). A new perspective of the health of the Canadians, Ottawa, Government of Canada.

¹⁶ Bronfenbrenner, Y (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.

¹⁷ WHO (1977). Primary Health Care (PHC).

¹⁸ Caplan G, (1964). Principles of preventive psychiatry, New York.

¹⁹ Neuman, B. (1993). The Neuman Systems Model (Notes on Nursing Theories).

²⁰ Xx Dahlgren G & Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.

²¹ Bakker e.a., (1998). Balansmodel NIZW

²² Alston R.M. et al. (1989) The Hanasaari conceptual model for occupational health nursing. <http://www.fohneu.org>

²³ Walburg, J (2015). Positieve gezondheid, naar een bloeiende samenleving, Uitg. Bohn Stafleu.

²⁴ Huber, M. (2015). Towards a new, dynamic concept of Health, proefschrift Universiteit van Maastricht. ZonMw (2013). Positieve Gezondheid in de praktijk. Verslag Invitational Conference, 29 november 2013

²⁵ Uit het onderzoek van Huber blijkt overigens dat de opvattingen van verpleegkundigen en zeker van MGZ-verpleegkundigen het dichtst bij de beleving van cliënten staan.

6 MGZ is daarom niet alleen multidisciplinair maar ook multisectoraal werken

Omdat in veel zorgsituaties niet alleen gezondheidsaspecten maar ook andere factoren een rol spelen, zoals bv. opvoeding, onderwijs, veiligheid, financiële situatie, publieke voorzieningen, wonen, welzijn, werk, etc. zal de verpleegkundige MGZ dus ook moeten kunnen samenwerken met andere sectoren **buiten** de gezondheidszorg zoals bv. de wijkagent, de leerkracht van een school, de leerplichtambtenaar, de hogere veiligheidsdeskundige, de sociale dienst of schuldhulpverlening, de werkgever, de prostitutiesector, de woningbouwcorporatie, de gemeente, de horeca of de middenstand. Dit wordt multisectorale of intersectorale samenwerking²⁶ genoemd. (zie ook Bijlage 1)

7 MGZ is daarom ook het leren hanteren van belangenconflicten en ethische reflectie

Juist omdat de leef-, woon-, school- en werksituatie van de cliënt of doelgroep uitgangspunt is, kan de MGZ-verpleegkundige te maken krijgen met mogelijke belangenconflicten tussen enerzijds de autonomie en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, haar eigen professionele opvattingen en de mogelijke schadelijke gevolgen voor de omgeving en/of de volksgezondheid. Dit veronderstelt een hoge ethische reflectie om tussen deze belangen te kunnen bewegen en tegelijkertijd de eigen grenzen bewaken.

8 Werken in MGZ is ook zelfstandig en zelfverantwoordelijk werken

Van iedere MGZ- verpleegkundige wordt een grote mate van zelfstandigheid en zelfverantwoordelijkheid vereist. Of het nu tijdens een huisbezoek, een SOA-spreekuur, een consultatiebureauzitting, een netwerkoeverleg of een werkplek onderzoek is: op dat moment staat ze er als MGZ-verpleegkundige alleen voor en dient ze zelfstandig situaties te analyseren, keuzen te maken en interventies in te zetten en daarvoor ook de professionele verantwoordelijkheid te dragen. Natuurlijk kan ze achteraf terugvallen op intercollegiale toetsing/ feedback binnen het team maar niet op het contactmoment zelf.

MGZ-verpleegkundigen hebben daartoe veelal een aanvullende opleiding genoten en functioneren derhalve als gespecialiseerd verpleegkundigen.

²⁶ Oldenhof, R. (2012). Wijkgericht werken: Intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk, Achtergrondstudie bij RVZ-advies "Regie aan de Poort".

Conclusie

De bovenstaande 8 kernitems vormen de essentie van de verpleegkundige beroepsuitoefening in de Maatschappelijke Gezondheidszorg. Daarmee kunnen we tevens concluderen dat verpleegkundigen Maatschappij en Gezondheid van onmisbare waarde zijn in het realiseren van de doelstellingen van “ZZ en GG naar MM” en de “Triple Aim-gedachte ” en daarmee aan de kwaliteit van leven/gezondheid van de Nederlandse bevolking en maatschappelijke baten voor de samenleving. Daar staan we voor en daarin willen we herkend en erkend worden.

Vrij naar Halfdan Mahler²⁷ (directeur generaal van de World Health Organisation 1973-1988)

“MGZ-verpleegkundigen lead the way”

²⁷ Mahler, H.(1985). “*Nurses lead the way*”, WHO Features, No.97, June 1985

Bronnen

- Adriaansen, M. (2011). Publieke gezondheidszorg en wijkzorg, daar ligt de kern van ons beroep, TVZ nr.3 pp. 35-38.
- Alston R.M. et al., (1989). The Hanasaari conceptual model for occupational health nursing. <http://www.fohneu.org>
- Bakker e.a., (1998). Balansmodel NIZW
- Berwick, D. ea. (2008). The Triple Aim: Care, Health and Cost, Health Affairs, 27, no.3 (2008):759-769.
- Bronfenbrenner, Y (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Caplan G, (1964). Principles of preventive psychiatry, New York.
- Dahlgren G & Whitehead M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Haaren, E. van ea.(2015). Maatschappelijke Gezondheidszorg, Bohn Stafleu
- Huber, M. (2015). Towards a new, dynamic concept of Health, proefschrift Universiteit van Maastricht.
- Kaljouw, M. en Vliet, K. van (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de Contouren, Zorginstituut Nederland.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective of the health of the Canadians, Ottawa, Government of Canada.
- LOOV (2004). Kaderstellende landelijke afspraken afstudeerrichting MGZ binnen de hbo-v.
- Mackenbach J. (2001). Paradigma, succes en toekomst van de maatschappelijke gezondheidszorg, TSG 79: pp. 522-529.
- Mahler, H.(1985). "Nurses lead the way", WHO Features, No.97, June 1985
- Neuman, B. (1993). The Neuman Systems Model (Notes on Nursing Theories).
- Polder, J., Lucht, F. van der, & Kooiker, S. (2012). De gezondheidsepidemie, Reed Business, Amsterdam.
- Oldenhof, R. (2012). Wijkgericht werken: Intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk, Achtergrondstudie bij RVZ-advies "Regie aan de Poort".
- Oostendorp, J. en Hoondert, K. (2008). Verpleegkunde in de openbare gezondheidszorg, Uitg. ThiemeMeulenhoff.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2001). Professionals in de zorg, advies 99/15, den Haag
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010). Zorg voor gezondheid, advies 10/05, den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011). Preventie van welvaartsziekten, advies 11/08, den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). Regie aan de poort, advies 12/07, den Haag.
- RIVM (2013). Domicilia in de langdurige zorg – Inventarisatie van technieken en risico's, rapport 080117001/2013
- Rosendaal, H. (2015). Leerboek Verpleegkundige Maatschappelijke en Gezondheid, Reed Elsevier.
- Ruwaard, D. (2012). Van Nazorg naar voorzorg, Oratie Universiteit Maastricht.
- Schrijvers, G. (2014). Zorginnovatie volgens het cappucinomodel, uitg. Thoeoris.
- VenVN (2014a). Expertisegebied arboverpleegkundige.
- VenVN (2012a). Expertisegebied casemanagers dementie.
- VenVN (2014b). Expertisegebied jeugdverpleegkundigen.
- VenVN (2013a). Expertisegebied praktijkverpleegkundige.
- VenVN (2013b). Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige.
- VenVN (2014c). Expertisegebied verpleegkundigen openbare gezondheidszorg.
- VenVN (2012b). Expertisegebied wijkverpleegkundige.
- Vermunt, R. (2015). Consumenten E-health, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Advies 15/03, den Haag
- Walburg, J (2015). Positieve gezondheid, naar een bloeiende samenleving, uitg. Bohn Stafleu. www.stichting-zorg-op-afstand.nl
- WHO (1977). Primary Health Care (PHC).

ZonMw (2013). Positieve Gezondheid in de praktijk, Verslag Invitational Conference 29 november 2013.

Bijlage 1

Twee citaten uit recente publicaties

Uit: Klaauw, D. van de, Broek, E. van de, Empelen, P. van, (2015) Intersectorale samenwerking rondom een gezonde wijk. TSG nr.3 pp.109-116

RESULTATEN

Aandachtsgebieden en te betrekken sectoren

De experts benoemden in het bevorderen van een gezonde wijk de volgende vijf meest geschikte aandachtsgebieden voor intersectorale samenwerking:

- 1) sociale cohesie (25%)
- 2) groen(voorzieningen) (25%)
- 3) veiligheid (20%)
- 4) woningkwaliteit (15%)
- 5) sport- en spelvoorzieningen (15%)

De benoemde sectoren die hier voor nodig zijn, waren divers, maar het meest genoemd werden ruimtelijke ordening (19%), buurt(bewoners) (18%) en welzijnsinstellingen (14%). Daarnaast benoemden experts partijen als de gemeente, bedrijfsleven, sportverenigingen, scholen en woningbouwcoöperaties.

Uit: Brouwers, A. , Dam, J. ten, Goeij, H. de (2011), Gelijke Gezondheid, Gelijke kansen, tien jaar ervaring met wijkgericht werken, TSG nr. 3 pp. 148-150

De meerwaarde van gedeelde belangen

Er is intussen de nodige evidence beschikbaar voor het positieve effect van een uitdagende omgeving op gezond gedrag. Zo wijst onderzoek uit dat kinderen uit wijken met veel oversteekplaatsen drie tot vijf keer vaker lopend of fietsend naar school gaan. Een duidelijke aanbeveling voor het streven naar een integrale aanpak vanuit gedeelde belangen. De gedeelde belangen van de diverse beleidsafdelingen van de gemeente worden goed inzichtelijk gemaakt door 'gemeentebreed' deze vraag te stellen: wat zouden we winnen bij een gezondere gemeente? Daarop zijn uiteenlopende antwoorden mogelijk, die duidelijk maken dat iedereen er beter van wordt:

- **Onderwijs:** minder schooluitval, meer diploma's.
- **Financien:** gezonde burgers, minder ziektekosten.
- **Financien:** gezonde groene omgeving betekent hogere waarde vastgoed.
- **Milieu:** meer lopen en fietsen, minder vervuiling.
- **Economie:** beter vestigingsklimaat voor bedrijven en aantrekkelijk woongebied voor hoger en middenkader.
- **Economie:** gezondere werkmensen, minder verzuim.
- **Veiligheid:** gezonde mensen zijn actiever in de openbare ruimte.
- **Toerisme:** een groene en gezonde gemeente als potentie.
- **Bestuurlijk:** meer waardering voor het bestuur (beter resultaat verkiezingen).