

Natuur-en-zorgcombinaties: barrières, kansen en opschaling

Dit Rapport is gemaakt conform het Kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) van de unit Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu, onderdeel van Wageningen University & Research.

De WOT Natuur & Milieu voert wettelijke onderzoekstaken uit op het beleidsterrein natuur en milieu. Deze taken worden uitgevoerd om een wettelijke verantwoordelijkheid van de Minister van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) te ondersteunen. We zorgen voor rapportages en data voor (inter)nationale verplichtingen op het gebied van agromilieu, biodiversiteit en bodeminformatie, en werken mee aan producten van het Planbureau voor de Leefomgeving zoals de Balans van de Leefomgeving.

Disclaimer WOt-publicaties

De reeks 'WOt-rapporten' bevat onderzoeksresultaten van projecten die kennisorganisaties voor de unit Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu hebben uitgevoerd.

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL). Het PBL is een inhoudelijk onafhankelijk onderzoeksinstituut op het gebied van milieu, natuur en ruimte, zoals gewaarborgd in de Aanwijzingen voor de Planbureaus, Staatscourant 3200, 21 februari 2012.

Dit onderzoeksrapport draagt bij aan de kennis die verwerkt wordt in meer beleidsgerichte publicaties zoals Natuurverkenning, Balans van de Leefomgeving en andere thematische verkenningen.

Het onderzoek is gefinancierd door het Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV).

Natuur-en-zorgcombinaties: barrières, kansen en opschaling

Een verkenning van institutionele barrières, kansen en opschalingsmogelijkheden voor natuurinclusieve innovaties in de zorg

Dana Kamphorst en Josine Donders

Wageningen Environmental Research

BAPS-projectnummer WOT-04-011-037.21

Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu

Wageningen, oktober 2022

Wot-rapport 144

ISSN 1871-028

DOI [10.18174/576531](https://doi.org/10.18174/576531)

Referaat

Kamphorst, D.A. en J.L.M. Donders (2022). *Natuur-en-zorgcombinaties: barrières, kansen en opschaling; Een verkenning van institutionele barrières, kansen en opschalingsmogelijkheden voor natuurinclusieve innovaties in de zorg*. Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu, WOt-rapport 144. 101 blz.; 1 fig.; 8 tab.; 93 ref; 0 bijl.

Dit rapport is een verkenning van institutionele barrières en kansen voor natuurinclusieve innovaties in de zorg en opschaling daarvan, via een secundaire literatuuranalyse en enkele interviews. Er is verkend wat activiteiten zijn van initiatieven die natuur benutten in de zorg (zoals het aanleggen van tuinen, wandel-coaching ten behoeve van preventie, 'groene' dagopvang of re-integratie) en van partijen die dit (kunnen) bevorderen (activiteiten zoals bijdragen aan leren, uitwisselen of doorverwijzen). Barrières en kansen voor pioniers en opschaling zijn gevonden in de onderscheiden instituties in de zorg: financiering, overtuigingen, routines, netwerken, wetgeving, certificering en accreditatie, het doorverwijzingssysteem en kennis. Zowel initiatiefnemers als overkoepelende partijen beïnvloeden instituties, met culturele strategieën (zoals bewustwording), technische strategieën (zoals educatie) en politieke beïnvloeding (zoals lobby). Uit deze verkenning komen drie mogelijke routes voor opschaling naar voren: groene zorg 'met label groene zorg', vergroenen van de reguliere zorg en opschaling via leefstijlinterventies en gezonde leefomgeving. Deze routes kunnen aanleiding zijn voor vervolgonderzoek.

Trefwoorden: natuur, zorg, preventie, instituties, transitie, natuurinclusief, opschaling, groene zorg

Abstract

Kamphorst, D.A. and J.L.M. Donders (2022). *Nature and Healthcare Combinations: barriers, opportunities and upscaling – A study of institutional barriers, opportunities and upscaling possibilities for nature-inclusive innovations in healthcare*. Statutory Research Tasks Unit for Nature & the Environment, WOt Report 144. 101 pp; 1 fig.; 8 tab.; 93 ref.; 0 Appendices.

This report is an exploration of institutional barriers and opportunities for nature-inclusive innovations in healthcare and possibilities for scaling them up. It is based on a secondary literature analysis and several interviews. The study examined initiatives that make use of nature in healthcare (such as creating gardens, walking coaching as preventive healthcare, 'green' day care and employment reintegration) and activities by parties that can or do promote these initiatives (e.g. activities that contribute to learning, exchange or referral). Barriers to and opportunities for pioneers and upscaling were found in various healthcare institutional structures, in the form of funding, principles, routines, networks, legislation, certification and accreditation, the referral system and knowledge. These institutions are influenced by both initiators and overarching parties through their cultural strategies (e.g. awareness raising), technical strategies (e.g. education) and political influencing (e.g. lobbying). Three possible upscaling routes emerged from the study: green healthcare with a 'green care label', making conventional healthcare 'greener', and upscaling through lifestyle interventions and healthy living environments. These routes may require follow-up research.

Keywords: nature, healthcare, prevention, institutions, transition, nature-inclusive, upscaling, green healthcare

Foto omslag: Y. in 't Velt

© 2022 **Wageningen Environmental Research**

Postbus 47, 6700 AA Wageningen

Tel: (0317) 480700; e-mail: dana.kamphorst@wur.nl

Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu (unit binnen de rechtspersoon Stichting Wageningen Research), Postbus 47, 6700 AA Wageningen, T 0317 48 54 71, info.wnm@wur.nl, www.wur.nl/wotnatuurenmilieu. WOT Natuur & Milieu is onderdeel van Wageningen University & Research.

Dit rapport is gratis te downloaden van <https://doi.org/10.18174/576531> of op www.wur.nl/wotnatuurenmilieu. De WOT Natuur & Milieu verstrekt geen gedrukte exemplaren van rapporten.

- Overname, verveelvoudiging of openbaarmaking van deze uitgave is toegestaan mits met duidelijke bronvermelding.
- Overname, verveelvoudiging of openbaarmaking is niet toegestaan voor commerciële doeleinden en/of geldelijk gewin.
- Overname, verveelvoudiging of openbaarmaking is niet toegestaan voor die gedeelten van deze uitgave waarvan duidelijk is dat de auteursrechten liggen bij derden en/of zijn voorbehouden.

Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu aanvaardt geen aansprakelijkheid voor eventuele schade voortvloeiend uit het gebruik van de resultaten van dit onderzoek of de toepassing van de adviezen.

Woord vooraf

Dit rapport biedt een verkenning van de manier waarop natuur en groen in de zorg (meer) benut kunnen worden. We hebben de zorg breed opgevat, en in eerste instantie verkend wat voor initiatieven we in de literatuur tegenkomen als het gaat om natuur-en-zorgcombinaties. We kwamen daarbij een variatie aan initiatieven op het spoor: naast projecten voor tuinen in zorginstellingen, groene coaching, initiatieven van terreinbeherende organisaties en natuureducatieorganisaties, ook netwerkinitiatieven waar veel zorgactoren bij betrokken zijn en waarin naast gezondheid ook de leefomgeving een rol gaat spelen. We hebben daarnaast vanuit institutionele literatuur naar de zorgsector gekeken, om instituties te kunnen onderscheiden die relevant zijn voor de mate waarin natuur een plek kan krijgen binnen de zorg.

Enkele verkennende interviews met mensen die zich bezighouden met het bevorderen van natuur-en-zorgcombinaties hebben perspectief geboden op routes om het gebruik van natuur in de zorg op te schalen. Een woord van dank is op zijn plaats voor de vier geïnterviewden. Ze hebben ons materiaal zeer verrijkt. Tevens bedanken we de opdrachtgevers Maarten van Schie (PBL) en Rosalie van Dam (WUR) voor de begeleiding en waardevolle inzichten en commentaren bij dit project, almede de collega's die input hebben gegeven en het rapport hebben gereviewd.

Dana Kamphorst en Josine Donders

Inhoud

Samenvatting	9
Summary	15
1 Inleiding	21
1.1 Introductie	21
1.2 Probleemstelling	21
1.3 Doel en onderzoeksvragen	22
1.4 Aanpak van het onderzoek	22
1.5 Afbakeningen	24
1.6 Leeswijzer	25
2 Analyse kader en operationalisering	27
2.1 Introductie	27
2.2 Typering van initiatieven voor natuur en zorg	27
2.3 Transitie en instituties in de zorg	31
2.3.1 Fasen van transitie	31
2.3.2 Institutioneel perspectief	33
2.3.3 Operationalisering van instituties rondom de zorg	35
2.4 Operationalisering van institutionele beïnvloeding	41
2.5 Overheidssturing	43
3 Zorg verlenende initiatieven voor het combineren van natuur en zorg	45
3.1 Introductie	45
3.2 Variatie in initiatieven die zorg en natuur combineren	45
3.3 Barrières en kansen voor groene zorg initiatieven	52
3.4 Institutionele beïnvloeding door groene zorg initiatieven	57
4 Overkoepelende initiatieven en partijen	61
4.1 Introductie	61
4.2 Variatie in overkoepelende initiatieven en partijen	61
4.3 Opschaling van de inzet van groen in de zorg: barrières en kansen	68
4.4 Beïnvloeding van instituties	73
5 Transitie naar natuurinclusieve zorg en routes voor opschaling	75
5.1 Inleiding	75
5.2 Indicaties van de fasen van de transitie naar natuurinclusieve zorg	75
5.3 Mogelijke routes om de transitie verder te brengen	79
5.4 Wat kunnen overheden doen?	85
6 Conclusies	87
6.1 Introductie	87
6.2 Beantwoording van de onderzoeksvragen	87
6.3 Reflectie en kansen voor vervolgonderzoek	92
6.3.1 Reflectie	92
6.3.2 Richtingen voor vervolg	94
Literatuur	95
Verantwoording	99

Samenvatting

Aanleiding

Dit rapport doet verslag van een verkennend onderzoek naar kansen en barrières voor (het opschalen van) natuurinclusieve innovaties in de zorg. Natuurinclusieve innovaties in de zorg zijn initiatieven binnen de zorg waarbij natuur of groen wordt benut voor het verbeteren van het welzijn en de gezondheid van mensen. Het opschalen daarvan houdt in dat het benutten van natuur een meer gangbare praktijk wordt binnen de zorg. Dit onderzoek werd uitgevoerd voor het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL). Het PBL wil graag inzicht in barrières en kansen voor het opschalen van natuurinclusieve innovaties in de zorg, o.a. vanuit het perspectief van de transitie naar een natuurinclusieve samenleving.

Doel en onderzoeksvragen

Dit onderzoek had als doel inzicht te krijgen in institutionele structuren die het opschalen van natuurinclusieve innovaties in de zorgsector tegenwerken of kunnen bevorderen, en het identificeren van aanknopingspunten voor mogelijk overheidshandelen ten behoeve van het opschalen van groene innovaties.

We stelden de volgende onderzoeksvragen:

- Met welke institutionele structuren hebben verschillende typen natuurinnovaties in de zorg te maken bij hun innovatie, tegen welke barrières lopen ze aan en op welke wijze proberen ze instituties te beïnvloeden?
- Welke instituties werken het opschalen van natuurinclusieve innovaties in de zorg tegen en wat zijn kansen?
- Wat zijn aanknopingspunten voor handelen van verschillende overheidslagen om de betreffende instituties te beïnvloeden of te veranderen?

Aanpak

Voor dit verkennende onderzoek is een secundaire literatuuranalyse uitgevoerd en zijn vier interviews gehouden. In de literatuur is gekeken welke initiatieven worden genomen voor het benutten van natuur in de zorg, wat deze initiatieven doen en welke barrières ze tegenkomen. We hebben gekeken naar:

1. Zorg verlenende initiatieven die groen of natuur benutten, bijvoorbeeld het vergroenen van een instelling, de aanleg van tuinen of door zorg te verlenen in de natuur; en
2. Overkoepelende initiatieven en partijen die het verlenen van groene zorg (kunnen) bevorderen, bijvoorbeeld intermediaire organisaties die ondersteuning bieden of onderwijs geven en partijen die kunnen doorverwijzen naar zorgverleners die natuur benutten of die deze in hun zorgaanbod kunnen opnemen (zoals huisartsen, zorgverzekeraars of gemeenten). Ook hebben we gekeken op welke manier deze partijen instituties in de zorg beïnvloeden.

Er zijn vier interviews gehouden, met twee intermediaire organisaties, met een expert uit het netwerk 'Alles is Gezondheid' en met een zorginkoper bij een zorgverzekeraar. In de gesprekken zijn de resultaten uit de literatuurstudie getoetst (bijvoorbeeld: herkennen de geïnterviewden de gevonden barrières, zijn er andere?). Daarnaast zijn de activiteiten besproken die de geïnterviewden en hun organisaties ondernemen voor het bevorderen van natuur-en-zorgcombinaties en de visies van de geïnterviewden op opschaling.

Naast 'natuurinclusieve innovaties in de zorg', gebruiken we in dit rapport ook wel de term 'groene zorg'. Het gaat daarbij steeds om het verbeteren van welzijn en gezondheid van mensen door het benutten van groen of natuur en niet over vergroenen in de zin van verduurzamen. We hebben in de breedte van de zorg verkend wat voor initiatieven we tegenkomen. Daarmee omvat het rapport zowel initiatieven gericht op preventie (bijvoorbeeld wandel-coaching), welzijn (bijvoorbeeld door middel van tuinen in woon-zorginstellingen) als initiatieven in de 'cure' sector (bijvoorbeeld ziekenhuizen of zorgverzekeraars). In de genoemde voorbeelden zit ook regelmatig overlap, d.w.z. zowel welzijn als 'cure' of zowel preventie als welzijn. In de onderstaande tabellen geven we een overzicht van de actoren, de deelsystemen in de zorg

waar ze mee te maken hebben en de activiteiten die de initiatieven nemen. Deze overzichten zijn niet uitputtend.

Tabel S.1 *Overzicht zorg verlenende initiatieven.*

Typen initiatief	Deelsystemen zorg	Activiteiten m.b.t. natuur
Zorgactoren		
Woon-zorginstellingen	ggz, gehandicaptenzorg ouderenzorg	tuinen; vergroenen omgeving; zorg buiten verlenen
Ziekenhuizen	ziekenhuiszorg	vergroenen omgeving
Dagopvang	maatschappelijke ondersteuning	tuinen; vergroenen omgeving; zorg buiten verlenen
Zorgaanbieders met een groene identiteit	preventie	tuintherapie; wandelcoaching
Reguliere zorgprofessionals die groen erbij doen	huisartsen; paramedische zorg, zoals fysiotherapeuten en leefstijlcoaches	vaak wandelen t.b.v. gezondheid en preventie
Natuuractoren		
Natuureducatieorganisaties	woon-zorg: ggz, gehandicaptenzorg, ouderenzorg;	(bijdrage aan) tuinen; vergroenen omgeving
TBO's	arbo en re-integratie	werken in het groen; coaching in het groen
Stichting gezond natuurwandelen	preventie	onderwijs/opleiden vrijwilligers
Overig		
Zorgboerderijen en wijktuinen	dagopvang	tuinen; vergroenen omgeving; zorg buiten verlenen

Tabel S.2 *Overzicht overkoepelende partijen.*

Typen initiatief	Deelsystemen zorg	Activiteiten
Zorgpartijen		
Zorgpartijen die onderwijs geven, bijv. Sensea, Buitenpsychologen	ggz	onderwijs
Green Mental health	ggz	ondersteunen; verspreiden en ontwikkelen methodieken
Beroepsorganisatie groene zorg (opgeheven)	preventie/welzijn	community vorming; kwalificaties in beeld; ingang zorgverzekeraars en doorverwijzers bevorderen
Vereniging Arts en Leefstijl	huisartsenzorg	verspreiden materialen
Natuuractoren		
intermediairs, zoals IVN en NFH	niet onderscheidend	advies, lobby, investeren in community's
Zorginkopers		
Zorgverzekeraars	gezondheidszorg; huisartsen, paramedische zorg; ziekenhuiszorg	Activiteiten voor bewustwording van de waarde van natuur voor gezondheid, bijv. korting op polissen bij lidmaatschap natuurorganisaties, ook onderzoek naar mogelijkheden voor vergoedingen en deelname aan Green Deal Duurzame Zorg
Gemeenten (Wmo)	maatschappelijke ondersteuning	contracteren zorgaanbieders die groen benutten
Zorgkantoren	langdurige zorg	evt. bijdragen aan groene huisvesting van instellingen
Doorverwijzers		
Huisartsen (als doorverwijzers)	huisartsenzorg	doorverwijzen naar groene zorgverleners of leefstijlcoaches
Overheden		
Ministerie van VWS	natuurbeleid; gezonde leefomgeving	preventiebeleid/programma groene gezonde leefomgeving
Ministerie van LNV	natuurbeleid	vermaatschappelijking natuur
Provincies	vermaatschappelijking natuurbeleid	netwerken, subsidie, leernetwerken
Gemeenten	lokaal preventiebeleid, beleid voor groen in de stad	preventiebeleid/beleid groene gezonde leefomgeving
Publiek- private samenwerkingsverbanden		
Netwerk Alles is Gezondheid	breed; omvattend	agenderen en bevorderen gezondheid in brede zin
Netwerk Green Deal Duurzame Zorg	duurzaamheid; gezonde leefomgeving	bevorderen van duurzaamheid in de zorg
Overig		
Federatie landbouw en zorg	vaak dagopvang	belangenbehartiging

Instituties en zorg

In dit onderzoek is vanuit institutionele literatuur (Scott, 2013) naar de zorgsector gekeken om instituties te kunnen onderscheiden die relevant zijn voor de mate waarin natuur een plek kan krijgen binnen de zorg. Scott onderscheidt drie pijlers (regulatief, normatief en cognitief) die instituties beschrijven en die elk via verschillende mechanismen werken. Elk van de pijlers bevat verschillende elementen die we hebben geoperationaliseerd om tot een beschrijving te komen van instituties in de zorg en die het benutten van natuur in de zorg kunnen belemmeren of bevorderen. De volgende instituties in de zorg zijn onderscheiden:

- Wetgeving en beleid: vijf stelselwetten (de Wet langdurige zorg, de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wet publieke gezondheid en de Jeugdwet) en andere relevante wetgeving leggen vast wie belangrijke spelers zijn in de zorg en bepalen handlingsruimte van deze spelers. Ook beleid bepaalt de ruimte voor handelen van actoren.
- Financiering: formele mogelijkheden om (groene) zorg te financieren zijn in wetgeving vastgelegd. Bijvoorbeeld gemeenten betalen maatschappelijke ondersteuning, wijkverpleging en ziekenhuizen worden betaald uit de Zorgverzekeringswet, ggz-instellingen zowel uit de Wlz als de ZVW.
- Overtuigingen en waarden: de manier waarop tegen gezondheid wordt aangekeken, zowel binnen de zorg als geheel als binnen instellingen. Voorbeeld: de laatste jaren is de aandacht voor preventie en zelfredzaamheid gegroeid binnen de visie op gezondheid in de zorg.
- Manieren van werken en routines: belangrijk binnen de zorg zijn richtlijnen, standaarden, en daaruit voortkomend protocollen voor handelen van zorgverleners.
- Netwerken en samenwerking: partijen werken samen aan (deel)onderwerpen binnen de zorg. Het kan gaan om grotere netwerken waarin zorgactoren en overheden samenwerken, maar ook om kleinere leernetwerken en community's.
- Certificering en accreditatie: dit zijn belangrijke aspecten die de kwaliteit van zorg en zorgverlening regelen, via het opnemen van zorgprofessionals, behandelmethoden en interventies in erkende registers of beroepsverenigingen.
- Het doorverwijzingsstelsel: typerend voor de zorg is het stelsel van doorverwijzing, door huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders, naar andere zorgverleners.
- Kennis: dit speelt een belangrijke rol in de zorg. Met name in de 'cure sector' is een systeem van onderzoek en bewijs van behandelingen op genezing bepalend, o.a. voor de verzekerde zorg in het basispakket.

Binnen deze instituties wordt het handelen van actoren beperkt, maar we hebben binnen deze verkenning ook gezocht naar de handlingsruimte van actoren om instituties te beïnvloeden. Om een transitie naar natuurinclusieve zorg te bewerkstelligen, zijn niet alleen pioniers nodig. Voor opschaling is ook een verandering van instituties nodig, zodat ze meer bevorderlijk zijn voor natuurinclusief handelen binnen de zorg. Op basis van Perkmann en Spicer (2008) (in Van Doren et al., 2020) onderscheiden we de volgende strategieën voor beïnvloeding van instituties met betrekking tot groene zorg:

- Technische strategieën: activiteiten die gericht zijn op demonstreren of educatie van hoe groen in de zorg benut kan worden en/of wat het op kan leveren; de vorming van leer-community's waarin instellingen of zorgverleners ervaringen kunnen delen; het uitzetten van onderzoek naar groene zorg of activiteiten om programma's en behandelmethoden te erkennen of standaardiseren.
- Culturele strategieën: activiteiten gericht op verspreiding van het verhaal over de waarde van natuur voor gezondheid; activiteiten gericht op bewustwording en beïnvloeding van waarden; activiteiten gericht op creëren van identiteiten voor 'groene zorg' door er rollen en handelingen aan te koppelen.
- Politieke strategieën: activiteiten gericht op het ontwikkelen en verspreiden van een visie op natuur en gezondheid, (politieke) lobby of agendering hiervan en coalitievorming.

Resultaten

Typen initiatieven en barrières

Uit het onderzoek blijkt dat initiatieven en overkoepelende partijen verschillende soorten institutionele barrières tegenkomen.

Zorg verlenende initiatieven

- De voornaamste barrières voor (woon)zorginstellingen die tuinen aanleggen of de omgeving vergroenen, zijn dat financiering vaak moeilijk te vinden is, naast overtuigingen en waarden, routines, of kennis, die het

lastig maken om personeel of management mee te krijgen bij de aanleg van tuinen of groen en/of het benutten ervan bij de zorgverlening.

- Een barrière voor *zorgaanbieders met een groene identiteit*, zoals wandelcoaches en tuintherapeuten wanneer ze geen zorgachtergrond, opleiding of (BIG) registratie hebben, is erkenning binnen de zorg. Het is vaak lastig voor doorverwijzers om geregistreerde aanbieders te vinden (accreditatie/doorverwijzingssysteem/wetgeving). Zorgverzekeraars kunnen deze zorg met natuur vaak niet vergoeden (met uitzondering van enkele vormen van preventie waarbij mensen al klachten hebben of ziek zijn), omdat zij voor de vergoedingen via het basispakket gebonden zijn aan eisen vanuit de Zorgverzekeringswet.
- Reguliere zorgprofessionals die ook 'groene zorg' aanbieden (zoals wandelen in het kader van leefstijlinterventies) lopen niet tegen de 'accreditatie-barrière' aan, omdat ze (BIG) geregistreerd zijn. Beschikbare tijd en financiering zijn eerder barrières, evenals dat er onvoldoende is aangetoond dat een activiteit in het groen meerwaarde heeft ten opzichte van die activiteit zelf (relevant bijvoorbeeld voor zorgverzekeraars).
- *Partijen uit de natuursector* die groene zorg aanbieden, zoals terreinbeherende organisaties die dagopvang of groene re-integratie aanbieden, hebben zelf niet altijd zorgkennis in huis. Zij kunnen ook tegen de barrière van accreditatie aanlopen. Vaak komen we deze partijen tegen in samenwerking met zorgpartijen.
- Agrariërs en (sociaal) ondernemers met wijktuinen en zorgboerderijen, die vaak dagopvang, re-integratie of woon-zorg aanbieden komen als barrière tegen dat verschillende budgetten en regelingen gecombineerd moeten worden, bijvoorbeeld Wmo, Participatiewet en andere zorgbudgetten (wetgeving/financiering). Bij de Wmo en Wlz hebben gemeenten, CIZ en zorgkantoren een rol bij indicatiestelling en keuze/acceptatie van zorgaanbieders.

Overkoepelende partijen

- Ten aanzien van *zorgpartijen* die zich (soms naast zorgverlening) bezighouden met het bevorderen van groene zorg, bijvoorbeeld door het geven van onderwijs aan anderen, bood onze verkenning onvoldoende zicht op barrières. In het algemeen werden voor het opschalen van natuurinclusieve zorg de volgende barrières gevonden, met name in de cure-sector: onvoldoende bewijs van de effecten van natuur op genezing (kennis) en de daaruit voortkomende eisen aan verzekerde zorg via het basispakket (wetgeving); het ontbreken van erkende registraties bij een deel van de zorgaanbieders met een groene identiteit (certificering en accreditatie). De voormalige Beroepsorganisatie Groene Zorg slaagde er niet in om aangesloten groene zorgverleners toegang te bieden tot zorgverzekeraars of doorverwijzers. De belangrijkste barrière daarbij was de diverse en onduidelijke kwalificatie van deze groep deelnemers (accreditatie/certificering).
- Voor *groene (intermediaire) organisaties* kan het vinden van ingangen binnen de zorgsector een barrière zijn. Verder is er vaak beperkte financiering voor activiteiten van intermediaire organisaties voor het bevorderen van de combinatie natuur en zorg.
- De *zorginkopers* (zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars) zijn gebonden aan specifieke wetgeving (resp. Wlz, Wmo en Zvw). De mogelijkheden van zorgverzekeraars om groene zorg te vergoeden, zijn beperkt, o.a. activiteiten in het kader van preventie. Voor gemeenten lijkt een barrière bij het opnemen van groen aanbod te liggen in kennis, overtuigingen en beperkte financieringsmogelijkheden.
- Barrières voor *doorverwijzers* (zoals huisartsen) om door te verwijzen naar (groene) leefstijlprofessionals, zijn bijvoorbeeld taakopvatting, overtuigingen en waarden, (kennis van) aantoonbare effecten en de vindbaarheid van (groene) aanbieders met erkende kwalificaties.
- *Overheden* zijn gebonden aan hun formele rol binnen de zorg. Provincies hebben een dergelijke formele rol niet. Een mogelijke barrière voor overheidsorganisaties, zoals het Ministerie van VWS en gemeenten, zijn schotten tussen verschillende afdelingen. Beweging in beleid op het gebied van natuur en gezondheid in de openbare leefomgeving vertaalt zich bijvoorbeeld nog niet of beperkt naar de zorg, met name niet naar het medische domein.
- *Publiek-private samenwerkingsverbanden*, zoals het netwerk 'Alles is Gezondheid' en de Green Deal Duurzame Zorg besteden aandacht aan respectievelijk natuur-zorgintegratie en het bevorderen van een gezonde leefomgeving. De pijler gezonde leefomgeving binnen de Green deal vormt een klein onderdeel binnen het geheel. Bijvoorbeeld aansluiting bij de Green Deal leidt niet automatisch tot groene zorg; vaak is de vastgoedafdeling van instellingen betrokken vanwege de focus op duurzaamheid van deze Green Deal. Een mogelijke barrière voor doorwerking naar groene zorg in instellingen bijvoorbeeld vanuit de Green Deal is dat er geen financiering is voor activiteiten die deelnemende instellingen willen ondernemen.

-
- *Overige partijen* die overkoepelende activiteiten ontplooiën, zijn bijvoorbeeld de beroepsorganisatie Federatie landbouw en zorg. Barrières zijn we in deze verkenning niet tegengekomen.

Strategieën voor institutionele beïnvloeding

We zien dat zowel zorg verlenende initiatieven als overkoepelende partijen instituties beïnvloeden.

- *Culturele beïnvloeding*: strategieën voor bewustwording worden ingezet, zowel door zorg verlenende initiatieven (vooral gericht op de eigen organisatie of directe omgeving) als door overkoepelende partijen. Het zijn met name intermediaire organisaties die 'het verhaal verspreiden' en die activiteiten ondernemen voor het toekennen van rollen en identiteiten aan groene zorg (bijv. door het definiëren van de beroepsgroep groene zorg). Maar ook zorg verlenende initiatieven die zich identificeren als groen, zoals 'groene re-integratie' of 'groene dagopvang' dragen daarmee bij aan identiteiten. Dat doen zij o.a. door de keuze voor personeel en door het toekennen en bevorderen van 'groene zorg' rollen.
- *Technische beïnvloeding*: veel activiteiten van intermediaire organisaties en bijvoorbeeld ook van provincies zijn gericht op educatie en op het bevorderen van onderlinge uitwisseling en kennisnetwerken. Standaardiseren, bijvoorbeeld van groene zorgmethoden, vindt beperkt plaats.
- *Politieke beïnvloeding*: met name de overkoepelende partijen ondernemen activiteiten voor lobby en voor het onderhouden van contacten met overheden.

Ten aanzien van de transitie naar natuurinclusieve zorg hebben we bekeken welke indicaties we zien van verschillende fasen van de transitie. Onderscheiden zijn de fasen van pionieren (waarin initiatieven activiteiten ondernemen zoals het aanleggen van groen of het verlenen van zorg in het groen, al dan niet in beschermde omgevingen), de fase van opschaling (met als kenmerken het ontstaan van netwerken, het bewegen van instituties en het breder toepassen van nieuwe technieken) en van doorbraak en regime change (waarin de nieuwe praktijken gangbaar worden). In onze verkenning zien we dat de fase van pionieren nog volop bezig is: instellingen en groene partijen nemen initiatieven, al dan niet geholpen door intermediaire organisaties en binnen o.a. leer-community's, en zoeken naar financiering en inbedding in de eigen organisaties of richting partijen die men nodig heeft. Ook zien we eerste tekenen van opschaling, met beperkt bewegende instituties, die met name bewegen op overtuigingen en waarden en door de vorming van netwerken (zoals de Green Deal Duurzame Zorg). Er is nog geen beweging op het vlak van wetgeving, accreditatie/certificering en het doorverwijzingssysteem, maar er wordt wel geïnvesteerd om hier beweging in te krijgen, bijvoorbeeld via materialen voor huisartsen, websites, het definiëren van de beroepsgroep en het in kaart brengen van kwalificaties.

Uit de verkenning blijkt dat er nog volop ruimte is voor pionieren en dat dit ook nog belangrijk blijft. Via ontwikkelen, ondersteunen, overtuigen en enthousiasmeren kunnen meer instellingen verleid worden tot een groen initiatief. Dit blijkt o.a. uit het animo voor de activiteiten, cursussen e.d. van de organisaties IVN en NFH. Naast de voorlopers wordt een groep gesignaleerd die wel iets wil, maar niet weet hoe, die bijvoorbeeld niet weet hoe intern eigen medewerkers, managers en ook cliënten mee te krijgen.

Uit de verkenning komen drie verschillende mogelijke routes voor verdere opschaling. De barrières en wat nodig is voor opschaling verschillen per route, maar er zijn ook overeenkomsten.

1. Groene zorg 'met label', erkend in de zorg, wordt vergoed door zorgverzekeraars. Deze route vereist de vorming van beroepsorganisaties, onderwijs voor groene zorg-beroepen en het opnemen van groene zorg-professionals in erkende registers. Er is wetenschappelijk onderzoek nodig omdat bewijs voor de effecten van natuur op de gezondheid cruciaal is voor opschaling, met name voor verzekeraars en de cure-sector.
2. Alle zorg groen (zonder label groene zorg). Het vergroenen van de reguliere zorg, zonder het 'label' groene zorg vereist het inbrengen van natuur en groen in bestaande zorgverlening en beroepsorganisaties en in het reguliere zorgonderwijs. Reguliere behandelingen van zorgverleners die buiten worden gedaan, kunnen al worden vergoed door zorgverzekeraars. Aspecten als kostenbesparing en effectiviteit van behandelingen zullen eerder een rol gaan spelen ten aanzien van vergoeding door zorgverzekeraars dan het bewijs van de effecten van groen of natuur op gezondheid.
3. Route via preventie en/of leefstijl en groene gezonde leefomgeving. In het beleid voor de zorg is veel aandacht voor groen in de openbare leefomgeving en is er beweging op het vlak van preventie en leefstijl. Dit biedt kansen voor groene zorg. Het vereist het integreren van groen in bijvoorbeeld

leefstijlprogramma's en biedt mogelijkheden voor het in toenemende mate buiten (in de natuur en openbaar groen) verlenen van zorg.

Overheidssturing

Uit het onderzoek komen aanknopingspunten voor overheden om pionieren verder te bevorderen door faciliterend beleid, gericht op leernetwerken en 'leren door doen' in niches en via subsidie voor pioniers. Enkele provincies hebben subsidieregelingen vanuit het natuurbeleid waarbij ze pioniers ondersteunen en bijdragen aan kennisuitwisseling van deze pioniers. Het kan zinvol zijn voor opschaling wanneer meer provincies dergelijke ondersteuning bieden. Ten aanzien van opschaling kunnen overheden, o.a. de Rijksoverheid, bijdragen aan kennisontwikkeling en verdere agendering van de waarde van natuur voor gezondheid en de zorg, bijvoorbeeld door integratie van natuur in beleid voor leefstijl, preventie en groene leefomgeving. Ook sturing door netwerken, zoals de (lokale) preventieakkoorden en de Green Deal Duurzame Zorg kunnen verder bijdragen. Gemeenten kunnen een rol spelen bij het opschalen van natuur en zorg combinaties, door meer groene aanbieders op te nemen in hun zorgaanbod in de relatie tot de Wet maatschappelijke ondersteuning en participatie.

Tot slot van dit verkennende onderzoek is een aantal punten geïdentificeerd waar verdiepend onderzoek zinvol kan zijn, met name om achterliggende mechanismen achter barrières verder te duiden. Aangezien 'zorg' een containerbegrip is met veel deelsystemen met een ander type medewerker en ander type cliënt die in visie, werkwijze of behoefte sterk kunnen verschillen, is maatwerk nodig bij het incorporeren van groen in de zorg. Dat maakt een diepte, institutionele analyse van een van de deelsectoren zinvol.

Maatwerk is ook relevant als het gaat om verschillende typen actoren of interventies. Dat maakt dat ook hier ruimte is voor verdieping, bijvoorbeeld door onderzoek te doen naar wat er nodig is om zorg daadwerkelijk buiten te verlenen in zorginstellingen (zoals woon/zorg of ziekenhuizen). Andere opties zijn verdiepend onderzoek naar mogelijkheden voor de zorginkopers, zoals gemeenten of zorgverzekeraars, welke keuzes maken ze en waarom? Of het uitdiepen van een interventie zoals de Green Deal Groene Zorg die kansrijk lijkt voor opschaling: hoe vergaat het deelnemende instellingen bij het vertalen van de deelname naar concrete natuurinterventies?

De *drie routes voor opschaling* geven ieder aanleiding tot ander vervolgonderzoek. Bijvoorbeeld welke vormen van groene zorg 'met label' zijn kansrijk en onder welke voorwaarden? Wat is er nodig om het integreren van groene zorg verder te brengen in de reguliere zorgverlening? En ten slotte: wat is er nodig om groene zorg te laten aanhaken bij (beleid voor) de groene leefomgeving? Voor het verder verdiepen van de mogelijkheden van overheidssturing kan het zinvol zijn om de te kijken hoe zorg kan aanhaken bij netwerken of beleid voor de gezonde leefomgeving waar door ministeries en gemeenten aan gewerkt wordt.

Summary

Background

This report describes an exploratory study into the opportunities for and barriers to developing and scaling up nature-inclusive innovations in healthcare. Nature-inclusive innovations in healthcare are initiatives that make use of nature or green environments to improve people's health and wellbeing. Scaling up such innovations means that the use of nature will become a more conventional practice within healthcare. The study was carried out by the Netherlands Environmental Assessment Agency (PBL). The Agency is keen to obtain an understanding of the barriers and opportunities for scaling up nature-inclusive innovations in healthcare, within a broader perspective of making a transition to a nature-inclusive society.

Aim and research questions

The aim of this study was to obtain insight into institutional structures that hamper or can promote the scaling up of nature-inclusive innovations in the healthcare sector and to identify leverage points for government action to support the upscaling of green innovations.

We investigated the following research questions:

- What institutional structures affect the different types of nature-inclusive innovations in healthcare settings, what barriers do these innovations face and how do they attempt to influence institutions?
- Which institutions obstruct the upscaling of nature-inclusive innovations in healthcare and what opportunities are there?
- What leverage points are there for intervention by different tiers of government to influence or change the relevant institutions?

Methodology

The research for this study consisted of a secondary literature analysis and four interviews. The literature analysis examined initiatives for nature-based activities in healthcare settings, what these initiatives do and the barriers they face. We looked at:

1. care-giving initiatives that make use of nature or green environments, for example by introducing plants and green areas into healthcare facilities, planting gardens or providing care in natural settings; and
2. overarching initiatives and parties that can promote the provision of green environments in healthcare, such as intermediary organisations that provide support or education, and actors who can refer patients to other care providers that use nature in the care services they provide (such as general practitioners, health insurers and local authorities). We also looked at how these parties influence healthcare institutions.

Four interviews were held, two with intermediary organisations, one with an expert from the *Alles is Gezondheid* network and one with a healthcare purchaser at a health insurance company. The interviews were used to test the results from the literature analysis (e.g. did the interviewees recognise the identified barriers and are there other barriers?). In addition, we discussed the activities the interviewees undertake in their organisations to promote nature and healthcare combinations and their views on upscaling.

Besides the term 'nature-inclusive innovations in healthcare', in this report we also use the term 'green healthcare'. We use this term to mean improving people's health and wellbeing by making use of nature or green environments and not to greening in the sense of sustainability. We examined initiatives across the breadth of the healthcare sector, including initiatives geared to prevention (such as walking coaching) and wellbeing (e.g. gardens in residential care institutions) as well as initiatives in the 'cure' sector (e.g. hospitals and health insurers). In the examples mentioned there is often much overlap between wellbeing and cure and between prevention and wellbeing. In the tables below we give an overview of the actors, the healthcare subsystems concerned and the activities undertaken in the initiatives. These overviews are not exhaustive.

Table S1 Overview of care-giving initiatives.

Types of initiative	Healthcare subsystem	Nature-based activities
Healthcare actors		
Residential care institutions	mental healthcare, disability care, elderly care	gardens; greening the environment; outdoor care
Hospitals	hospital care	greening the environment
Day care	social support	gardens; greening the environment; outdoor care
Healthcare providers with a green identity	prevention	garden therapy; walking coaching
Conventional healthcare professionals that do green healthcare as a sideline	GPs; paramedical care, such as physiotherapists and lifestyle coaches	frequent walks for health and prevention reasons
Nature actors		
Nature education organisations	residential care: mental healthcare, care for the disabled, care for the elderly;	(input to) gardens; greening the environment
Conservation management organisations	occupational safety, health and welfare; reintegration	working in a green environment; coaching in a green environment
<i>Stichting gezond natuurwandelen</i> (Healthy Walking in Nature Foundation)	prevention	education/training of volunteers
Other		
Care farms and neighbourhood gardens	day care	gardens; greening the environment; outdoor care

Table S2 Overview of overarching parties.

Types of initiative	Healthcare subsystems	Activities
Healthcare organisations		
Organisations providing education, e.g. <i>Sensea, Buitenpsychologen</i>	mental healthcare	education
Green Mental Health	mental healthcare	support; disseminating and developing methodologies
<i>Beroepsorganisatie Groene Zorg</i> (professional organisation for green healthcare) (disbanded)	prevention/wellbeing	community building; overview of qualifications; promote access to health insurers and referrers
<i>Vereniging Arts en Leefstijl</i> (Doctors and Lifestyle Association)	general practice	distribute materials
Nature actors		
Intermediaries, such as IVN (nature education) and Nature for Health Foundation	not identifiable / not limited to one sector	advice, lobbying, investing in communities
Healthcare purchasers		
Health insurers	healthcare: GPs, paramedical care; hospital care	activities to raise awareness of the value of nature for health, e.g. discounts on policies for members of nature conservation organisations; also research into possibilities for reimbursements and participation in the <i>Green Deal Duurzame Zorg</i> (Green Deal on Sustainable Care)
Municipalities (Social Support Act)	social support	contracting care providers who make use of green environments
Healthcare offices	long-term care	possible contributions to green building environments in institutions
Referrers		
GPs (as referrers)	general practice	referrals to green healthcare providers or lifestyle coaches
Government authorities		
Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS)	nature policy; healthy environment	prevention policy/green healthy living environment programme
Ministry of Agriculture, Nature and Food Quality (LNV)	nature policy	promoting societal involvement with nature
Provinces	socialising nature policy	providing networks, subsidies, learning networks
Municipalities	local prevention policy, policy for urban green spaces	prevention policy/green healthy living environment programme
Public-private partnerships		
<i>Netwerk Alles is Gezond</i> (Health is Everything Network)	broad, comprehensive	agenda-setting and promoting health in the widest sense
<i>Netwerk Green Deal Duurzame Zorg</i> (Green Deal on Sustainable Care Network)	sustainability; healthy environment	promoting sustainability in healthcare
Other		
<i>Federatie Landbouw en Zorg</i> (care farming federation)	frequent day care	advocacy

Institutions and healthcare

This study examined the healthcare sector as described in the institutional literature (Scott, 2013) to identify institutions that are relevant to assessing the degree to which nature can play a role in healthcare. Scott identifies three dimensions of institutions (regulative, normative and cognitive), each of which works through different mechanisms. Each of the dimensions contains different elements, which we operationalised to obtain descriptions of healthcare institutions that can promote or hinder the use of nature in healthcare settings. We identified the following healthcare institutions:

- Legislation and policy: five systemic laws (the Long-Term Care Act, the Health Insurance Act, the Social Support Act, the Public Health Act and the Youth Act) and other relevant legislation set out the important players in the healthcare sector in the Netherlands and determine the room for manoeuvre these players have. Policy also determines the scope for action available to healthcare actors.
- Financing: formal possibilities for funding healthcare (conventional or green) are established in law. For example, municipalities pay for social support; district nursing and hospitals are funded under the Health Insurance Act; and mental health institutions are funded under the Long-Term Care Act and the Health Insurance Act.
- Principles and values: How health is perceived, both within the healthcare sector as a whole and within institutions. For example, in recent years prevention and self-reliance have been given increasing importance in the sector's conception of health.
- Working methods and routines: guidelines, standards and protocols for health practitioners are important in the healthcare sector.
- Networks and cooperation: various parties work together on aspects of healthcare. These may be large networks in which healthcare actors and the government work together or smaller learning networks and communities.
- Certification and accreditation: the inclusion of health professionals, treatment methods and interventions in accredited registers or professional associations are important aspects that regulate the quality of care and healthcare delivery.
- The referral system: fundamental to the healthcare sector in the Netherlands is the system of referral by GPs and other primary healthcare providers to other care providers.
- Knowledge: this is an important component of healthcare. A system of research and proof of treatment is the basis for what is insured in the 'basic package' (*basispakket*), particularly in the 'cure sector'.

Within these institutions, actors are constrained in what they can do, but in this study we also sought to identify where there is room for actors to influence institutions. The transition to nature-inclusive healthcare does not depend on pioneers alone; upscaling also requires a change in the institutions themselves to make them more conducive to adopting nature-inclusive activities. Based on Perkmann and Spicer (2008) (in Van Doren et al., 2020) we identified the following strategies for influencing institutions on green healthcare matters:

- Technical strategies: activities geared to demonstrating or instructing how green environments can be used in healthcare settings and/or what this can deliver; establishing learning communities in which institutions and healthcare providers can share their experiences; commissioning research into green healthcare practices leading to the recognition or standardisation of programmes and treatment methods.
- Cultural strategies: activities geared to disseminating information about the health value of nature; activities geared to raising awareness and influencing values; activities geared to creating identities for green healthcare by linking it to roles and practices.
- Political strategies: activities geared to developing and disseminating a vision on nature and health, lobbying and getting this vision onto the agenda, and coalition building.

Results

Types of initiatives and barriers

The study showed that initiatives and overarching parties come up against different types of institutional barriers.

Care-giving initiatives

- The main barriers to *residential and other healthcare institutions* that plant gardens or make the environment greener are that funding is often hard to find, while principles and values, routines and

knowledge make it hard to convince staff or management to accept the idea of planting gardens, creating green environments and/or making use of them in healthcare delivery.

- A barrier to *healthcare providers with a green identity* such as walking coaches and garden therapists, if they have no background in healthcare, training or (BIG) registration, is recognition within the healthcare sector. It is often difficult for referrers to find registered providers (accreditation/referral system/legislation). Health insurers are often unable to reimburse nature-based healthcare practices (with the exception of a few forms of prevention in which people already have health complaints or are ill). For reimbursements from the basic health insurance package they are bound by the requirements of the Health Insurance Act, which does not explicitly mention nature-based healthcare practices.
- Conventional healthcare professionals who also provide green healthcare (such as walking as part of lifestyle interventions) do not face the 'accreditation barrier' because they are on the BIG register. Barriers are more likely to be the availability of time and funds, as well as insufficient evidence that an activity in a green setting has greater health benefits than the activity on its own (relevant, for example, to insurers).
- *Parties from the nature sector* who offer green healthcare, such as nature conservation management organisations that provide day care or green reintegration, do not always have the required healthcare expertise. They may also run up against the accreditation barrier. We often came across these organisations in cooperative arrangements with healthcare organisations.
- Farmers and social entrepreneurs with neighbourhood gardens and care farms, who often offer day care, reintegration or residential care services, face the barrier of having to combine different budgets and schemes, such as the Social Support Act, the Participation Act and other healthcare budgets (legislation/funding). For the Social Support Act and the Long-Term Care Act, municipalities and the Care Assessment Centre (CIZ) and healthcare offices have a role in determining indications and the choice/acceptance of healthcare providers.

Overarching parties

- Our study provided insufficient insight into the barriers to *healthcare organisations* that promote green healthcare (sometimes alongside healthcare provision), for example by providing education to others. In general, we found the following barriers to scaling up nature-inclusive healthcare, particularly in the cure sector: insufficient evidence of the effect of nature on healing (knowledge) and the resulting requirements for healthcare practices insured under the basic package (legislation); and the lack of accredited registrations among some of the healthcare providers with a green identity (certification and accreditation). The former professional organisation for green healthcare (*Beroepsvereniging Groene Zorg*) failed to gain access to health insurers and referrers for its affiliated green healthcare providers. The most important barrier in this case was the diverse range and vague status of qualifications in this group of participants (accreditation/certification).
- For *green (intermediary) organisations* a barrier can be finding entry points within the health sector. There is also often limited funding available to intermediary organisations for activities to promote the combination of nature and healthcare.
- *Healthcare purchasers* (healthcare offices, municipalities and health insurers) are bound by specific legislation (the Long-Term Care Act, the Social Support Act and the Health Insurance Act). Health insurers have limited options for reimbursing green healthcare, including prevention activities. Municipalities that want to include green healthcare in their offer appear to face a barrier in the field of knowledge, principles and limited financial possibilities.
- Barriers to increasing the number of *referrers* (such as GPs) who refer patients to green lifestyle professionals include their perception of their duties, their principles and values, (knowledge of) the demonstrable effects and the visibility of green healthcare providers with accredited qualifications.
- *Government authorities* are bound by their formal role within the healthcare sector. The provincial governments have no such formal role. A possible barrier facing government authorities, such as the Ministry of Health, Welfare and Sport and the municipalities, is silo-thinking within departments. For example, policy shifts in the field of nature and health in the public realm are being implemented in the health sector only to a very limited extent, if at all, particularly in the medical domain.
- *Public-private partnerships* such as the *Alles is Gezond* network and the *Green Deal Duurzame Zorg* (Green Deal on Sustainable Care) are concerned, respectively, with integrating nature into healthcare and promoting healthy lifestyles. The healthy living environment focus within the Green Deal is just a small part of the whole. For example, joining the Green Deal does not automatically lead to green healthcare provision; often it is the real estate division of an institution that is involved because of the sustainability

focus of this Green Deal. A possible barrier to institutions taking up green healthcare provision, for example from the Green Deal, is the lack of funding for activities that participating institutions want to undertake.

- *Other parties* that develop overarching activities include the care farming federation *Federatie landbouw en zorg*. We did not find any barriers in this study.

Strategies for influencing institutions

Institutions are influenced by both healthcare provision initiatives and overarching parties.

- **Cultural influence:** strategies for raising awareness are used by care-giving initiatives (mainly aimed at their own organisation or immediate environment) and by overarching parties. It is primarily intermediary organisations that 'spread the story' and take action to assign roles and identities to green healthcare (e.g. by defining the green healthcare profession). Care-giving initiatives that identify themselves as green, such as 'green reintegration' and 'green day care', also contribute to identities. Among the ways they do that are through their choice of staff members and by assigning and promoting 'green healthcare' tasks.
- **Technical influence:** many activities by intermediary organisations, and also by provincial authorities, for example, focus on education and promoting mutual exchange and knowledge networks. Standardisation, for example of green healthcare methods, is very limited.
- **Political influence:** overarching parties in particular are involved in lobbying and undertake other activities to maintain contacts with government authorities.

Regarding the transition to nature-inclusive healthcare, we looked for signs of the different phases of the transition: the pioneering phase (in which initiatives undertake activities such as planting green spaces or providing care in green settings, either in protected environments or not), the scaling up phase (characterised by the emergence of networks, shifts within institutions and the wider application of new techniques) and the phase of breakthrough and regime change (in which the new practices become mainstream). Our study shows that we are still in the middle of the pioneering phase: institutions and green organisations are taking initiatives, some with the assistance of intermediary organisations and within learning communities, and are looking for funding and ways to embed these initiatives into their own organisations or are looking for other parties to work with. We also found the first signs of upscaling, with modest shifts within institutions, driven mainly by principles and values and by the creation of networks (such as the Green Deal on Sustainable Care). There is still no movement in the area of legislation, accreditation/certification and the referral system, but investments are being made to bring this about, for example via materials for GPs, websites, definitions of scope of professional practice and reviews of qualifications.

The study has revealed that there is still plenty of opportunity for pioneering activities and that these will remain important. More healthcare facilities can be tempted to take green initiatives through development, support, persuasion and encouragement, as evidenced by the enthusiasm for the activities and courses of the IVN (nature education) and the Nature for Health Foundation. Besides the frontrunners, we identified a group who want to do something but do not know how, for example, because they do not know how to win over their own staff, managers and clients.

From the study we identified three different routes for further upscaling. What is needed for upscaling and the barriers that may be encountered differ per route, but there are also similarities.

1. Green healthcare 'with a label' and accredited in the healthcare sector is reimbursed by health insurers. This route requires the creation of professional organisations, education for green care professions and the inclusion of green care professionals in accredited registers. Scientific research is needed because evidence of the effects of nature on health is crucial for scaling up, particularly for insurers and the cure sector.
2. All healthcare is green (without a green care label). 'Greening' conventional healthcare without a green care label requires introducing nature and green settings into existing care provision, professional organisations and standard healthcare education. Conventional treatments given outdoors by care givers can already be reimbursed by health insurers. Aspects such as cost savings and effectiveness of treatments are more likely to influence the reimbursement policy of insurers than evidence of the health effects of green settings or nature.
3. Route via prevention and/or lifestyle and a green and healthy environment. Healthcare policy places much emphasis on green spaces in the public realm and increasing attention is being given to prevention and lifestyle aspects. This presents opportunities for green healthcare, as it requires integrating green

environments into lifestyle programmes, for example, and offers possibilities for providing an increasing proportion of care activities outdoors (in nature and public green spaces).

Government steering

This study provides governments with a number of intervention points for a facilitating policy to further promote pioneering initiatives, aimed at learning networks, 'learning by doing' in niches and via subsidies for pioneers. Some provinces have grant schemes under nature policy to support pioneers and support knowledge exchange between these pioneers. It may be useful for upscaling if the other provinces provided similar support. Regarding upscaling, the national government and other government authorities could contribute to knowledge development and help to put the value of nature for health and healthcare firmly on the agenda, for example by integrating nature into policies for lifestyle, prevention and green living environments. Steering through networks, such as the local prevention agreements and the Green Deal on Sustainable Care, can also help. Municipalities can play a part in scaling up nature and healthcare combinations by including more green care providers in their healthcare offer under the Social Support Act (Wmo) and the Participation Act (Pw).

To conclude, from this study we have identified a number of points on which in-depth research may be useful, particularly to clarify the mechanisms underlying barriers. 'Healthcare' is a catch-all category with many subcategories with different types of staff and with clients that can differ greatly in terms of outlook, way of working and needs. This means that incorporating nature and green environments into healthcare settings will require tailored approaches in each case. An in-depth institutional analysis of one of the subsectors would therefore be a useful exercise.

The different types of actors or interventions will also have to be taken into account when tailoring the approach to the context. Here, too, there is room for in-depth research, for example by investigating what is needed in practice to provide outdoor care in healthcare institutions such as residential care homes and hospitals. Other options include in-depth research into possibilities for care purchasers, such as municipalities and health insurers – what choices do they make, and why? – and fully exploring interventions, such as the Green Deal on Sustainable Care, which appear to hold promise for upscaling – how successful are the participating institutions in turning their participation into concrete nature-based interventions?

Each of the *three routes for upscaling* gives rise to different follow-up research questions. For example, which forms of green healthcare 'with a label' are promising, and under what conditions? What is needed to integrate green healthcare more extensively throughout the mainstream care sector? And finally, what is needed to bring green healthcare within the orbit of policies for the green living environment? To further deepen the possibilities for steering by government it may be rewarding to examine how use can be made of networks or policies for a healthy living environment in which ministries and municipalities work together.

1 Inleiding

1.1 Introductie

Er is bij het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) op verschillende terreinen aandacht voor een transitie naar een meer natuurinclusieve samenleving: een samenleving waarbij in de dagelijkse praktijk van burgers, ondernemers en overheden rekening wordt gehouden met natuur, biodiversiteit en landschap (vrij naar: Buijs et al., 2019). Voor een transitie naar een natuurinclusieve samenleving zijn pioniers nodig, die beginnen met experimenteren. Echter, innovaties en pionieren alleen zijn voor het realiseren van een transitie niet voldoende, ook indien ze worden ondersteund en gefaciliteerd. Naast het opbouwen van innovaties, vereist een transitie ook het veranderen van bestaande institutionele structuren die bijdragen aan het behouden van de status quo (Smith & Raven, 2012; Van Doren et al., 2020).

De zorg kan gezien worden als een van de sectoren waar een transitie naar een meer natuurinclusieve samenleving zou kunnen plaatsvinden door natuur meer te benutten binnen de zorg. Er zijn de afgelopen jaren veel initiatieven voor het benutten van de natuur voor gezondheid en voor het integreren van natuur in de zorg (bijvoorbeeld coaching in de natuur of de aanleg van tuinen bij woon-zorg instellingen), en er is veel onderzoek gedaan naar de waarde van natuur voor gezondheid. De Covid-pandemie draagt bij aan de relevantie van dit onderwerp. Door de lockdowns en de druk op de gezondheidszorg is er meer aandacht voor het belang van een groene en gezonde leefomgeving voor de mentale en fysieke gezondheid. En er is meer discussie over de houdbaarheid van het huidige zorgsysteem. Het PBL wil graag weten hoe het staat met het benutten van groen en natuur in de zorg en wat barrières en kansen zijn voor opschaling daarvan. Dit onderzoek is een verkennende inventarisatie van kansen en barrières voor initiatieven en voor opschaling van het benutten van natuur binnen de zorg.

1.2 Probleemstelling

De afgelopen jaren bestaat de indruk dat de inzet van groen en natuur in de zorg voor het verbeteren van welzijn en gezondheid van mensen groeit. Auteurs signaleerden in de periode rond de stelselvernieuwing in de zorg (2015) een toename en een professionalisering: meer medisch getrainde zorgprofessionals gaan groen en natuur benutten in de zorg; er is meer vraag vanuit huisartsen en tweedelijnspecialisten, zoals ziekenhuizen, naar de effecten van groen en natuur. Van den Berg (2015) signaleerde daarnaast de vorming van beroepsorganisaties en ondersteunende organisaties (o.a. de inmiddels opgeheven Beroepsorganisatie Groene Zorg). Langers en De Boer (2013) signaleerden trends die de groei van het aantal wandelcoaches en tuintherapie aannemelijk maken, o.a. zien zij aandacht voor de helende werking van natuur bij een aantal zorgverzekeraars (Langers en De Boer, 2013). Koedoot et al. (2013) signaleerden dat aandacht voor groen en gezondheid bij ministeries groeit, zowel vanuit de gezondheids- als vanuit de natuursector, en wederzijdse betrokkenheid bij en afstemming van beleid.

De literatuur signaleert vanuit het natuurbeleid ontwikkelingen, die de inzet van natuur in de zorg kunnen bevorderen. Van den Berg (2015) signaleert, tegen de achtergrond van de eerdere bezuinigingen op het natuurbeleid, belangstelling voor "het vermarkten van ecosysteemdiensten, zoals de gezondheidsfunctie van natuur" (Van den Berg, 2015, p.3). Het Rijk en provincies streven naar vermaatschappelijking van natuur als een van de doelen in het Natuurpact. Het Ministerie van LNV wil natuur verweven met de economie en zorgen dat natuur bijdraagt aan breed maatschappelijk welzijn, o.a. door "innovatieve combinaties tussen natuur en maatschappelijke en economische activiteiten te helpen realiseren" (Min. van LNV, 2019). O.a. Bouwma et al. (2020) signaleren een toename van beleid voor vermaatschappelijking van natuur bij provincies.

Provincies hebben aandacht voor de waarden van natuur voor mensen, bijvoorbeeld voor gezondheid, en ze willen initiatieven uit de samenleving ondersteunen, waaronder ook initiatieven voor combinaties van zorg en groen of natuur. Rutten et al. (2015) signaleren dat natuurbeleid lange tijd was gericht op het beschermen van natuur, maar vanaf 1999 wordt de focus meer gelegd op het maatschappelijke belang van natuur en “vanuit het groendomein wordt het thema gezondheid steeds meer opgepakt” (Rutten et al., 2015, p. 9). Er is recentelijk ook bij de Rijksoverheid interdepartementaal beleidsaandacht voor de waarde van een groene leefomgeving voor gezondheid van mensen, bijvoorbeeld omdat groen bewegen stimuleert (zie De Vries et al., 2022; Min. van VWS, 2021). Op internationaal niveau wordt de link tussen groen en gezondheid expliciet genoemd in de nieuwe Europese Biodiversiteitsstrategie.

Ook in de zorg werden, na het ingaan van de stelselvernieuwing in 2015, kansen gesignaleerd. Bonekamp en Kroon (2015) signaleerden bijvoorbeeld de tendens dat mensen langer thuis moeten blijven wonen en dat dit kan leiden tot leegstand bij instellingen. Dit kan kansen bieden voor de herontwikkeling van terreinen van zorginstellingen en voor het sturen op meerwaarde van natuur bij die herontwikkeling (Bonekamp en Kroon, 2015). Omdat zorg wordt verplaatst naar woonwijken en het perspectief van de cliënt belangrijker wordt (als gevolg van marktwerking in de zorg), verwachten Bonekamp en Kroon (2015) dat natuur een selling point kan zijn, bijvoorbeeld als welgestelde ouderen naar eigen wens willen kunnen wonen. Een andere ontwikkeling rond de stelselvernieuwing in de zorg was de toenemende aandacht voor preventie en leefstijl, bijvoorbeeld in het Nationale Preventieakkoord (2018). Dit was mede een gevolg van de stijgende kosten in de zorg, onder meer door welvaartsziekten en bijvoorbeeld stress-gerelateerde aandoeningen. Hier werden veel kansen gezien voor het benutten van een groene omgeving en natuur (Rutten et al., 2015).

Eerdere studies hebben aangetoond dat ondanks dat pioniers werken aan het inzetten en benutten van groen en natuur in de zorg, opschaling hiervan uitblijft (PBL & WUR, 2020; Bouwma et al., 2020). De mogelijke waarde van groen is nog niet ingebed in de structuren van het zorgsysteem. Bouwma et al. (2020) benoemen hierbij o.a. uitdagingen gerelateerd aan het in kaart brengen van causale relaties tussen groen, zorg en gezondheid. Dit project wil verkennen waar de inzet van groen en natuur in de zorg staat anno 2021, en welke kansen en barrières er zijn voor verdere opschaling ervan.

1.3 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van dit project is meer zicht krijgen op de institutionele structuren die het opschalen van natuurinclusieve innovaties in de zorgsector tegenwerken en waar kansen liggen en aanknopingspunten identificeren voor mogelijk overheidshandelen ten behoeve van het opschalen van groene innovaties.

Om bovengenoemde doelen te behalen, zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- Met welke institutionele structuren hebben verschillende typen natuurinnovaties in de zorg te maken bij hun innovatie, tegen welke barrières lopen ze aan en op welke wijze proberen ze instituties te beïnvloeden?
- Welke instituties werken het opschalen van natuurinclusieve innovaties in de zorg tegen en wat zijn kansen?
- Wat zijn aanknopingspunten voor het handelen van verschillende overheidslagen om de betreffende instituties te beïnvloeden of te veranderen?

1.4 Aanpak van het onderzoek

Deze verkenning is opgebouwd uit een aantal onderdelen. Er is passende literatuur gezocht en deze is geordend om scherper te krijgen hoe de zorgsector gestructureerd is en welk typen partijen hierin relevant zijn met betrekking tot het gebruik van groen in de zorg. Middels literatuur en interviews zijn (voorbeelden van) individuen en organisaties geïdentificeerd die zich hiermee bezighouden; deze zijn ingedeeld in verschillende typen natuur innovaties in de zorg. Middels literatuur en interviews is onderzocht wat de institutionele barrières en kansen voor deze verschillende typen natuurinnovaties zijn en wat voor activiteiten

men ontplooit om de barrières te beslechten. Vervolgens zijn via de literatuur en interviews routes voor opschaling en kansen voor overheden hierbij verkend.

We lichten de stappen in het onderzoek hieronder toe:

1. Ontwikkelen van een analysekader
2. Secundaire literatuuranalyse
3. Vier interviews

Ontwikkeling van een analysekader ter oriëntatie op partijen en instituties in de zorg

We vatten de ontwikkeling en groei van de inzet van natuur in de zorg op als een transitie in de richting van een meer natuurinclusieve samenleving. Naast het opbouwen van innovaties is het daarvoor nodig dat bestaande institutionele structuren veranderen, zoals wetgeving, beleid, (de invulling van) rollen van actoren of gangbare praktijken. Zowel transitieliteratuur als institutionele literatuur biedt handvatten om deze structuren te duiden. We gebruiken de visie op instituties van Scott (2013) om ons te oriënteren op instituties in de zorg en deze te operationaliseren voor de zorg. Om institutionele beïnvloeding handen en voeten te geven, gebruiken we het artikel van Van Doren et al. (2020) waarin institutioneel werk in verschillende nichecontexten wordt verkend en waarin verschillende vormen van institutionele beïnvloeding worden onderscheiden.

Secundaire literatuuranalyse: op zoek naar natuur innovaties in de zorg om deze te typeren en barrières en kansen te verkennen

De secundaire literatuuranalyse is benut om 'bottom-up'-initiatieven voor het combineren van natuur en zorg te vinden en te beschrijven, om barrières te kunnen achterhalen waar deze initiatieven tegenaan lopen. Voor de literatuuranalyse werden enerzijds bij ons bekende onderzoeksrapporten benut en daarnaast werd literatuur gevonden via een google zoekopdracht naar 'groene zorg'. De literatuuranalyse omvatte negen rapporten (onderzoeksrapporten en factsheets, een studentenscriptie en een beleids-georiënteerd rapport), verschenen tussen 2013 en 2020, en is daarmee slechts een beperkte verkenning (zie paragraaf 1.5). De analyse bevatte literatuur gericht op het geven van een overzicht van groene zorg in Nederland (Van den Berg, 2015) of in bepaalde deelsectoren van de zorg, zoals de welzijnszorg (Bonekamp & Kroon, 2015). Daarnaast betrof het literatuur met beschrijvingen van specifieke voorbeelden van groene zorg-initiatieven. Hierbij ging het om heel verschillende innovaties. Het gaat bijvoorbeeld om wandelen met diabetespatiënten, het aanleggen van tuinen in ziekenhuizen, woon-zorginstellingen of dagopvang of om initiatieven van zorgverzekeraars of huisartsen (Koedoot & Wilschut, 2013; Bouwma et al., 2020; Rutten et al., 2015). Andere voorbeelden betreffen innovaties gericht op een specifieke doelgroep of een bepaald type aanbieder, zoals zorgboerderijen, zzp'ers in de zorg (bijv. wandelcoaches) en groene re-integratie en leefstijl (Hassink et al., 2017; Langers & De Boer, 2013; RIVM, 2013; Postma, 2020).

Voor de literatuuranalyse hebben we een aantal aspecten benoemd om de initiatieven in kaart te brengen, met behulp van een Exceltabel. Ten aanzien van de literatuur hebben we o.a. de volgende aspecten benoemd: afbakening (deel)sector zorg/beleidscontext; gesignaleerde trends in relatie tot het meer benutten van natuur in de zorg binnen de zorgsector; gesignaleerde noties vanuit het natuurbeleid; noties ten aanzien van de institutionele omgeving; en aandachtspunten en barrières voor transitie en opschaling. Ten aanzien van de initiatieven: type natuur inclusieve innovatie; type actor: initiatiefnemer; type actor: doelgroepen; activiteiten voor groene zorg; doel; activiteiten gericht op eigen groenproject?; zorg verlenende rol of overkoepelende rol?; activiteiten en wat was nodig voor realisatie van het initiatief?; actoren die men nodig heeft gehad; welke (institutionele?) belemmeringen ervaart men?; en activiteiten voor institutionele beïnvloeding. De bronnen verschilden niet alleen qua insteek, maar ook in mate van detail waarmee voorbeelden werden beschreven en geanalyseerd. Soms was er sprake van uitgebreide casestudies, in andere gevallen werden initiatieven alleen benoemd. We hebben soms internetbronnen benut wanneer de literatuur een voorbeeld alleen noemde of ter aanvulling van een onderwerp of initiatief.

We hebben onderscheid gemaakt tussen zorg verlenende initiatieven die zelf zorg verlenen en overkoepelende initiatieven en partijen, die zich bezig (kunnen) houden met het bevorderen van het benutten van natuur in de zorg door zorgverleners. Met name voor het achterhalen en beschrijven van overkoepelende partijen is vaker internet benut; de literatuur gaf meer voorbeelden van zorg verlenende

initiatieven. Het resultaat van de literatuur- en internetanalyse is benut om te bezien welke typen institutionele beïnvloeding we herkennen en welke kansen er zijn voor overheden.

Verkennde interviews: toetsing van de literatuuranalyse en visies op opschaling

Na de literatuuranalyse zijn vier interviews gehouden met respondenten van partijen die zich bezighouden met het bevorderen van natuur-en-zorgcombinaties (IVN, Nature for Health en Alles is Gezondheid) en met een inkoper van een zorgverzekeraar (CZ). IVN werd als eerste geselecteerd, vanwege bekendheid met IVN-activiteiten voor groene zorg vanuit ons eigen netwerk; NFH selecteerden we vanwege hun brede activiteiten om de inzet van groen en de zorg te bevorderen, waaronder het (deels) invullen van de rol van de opgeheven Beroepsorganisatie Groene Zorg. Vanuit deze eerste twee gesprekken kwamen we tot de selectie van de andere twee partijen: een medewerker van het netwerk 'Alles is Gezondheid', die o.a. actief is op het onderwerp preventie en leefstijl, en een inkoper van een zorgverzekeraar vanwege de belangrijke rol die zorgverzekeraars wordt toegedicht bij opschaling. Een zoektocht naar respondenten van andere partijen die belangrijk zouden kunnen zijn bij opschaling, o.a. de Koepel van zorgverzekeraars, de VNG, leverde geen aanknopingspunten.

De interviews hadden als doel enerzijds de resultaten van de literatuuranalyse te toetsen en uit te breiden (o.a. ten aanzien van de activiteiten van de organisaties ter bevordering van natuur en zorg combinaties) en anderzijds om visies op opschaling te verkennen, evenals de kansen van deze routes. De interviews leverden ook een aantal voorbeelden van initiatieven op die we hebben meegenomen in de beschrijving van de verschillende typen initiatieven voor natuur en zorg. De interviews zijn uitgevoerd via een semi-gestructureerde vragenlijst die inging op: de eigen rol en de rol van de eigen organisatie van de geïnterviewde met betrekking tot het bevorderen van innovaties en/of opschaling; de stand van zaken van de ontwikkelingen met betrekking tot groene zorg; barrières voor initiatieven en barrières voor opschaling; institutionele beïnvloeding ten behoeve van opschaling door de eigen organisatie; kansen voor opschaling en handelingsperspectieven voor overheden.

1.5 Afbakening

Dit onderzoek gaat over de mate waarin instituties rond zorg ruimte bieden voor initiatieven die natuur of groen inzetten in de zorg en over opschaling van groene zorg. 'Groene zorg' heeft in dit project de betekenis van het verbeteren van welzijn en gezondheid van mensen door het benutten van de natuur in de zorgverlening. Deze verkenning gaat niet over het vergroenen in de zin van verduurzamen, bijvoorbeeld duurzaam bouwen, groene daken of CO₂-reductie. Waar we het hebben over de inzet van groen bedoelen we ook de inzet van natuur en omgekeerd. Dit wordt breed opgevat: van vergroenen van een binnenruimte tot wandelen in natuurgebieden.

In dit project wordt de focus gelegd op het analyseren van instituties (o.a. factoren en mechanismen in de structuur, cultuur en activiteiten van de zorg) die het opschalen van innovaties waarbij groen onderdeel is van de zorgverlening belemmeren of bevorderen. De institutionele omgeving van deze initiatieven wordt gevormd door het huidige zorgstelsel, maar ook beleid en ontwikkelingen ten aanzien van groen en natuur kunnen relevant zijn.

'Groene zorg' is een containerbegrip. De zorg is ingedeeld in deelsystemen, zoals de medisch-specialistische sector, huisartsenzorg, de ouderenzorg, de ggz en preventie. In deze verkenning hebben we de initiatieven en barrières en kansen waar mogelijk gekoppeld aan verschillende deelsystemen in de zorg, maar we hebben geen recht kunnen doen aan de specifieke institutionele structuren die ieder van deze deelsystemen kenmerken en die belangrijk zijn voor de kansen en barrières voor het benutten van natuur binnen deze deelsystemen.

Dit is geen onderzoek naar de effecten van groen en natuur op gezondheid. Het vergroenen van de openbare leefomgeving in het algemeen nemen we alleen mee voor zover dit raakt aan of een kans biedt voor (het opschalen van) groene zorg.

De heersende instituties in de zorg zijn niet ons object, we doen geen analyse van hoe de huidige structuren in de zorg tot stand zijn gekomen, functioneren of in stand worden gehouden. We kijken wel naar de mate waarin iets nieuws, de inzet van natuur en groen in de zorg, aanloopt tegen bestaande instituties.

De literatuuranalyse is slechts een eerste verkenning. De beschrijving geeft geen kwantitatief beeld van (het aandeel van een bepaald type) 'groene zorg'-initiatieven. Er is ook niet systematisch nagegaan of de genoemde voorbeelden – deels uit wat oudere literatuur – succesvol zijn en of ze bijvoorbeeld nog bestaan.

1.6 Leeswijzer

In Hoofdstuk 2 formuleren we een analytisch kader, waarbij we aangeven hoe we de typering van initiatieven en partijen in de zorg, de institutionele barrières en kansen en de institutionele beïnvloeding van de actoren in de zorg aanvliepen en welke onderdelen van de zorg we meenemen. In Hoofdstuk 3 beschrijven we initiatieven die concreet de inzet van natuur of groen in de zorg (willen) realiseren; we geven de variatie weer die we gevonden hebben vanuit de secundaire literatuuranalyse en de interviews. Vervolgens gaan we in op de barrières die de initiatieven tegenkomen en bespreken we op welke manier ze instituties beïnvloeden. In Hoofdstuk 4 bespreken we de activiteiten van overkoepelende partijen die bezig zijn met het bevorderen van groene zorg, bijvoorbeeld door het begeleiden van initiatieven of die een rol hebben die van invloed is op de mogelijkheden om groen in te zetten in de zorgverlening. Hier gaan we ook in op de barrières die de partijen signaleren voor opschaling van natuur-en-zorgcombinaties en op welke manier zij instituties beïnvloeden. In Hoofdstuk 5 kijken we welke indicaties we zien van verschillende fasen van de transitie naar een natuurinclusieve zorg en beschrijven we routes naar opschaling die uit de literatuur en interviews naar voren kwamen. We sluiten af met conclusies (Hoofdstuk 6).

2 Analysekamer en operationalisering

2.1 Introductie

Dit hoofdstuk bevat een oriëntatie op partijen en instituties in de zorg. In paragraaf 2.2 relateren we verschillende typen initiatieven die natuur en zorg combineren en partijen die groene zorg bevorderen aan verschillende deelsystemen in de zorg. We doen dit om de barrières die ze tegenkomen te kunnen koppelen aan de werking van de deelsystemen. Zoals gezegd in de introductie, vatten we het (meer) benutten van natuur in de zorg op als een transitie naar een natuurinclusieve samenleving. In paragraaf 2.3 operationaliseren we zowel transities als instituties. In paragraaf 2.3.1 introduceren we transities: welke fasen van transities worden onderscheiden en hoe wordt de relatie tussen pioniers en de 'status quo' begrepen? Vervolgens gebruiken we institutionele literatuur om instituties in de zorg verder handen en voeten te geven (paragraaf 2.3.2). In paragraaf 2.3.3 vertalen we deze noties naar een overzicht van instituties geoperationaliseerd voor de zorg, dat uitgangspunt is om de institutionele belemmeringen uit de literatuur en interviews te bespreken. Vervolgens operationaliseren we in paragraaf 2.4 vormen van institutionele beïnvloeding en in paragraaf 2.5 overheidssturing.

2.2 Typering van initiatieven voor natuur en zorg

We typeren natuur- en zorginitiatieven aan de hand van het type actor en wat deze actor doet om zorg en natuur te combineren of te bevorderen (activiteiten). We onderscheiden zorg verlenende initiatieven en overkoepelende partijen. Zorg verlenende initiatieven combineren natuur en zorg binnen hun zorg verlenende organisatie en/of activiteiten. Veelal gaat het hierbij om zorgaanbieders, maar ook om partijen uit de natuursector. Onder deze actoren vallen degenen die in zijn/haar organisatie daadwerkelijk de groene zorg aanbieden, maar ook, wanneer dit bekend is, actoren die daarbij betrokken waren, bijvoorbeeld als initiatiefnemer die als eerste met het idee kwam. Deze vallen soms samen, maar dit is aan de hand van de literatuur niet altijd duidelijk vast te stellen. Onder overkoepelende initiatieven en partijen scharen we actoren die activiteiten (kunnen) ondernemen die zijn gericht op het bevorderen, faciliteren of opschalen van groene zorg, o.a. intermediaire organisaties, beroepsorganisaties, maar ook bijvoorbeeld huisartsen in hun rol van doorverwijzers. Soms valt een actor zowel onder de categorie zorg verlenend als overkoepelend, bijvoorbeeld wanneer naast zorgverlening ook overkoepelende activiteiten worden ondernomen, zoals het geven van onderwijs.

De zorg is een breed domein dat bestaat uit veel verschillende 'deelsystemen' die heel verschillend werken. Verschillen kunnen gebaseerd zijn op het type partijen, zorgverleners en zorgvragers dat een rol speelt, op hoe relaties tussen zorgaanbieders, burgers en zorginkopers functioneren of op verschillen in financieringsstromen. Het was binnen deze beperkte verkenning niet haalbaar om de werking van verschillende instituties per deelsysteem in detail in kaart te brengen. Waar mogelijk hebben we wel geprobeerd de gevonden initiatieven en partijen te relateren aan indelingen binnen de zorg, als opstap naar barrières en kansen die ze tegenkomen, omdat ook deze kunnen verschillen binnen diverse onderdelen van de zorg. Hiervoor hebben twee indelingen van de zorg benut: 1) verschillende hoofdsoorten van zorg, binnen de onderverdeling gezondheidszorg, welzijnszorg en overig; 2) hiermee nauw samenhangend, de drie 'rijken' binnen de zorg: care (zorg), cure (genezing) en preventie.¹ We lichten de indelingen hieronder kort toe.

¹ <https://margotrappenburg.nl/wp-content/uploads/2014/11/de-drie-rijken.pdf>

Ad 1 Deelsectoren: gezondheidszorg, welzijnszorg² en overige vormen

De totale zorgsector (bron: CBS, 2021³) kan worden onderverdeeld in "gezondheidszorg (ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, medische en tandheelkundige praktijken, paramedische praktijken en overige gezondheidszorg) en verzorging en welzijn (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg, gehandicaptenzorg, maatschappelijke opvang, jeugdzorg, kinderopvang en welzijnszorg)". Voor de beschrijving hieronder hebben we o.a. geput uit: Wessels en Van Driesten (2020, p. 109); Bonekamp en Kroon (2015).

Hoofdsoorten van gezondheidszorg (voor zover relevant/voorkomend in ons rapport) (Wessels en Van Driesten (2020, p. 30-40):

- Medisch-specialistische zorg: de ziekenhuizen in Nederland en gespecialiseerde klinieken zoals centra voor oogheelkunde en revalidatie. Deze curatieve zorg valt onder de Zorgverzekeringswet (zie paragraaf 2.3.3).
- Huisartsenzorg: de huisarts verzorgt doorverwijzingen en is het eerste laagdrempelige aanspreekpunt voor burgers.
- Paramedische zorg: bijv. fysiotherapie en logopedie. Wessels en Van Driesten (2020, p. 34) omschrijven dit als zorg, gericht op "het voorkomen of beperken van de gevolgen die ziekten hebben op het meedoen in de maatschappij". Deze zorg vindt soms plaats na verwijzing van een arts, maar tegenwoordig is dat vaak niet meer nodig (deze zorg is beperkt gedekt door de basisverzekering). Ook verschillende leefstijlcoaches vallen onder paramedische zorg.
- Geestelijke gezondheidszorg (ggz): "begeleidt, behandelt en ondersteunt mensen met matige tot zware psychische problemen", "via spreekuur van psycholoog of psychiater, bezoek aan huis of in een psychiatrische kliniek. De ggz gaat over angststoornissen, depressie, verslaving, autisme etc. De volwassen ggz is geregeld via de Zorgverzekeringswet; langdurige zorg via de Wet langdurige zorg" (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 35/36).

Verzorging en welzijn

Welzijnszorg (ter onderscheid van gezondheidszorg) is "gericht op personen en groepen die niet kunnen deelnemen aan de maatschappij en die zorg ontvangen in de vorm van bijvoorbeeld therapieën, begeleiding en activiteitenbegeleiding".⁴ Volgens het CBS (2021)⁵ vallen hieronder o.a. verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg, gehandicaptenzorg, maatschappelijke opvang, jeugdzorg en kinderopvang.⁶ Veel woon-zorginstellingen die tuinen aanleggen en/of natuur benutten in hun zorg vallen dus volgens deze indeling onder welzijnszorg, zowel voor ouderenzorg als gehandicaptenzorg. Ook maatschappelijke ondersteuning zoals dagopvang scharen we hieronder.

Andere vormen

Ziekte- en uitvalpreventie binnen het arbeidsproces en re-integratie is een groeiende sector binnen de welzijnszorg (Bonekamp en Kroon, 2015, p.10). Bij (groene) re-integratie kan het gaan om activering en arbeidsmatige dagbesteding voor gemengde groepen, dat wil zeggen re-integratie naar een betaalde baan of herstel van burn-out en stress (Bonekamp en Kroon, 2015).

We onderscheiden ten slotte de categorie 'zorgaanbieders met een groene identiteit', die verschillende soorten 'groen zorgaanbod' omvat, bijvoorbeeld wandelcoaches en tuintherapeuten. Deze kunnen (deels) ook onder andere categorieën gerangschikt worden, zoals wandel-coaching bij ziekte- en uitvalpreventie rond het arbeidsproces, en tuintherapie bij revalidatie of ggz. Vanwege de 'groene' identiteit plaatsen we deze apart.

Ad 2 Care, cure en preventie

Om verschillende soorten zorg te onderscheiden, wordt vaak gebruikgemaakt van de termen cure, care en preventie. Bij cure staat genezing voorop. Onder cure vallen onder meer de ziekenhuizen, medische

² <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71914NED/table>

³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/10/dalend-resultaat-bij-drie-van-vier-grootste-zorgsectoren-in-2019/gezondheids-en-welzijnszorg>

⁴ <https://nl.wikipedia.org/wiki/Categorie:Welzijnszorg>

⁵ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/10/dalend-resultaat-bij-drie-van-vier-grootste-zorgsectoren-in-2019/gezondheids-en-welzijnszorg>

⁶ Ook een andere indeling is mogelijk, waarbij verpleeg- en verzorgingshuizen nog onder de gezondheidszorg horen en het rijtje vanaf thuiszorg bij welzijnszorg (bron: geïnterviewde).

specialisten, paramedische praktijken, huisartsenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.⁷ Bij care of welzijn staan verzorgen en verplegen voorop, zoals de gehandicaptenzorg of thuiszorg. Aan deze indeling kan preventie worden toegevoegd. Bij preventie gaat het om het bevorderen en beschermen van gezond zijn en zo gezond mogelijk blijven. Het gaat ook om het opsporen van ziektes in een zo vroeg mogelijk stadium of om het voorkomen van complicaties van ziektes. Denk aan de GGD'en met bijv. jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding en gezondheidsbevordering.

In *de praktijk* is onderscheid tussen deze deelsystemen niet makkelijk te maken, het zijn containerbegrippen die niet echt inzicht geven in de zorg in de praktijk (Raad voor de Volksgezondheid, 2001). Ziekenhuizen en huisartsen – vooral gericht op cure – behandelen ook veel patiënten waar genezing niet aan de orde is. Ook bij behandelingen gericht op 'cure' worden patiënten begeleid en ondersteund. Omgekeerd wordt in deelsectoren die onder welzijnszorg zijn te rangschikken ook gewerkt aan cure. Bijvoorbeeld bij verstandelijke gehandicaptenzorg (care) hebben mensen ook klinische en psychiatrische zorg nodig en gaat het ook over het behandelen van aandoeningen. Ook preventie en care/welzijn lijken te overlappen, want ook care/welzijn heeft bijvoorbeeld tot doel het voorkomen van complicaties. Bij preventie kan onderscheid worden gemaakt tussen: "activiteiten die voorkomen dat gezonde mensen een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval krijgen (primaire preventie) en vroege opsporing van ziekten of afwijkingen bij personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben (secundaire preventie)." Secundaire preventie maakt dat ziekten eerder behandeld worden, daardoor sneller genezen of niet erger worden. Tertiaire preventie is gericht op het "voorkomen van complicaties en ziekteverergering bij patiënten. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt onder preventie (tertiaire preventie)" (loketgezondleven.nl). Herstel (hoe houden we de periode van ziek zijn en herstel zo kort mogelijk?) en bijvoorbeeld dagopvang voor mensen met beginnende dementie vallen dan ook onder preventie (van verergering van de ziekte), maar liggen ook dicht tegen respectievelijk cure en care aan.

In een andere indeling van preventie (loketgezondleven.nl)⁸ worden onderscheiden: universele preventie (gericht op het beschermen van de gezondheid, bijvoorbeeld via vaccinaties; selectieve preventie (gericht op voorkomen van ziekte bij groepen met een verhoogd risico, bijvoorbeeld via de griepvaccinatie); geïndiceerde preventie (gericht op het voorkomen van aandoeningen bij beginnende klachten, loketgezondleven.nl noemt bijvoorbeeld "een beweegprogramma voor mensen met lagerugklachten"; en zorggerelateerde preventie (gericht op "het voorkomen dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lagere kwaliteit van leven of sterfte. Bijvoorbeeld een stoppen-met-roken-programma voor een COPD-patiënt of een Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) voor een patiënt met obesitas" (loketgezondleven.nl).

We hebben de actoren en hun activiteiten ten aanzien van het inzetten of bevorderen van natuur of groen in de zorg die uit de literatuur naar voren kwamen, als startpunt genomen. De deelsystemen van zorg die in onze analyse naar voren komen, komen daarmee ook 'bottom -up' voort uit de literatuuranalyse. Bijvoorbeeld (groene) dagbesteding, re-integratie en preventie zijn daarom meegenomen als zorg, ondanks dat deze in smallere indelingen misschien niet onder zorg geschaard zouden worden.

We kwamen de volgende initiatieven tegen:

Zorg verlenende initiatieven

Initiatieven waar groene zorg wordt gerealiseerd en – indien bekend – ook initiatiefnemers die met een idee komen (dat vervolgens elders wordt gerealiseerd):

- Initiatieven in de zorgsector;
- Initiatieven vanuit de natuursector;
- Initiatieven vanuit andere invalshoeken, bijvoorbeeld sociaal ondernemers en onderzoekers.

Deze initiatieven hebben we verder gegroepeerd naar het type groene zorg die ze realiseren.

⁷ <https://www.passionned.nl/slimmer-werken/sector/zorg/>

⁸ <https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie>

Overkoepelende initiatieven en partijen

Initiatieven en partijen die groene zorg (kunnen) bevorderen zonder zelf zorg verlenend te zijn:

- Groene organisaties: intermediaire natuurorganisaties en TBO's;
- Zorgpartijen die overkoepelende activiteiten ondernemen om groene zorg te bevorderen;
- Partijen die groene zorg kunnen bevorderen vanuit hun formele rol in het zorgstelsel: doorverwijzers en inkopers;
- Overheden;
- Publiek-private samenwerkingsverbanden;
- Overig.

Deze partijen hebben we verder gerangschikt naar het type activiteiten dat ze ondernemen.

Hieronder geven we een overzicht van het type actoren dat we tegen zijn gekomen, binnen welke deelsystemen van zorg ze vaak opereren of mee in aanraking komen en over welk type natuur-zorg-combinaties het gaat. NB De actoren die we hebben geselecteerd, komen uitsluitend uit onze secundaire literatuuranalyse.

Tabel 2.1 Typen zorg verlenende initiatieven en hun relatie met de zorg (vanuit de secundaire literatuuranalyse en interviews).

typen initiatieven	Deelsystemen zorg	Type natuur-benutting	Care/cure/preventie
Zorgactoren			
Woon-zorginstellingen	ggz, gehandicaptenzorg ouderenzorg	tuinen; vergroenen omgeving; zorg buiten verlenen	welzijn
Ziekenhuizen	ziekenhuiszorg	vergroenen omgeving	cure
Dagopvang	maatschappelijke ondersteuning	tuinen; vergroenen omgeving; zorg buiten verlenen	welzijn
Zorgaanbieders met een groene identiteit	tuintherapie, wandelcoach	tuintherapie; wandel-coaching	cure/welzijn/preventie/arbo
Reguliere zorgprofessionals die groen erbij doen	huisartsen; paramedische zorg, zoals fysiotherapeuten en leefstijlcoaches	vaak wandelen t.b.v. gezondheid en preventie	preventie
Natuuractoren			
Intermediaire natuurorganisaties (zoals IVN en NFH)	woon-zorg: ggz, gehandicaptenzorg, ouderenzorg	werken in het groen; coaching in het groen; (hulp bij) vergroenen instellingen	preventie/welzijn
TBO's	groene re-integratie, dagopvang, woon- zorginstellingen	(bijdrage aan) tuinen; vergroenen omgeving, openstellen terreinen (bijdrage aan) herontwikkeling van instellingen	welzijnszorg
Overige natuurorganisaties	Stichting Natuurwandelen	wandelen in de natuur	preventie
Overige actoren			
Zorgboerderijen	Dagopvang/woon- zorgcombinaties	tuinen; vergroenen omgeving; zorg buiten verlenen	welzijn/
Wijktuinen	dagopvang/preventie	tuinen; vergroenen omgeving; zorg buiten verlenen	welzijn/preventie

Tabel 2.2 Typen overkoepelende partijen en hun relatie met de zorg (vanuit de secundaire literatuuranalyse en interviews).

Typen initiatieven	Deelsystemen zorg	Carre/cure/preventie
Groene (intermediaire) organisaties		
IVN	niet onderscheidend	care/preventie
NFH	niet onderscheidend	care/preventie
Zorgpartijen		
Sensea	ggz	cure/care
Buitenpsychologen	ggz	cure/care
Green Mental Health	ggz	cure/care
Beroepsorganisatie groene zorg (opgeheven)	groene zorgberoepen	cure/care/preventie
Vereniging Arts en Leefstijl	huisartsenzorg, andere artsenzorg en leefstijlprofessionals	cure
Inkopers		
Zorgverzekeraars: (vergoedingen Basisverzekering en aanvullende verzekering)	gezondheidszorg: huisartsen, paramedische zorg; ziekenhuiszorg	cure
Zorgkantoren (selectie aanbieders)/CIZ (indicatie stellend)	Wet langdurige zorg (Wlz)	care
Gemeenten: indicatie stellend en financiering WMO	maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	care
Overheden		
Ministerie van VWS	gezondheidsbeleid; preventiebeleid; gezonde leefomgeving	cure/care/preventie
Ministerie van LNV	natuurbeleid; gezonde leefomgeving	anders
Provincies	natuurbeleid; Gz Leefomgeving	anders
Gemeenten	lokaal preventiebeleid, sport, welzijn en leefomgeving	care/preventie
Publiek-private samenwerkingsverbanden		
Netwerk Alles is Gezondheid	breed gezondheid	cure/care/preventie
Netwerk Green Deal Duurzame Zorg	breed, gericht op duurzaamheid in de zorg	anders/ duurzaamheid
Overig		
Federatie landbouw en zorg	dagopvang; woon-zorg (bijv. ouderenzorg)	welzijn

2.3 Transitie en instituties in de zorg

2.3.1 Fasen van transitie

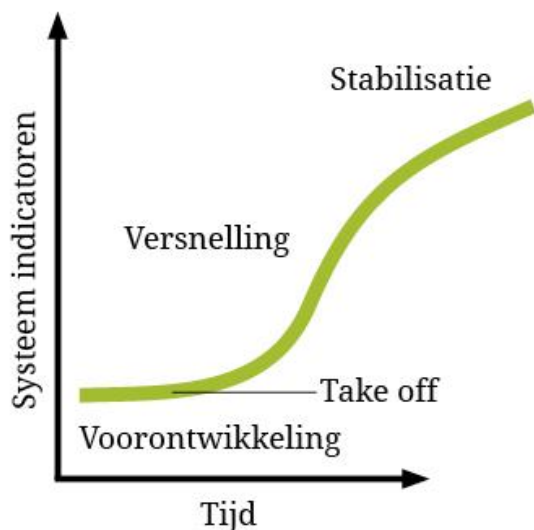
Een transitie kan worden opgevat als een "ingrijpende en onomkeerbare verandering van de samenleving, van de regels, wetten, omgangsvormen en gedachtegangen waaruit de structuur van onze samenleving bestaat" (Van der Hoeven, 2010, p. 10). Bij een transitie worden bestaande structuren, gebruiken en gedachtegangen, afgebroken en komen nieuwe daarvoor in de plaats (Van der Hoeven, 2010, p. 12). Zulke processen van verandering gaan langzaam, maar ook vaak sprongsgewijs, en doorlopen verschillende fasen. Deze fasen kunnen worden weergegeven in een S-curve (zie Figuur 2.1). Transitie beginnen vaak met pioniers die bezig zijn met experimenteren, met innovaties die niet in het actuele 'regime' passen, d.w.z. in het geheel van "gangbare praktijken, algemeen geaccepteerde regels, vigerend beleid en bestuurlijke structuren" (Buijs et al., 2019, p. 8). De fase waarin pioniers werkzaam zijn, wordt de *voorbereidingsfase* van een transitie genoemd (zie ook Loorbach en Maas, 2017 p. 6).

Pioniers werken vaak in zogenaamde niches. Een niche is een "plek, afgeschermd van een dominant regime, waar ruimte is voor innovaties die afwijken van heersende patronen, bijvoorbeeld in de vorm van nieuwe technologieën, samenlevingsvormen of vormen van cultuur en bestuur" (Van der Hoeven, 2010, p. 20/21). Een niche kan worden gezien als een gemeenschap van experimenten, die van elkaar leren en met elkaar

samenwerken. In deze beschermde ruimtes kunnen nieuwe technologieën “een tijd lang rijpen voordat zij de concurrentie kunnen aangaan met de regimetechnologieën” (Van der Hoeven, 2010, p. 33).

Farjon (2018; p. 22) geeft aan dat een transitie zich pas echt kan voltrekken wanneer “het tot veranderingen op het zogenaamde regimeniveau leidt, waarbij dominante structuren, culturen en praktijken veranderen”. Farjon et al. (2018, p. 22) stellen dat pas “als de betreffende vernieuwende praktijk zich breder begint te verspreiden, zich verdiept en zich een positie begint te verwerven op systeemniveau, er sprake is van opschaling in de zin van een overgang van novelty en niche naar verankerde praktijk op regimeniveau. Het gaat dus om opschaling in systeemtermen en niet per se in termen van marktaandeel; hoewel die wel samen zullen hangen”. Als dit gebeurt, spreken we van een *take-off*: de fase van *opschaling* (Van der Hoeven, 2010).

Wanneer een transitie nog verder doorzet, gaan “terreinen als economie, sociale verhoudingen, wetten en regels, maatschappelijke structuren, cultuur en natuurlijk milieu die op elkaar reageren, veranderen; in deze fase zijn er collectieve leerprocessen en snelle verspreiding van nieuwe routines. In deze *doorbraakfase* vinden zichtbare systeemveranderingen plaats door een opeenhoping van veranderingen. In de *stabilisatiefase* neemt de snelheid van de maatschappelijke verandering af, leidend tot een nieuw evenwicht” (Van der Hoeven, 2010, p. 19).



Figuur 2.1 Fasen van een transitie.

Bron figuur: aangepast uit: http://screenbook.nl/burgermeesterboek/desktop/12_hoe_herkennen_we_transities.php

Ontwikkelroutes van pionieren naar regime change

Zoals eerder opgemerkt, werken pioniers vaak in niches, een beschermde omgeving waarbinnen ze kunnen experimenteren. Smith en Raven (2012) onderzoeken strategieën ten aanzien van het creëren of onderhouden van niches. Ze beargumenteren dat deze strategieën aanvankelijk vaak werden gezien (onderzocht) als processen van bescherming, afscherming en koesteren ('shielding and nurturing'). Smith en Raven (2012) geven aan dat bij deze processen vaak ontbreekt "how path-breaking innovations escape their protective spaces and interact with wider regime change processes" (Smith and Raven, 2012; p. 1026). Ze voegen daarom een strategie toe, die juist ingaat op hoe innovaties interacteren met de regimes waarbinnen ze opereren: 'empowerment'. Hierbij zien ze twee veelvoorkomende vormen:

- *Empowering to fit and conform*, om innovaties competitief te maken, zodat ze de competitie kunnen aangaan met de heersende praktijken zonder dat de heersende praktijken veranderen. Een nadeel kan zijn dat het ertoe leidt dat het onderscheidende element juist wordt afgezwakt om competitief te kunnen zijn.
- *Empowering to stretch and transform*. In dit geval proberen innovaties ook regimes te veranderen. Het gaat om actoren die de toekomstige vorm van het regime proberen te beïnvloeden ten gunste van

investeren in nicheoplossingen, bijvoorbeeld door deelname aan politieke debatten. Het doel is vaak om de 'protective space' structureel te maken. "*Niche actors seek to retain the benefits of protective measures such as price supports unconditionally*" (Smith and Raven, 2012; p 1032). Dit kan leiden tot een soort 'protectionisme', wat de impuls om competitief te worden, tegengaat.

Om in beeld te kunnen brengen of er sprake is van opschaling en hoe verdere opschaling van groene zorg plaats kan vinden, bekijken we welke fasen van de transitie we herkennen. Daarbij gaan we uit van een pioniersfase, een fase van opschaling en een fase van verdere doorbraak of regime change.

Om vast te kunnen stellen of er sprake is van pionieren of opschaling, gebruiken we indicaties van Farjon et al. (2018). Volgens hen zijn activiteiten die bij pionieren en nichevorming horen: aandacht voor experimenten, netwerkvorming en kennis delen. De volgende indicaties van opschaling worden gegeven (Farjon et al., 2018, p. 22):

- Het ontstaan van netwerken van actoren binnen een sector en tussen verschillende actoren, sectoren en/of gebieden.
- De beïnvloeding en verandering van bestaande instituties (in termen van dominante praktijken, zoals regelgeving, afspraken tussen organisaties, verdienmodellen etc.).
- De bredere toepassing van nieuwe technieken, organisatievormen en verdienmodellen door meerdere initiatieven.

Hieruit blijkt dat netwerkvorming zowel een indicatie kan zijn van nichevorming als van opschaling. We gaan ervan uit dat het doel van deze netwerken meespeelt om te kunnen bepalen van welke fase deze een indicatie zijn. Bijvoorbeeld leernetwerken en community's gericht op ervaringen uitwisselen en leren met betrekking tot experimenten zullen eerder bij de pionierfase horen dan netwerken die gericht zijn op bredere verandering en verankering van natuurinclusieve innovaties.

2.3.2 Institutioneel perspectief

Institutionele literatuur biedt een goed handvat om de hiervoor genoemde 'bestaande structuren, gebruiken en gedachtegangen' en hoe ze werken verder te duiden. Instituties bestaan uit regulatieve, normatieve en culturele elementen, die het gedrag van actoren en organisaties structureren. Deze elementen geven stabiliteit en betekenis aan sociaal handelen (Scott, 2013, p.56). Instituties worden ge(re)produceerd door het handelen van actoren. "*Institutions are, in Hallett and Ventresca's (2006) useful metaphor, inhabited by people and their interactions*" (Scott, 2013; p. 58). Scott (2013) beschrijft hoe vanuit de wetenschap op drie manieren naar instituties kan worden gekeken, waarbij elk een ander aspect als het centrale element van instituties aanwijst. Scott stelt voor om deze drie manieren van kijken naar instituties als *drie pijlers* te beschouwen die via verschillende mechanismen werken: regulatief, normatief en cultureel-cognitief. Soms is een van de pijlers dominant aanwezig dan de andere, maar zeker bij robuustere instituties werken ze in combinatie samen. Scott pleit voor het geïntegreerd bestuderen van de drie pijlers, maar ook voor het zoeken naar mechanismen en onderliggende aannames per element.

Op basis van de drie pijlers signaleren we dat zich instituties ontwikkelen die:

- Veelzijdig zijn;
- Symbolische elementen bevatten;
- Materiele bronnen ter beschikking hebben;
- Stabiël zijn, d.w.z. relatief bestand tegen verandering; enerzijds stabiliteit en structuur die overeind blijven in de loop van de tijd (generaties overstijgend en (elders) reproduceerbaar). Tegelijkertijd ondergaan instituties zelf wel degelijk veranderingen in de loop van de tijd, zowel geleidelijk als radicaal. Ze zijn voldoende veerkrachtig om verandering te overleven;
- Activiteiten enerzijds beperken op basis van geldende normen en regels en anderzijds kracht geven aan activiteiten en actoren: ze stimuleren, sturen en leveren bronnen.

Hieronder bespreken we de drie verschillende pijlers van instituties, waarbij we steeds relevante actoren, processen en emoties bespreken die een rol spelen (op basis van Scott, 2013):

Drie pijlers

De **regulatieve pijler** omvat processen t.b.v. gedragsbeïnvloeding zoals regels instellen, monitoren of men zich aan de regels houdt, regels bekrachtigen, eventueel ook in de vorm van straffen of belonen (Scott, 2013, p. 59). Deze pijler benadrukt de formele structurerende werking van regels. Het is een instrumentele pijler: actoren maken regels, omdat die naar verwachting hun belangen ten goede komen. Actoren volgen regels, omdat zij daarmee naar verwachting beloond worden of straf voorkomen. Een indicator van regulatie is bijvoorbeeld of vrijwilligersorganisaties geregistreerd worden door toezichthoudende instanties.

- Actoren verschillen in de mate waarin ze verplichtingen hebben en onderworpen zijn aan de controle van derden (*obligation*) of juist de autoriteit hebben verkregen om regels op te leggen en discussies over de regels te beslechten (*delegation*).
- Processen zijn:
 - afhankelijk van de mate waarin regels eenduidig zijn en exact omschrijven wat wordt verwacht (*precision*). Naarmate regels meer ruimte laten voor interpretatie is de werking ook gebaseerd op cognitieve en normatieve processen.
 - belemmerend waar het regel stellend is in de zin van wat niet mag; maar ook mogelijkheden scheppend in de zin van vergunningen verlenend, toekennen van speciale mogelijkheden en voordelen aan specifieke actoren.
- Emotie motiveert om óf vast te houden aan instituties waarmee iemand zich verbonden voelt, óf deze te veranderen. Dat speelt met name als er op macroniveau conflicterende instituties zijn die op individueel niveau als conflicterende rolvereisten worden ervaren: een identiteitsconflict dat opgelost moet worden. Interacties tussen het regulatieve systeem en maatschappelijke actoren kunnen sterke emoties oproepen van angst, vrees of juist opluchting, schuld of onschuld en rechtvaardiging.

De **normatieve pijler** is gebaseerd op normen en waarden (Scott, 2013, p. 64). Wetenschappers die vanuit deze pijler naar institutionalisering kijken, focussen op de structurerende werking van mechanismen van commitment (Scott, 2013, p. 145/146). Waarden zijn conceptualisering van een gewenste situatie samen met de constructie van standaarden waarmee bestaand gedrag of structuren kunnen worden vergeleken met die gewenste situatie. Normen specificeren hoe dingen gedaan moeten worden, ze definiëren legitieme middelen en routes naar gewenste doelen.

- Actoren vragen zich af: wat is passend gedrag gegeven de situatie, wat is mijn rol daarin? Anders dan bij de regulatieve pijler gaat het hier ook om conventies, strategieën, overtuigingen, paradigma's, codes, cultuur en om kennis over hoe je iets geacht wordt te doen. Het gaat het bij de normatieve pijler om 'geëigende' acties: gegeven de situatie en mijn rol, wat is dan het juiste gedrag? Het gaat om de dieper liggende redenen, verbondenheid met het doel, waarom iemand in actie komt om dat doel te bereiken. Normen en waarden kunnen gelden voor alle leden van een gemeenschap, maar ook voor een deel van de actoren of rollen. Activiteiten, maar ook ideeën kunnen worden toegekend aan specifieke actoren, doelen of sociale posities in de vorm van toegekende beschrijvingen, verwachtingen van hoe er gehandeld dient te worden. Deze worden dan ervaren als externe druk en in verschillende mate door actoren geïnternaliseerd.
- Processen van institutionalisering verlopen via relationele structuren en netwerken, bijv. collegiale netwerken, maar ook via nieuwe netwerken die ontstaan rondom, o.a. professionele certificeringsorganisaties, gedragscodes en accreditatie. Empirische indicators van het bestaan van normatieve aspecten binnen instituties zijn mechanismen van accreditatie en certificering. Ten aanzien van de verspreiding van deze instituties benadrukt Scott dat 'private forms of regulation' en governance-processen structurerende krachten zijn in plaats van 'harde wetgeving'.
- Emoties die optreden als normatieve grenzen worden overschreden, zijn gevoelens van schaamte, schande of juist respect en eer. Vermogen tot zelfreflectie speelt een rol en kan leiden tot sterke effecten m.b.t. zelfrespect en kan aansporen om aan de norm te voldoen.

De basis van de **cultureel-cognitieve pijler** zijn geïnternaliseerde, symbolische representaties van de wereld. Het zijn symbolen, woorden, tekens en gebaren die in interacties betekenis geven aan objecten en aan activiteiten of gedrag. Die betekenis ontstaat, wordt onderhouden of verandert in de interacties. Het gaat om gedeelde definities van lokale situaties, gemeenschappelijke overtuigingen, die de kern en logica

vormen van een organisatie, tot politieke voorkeuren op nationaal en internationaal niveau. Deze niveaus staan in wisselwerking met elkaar.

- Actoren die zich voegen naar instituties voelen zich naar verwachting competent en verbonden, terwijl ander gedrag als vreemd wordt gezien. Voor cultureel-cognitieve wetenschappers komt het handelen binnen structuren vaak door het bestaan van routines, gedrag dat als vanzelfsprekend wordt aangenomen; 'zo doen we het nou eenmaal'. Ander gedrag is daardoor moeilijk voorstelbaar. Wetenschappers die vanuit deze pijler kijken, benadrukken de centrale rol van een sociaal geconstrueerd raamwerk van betekenis (Scott, 2013, p. 70). Deze 'common conceptions' maken het routinematig uitvoeren van complexe en onderling afhankelijke taken mogelijk, terwijl hierbij zo min mogelijk keuzes steeds opnieuw gemaakt hoeven worden of erover nagedacht hoeft te worden.
- Processen: deze pijler benadrukt de gedeelde overtuigingen en vertrouwen in formats die 'bewezen hebben te werken'. Hierdoor vindt objectivering plaats via routines, formulieren en documenten (Scott, 2013, p.148). Een indicatie van de verspreiding van dit soort instituties is dat een bepaald (nieuw) type organisatie steeds gangbaarder wordt (*organizational density*).
- Emoties: vertrouwen (dat iets werkt), competent en verbonden voelen versus verward of gedesoriënteerd.

Tabel 2.3 Drie pijlers van instituties volgens Scott (2013, p.60).

	Regulative	Normative	Cultural-Cognitive
Basis of compliance	Expedience	Social obligation	Taken-for-grantedness Shared understanding
Basis of order	Regulative rules	Binding expectations	Constitutive schema
Mechanisms	Coercive	Normative	Mimetic
Logic	Instrumentality	Appropriateness	Orthodoxy
Indicators	Rules Laws Sanctions	Certification Accreditation	Common beliefs Shared logics of action Isomorphism
Affect	Fear Guilt/Innocence	Shame/Honor	Certainty/Confusion
Basis of legitimacy	Legally sanctioned	Morally governed	Comprehensible Recognizable Culturally supported

Institutionele barrières voor verandering

Instituties kunnen worden opgevat als factoren die gedragsverandering van actoren mogelijk maken, maar ook inperken. "Institutional rules and norms can serve either as barriers to, or enablers of, action within public agencies. Formal institutions are rules that 'forbid, permit or require some action or outcome' (Ostrom 1990:51)" (Jantarasami, 2010). Actoren worden enerzijds ingekaderd door instituties en reproduceren deze met hun gedrag, maar actoren kunnen instituties ook beïnvloeden en veranderen met gedrag. Wetenschappers die dit laatste onderzoeken, benoemen deze mogelijkheid van actoren als 'agency' (zie bijv. Kuindersma et al., 2020). Zij gaan uit "van de gedachte dat instituties menselijk gedrag in zekere mate bepalen, maar niet volledig. Dit kan worden beschreven door het onderscheid tussen 'agency' en 'structure' (Giddens, 1984)". Agency gaat uit van het individuele gedrag van actoren en de mogelijkheden om regels (instituties) te veranderen (Kuindersma et al., 2020 p. 18), terwijl structure benadrukt hoe het gedrag van mensen wordt gestructureerd door instituties. Wij hanteren een perspectief gebaseerd op 'agency': we gaan ervan uit dat instituties het gedrag van actoren inperken, maar dat er ook ruimte is voor verandering via gedrag van actoren (zie ook Kuindersma, 2020).

2.3.3 Operationalisering van instituties rondom de zorg

We maken een eigen operationalisering van instituties die past bij de kenmerken van de zorg. We vertalen daarvoor de drie pijlers van Scott naar een aantal aspecten waarmee we de instituties in de zorg beschrijven: wetgeving en beleid; overtuigingen/waarden; certificering en accreditatie; het doorverwijzingssysteem; manieren van werken/routines; financiering; netwerken en samenwerking; en kennis. Hieronder volgt eerst een beschrijving hoe we aan deze instituties zijn gekomen in relatie tot de pijlers van Scott, en in paragraaf 2.3.3.2 beschrijven we de instituties in de zorg.

⁹ Jantarasami, L. C., J. J. Lawler, and C. W. Thomas, 2010. Institutional barriers to climate change adaptation in U.S. national parks and forests. *Ecology and Society* 15(4): 33. [online] URL: <http://www.ecologyandsociety.org/vol15/iss4/art33/>

2.3.3.1 Vertaling van de normatieve, regulatieve en cultureel-cognitieve pijler naar instituties in de zorg

Aan de hand van de literatuurverkenning hebben we de regulatieve, normatieve en cultureel-cognitieve pijlers van Scott (2013) vertaald naar aspecten die binnen de zorg relevant en structurerend zijn. De regulatieve pijler structureert in formele zin via regels, wetgeving, vergunningen etc. Deze beperken, maar bepalen ook de ruimte van handelen aan actoren. In de zorg moet je dan denken aan wetgeving, maar ook beleid kan structurerend zijn. De wetgeving in de zorg betreft de stelselwetten, die ook bepalen wie belangrijke actoren zijn, zoals zorgverzekeraars (Zvw) en gemeenten, waar ze voor verantwoordelijk zijn en wat ze wel en niet mogen (bijvoorbeeld zorgverzekeraars hebben een rol bij het vergoeden van zorg via het basispakket van de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen; gemeenten zijn indicatie-stellend in de Wet maatschappelijke ondersteuning). Ook bepalen de wetten wie wat mag financieren (bijv. preventie is overgegaan naar gemeenten; zorgverzekeraars zullen dit daarom niet financieren). Hieronder valt ook het doorverwijzingssysteem in de zorg, waarin bepaald wordt dat huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners kunnen doorverwijzen naar andere eerstelijns- en tweede- of derdelijnszorgverleners.

De normatieve pijler gaat uit van waarden (gewenste doelen) en normen (de vraag 'wat is het juiste gedrag, gegeven mijn rol en mijn positie'). In de zorg vertalen we dit naar 'overtuigingen en waarden' ten aanzien van gezondheid en de waarde van natuur in de zorg' die structurerend werken (en medebepalend kunnen zijn of het benutten van natuur passend lijkt). Naast overtuigingen en waarden geeft Scott (2013) aan dat institutionalisering binnen deze pijler verloopt via een ander type processen dan formele regels, bijvoorbeeld via gedragscodes of certificering die aanvullend zijn op formele wetgeving en waaromheen (nieuwe) netwerken en samenwerkingen ontstaan die gedrag reguleren. Binnen de zorg vertalen we dit naar 'accreditatie en certificering', die in de zorg echter vaak ook een regulatief karakter hebben en naar netwerken en samenwerkingen die ontstaan naast formele wetgeving en beleid.

De cultureel-cognitieve pijler gaat uit van de gedachte 'zo doen we het nou eenmaal'; Scott (2013) verwijst naar routines en gedeelde overtuigingen en vertrouwen in formats die 'bewezen hebben te werken'. Voor onze analyse van groene zorg vertalen we dit naar routines en protocollen die in de zorg een grote rol spelen ten aanzien van het gedrag van zorgverleners (denk aan fysiotherapie, huisartsen, verplegend personeel – allerlei handelingen rond zorg zijn vastgelegd in protocollen). Ook kennis nemen we mee, vanwege de rol van wetenschappelijke kennis binnen de medische wereld en de wereld van de zorg, die sterk bepalend is of bepaalde behandelmethoden en handelingen geaccepteerd worden. (Zie Tabel 2.4 voor de vertaling van de pijlers van Scott (2013) naar aspecten in de zorg.)

Tabel 2.4 Vertaling van de institutionele pijler van Scott (2013) naar instituties in de zorg.

De pijlers van Scott (2013)	Instituties in de zorg
Regulatief	
Wetgeving en formele regels (beperken en bepalen handelsruimte van actoren); toekennen van mogelijkheden aan specifieke actoren	Wetgeving: 5 stelselwetten (Wlz, Zvw, Wmo, Wpg, Jw) en andere relevante wetgeving; deze leggen vast wie belangrijke spelers zijn in de zorg en bepalen handelingsruimte van deze spelers. Beleid voor zorg en natuur: richtinggevend en soms faciliterend. Financiering: formele mogelijkheden binnen wetgeving om groene zorg te financieren.
Doorverwijzingssysteem	Eerstelijnszorgverleners, zoals huisartsen, kunnen doorverwijzen naar andere eerstelijnszorgverleners (bijv. leefstijlcoach, fysio, diëtist) en naar zorgverleners uit de tweede en derde lijn.
Normatief	
Overtuigingen en waarden	Gewenste doelen en visies op gezondheid en zorg en passende routes daarnaartoe.
Certificering en accreditatie	Certificering en accreditatie van zorgprofessionals en zorghandelingen.
Relationele structuren en netwerken	Naast formele relaties (zie regulatief) kijken we naar de vorming van netwerken additioneel aan wetgeving.
Cultureel cognitief	
Routines	Routines en manieren van werken/protocollen.
Kennis	De rol van kennis en onderzoek in de zorg.

De verschillende aspecten kunnen in de praktijk van de zorg zowel een normatieve, regulatieve als cultureel-cognitieve uitwerking hebben en zijn dan minder strak ingedeeld volgens de drie pijlers. De instituties kunnen een barrière vormen, maar ook in beweging zijn, waardoor groen en/of natuur een grotere plek in de zorg kunnen krijgen.

2.3.3.2 Beschrijving van instituties in de zorg

Wetgeving en beleid

Wetgeving in de zorg bepaalt de formele spelregels en taken voor belangrijke partijen in de zorg, zoals zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren. In 2015 is de wetgeving in de zorg veranderd, o.a. tegen de achtergrond van stijgende zorgkosten in relatie tot demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing, en een toename van chronische leefstijlgerelateerde aandoeningen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Het doel was de zorg toegankelijk, goed en betaalbaar te houden.¹⁰ De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd "ondergebracht bij nieuwe en bestaande wetten, namelijk de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de nieuwe Jeugdwet".¹¹ De Jeugdwet laten we hier verder buiten beschouwing. Een belangrijk onderdeel van de wetswijziging betrof de decentralisatie van een groot deel van de zorg van het Rijk naar gemeenten en zorgverzekeraars. De Wet publieke gezondheid (Wpg) betreft niet zozeer zorg, maar regelt (sinds 2008) dat de overheid voorwaarden schept voor een goede gezondheid.

Andere belangrijke wetten voor beroepsuitoefening in de zorg zijn onder meer de Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg), die zorgt dat de kwaliteit hoog is en blijft, en de WGBO (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) waarin de rechten en plichten van cliënten/patiënten die zorg krijgen, staan. "In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) heeft de overheid wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt."¹²

Wessels en Van Driesten (2020) beschrijven de vijf stelselwetten. Elke wet is gericht op een ander deel van de zorg.

De Wet publieke gezondheid (Wpg) beschermt burgers tegen gezondheidsrisico's waar ze zelf geen invloed op hebben (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 77/78). De Wpg regelt dat de overheid maatregelen neemt om burgers te beschermen tegen gezondheidsrisico's, zoals infectieziekten, vaccinaties, bevolkingsonderzoek, schoolarts, maar ook programma's voor gezondheidsbevordering en het voorkomen van ziekten en het beperken van gezondheidsrisico's in de fysieke leefomgeving (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 84). De Gemeentelijke Gezondheids Diensten (GGD'en) verlenen vaak deze preventieve zorg.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) verplicht alle Nederlanders zich te laten verzekeren bij zorgverzekeraars (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 78). De Zvw (die al in 2006 in werking trad) gaat over het curatieve deel van de zorg, op genezing gericht. Iedereen heeft recht op de zorg uit het basispakket. Wessels en Van Driesten (2020, p. 78) beschrijven: de Rijksoverheid (de minister en de TK, op advies van de Zorgautoriteit) bepaalt de inhoud van het basispakket. Hieronder vallen bijvoorbeeld "huisartsenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor volwassenen, tandheelkundige zorg, de meeste medisch specialistische zorg, en deels paramedische zorg (bijvoorbeeld een deel van fysiotherapie)" (p.78). "Verzekerden kunnen zich daarnaast aanvullend verzekeren, bijvoorbeeld voor fysiotherapie (...). Zorgverzekeraars hebben de vrijheid deze aanvullende pakketten zelf in te vullen" (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 78). Zorgverzekeraars zijn de uitvoerders van Zvw en moeten ervoor zorgen dat alle curatieve zorg die in het pakket zit beschikbaar is voor hun verzekerden.

De Wet Langdurige zorg (Wlz) regelt zorg voor mensen die "24 uur per dag (...) zorg en toezicht nodig hebben" (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 80). De Wlz regelt zorg in een instelling of zorg aan huis voor mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, in de praktijk vooral ouderen en gehandicapten (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 80/81). Het Centrum Indicatiestelling (CIZ) bepaalt of mensen een indicatie hiervoor kunnen krijgen. Overigens geeft ook de Wlz recht op zorg uit het basispakket. Zorgkantoren moeten

¹⁰ <https://zorghulpAtlas.nl/hervorming-awbz/>

¹¹ <https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>

¹² <https://www.venvn.nl/thema-s/wet-en-regelgeving>

zorgen dat alle zware en intensieve zorg beschikbaar is voor al hun verzekerden. Soms zijn dit ook verzekeraars.

De Wmo gaat over ondersteuning van kwetsbare mensen en zorgt ervoor dat ze zo lang mogelijk zelfstandig kunnen zijn. De Wmo regelt ondersteuning voor kwetsbare mensen en mantelzorgers (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 81), waarbij mensen zo lang mogelijk mee kunnen doen in de samenleving. Gemeenten regelen deze zorg, "een Wmo-consulent of iemand van een gemeentelijk wijkteam bepaalt wat iemand nog zelf kan en of professionele ondersteuning nodig is, bijvoorbeeld dagbesteding of beschermd wonen". Hierbij is de gemeente verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van de zorg (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 83).

De wetgeving bepaalt voor een groot deel het handelen van actoren en welke actoren bepaalde verantwoordelijkheden en rollen krijgen. Zo is preventie van zorgverzekeraars naar gemeenten overgeheveld, waardoor het niet meer onder de zorgverzekering valt. Verder krijgen zowel gemeenten, zorgverzekeraars als zorgkantoren een rol bij het bepalen van het geaccepteerde zorgaanbod, wat van invloed kan zijn op mogelijkheden om groen in te zetten in de zorg. Individuele actoren, zoals gemeentebesturen, hebben daarbij ruimte voor een eigen rolinvulling en keuzes.

Kanttekening hierbij is dat de wetgeving niet helemaal onderscheidend is; bijvoorbeeld mensen die langere tijd zorg nodig hebben (care), ouderen, chronisch zieken, gehandicapten of mensen met langdurige psychische problemen kunnen ondersteuning krijgen vanuit de Zvw, Wmo of Wlz. Zorgaanbieders hebben vaak te maken met verschillende wetten en daarmee ook met verschillende netwerken volgens Wessels en Van Driesten (2020). Ggz-instellingen bijvoorbeeld hebben vaker te maken met de Zvw en de Wlz.

Andere relevante wetgeving is bijvoorbeeld de Participatiewet, die een rol speelt bij re-integratie.

Samenspel tussen zorgaanbieders, zorginkopers en burgers

Wessels en Van Driesten (2020) beschrijven de zorg als een samenspel tussen verschillende hoofdrolspelers: burgers, zorginkopers en zorgaanbieders. Dit samenspel heeft een regulatief karakter, dat voortkomt uit de verschillende stelselwetten. Binnen de wetten worden rollen door de verschillende partijen ingevuld. Dat zijn de zorgaanbieders, alle individuele zorgverleners, instellingen en organisaties die zorg verlenen. De zorginkopers kopen zorg in bij deze aanbieders. De zorgverzekeraars doen dit voor zorg die onder de Zvw valt, gemeenten voor de Wmo en zorgkantoren voor de Wlz. Deze partijen hebben dus een rol in het bepalen van het zorgaanbod.

Hoe de samenwerking tussen burgers, zorginkopers en zorgaanbieders functioneert (en welke andere partijen een rol spelen), verschilt per 'zorgdomein':

- Curatieve zorg/Zorgverzekeringswet (ZvW): burgers gaan zo nodig naar een eerstelijnszorgaanbieder (bijv. huisarts of fysiotherapeut). Deze eerstelijnszorgaanbieders,¹³ maar ook tweedelijnszorgaanbieders¹⁴ kunnen doorverwijzen naar (andere) tweedelijnszorgaanbieders (bijv. ziekenhuizen). Burgers zoeken zelf een zorgaanbieder, al dan niet uit een selectie van de zorgverzekeraar en het verschilt of deze via het basispakket of aanvullend of niet verzekerd is. Zorgverzekeraars hebben de rol van zorginkoper in het curatieve domein. Bijvoorbeeld Volwassenen GGZ en ziekenhuiszorg lopen via de ZvW.
- Langdurige zorg (WLZ). De burger stelt vast dat hij 24 uur zorg nodig heeft. Een indicatie wordt vastgesteld door CIZ, deze neemt een besluit en informeert zorgkantoor en burger hierover. De burger kan dan kiezen uit zorg in natura met verblijf, een persoonsgebonden budget (pgb) of thuispakketten. Burgers kiezen een zorgaanbieder, evt. geholpen door een zorgkantoor. Zorgkantoren hebben de taak de zorg te realiseren voor mensen die recht hebben op langdurige zorg volgens de Wlz. Deze zorg wordt ook vergoed

¹³ Eerstelijnszorg: In het Nederlandse stelsel komt doorgaans een hulpvraag in eerste instantie aan bij de eerste lijn. Via algemene zorg proberen huisartsen, eerstelijnspsychologen, fysiotherapeuten, tandartsen of verloskundigen de klachten van de hulpvraag te verhelpen. Deze zorg is direct toegankelijk voor alle zorgverzekerden. (<https://www.nictiz.nl/overzicht-standaarden/zorgdomeinen/>)

¹⁴ Als de zorg in de eerste lijn ontoereikend is en meer specialistische zorg noodzakelijk is, verwijzen zorgverleners door naar de tweede lijn. Voor behandeling in de tweede lijn is een verwijzing uit de eerste lijn noodzakelijk. Onder de tweedelijnszorg vallen bijvoorbeeld ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde jeugdzorg. (<https://www.nictiz.nl/overzicht-standaarden/zorgdomeinen/>)

-
- door de zorgkantoren, die weer onder de zorgverzekeraars vallen. In de Wlz tarieven zit een stuk voor zorg en een stuk voor huisvesting/vastgoed. Vanuit het huisvestingsbudget kan het vastgoed worden ingericht.
- Maatschappelijke ondersteuning (WMO). De burger meldt zich met een zorgvraag bij een gemeente, maar het kan ook dat de huisarts of andere hulpverlener de burger doorverwijst naar de gemeente. De gemeente besluit of de ondersteuning wordt toegekend. Ondersteuning kan in natura of via een pgb, of er wordt doorverwezen naar een aanbieder. De gemeente contracteert zorgaanbieders. In grotere gemeenten hebben burgers meer keuze tussen aanbieders (Wessels en Van Driesten, 2020).
 - Bij het publieke gezondheidszorg functioneert dit samenspel anders, er zijn geen zorginkopers. De overheid neemt maatregelen en burgers kunnen kiezen, bijvoorbeeld om deel te nemen aan bevolkingsonderzoek of vaccinatie.

Binnen ieder deelsysteem (volgens de stelselwetten) zijn dus ook andere partijen dan zorgverleners betrokken. Er zijn bijvoorbeeld partijen betrokken bij de indicatiestelling (de CIZ bij de Wlz en gemeenten bij de WMO; de Zorgautoriteit adviseert binnen de ZvW over het basispakket). Maar het kan ook gaan om partijen als toezichthouders, kennisorganisaties, adviesorganen en uitvoerende instanties, zoals het CIGB die bijv. in het BIG-register publiceert.

Ook beleid kan richtinggevend zijn en daarmee invloed hebben op de mate waarin natuur een plek kan krijgen binnen de zorg. Beleid is weliswaar minder regulatief dan wetgeving, maar kan wel sturend zijn door budgetten, uitgangspunten of via samenwerkingsverbanden waarbij de overheid betrokken is, en soms initiator is, zoals bij Green deals en het preventieakkoord etc.

Netwerken/samenwerking

Processen van institutionalisering kunnen ook verlopen via (soms informele) relationele structuren en netwerken of samenwerkingsverbanden tussen overheden en private partijen en maatschappelijke organisaties. Scott (2013) schaaft deze onder de normatieve pijler, hoewel ze ook een formeel karakter kunnen hebben. Voorbeelden van coalities die worden gevormd, zijn de preventieakkoorden (nationaal en lokaal), de Green Deal Duurzame Zorg en het door de overheid geïnitieerde netwerk Alles is Gezondheid, een landelijk netwerk van ruim drieduizend organisaties uit de publieke en private sector, dat een programma uitvoert met het verbinden van zo veel mogelijk partijen om een gezonder Nederland te realiseren. De Federatie voor Gezondheid is een koepel van beroeps- en patiëntenorganisaties en preventie-instellingen, die zich inzetten voor het voorkomen dan wel het beter hanteerbaar maken van ziekten.¹⁵ De federatie is een netwerk dat voor en met haar leden werkt aan goede voorbeelden en innovatieve oplossingen, "die een collectieve beweging naar voorzorg dienen".¹⁶ De federatie heeft een ondersteuningsbureau en doet o.a. aan lobby (bron: interview). 'Ook 'kleinere' community's of (leer)netwerken kunnen onder dit aspect vallen, bijvoorbeeld gericht op samenwerking of uitwisseling van pioniers met experimenten.

Overtuigingen/waarden

Overtuigingen en waarden komen vooral uit de normatieve pijler. Het gaat om de vraag wat passend gedrag is, ook in relatie tot het bereiken van een gewenste situatie of doelen, en de conceptualisering van die doelen. Volgens Rutten et al. (2015) is de manier waarop tegen gezondheid wordt aangekeken van belang voor de mate waarin groen en natuur een plek in de zorgverlening kunnen krijgen. Wessels en Van Driesten (2020) hanteren de volgende definitie van gezondheidszorg: "*het geheel van zorgverleners en instellingen, middelen en activiteiten dat gericht is op de instandhouding van en verbetering van de gezondheidstoestand en/of de mogelijkheid om zelf de regie te nemen en op het reduceren, opheffen, compenseren en voorkomen van tekorten daarin*" (p. 29). Er is sinds de stelselvernieuwing in de zorg een toenemende aandacht voor preventiezorg en -beleid binnen het verhaal over zorg, als middel om zorgkosten te verminderen en de kwaliteit van leven te verbeteren (Van den Berg, 2015). In de zorg en beleid voor de zorg, is meer aandacht voor zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van mensen en daarmee neemt ook de aandacht voor preventie toe. "Het gaat hierbij zowel om het bevorderen van sneller herstel als om het voorkomen van (zwaardere) zorg".¹⁷

¹⁵ <https://www.federatievoorgezondheid.nl/over-ons/visie/>

¹⁶ <https://www.federatievoorgezondheid.nl/>

¹⁷ [https://www.rivm.nl/zorg/preventie-in-zorg#:~:text=Gezondheidsbevordering%20en%20preventie%20is%20al,voorkomen%20van%20\(zwaardere\)%20zorg](https://www.rivm.nl/zorg/preventie-in-zorg#:~:text=Gezondheidsbevordering%20en%20preventie%20is%20al,voorkomen%20van%20(zwaardere)%20zorg)

Certificering en accreditatie

Certificering en accreditatie zijn belangrijke aspecten in de zorg, die ook van invloed zijn op de erkenning van groene zorg. Bij accreditatie gaat het om het opnemen van zorgprofessionals, behandelmethoden en interventies, in erkende registers. Het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) is "een wettelijk, online en openbaar register", waar een aantal (paramedische) beroepen in is opgenomen.¹⁸ Deze is vastgelegd in de Wet BIG. Alleen wie in het BIG-register staat, mag een beschermd beroepstitel voeren en mag de bij het beroep horende voorbehouden handelingen zelfstandig uitvoeren. "Het BIG-register wordt uitgevoerd door het CIBG, een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport."¹⁹ Met ingang van 2019 worden bijvoorbeeld gecombineerde leefstijlinterventies vergoed vanuit de basisverzekering. "Een van de voorwaarden hierbij is dat deze met positief resultaat door de kwaliteits-toetsing van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is gekomen."²⁰ Overigens zijn er ook veel registratiemogelijkheden voor zowel alternatieve zorgverleners als alternatieve zorgbehandelingen, die bepalend zijn of zorgverzekeraars deze wel of niet in hun aanvullende verzekeringen opnemen. Bijvoorbeeld alternatief genezers of therapeuten kunnen worden vergoed via aanvullende verzekeringen, mits ze geregistreerd zijn bij erkende beroepsverenigingen.

In de zorg heeft dit systeem van accreditatie een sterk formeel karakter, met name leunend op de regulatieve pijler, terwijl Scott deze eerder bij de normatieve pijler plaatst, doelend op private certificeringssystemen als alternatief voor wetgeving. Een normatieve kant zit er ook wel aan: welke zorgverleners professioneel worden geacht en wie in het netwerk zit waar bijvoorbeeld een huisarts naar doorverwijst, zal deels samenhangen met waarden en overtuigingen van de huisarts. Dit geldt ook voor gemeenten die zorgaanbieders contracteren voor de Wmo.

Doorverwijzingssysteem

In de zorg wordt eerste-, tweede- en derdelijnszorg onderscheiden (zie voetnoot 7 en 8). Met name huisartsen nemen een aparte plek in binnen de zorg in Nederland, omdat zij een eerste aanspreekpunt zijn voor burgers. Typerend voor de zorg is het systeem van doorverwijzing, door huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders. Dit 'systeem' heeft een formeel karakter, omdat een huisarts geneigd is door te verwijzen naar (BIG) erkende zorgprofessionals of behandelmethoden. Ook hier kunnen echter normatieve en cultureel-cognitieve elementen meespelen. Zorg in het groen "die binnen sommige instellingen aangeboden wordt, bijvoorbeeld in de vorm van tuintherapie als dagbesteding, is een vorm van tweedelijnszorg. Huisartsen kunnen ook doorverwijzen naar wandelcoaches, maar dat komt nog niet vaak voor. Een doorverwijzing hier is overigens niet noodzakelijk, patiënten met (lichte) psychische klachten kunnen ook op eigen initiatief een wandelcoach benaderen" (Langers & De Boer, 2013, p.17).

Manieren van werken/routines

Belangrijk binnen de zorg zijn richtlijnen, standaarden, en daaruit voortkomend protocollen voor handelen. "Landelijke normen waar zorg aan moet voldoen, worden opgeschreven in richtlijnen. Richtlijnen helpen professionals vervolgens om het eigen handelen te onderbouwen en zorgvragers weten wat zij kunnen verwachten" (www.vvenw.nl).²¹ In de zorg is veel werk georganiseerd aan de hand protocollen en ook veel aandacht voor de verantwoording van de activiteiten die zorgprofessionals ondernemen. Dit zijn geformaliseerde manieren van werken. "Een protocol is een lokaal voor en door de eindgebruiker opgestelde instructie. Vaak afgeleid van landelijke richtlijnen en zorgstandaarden. Een protocol beschrijft hoe in de dagelijkse praktijk gehandeld moet worden en geeft stap voor stap aan hoe iets gedaan moet worden."²² Standaarden en protocollen verschillen per deelaspect van de zorg; in de ggz bijvoorbeeld zijn andere protocollen relevant dan die waar huisartsen of verpleeghuizen mee werken.

Er zijn veel standaarden per deelsector. Bijvoorbeeld de NHG-Standaarden voor de huisarts – standaarden ten aanzien van handelen bij allerlei soorten aandoeningen – die zijn "bedoeld om het medische beleid in de dagelijkse praktijk van de huisarts te ondersteunen". Ten aanzien van zorg in instellingen (bijv. Wlz)

¹⁸ register voor de beroepen: arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, physician assistant, orthopedagoog-generalist, klinisch technoloog (<https://www.bigregister.nl/over-het-big-register>)

¹⁹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2020-07-01>

²⁰ <https://www.rivm.nl/zorg/preventie-in-zorg>

²¹ V&VN is er voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.

²² <https://kennisbank.patiëntenfederatie.nl/>

publiceert Vilans – de landelijke kennisorganisatie voor de langdurende zorg – een overzicht van protocollen t.a.v. allerlei zorghandelingen (zoals aanbrengen van infusen, wondverzorging, zwachtelen). Voor het meenemen van patiënten naar buiten en het benutten van natuur kunnen dit soort protocollen van belang zijn en meer of minder ruimte bieden.

Financiering

Financiering in de zorg is volgens de stelselwetten georganiseerd. Enkele voorbeelden: Wmo-ondersteuning wordt betaald door de gemeente. Wijkverpleging (thuiszorginstellingen) wordt betaald door zorgverzekeraars. Wlz-zorg wordt betaald door zorgkantoren. Ziekenhuizen worden betaald uit de Zvw; ggz wordt deels vanuit de WLZ en deels vanuit de Zvw betaald. Marktwerking speelt hierbij een rol. Wessels en Van Driesten (2020) geven als voorbeeld bij de curatieve zorg dat zorgverzekeraars met elkaar concurreren om burgers aan zich te binden via goedkope basisverzekeringen of aantrekkelijke aanvullende verzekeringen; en tussen zorgverzekeraars en aanbieders vinden onderhandelingen plaats over het zorgaanbod waarbij prijs en kwaliteit een rol spelen. Bij de Wet publieke gezondheid doet het Rijk een storting in het gemeentefonds; gemeenten betalen GGD'en en andere zorgaanbieders.

De financiering van preventie is verdeeld over de Wet Publieke gezondheid (WPG) en de ZVW. De WPG betaalt de universele en selectieve preventie (voorkomen van ziekte in het algemeen en voor mensen met een verhoogd risico, bijv. vaccinaties en de grieprik) en hiervoor zijn gemeenten verantwoordelijk. De ZVW betaalt geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (preventie bij al klachten en aandoeningen) en is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars.

Kennis

Kennisontwikkeling verschilt tussen de zorgdomeinen (Wessels en Van Driesten, 2020). Het Ministerie van VWS agendeert en financiert gezondheidsonderzoek in de verschillende zorgdomeinen, curatieve zorg, langdurige zorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg en publieke gezondheidszorg, bijv. via ZonMw – de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (Wessels en Van Driesten, 2020). Soms zijn ook Ministeries van LNV en OCW en specifieke organisaties bij de verschillende domeinen betrokken, bijvoorbeeld Vilans in de langdurige zorg of de GGD en bij de publieke gezondheidszorg. "In Nederland zijn de universiteiten en universitaire medische centra, ministeries, ZonMw en gezondheidsfondsen de belangrijkste agenderende partijen en grootste financiers van onderzoek" (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 163). "In de curatieve zorg, ggz, jeugdzorg en ouderenzorg werken zorgaanbieders in toenemende mate evidence based, op basis van bewijs dus" (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 159), volgens de laatste stand van de wetenschap (Wessels en Van Driesten, 2020, p. 160). Met name de curatieve zorg stoelt op wetenschappelijk onderzoek en aantoonbare getoetste resultaten van medicijnen en behandelingen op genezing. De Geneesmiddelenwet bepaalt wat als geneesmiddel aanvaard wordt. Het Zorginstituut bepaalt of het effect van medicijnen en behandelingen op genezing van ziekte, op de juiste wijze en in voldoende mate (onder grote groepen patiënten, randomized trials) is onderzocht om voor opname in de basisverzekering in aanmerking te komen.²³

2.4 Operationalisering van institutionele beïnvloeding

Beïnvloeding van instituties

Van Doren et al. (2020) beschrijven op welke wijze actoren instituties proberen te beïnvloeden. Terwijl de institutionele theorie van oudsher exogene schokken als belangrijkste bronnen van institutionele verandering beschouwde, hebben recente bijdragen over 'institutioneel ondernemerschap' en 'institutioneel werk' ook de agentieële processen van institutionele verandering onderzocht. Institutionele ondernemers zijn actoren die er doelbewust naar streven bestaande instellingen te transformeren of nieuwe instellingen te creëren (...) Zij zijn doelbewust betrokken bij de totstandkoming of transformatie van instituties (Van Doren et al., 2020, p. 118). "Regimetransformatie omvat processen waarbij gevestigde institutionele structuren direct worden uitgedaagd om af te stemmen op praktijken en principes die door innovaties worden gepromoot, om nichepraktijken en technologieën te versterken."

²³ <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/beoordeling-van-nieuwe-zorg>

Van Doren et al. (2020) beschrijven drie strategieën die zijn ontleend aan Perkmann en Spicer (2008) waarmee institutionele actoren veranderingen proberen te bewerkstelligen: politieke strategieën, technische strategieën en culturele strategieën, die gericht zijn op de verschillende pilaren van de instituties. Deze vatten we hieronder samen in Tabel 2.5.

Tabel 2.5 Samenvatting van Tabel 3 uit Van Doren et al., 2020, p. 127. Strategieën voor institutionele verandering.

Concept		Operational definition
political strategies	visioning	creating a vision for change by defining problems relating to the dominant regime and how the innovation can help solve problems
	coalition building	development of a coalition of actors to mobilize collective action
	advocacy	gather political and regulatory support
	vesting	creation of new laws and policies that support the innovation
technical strategies	theorizing	development of abstract categories, models, frameworks
	demonstrating	demonstration of workability of an innovation and corresponding institutional arrangements
	standardizing	standardizing of products, business models, market mechanisms or valuation techniques
	educating	education of actors to support the diffusing of the innovation
	construction of learnings communities	construction of networks through which practices become normatively sanctioned
cultural strategies	changing normative associations, assumptions and beliefs	awareness raising activities to shape the beliefs and perceptions of different stakeholders.
	creating of new identities	enhancing the attractiveness of innovations by connecting them to identities, roles and values

Afgeleid van de bovenstaande strategieën (uit Van Doren et al., 2020) onderscheiden we de volgende strategieën voor beïnvloeding van instituties in de zorg door zorg verlenende initiatieven en overkoepelende partijen:

Technische strategieën:

- Demonstreren: aantonen dat en laten zien hoe natuur benut kan worden binnen de zorg.
- Educatie: educatie van actoren om de verspreiding van groene zorg te ondersteunen.
- Leer-community's: het vormen van leergemeenschappen en netwerken ten behoeve van uitwisseling, 'leren door doen', en om praktijken 'normatief' te sanctioneren.
- Onderzoek: onderzoek uitzetten naar groene zorg.
- Standaardiseren: activiteiten gericht op standaardiseren en erkenning van programma's, technieken en handelingen van groene zorg.

Culturele strategieën:

- Bewustwording: activiteiten gericht op bewustwording van (de waarde van) natuur binnen de zorg en het geven van een plek aan natuur binnen verhalen omtrent gezondheid.
- Het creëren van identiteiten voor 'groene zorg': activiteiten om concepten te verbinden met rollen en handelingen.

Politieke strategieën:

- Visievorming: het creëren van visies op verandering met betrekking tot hoe natuur kan helpen bij het oplossen van problemen.
- Lobby: het behartigen van belangen van actoren die zich bezighouden met groene zorg.
- Agendering: activiteiten om natuurinclusieve zorg op de (politieke) agenda brengen.
- Coalitievorming: ontwikkeling van een coalitie van actoren om collectieve actie te mobiliseren.

2.5 Overheidssturing

De rol van overheden binnen de zorg is in dit hoofdstuk al aan bod gekomen. Een formele rol is er voor het Rijk – het Ministerie van VWS – en de gemeenten (WMO; WPG); veel taken zijn ook uitbesteed aan partijen als zorgverzekeraars en zorgkantoren. Deze partijen zijn via wetgeving gebonden aan bepaalde taken die ze kunnen uitvoeren. Provincies hebben geen formele rol in de zorg.

Overheden kunnen sturen bij transities. Gerritsen et al. (2018, p. 21) geven aan dat in verschillende fasen van een transitie verschillende vormen van sturing passen. Ook Farjon et al. (2018) geven indicaties van passende overheidssturing bij verschillende fasen van transities. Farjon et al. (2018) benadrukken dat een transitie niet opgelegd kan worden door overheden, het is iets dat zich voltrekt, waarbij overheden vooral reageren.

- Nichefase. Zowel Gerritsen et al. (2018) als Farjon (2018) geven aan dat overheden in deze fase vooral responsief, reagerend en faciliterend zullen proberen te sturen en geen leidende rol spelen. Bijvoorbeeld sturen “op experimenteerruimte, netwerkontwikkeling en kennis delen of het bieden van startup subsidies” (Gerritsen et al., 2018, p. 22). Farjon et al. (2018) noemen een mogelijke bijdrage van overheden aan het vormen van niches, bijvoorbeeld met pilots, regelvrije zones of via onderzoeksprogramma’s.
- De fasen van take-off, opschalen en stabiliseren. In deze fasen liggen andere vormen van overheidssturing en instrumenten voor de hand. Zowel Farjon (2018) als Gerritsen (2018) noemt institutionaliseren, waar aanpassing van overheidsbeleid ten bate van de betreffende systeeminnovatie bij kan horen. Ook benoemen ze instrumenten gericht op marktontwikkeling, regulering of het creëren van een level playing field ten behoeve van opschaling van de innovaties. Bij stabiliseren wordt de betrokkenheid van de overheid mogelijk weer kleiner en gaat het vooral om “het bijdragen aan de continuïteit, zonder dat vernieuwing tegengehouden wordt” (Farjon, 2018; p. 23).

3 Zorg verlenende initiatieven voor het combineren van natuur en zorg

3.1 Introductie

In dit hoofdstuk beschrijven we zorg verlenende initiatieven die groen en zorg combineren en die we in onze verkenning zijn tegen gekomen. In paragraaf 3.2 beschrijven we de variatie binnen deze initiatieven, onder andere aan de hand van het type initiatief en de activiteiten die worden ondernomen. Hierbij nemen we ook partijen mee die bijdragen aan een zorg verlenend initiatief, vaak 'groene partijen'. In paragraaf 3.3 komen barrières en kansen aan de orde die de initiatieven tegenkomen bij het realiseren ervan. In paragraaf 3.4 beschrijven we manieren waarop de initiatieven instituties beïnvloeden ten behoeve van het benutten van natuur in de zorg. (Overkoepelende initiatieven en partijen die activiteiten ontplooiën ten behoeve van groene zorg-initiatieven en/of de opschaling daarvan komen in Hoofdstuk 4 aan de orde.)

Dit is slechts een eerste verkenning. De beschrijvingen beogen dan ook niet een kwantitatief of representatief beeld te geven van (het aandeel van een bepaald type) groene zorg-initiatieven, of een volledig beeld van groene zorg-initiatieven. Er is ook niet nagegaan of de genoemde voorbeelden succesvol zijn en of ze bijvoorbeeld nog bestaan.

3.2 Variatie in initiatieven die zorg en natuur combineren

De onderzochte literatuur verschilt van in steek en daarmee ook in hoe initiatieven worden ingedeeld in categorieën (zie ook paragraaf 3.1). We hebben ervoor gekozen om voor het beschrijven van de variatie in initiatieven, de voorbeelden uit de literatuur en uit de interviews, grofweg in te delen aan de hand van: wie is de initiatiefnemer of de mede-initiatiefnemer, is deze afkomstig uit de zorg, de natuursector, of anders; en het type groene innovatie, dat wil zeggen de combinatie van het type groen en het type zorg.

Als we kijken naar het type concrete innovatieve voorbeelden in de literatuur (en aanvullende bronnen), dan betreft dat vaak initiatieven vanuit de zorgsector, maar ook voorbeelden van initiatieven vanuit de natuursector, en er zijn voorbeelden van initiatieven van (sociale) ondernemers. Een van de geïnterviewden ziet echter juist meer initiatieven vanuit de natuursector. Waar door meer partijen gezamenlijk wordt opgetrokken, gaat het vaker om een combinatie van initiatiefnemers vanuit de zorg en de groene- of natuursector. Ook combinaties van zorg, natuur, onderzoek, sport/bewegen en overheid komen in verschillende samenstellingen voor. Soms verenigt een initiatiefnemer verschillende achtergronden, bijvoorbeeld sociaal ondernemer en natuur, in eigen persoon.

Initiatieven in de zorg

(Woon-)zorginstellingen, waaronder ouderenzorg (soms gecombineerd met dagopvang), ggz, revalidatie, forensische zorg, leggen beleef- of (moes)tuinen aan

Aanbieders van woon-zorgcombinaties die tuinen aanleggen, zijn bijvoorbeeld verzorgingstehuizen, instellingen voor ouderenzorg (*Belevingstuinen ZZG zorggroep Wijchen*²⁴; *Verzorgingshuizen van de keten Herbergier*²⁵; *Zorginstelling Pennemes*²⁶; *ZGR Angeli Custodes*²⁷). *De Nieuwe Hoeven*²⁸ combineert woon-zorg met dagopvang. *Mondriaan*²⁹ biedt poliklinische ggz-zorg, maar ook ggz-zorg met verblijf. *Ons Stekkie*³⁰

²⁴ Bonekamp en Kroon, 2015

²⁵ Koedoot en Wilschut, 2013

²⁶ Rutten et al., 2015

²⁷ Bouwma et al., 2020

²⁸ Bouwma et al., 2020

²⁹ <https://www.mondriaan.eu/nl/mondriaan-voor-een-geestelijk-gezond-zuid-limburg/complex-zorg-overzichtelijk-houden/selectieve>

³⁰ Bouwma et al., 2020

is een voorbeeld van een groene dagopvanglocatie die deel uitmaakt van een woon-zorgcoöperatieorganisatie Brabantzorg. Er is een voorbeeld van een forensische kliniek (*De Woenselse Poort*³¹), een revalidatiecentrum (*Vogellanden*³²). Bij de initiatieven van deze instellingen komen we tuinen tegen waar buitenactiviteiten van cliënten worden geïntegreerd in het dagelijks leven. Dat doen zij om het welzijn van hun cliënten te bevorderen, maar ook om structuur te bieden of zelfredzaamheid te vergroten via activiteiten in het groen, bijvoorbeeld door cliënten bij te laten dragen aan het onderhoud van de tuin. De woon-zorgcombinaties realiseren daarvoor verschillende soorten tuinen: moestuinen, pluktuinen, belevings-, bewegings- en ontmoetingstuinen. Er worden ook wel combinaties gemaakt met dagopvang, waarbij cliënten uit de dagopvang bijvoorbeeld meewerken in de tuin (Dagbesteding de *Buitenhof Tilburg*³³; *De Nieuwe Hoeven*³⁴). De schaal varieert van een binnentuin die wordt heringericht (*Belevingstuinen ZZG zorggroep Wijchen*³⁵) tot ruime beleef- of moestuinen (Vogellanden). Sommige instellingen houden ook vee en dan kan het gaan om serieuze oogsten bestemd voor eigen gebruik of verkoop (*De Nieuwe Hoeven*). Soms gaat het om het vergroenen van buiten- en binnenruimte, waarbij 'groen' ook kan betekenen dat er binnenactiviteiten worden aangeboden die gaan om natuurbeleving (*ZGR Angeli Custodes*³⁶). Als ook ontmoeten een doel is, zijn de tuinen afhankelijk van doelgroep en type instelling behalve voor cliënten ook toegankelijk voor bezoek en omwonenden (*Ons Stekkie*³⁷; *Beleef tuin Vogellanden*). Een enkele keer wordt er door een instelling met een tuin daarnaast ook met cliënten gewandeld in de natuur in de omgeving (*Verzorgingshuizen van de keten Herbergier*³⁸). Eén woon-zorgcombinatie biedt in samenwerking met Staatsbosbeheer ook dagopvang door vrijwilligersactiviteiten te faciliteren, voor mensen met beginnende dementie (*Dementalent Apeldoorn*³⁹). 171 zorginstellingen voor ouderen hebben deelgenomen aan het IVN-project 'Grijs, groen en gelukkig', dat onder meer is gericht op de aanleg van tuinen bij zorginstellingen. 15 voorlopers in de ggz (*Mondriaan*⁴⁰) nemen deel aan het project Groene GGZ van IVN en Nature for Health (zie Hoofdstuk 4).

Sensa is een ggz- en jeugdzorginstelling die ook ambulante begeleiding aanbiedt. Sensa zorg draagt uit dat ze geloven dat een groene en natuurlijke omgeving welzijn en gezondheid ondersteunt. Ze doen dan ook meer dan een tuin aanleggen. De instelling biedt "een groeiend aantal diensten rond begeleiding in de natuur, zoals wandel-coaching, zorgboerderijen, tuinkamers, trainingen, een Tiny Forest en een natuurspeeltuin".⁴¹ De groene diensten zijn zowel voor medewerkers als voor cliënten, bijvoorbeeld wandel-coaching, tuinkamers en zorgboerderijen voor cliënten en vergroening van de binnenomgeving voor medewerkers. De instelling wil groene zorg inbedden in reguliere werkprocessen, via het project groene toolkit (i.s.m. Wur en ZonMw), een tool die zorgverleners ondersteunt om o.a. de waarde en betekenis van een groene omgeving met een cliënt te bespreken en naar buiten te gaan (zie hierover Hoofdstuk 4).⁴²

De literatuur biedt niet altijd genoeg inzicht om te bepalen in hoeverre het, naast het aanleggen van de tuin, ook gaat om behandelingen in het groen. De meeste instellingen geven aan dat het hen bij het groene initiatief gaat om het bevorderen van het welzijn van cliënten, maar soms is het werken in het groen ook bedoeld als stap op weg naar herstel of re-integratie. In de literatuur is het vaak lastig te duiden of en in welke mate het gaat om cure of care. Een geïnterviewde licht toe: "Bij de ggz en langdurige zorg voor ouderen of verstandelijk gehandicapten-initiatieven gaat het vrijwel per definitie om care. In een beperkt deel van de gevallen zal er bij de ggz sprake kunnen zijn van herstel."

³¹ Koedoot en Wilschut, 2013

³² Bouwma et al., 2020

³³ <https://dagbestedingdebuitenhoftilburg.nl/natuur-en-zorg/>

³⁴ Bouwma et al., 2020

³⁵ Bonekamp en Kroon, 2015

³⁶ Bouwma et al., 2020

³⁷ Bouwma et al., 2020

³⁸ Koedoot en Wilschut, 2013

³⁹ Van den Berg, 2015; <http://www.dementalent.nl/vrijwilligers-info-dementalent-apeldoorn>

⁴⁰ <https://www.mondriaan.eu/nl/over-mondriaan/nieuws/mondriaan-%E2%80%9Cgroene-voorloper%E2%80%9D-van-het-initiatief-groene-ggz>

⁴¹ Pagina 7, <https://www.sensazorg.nl/wp-content/uploads/2021/10/sensa-zorg-FACTSHEET-Best-practice-implementatie-van-groene-zorg-in-zorginstelling-Sensa-ZorgEINDVERSIE24.06.2021.pdf>; <https://www.sensazorg.nl/wie-zijn-wij/groene-zorg/>

⁴² <https://www.sensazorg.nl/wp-content/uploads/2021/10/sensa-zorg-FACTSHEET-Best-practice-implementatie-van-groene-zorg-in-zorginstelling-Sensa-ZorgEINDVERSIE24.06.2021.pdf>; <https://www.sensazorg.nl/wie-zijn-wij/groene-zorg/>

Instellingen (her)ontwikkelen terreinen tot groene woon-zorglocaties

Er zijn enkele voorbeelden van herontwikkeling van locaties tot zorglocatie, waarbij het (potentieel) aanwezige groen een belangrijk aspect was. De Baalderberggroep (*Zorglandgoed Stegeveld*⁴³) bijvoorbeeld zocht en vond een locatie met een prikkelarme omgeving voor een groep cliënten met een verstandelijke beperking en gedragsstoornissen in samenwerking met (voormalig) DLG, die een herbestemming zocht voor defensieterreinen. Een voormalig munitiemagazijncomplex in een bosrijke omgeving met een natuurdoelstelling in Stegeren is herontwikkeld tot zorglandgoed met 24 appartementen en 4 woongroepen. *Linge's zorglandgoed*⁴⁴ – een kleinschalig woon-zorglandgoed voor zorgvragers met dementie – is ontwikkeld door particulieren door een functieverandering van agrarische grond naar landgoed.

Ziekenhuizen 'vergroenen' hun omgeving en/of een deel van de geboden zorg: van uitzicht tot natuurgebiedje

Ook ziekenhuizen ontplooiën initiatieven. Deze verschillen sterk in aard en omvang. Soms gaat het om foto's van natuurgebieden in de wachtruimtes, gangen en vergaderzalen (*Martini ziekenhuis*⁴⁵), soms om planten in de binnenruimte (Groene speurroute *Isala ziekenhuis*⁴⁶). Het kan gaan om uitzicht op een daktuin voor patiënten die ontwaken na een zware operatie (*UMC Utrecht*⁴⁷) en er zijn voorbeelden van tuinen, aangelegd ten behoeve van het welzijn van kankerpatiënten (Tergooi ziekenhuis – de tuin wordt inmiddels niet meer als zodanig gebruikt, onder andere omdat andere zorg verlenen in de tuin problematisch was⁴⁸; VieCuri Medisch Centrum in Venlo⁴⁹). Voor ziekenhuis van ZGT Hengelo is een Positief Gezonde Tuinkamer ontworpen, die begin 2022 aangelegd zal zijn.⁵⁰ Initiatieven op grotere schaal zijn de aanleg van een natuurgebiedje op een zandwinningsplek, waar zowel patiënten als medewerkers en bezoekers kunnen wandelen (*Martini ziekenhuis*) en de aanleg van zeven therapietuinen (*Radboud Umc afdeling psychiatrie*⁵¹). Behalve aan de therapie moeten deze zeven tuinen ook bijdragen aan het vergroten van het wetenschappelijk en medisch inzicht op het gebied van Healing Environment. *Alexander Monro ziekenhuis*⁵², een ziekenhuis voor borstkankerzorg benut de groene omgeving als 'healing environment' (Van den Berg, 2015) en één ziekenhuis maakt gebruik van natuur in de omgeving voor wandelingen met diabetespatiënten (*Ziekenhuis Bernhoven*⁵³).

De inzet van groen ter ondersteuning van het genezingsproces valt onder 'cure', maar meestal gaat het om de verbetering van het welzijn tijdens het 'cure'-proces (Van den Berg, 2015). Een van de geïnterviewden verwoordt het als volgt: "Wat is groene zorg: meer groen aanleggen in de zorg omgeving? [...] Ik heb voor een ziekenhuis de principes van Positieve gezondheid, dus dat veel algemenere begrip van gezondheid, omgezet in ontwerpprincipes voor hun binnentuin, bij dagbehandeling oncologie. Dat is wat ziekenhuizen wel zien en wel willen. Ze willen wel de omgeving zo positief mogelijk gezond maken. Je moet helder definiëren of je vindt dat dat onder groene zorg verstaan wordt en of de zorginstellingen dat zelf ook herkennen als groene zorg."

Ten aanzien van de initiatieven van ziekenhuizen biedt de literatuur, net als bij tuinen bij woon-zorginstellingen, niet altijd genoeg inzicht om te bepalen in hoeverre het naast het aanleggen van de tuin ook gaat om behandelingen in het groen. De interviews geven het beeld dat behandelen in het groen nog veel minder voorkomt en met uitdagingen omgeven is.

⁴³ Bonekamp en Kroon, 2015

⁴⁴ Bonekamp en Kroon, 2015

⁴⁵ Koedoot en Wilschut, 2013

⁴⁶ Bouwma et al., 2020

⁴⁷ Koedoot en Wilschut, 2013

⁴⁸ Rutten et al., 2015

⁴⁹ <https://www.viecuri.nl/onze-specialismen/oncologie/oncologiecentrum/buitenstebinnentuin/>

⁵⁰ Interview

⁵¹ https://www.nahf.nl/wp-content/uploads/2019/05/Radboudumc_Therapietuinen_Copijn.pdf

⁵² Van den Berg, 2015; <https://alexandermonro.nl/over-ons/>

⁵³ Koedoot en Wilschut, 2013

'Belevingstuin' bij VieCuri Medisch Centrum in Venlo

"De BuitensteBinnenTuin en de bijbehorende kas zijn een verlengstuk van de wachtruimte van het oncologiecentrum. (...) Het innovatieve concept is mede gebaseerd op wetenschappelijke studies die moeten aantonen dat groen en kunst stressverlagende effecten hebben op oncologiepatiënten. Paul Nijhuis, chirurg-oncoloog bij VieCuri Medisch Centrum, is de geestelijk vader van de BuitensteBinnenTuin. Hij ging op zoek naar inspiratie voor de tuin en kwam uit op een wellicht niet direct voor de hand liggende plek, Center Parcs. De flora en fauna in de parken maakten indruk en zorgde ervoor dat Nijhuis de krachten bundelde met Jean Henkens, bioloog en landschapsarchitect van Center Parcs, die het concept en het ontwerp van de belevingstuin heeft ontwikkeld. De buitenomgeving van de tuin wordt gevormd door een zogenoemde prairietuin: een glooiend landschap met een rijkdom aan kleuren en plantvormen. Een tuin die heel lang bloeit en waar op elke plek en in ieder seizoen iets anders te ontdekken valt. De tuin is 1.000 m² groot en biedt een habitat aan ruim 5.000 planten. Op elke vierkante meter is de natuur anders samengesteld. Niets is strak, niets is belijnd. In het hart van de tuin stroomt een rustgevende waterbron. De ingang van de tuin is een glazen kas, wat een natuurlijke omgeving mogelijk maakt die niet van het klimaat afhankelijk is. In de kas vind je intieme zitplekken waar je omgeven bent door een soort jungle"

(<https://www.viecuri.nl/nieuws/2019/september/buitenstebinnentuin-viecuri-qaat-open-met-een-regen-van-rozenblaadjes/>).

Reguliere zorgprofessionals bieden ook 'groene zorg' aan

Soms bieden zorgprofessionals met een eigen praktijk of zzp'ers naast reguliere zorg ook groene zorg aan. Dat zijn bijvoorbeeld zorgprofessionals die zich (ook) bezighouden met leefstijl en preventie, zoals (huis)artsen, waar verschillende voorbeelden van zijn genoemd (Rutten et al., 2015; interviews). Huisarts Jaspers bijvoorbeeld (Rutten, 2015) organiseerde wandelingen voor mensen met een breed spectrum aan diagnoses: van overgewicht en diabetes tot depressie, angst en eenzaamheid. Zij zocht voor de organisatie van deze wandelingen de samenwerking met andere disciplines van het gezondheidscentrum, een fysiotherapeut, mensendiecktherapeut, podotherapeut, haptonoom en leefstijladviseur. Patiënten kregen in plaats van een vrijblijvend advies een uitnodiging voor de informatieavond over de wandelingen.

Postma (2000) ziet potentie voor het benutten van natuur binnen de praktijk van reguliere zorgprofessionals voor leefstijlcoaches en zeker ook door huisartsen. Leefstijlcoach is een relatief nieuw beroep binnen de zorg, dat groeiende is. Leefstijlcoaches bieden ondersteuning aan mensen ter bevordering van een gezonde leefstijl. Er zijn op dit moment vier erkende gecombineerde leefstijlinterventies: Samen Sportief in Beweging, de BeweegKuur, SLIMMER en Cool, die vanuit de basisverzekering worden vergoed. "Een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) is een programma waarin de combinatie van bewegen, voeding en gedrag centraal staat."⁵⁴ "Volwassenen met overgewicht en een extra risicofactor (voor hart- en vaatziekten (HVZ), Diabetes Mellitus Type 2 (DM2) of de aanwezigheid van slaapapneu of artrose) en volwassenen met obesitas komen in aanmerking voor een gecombineerde leefstijlinterventie die vergoed wordt uit de basisverzekering."⁵⁵ Leefstijlcoaches zijn o.a. te vinden via de website van de branchevereniging, maar deze biedt geen ingang naar groene leefstijlinterventies. Een snelle inventarisatie levert wel voorbeelden op van leefstijl-coaching met extra aandacht voor buiten bewegen⁵⁶ of coaching tijdens wandelingen in de natuur.^{57,58,59}

Zorgaanbieders met een groene identiteit: bijvoorbeeld wandelcoaches en tuintherapeuten

Het onderzoek van Langers en De Boer (2013) focust op zorgaanbieders die groene zorg verlenen zoals wandelcoaches en tuintherapeuten, die een eigen praktijk voeren zonder ondersteunend personeel (zzp'ers). Voor tuintherapie kijken ze breder, namelijk ook naar tuintherapeuten die in dienst zijn van ggz-instellingen. Zij schatten dat er in Nederland (in 2013) tussen de 200 en 300 wandelcoaches waren. Daarvan was 75% zzp'er. Naar schatting behandelden zij 1,5% van de mensen in Nederland met psychische klachten. Een geïnterviewde schat in dat het in 2021 enkele honderden meer zijn. De raming van tuintherapeuten kwam in 2013 op 50 tot 100 personen, waarvan naar schatting 20% als zzp'er werkte.

⁵⁴ <https://gecombineerdeleefstijlinterventie.nl/>

⁵⁵ <https://www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/gecombineerde-leefstijlinterventie>

⁵⁶ <https://www.gavoorgezondcoaching.nl/>

⁵⁷ <https://blcn.nl/leefstijlcoach/nicolette-de-vries/>

⁵⁸ <https://blcn.nl/leefstijlcoach/marcella-hallemeesch/>

⁵⁹ <https://blcn.nl/>

Wandelcoaches en tuintherapeuten behandelen vaak mensen met stress of stress-gerelateerde klachten, bijvoorbeeld psychische klachten zoals overspannenheid, burn-out en depressie (Langers en De Boer, 2013). Wandelcoaches (*Eigen spoor*⁶⁰; *Zorg voor bewegen*⁶¹; *Green running*⁶²) benutten vaak bestaand groen en natuurterreinen. Green running is een samenwerking tussen een gecertificeerde running-therapeut, een sociaal wetenschapper met ervaring op het gebied van gezondheidsbevordering en gedragsverandering en een huisarts.

Wandel-coaching voor werknemers met stressgerelateerde klachten is een vorm van secundaire preventie, dat wil zeggen preventie gericht op mensen met een verhoogd risico op aandoeningen of op mensen met beginnende klachten, om te voorkomen dat deze klachten verergeren en een aandoening worden. Tuintherapie kan ook vallen onder primaire en tertiaire preventieve zorg, bijvoorbeeld voor mensen met de ziekte van Alzheimer. Tuintherapeuten behandelen vaker mensen met een depressie, omdat tuintherapie meestal in combinatie met andere therapieën wordt aangeboden bij ggz-instellingen.

Twee GZ-psychologen (*De Buitenpsychologen*⁶³) richten zich sinds 2016 helemaal op het inzetten van natuur bij de behandeling. Zij leiden ook meer buiten-psychologen op, het zijn er ca. 60 in Nederland (zie Hoofdstuk 4).

*Het natuurbelevingspad*⁶⁴ een initiatief van een psycholoog. Het natuurbelevingspad, waarvoor samenwerking is gezocht met Natuurmonumenten en Park de Hoge Veluwe, is niet als fysiek pad van de grond gekomen (o.a. omdat er dan (nog meer) bordjes in de natuur geplaatst moesten worden). Wel kunnen via de website van het Fonds Psychische Gezondheid oefeningen worden gedownload en zelf worden benut in een natuurgebied of groen aan de rand van stad of dorp⁶⁵.

Een ander voorbeeld van een initiatief met een groene identiteit is *BuitenVitaal*⁶⁶, een interventie die is ontwikkeld door een loopbaan-/re-integratieadviseur/personal coach, en die "werken in de natuur, lichamelijk actief zijn en ervaringsleren combineert. Deze methode wordt ingezet ter versterking van medische behandelingen bij langdurige psychische problematiek of in re-integratietrajecten gericht op verbetering van de vitaliteit en werkhervatting."⁶⁷ Een voorbeeld is het project Buitenkans van Buitenvitaal in Dronten, gericht op herstel na een burn-out en gericht op terugkeer naar werk.⁶⁸

De achtergrond van de aanbieders met een groene identiteit is niet altijd duidelijk en in ieder geval divers. Het kan gaan om (samenwerkingsverbanden met) geaccrediteerde (BIG-geregistreerde) zorgaanbieders, maar lang niet alle wandelcoaches hebben een zorgopleiding of accreditatie. Het kan ook gaan om mensen met een korte cursus op het gebied van coaching.

Initiatieven vanuit de natuursector

Terreinbeheerders nemen zelf initiatieven, alleen of in samenwerking met zorgaanbieders

Terreinbeheerders nemen zelf initiatieven, op eigen grond, maar ook wel elders. Zo biedt Landschap Noord-Holland een re-integratietraject aan voor bijvoorbeeld Wajong-gerechtigden, jongeren met autisme, ADHD of leerproblemen (*Natuurlijke Zaken*⁶⁹). Er worden vacatures geplaatst bij het UWV en de gemeente en na een proefplaatsing bij de Groenploeg krijgen de kandidaten een contract in het landschapsonderhoud van een halfjaar. De begeleiding wordt gedaan door een interne jobcoach. In een ander voorbeeld wordt de samenwerking gezocht met professionele zorgaanbieders. Landschap Overijssel betreft asielzoekers, jong

⁶⁰ Bonekamp en Kroon, 2015

⁶¹ Van den Berg, 2015; <https://zorgvoorbewegen.com/>

⁶² Van den Berg, 2015; <https://www.runningtherapiedordrecht.nl/greenrunning.php>

⁶³ <https://www.debuitenpsychologen.nl/>

⁶⁴ Van den Berg, 2015

⁶⁵ <https://www.trouw.nl/nieuws/ontstressen-op-het-natuurbelevingspad~b00417d6/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F;https://www.bnnvara.nl/vroegevogels/artikelen/natuurbelevingspad>

⁶⁶ Van den Berg, 2015

⁶⁷ <https://www.herstelvitaal.nl/home>

⁶⁸ Hassink et al., 2017

⁶⁹ Hassink et al., 2017; <https://www.landschapnoordholland.nl/leer-werktrajecten-voor-jongeren>

dementerenden en jongeren met leer- en gedragsproblemen bij het natuurbeheer in samenwerking met een zorginstelling (*Zorgend Landschap*⁷⁰).

Staatsbosbeheer is samen met Huis voor beweging initiatiefnemer van *Natuursprong*⁷¹, een bewegingsprogramma voor kinderen van 4 tot 12 jaar. Via Natuursprong kan een actief programma in de natuur voor kinderen worden georganiseerd en uitgevoerd. Ook biedt het programma een training tot spelbegeleider Natuursprong. Natuursprong wil bijdragen aan een gezonde leefstijl van kinderen en deskundigheid van medewerkers.⁷²

Natuurmonumenten werkt samen met Stichting Verdandi aan het toegankelijk maken van natuur voor mensen met beperkingen of aandoeningen. Er worden rolstoelroutes en routes met defibrillators aangelegd. En er worden loopfietsen beschikbaar gesteld voor mensen die slecht ter been zijn.

Natuureducatie organisatie IVN werkt samen met instellingen en andere actoren om groene zorg te bevorderen

IVN⁷³ ontplooit initiatieven om groene zorg te verlenen in samenwerking met actoren in de gezondheidszorg. Voorbeelden zijn de *IVNBiowalks*, wandelingen in de natuur voor mensen met een chronische ziekte of beperking. Bio Walking wordt aangeboden door een natuurgids (IVN) en een geregistreerde diabetesverpleegkundige en is op enkele plekken in Nederland actief. IVN is ook initiatiefnemer van het project 'Grijs, groen en gelukkig', gericht op vergroenen van de omgeving bij zorginstellingen en is, met Nature for Health en Green Mental Health, initiatiefnemer van het project Groene GGZ (zie verder bij woon-zorginstellingen en Hoofdstuk 4).

Terreinbeheerders (her)ontwikkelen hun terreinen en kijken daarbij naar groene woon-zorg

Groene zorg bleek een oplossing voor Natuurmonumenten bij de aankoop van een voormalig boeren erf met landbouwgrond. Natuurmonumenten wilde de grond omvormen naar natuur en op het erf een beheerkantoor realiseren. Om de financiering rond te krijgen, is een samenwerking aangegaan met zorginstelling St. Verdandi. Deze pacht de grond en ontwikkelde een zorgboerderij met woon-units en theeschenkerij. Cliënten van Verdandi onderhouden het erf, voeren dieren en helpen met natuurbeheer. In ruil daarvoor betaalt de zorginstelling minder voor de pacht (*De Grootte Modderkolk*⁷⁴). Staatsbosbeheer zoekt naar mogelijkheden voor herbestemming van circa 2000 eigen vastgoedobjecten en kijkt daarbij met name naar mogelijkheden voor woon-zorgcombinaties.⁷⁵ Tot dusver (2015) is echter alleen dagzorg gerealiseerd.

Overige natuurpartijen

*Stichting Gezond Natuurwandelen*⁷⁶ biedt in enkele tientallen gemeenten verspreid over Nederland natuurwandelingen onder begeleiding voor oudere, vaak eenzame mensen. Er worden vrijwilligers opgeleid om groepen te begeleiden. De Stichting, gestart in 2013, heeft als doel "dat iedereen in Nederland elke week kan deelnemen aan een gratis begeleide natuurwandeling van een uur in de buurt van de eigen woonplaats".⁷⁷ Het bestuur van de Stichting Gezond Natuurwandelen bestaat o.a. uit een voormalig directeur van Landschap Noord-Holland, een medewerker van Provinciaal Waterleiding Noord Holland (PWN), een huisarts, een adviseur Gezonde leefomgeving bij VGGM/GGD Gelderland-Midden en wetenschappers. Bij de dagelijkse uitvoering zijn een lokale vrijwilliger en een provinciale projectleider vanuit de natuursector betrokken.

Initiatieven vanuit andere invalshoeken

Agrariërs en (sociaal) ondernemers met wijktuinen en zorgboerderijen

Naast zorginstellingen zijn er ook agrariërs die op eigen boerenbedrijf, zorgboerderij, dagopvang en/of groene re-integratie bieden, al of niet met woon-zorgcombinaties (*bijv. zorgboerderij Hoeve Klein*

⁷⁰ Bouwma et al., 2020

⁷¹ Van den Berg, 2015

⁷² <https://www.huisvoorbeweging.nl/gecombineerde-leefstijlinterventies-van-huis-voor-beweging/over-natuursprong/>

⁷³ Rutten et al., 2015

⁷⁴ Bonekamp en Kroon, 2015

⁷⁵ Bonekamp en Kroon, 2015

⁷⁶ Van den Berg, 2015

⁷⁷ <https://www.gezondnatuurwandelen.nl/organisatie/>

*Mariendael*⁷⁸). Deze initiatieven richten zich op verschillende doelgroepen of combinaties daarvan, bijvoorbeeld jongeren met gedragsproblemen, demente ouderen of ex-verslaafden die willen re-integreren, of het bieden leerwerktrajecten.⁷⁹ Daarnaast zijn er wijktuininitiatieven met dagbesteding, al dan niet gecombineerd met leer-werktrajecten ter voorbereiding op toestroom naar betaald werk. Deze moeten vaak eerst op zoek naar een geschikte locatie, van bijvoorbeeld (sociaal) ondernemers (*Kweekland; Food for Good; Kwekerij Osdorp*).⁸⁰ Zowel zorgboerderijen als wijktuinen organiseren soms ook contact met de buitenwereld door verkoop van eigen oogst.

Wetenschappers zijn mede initiatiefnemer of geven advies

Onderzoekers en wetenschappers zijn als (mede)initiatiefnemer betrokken bij het mede creëren van aanbod van concrete zorg, bijvoorbeeld door te adviseren bij het ontwerpen van tuinen. Bij het ontwerp van tuinen wordt bijvoorbeeld samenwerking met deskundigen van bijvoorbeeld Van Hall Larenstein genoemd of een architect die mee helpt met het ontwerp (*Forensische kliniek Woenselse Poort*⁸¹). Van den Berg (2015) noemt het initiatief Groene wandelpraktijk, een bewegconcept voor mensen die niet uit zichzelf of via verwijzing in beweging komen. Het concept gaat om wandelen onder begeleiding van een fysiotherapeut of huisarts, met een groep lotgenoten in de natuur in de omgeving van de praktijk. Dit initiatief lijkt niet meer actief en bestaat volgens een van de geïnterviewden niet meer.^{82,83}

Tabel 3.1 Voorbeelden van groene zorg initiatieven.

Voorbeelden	Initiatief betreft	Achtergrond initiatiefnemer	Het groen
De Nieuwe Hoeven; Belevingstuinen ZZG zorggroep Wijchen; Verzorgingshuizen van de keten Herbergier; Zorginstelling Pennemes; 't Groene Hart van Salland, ZGR Angeli Custodes; Ons Stekkie	woon-zorgcombinatie	Zorg	Bv. moestuinen, pluktuinen, belevings-, bewegings- en ontmoetingstuinen (soms open, soms gesloten)
Dementalent Apeldoorn (zorggroep Apeldoorn/SBB)	Woon-zorgcombinatie met dagopvang	Zorg/natuur (TBO)	Natuurterrein (open)
Zorglandgoed Stegerveld/DLG;	Woon-zorgcombinatie	Zorg/overheid	Landgoed
De Grootte Modderkolk (NMM, Stichting Verdandi)	Zorgboerderij/woon-zorgcombinatie	Zorg/natuur (TBO)/zorgvragers	Zorgboerderij (open erf)
Kwekerij Osdorp (Stichting met aangesloten boerderijen/stadsdeel Osdorp)	Zorgboerderijen	Ondernemer/overheid	Zorgboerderij (open)
Beleeftuin Vogellanden	Revalidatiecentrum ((poli)klinische zorg)	Zorg	Tuin
Alexander Monro ziekenhuis; Groene speurroute ziekenhuis Isala; Martini ziekenhuis; UMC Utrecht; Chemotuin, ziekenhuis Tergooi	Ziekenhuis	Zorg	Van locatie in groene omgeving tot natuurgebiedje (deels binnen, deels buiten, open en gesloten)
De Woenselse Poort	Forensische kliniek	Zorg	Tuin (gesloten)
Huisartsen	Huisarts	Zorg	Natuurterrein (open)
Zorg voor bewegen	Oefentherapeut met eigen praktijk	Zorg	Onbekend
Natuurbelevingspad	Psycholoog	Zorg	Divers groen (open)
Eigen spoor; Buiten Vitaal	(Wandel)coach (zpp'er)/stress- en personal coach	Zorg	

⁷⁸ Hassink et al, 2017

⁷⁹ <https://www.transmissie.nl/organisatieontwikkeling/zorgboerderij-beginnen/>

⁸⁰ Hassink, et al., 2017

⁸¹ Koedoot en Wilschut, 2013

⁸² Info van de website is laatst ge-update in 2021. De activiteitenbeschrijving gaat over 2016-2018.

<http://www.agnesvandenbergh.nl/groenewandelpraktijk.php>

⁸³ Interview

Voorbeelden	Initiatief betreft	Achtergrond initiatiefnemer	Het groen
Green Running	Duurloop-programma Green Running	Zorg (therapeut; huisarts)/onderzoek (gezondheid en gedrag: Biesbosch Vitaal)	Natuurterrein (open)
IVN Brabant en Ziekenhuis Bernhoven	Wandelprogramma	Natuur/zorg	Natuurterrein (open)
Praktijk voor coaching, therapie en energie (op Landgoed Wickenburgh)	Particulier	Onderwijs (docent speciaal onderwijs)	Natuur (landgoed)
Food for Good; Kweekland (Stichting Ortus)	Sociale ondernemer; netwerk sociale ondernemers	Ondernemer (sociale ondernemer/ natuurbeheer; sociaal ondernemer/buurtbewoner)	Wijktuin (open)
Natuurlijke Zaken (Landschap Noord-Holland); Zorgend Landschap (Landschap Overijssel ism zorginstelling)	Doelgroepen betrekken bij landschapsbeheer	Natuur (TBO)	Natuurterrein (open)
Vastgoed Staatsbosbeheer (SBB)	Vastgoed herbestemmen voor woon- zorgcombinatie	Natuur (TBO)	
Linge's zorglandgoed	Particulieren?	Onbekend	Landgoed
Hoeve Klein Mariendaal; Vitura	Re-integratie naar een betaalde baan	Onbekend	Onbekend
Gezond Natuur Wandelen	Welzijn	Natuur (was medewerker IVN)	Open natuur terrein

3.3 Barrières en kansen voor groene zorg initiatieven

In deze paragraaf beschrijven we institutionele belemmeringen en kansen voor de verschillende typen initiatieven en wat ze gedaan hebben om hiermee om te gaan. We doen dit aan de hand van de relevante aspecten die we in Hoofdstuk 2 hebben benoemd. Aan bod komen: wetgeving/beleid; netwerken/samenwerking; overtuigingen/waarden; certificering/accreditatie; doorverwijzingssysteem; manieren van werken/routines; financiering en kennis. Belemmeringen worden in de literatuur niet bij alle voorbeelden als zodanig expliciet benoemd. Er zijn ook voorbeelden opgenomen van initiatieven die een route hebben gevolgd die we hebben geïnterpreteerd als niet makkelijk of waar een voor de betrokkenen afwijkende route gevolgd moest worden.

(Woon)zorginstellingen, waaronder ouderenzorg (soms gecombineerd met dagopvang) of ggz, revalidatie, forensische zorg, leggen beleef- of (moes)tuinen aan

Verschillende malen wordt genoemd dat voor de realisatie van tuinen bij instellingen er geen 'voor de hand liggend' budget te vinden is. Het benodigde budget moet op een creatieve manier gevonden worden. Dat zoeken naar financiering kost veel tijd, werk en doorzettingsvermogen. Bijvoorbeeld de Koepelorganisatie waar Ons Stekkie onder valt, was niet bereid om bij te dragen aan de financiering voor de aanleg van een tuin voor de dagbesteding. De koepelorganisatie wilde precedentwerking voorkomen, maar maakte wel 2 fte's vrij, waardoor twee medewerkers zich volop konden richten op de realisering van de tuin, inclusief het zoeken naar geld. Ongeveer de helft van het budget kwam uiteindelijk beschikbaar dankzij een prijsvraag van de gemeente (Bouwma et al., 2020).⁸⁴ Dankzij ook veel brieven met verzoeken om sponsoring lukte het de financiering rond te krijgen.

Beleeftuin Vogellanden is gerealiseerd met behulp van subsidie van het Oranjefonds en de provincie Overijssel, maar naast subsidie is de inzet van uren van eigen medewerkers en van vrijwilligers ook nodig. Ook voor het onderhoud, zaden, gereedschap, is budget nodig, onder andere van NL Doet, en de inzet van vrijwilligers (Bouwma et al., 2020). Het vinden van financiering wordt niet altijd expliciet als belemmering genoemd, wel moeten vaker allerlei verschillende bronnen benut worden. "Alhoewel projecten kunnen worden gerealiseerd dankzij het doorzettingsvermogen van de initiatiefnemers en tijdelijke middelen zoals

⁸⁴ Programma Oss innoveert

een subsidie, is het een uitdaging om projecten structureel in de organisatie ingebed te krijgen en een continue geldstroom te hebben" (Bouwma et al., 2020, p. 88). ZGR Angeli Custodis noemt de continuïteit van de financiering een uitdaging. Stichting Verlandi, betrokken bij de *Grote Modderkolk* (en het toegankelijk maken van natuur voor mensen met beperkingen), is omdat zij de kosten steeds moeilijker kon opbrengen, overgenomen door zorginstelling de Seizoenen. Een woon-zorginstelling met tuin en buitenleven als centraal concept (*de Nieuwe Hoeven*), combineert het zorgaanbod met dagopvang in de vorm van werkzaamheden in de tuin en krijgt zo ook financiering vanuit de WMO.

Bij verschillende initiatieven van woon-zorgcombinaties die een tuin aanleggen (*Nieuwe Hoeven; ZGR Angeli Custodis*), wordt aangegeven dat het lastig is de eigen medewerkers mee te krijgen, omdat ze niet overtuigd zijn van de waarde van groen of omdat ze risico's zien ten aanzien van veiligheid. "Het vraagt een omslag van het personeel om, wanneer een tuin er eenmaal is, die te integreren in het dagelijkse werk" (Bouwma et al., 2020, p. 98). Het personeel moet erin geloven (overtuigingen en waarden), om bereid te zijn om routines te veranderen. O.a. tijds- en werkdruk die medewerkers ervaren, maakt het lastig. Een van de geïnterviewden merkt op: "Juist omdat groen leuk is, hebben medewerkers het gevoel dat ze spijbelen als ze naar buiten gaan" (interview). Bouwma et al. (2020) signaleren dat wanneer tijd buiten zou worden opgenomen in protocollen binnen de verpleeghuiszorg, dagopvang en woon-zorgcombinaties, dit een kans kan zijn, omdat personeel dat tijd moet registreren hier dan makkelijker aan toe kan komen (manieren van werken/routines).

Behalve motivatie hebben medewerkers handvatten nodig, kennis, van hoe het groen benut kan worden. Groene zorg vraagt om een omslag naar 'waardecreeatie', bijvoorbeeld zelfvoorzienend zijn door te oogsten uit de tuin (*De Nieuwe Hoeven*). Een oplossing in relatie tot dit soort handvatten is hierop te letten bij het werven van nieuw personeel en te kiezen voor bijvoorbeeld een beweegcoach in plaats van een fysiotherapeut. Investeren in het meenemen van medewerkers bij de ontwikkeling van de tuin en communicatie zijn daarom belangrijk. IVN besteedt hier aandacht aan in bijvoorbeeld een cursus voor vrijwilligers en medewerkers. Ook een signaal (interview) is dat het management van instellingen meegenomen moet worden, dat juist daar de weerstand zit. Overigens kan een initiatief ook stuiten op weerstand van bewoners, omdat het om een verandering gaat. Ook zij moeten meegenomen worden in het verhaal (*ZGR Angeli Custodis*). Weerstand bij cliënten kan te maken hebben met een gebrek aan kennis (bij cliënten over de werking; bij zorgverleners kennis over de wensen van de cliënten), maar ook met overtuigingen en waarden. Dit was voor ons niet te duiden. Bijvoorbeeld bij de forensische kliniek *De Woenselse Poort* is de tuin aangelegd op basis van wensen van de cliënten (overtuigingen/waarden).

Bij het realiseren van tuinen komt veel kijken. Instellingen hebben hiervoor niet altijd de benodigde kennis in huis. Netwerken, of samenwerking met externe professionals, kan nodig zijn. Een voorbeeld is de samenwerking met een docent van hogeschool van Hall Larenstein voor het ontwerp van een tuin met een stilteplek en geurende bloemen (forensische kliniek *De Woenselse Poort*). Maar zoals boven aangegeven, is samenwerking met vrijwilligers vaak ook van belang voor het onderhoud van de tuin.

Samengevat: verschillende malen wordt genoemd dat voor de financiering, met name voor de realisatie van initiatieven, geen voor de hand liggend budget is te vinden. De literatuur geeft niet voldoende informatie om te duiden of waarden en normen een rol spelen bij de keuze om wel of niet te financieren. Belemmeringen op het vlak van overtuigingen en waarden, routines en kennis lijken samen te hangen, met name bij het benutten van het groen. Evenals kennis (belemmering) en netwerken/samenwerken (oplossing). De literatuur biedt vaak niet voldoende inzicht in om te duiden of weerstand (bij management, personeel, cliënten) wordt veroorzaakt door gebrek aan kennis (bijv. over toepassing in het werk/routines en handelingen of kennis van de meerwaarde van natuur voor cliënten) of dat het meer aan overtuigingen ligt. Weerstand kan met kennis te maken hebben (bij zorgverleners kennis over de wensen van de cliënten; bij cliënten kennis over de werking), maar ook met overtuigingen en waarden.

Instellingen (her)ontwikkelen terreinen tot groene woon-zorglocaties

De financiering van een grootschalig herontwikkelingsproject van agrarische grond naar woon-zorg-combinatie (*Linge's Zorglandgoed*) lukte niet via de bank (Bonekamp en Kroon, 2015). De Rabobank hanteert bij zorggerelateerde financieringsaanvragen de vaste regel dat max 10-20% geïnvesteerd mag worden in buitenruimte, onvoldoende voor een hoge kwaliteit buitenruimte. De oplossing werd gevonden

dankzij particuliere financiers, waarbij beleggingsfondsen werden benut en de bouw en de grond werden voorgefinancierd respectievelijk door de bouwondernemer en het Groenfonds (Bonekamp en Kroon, 2015). *Zorglandgoed Stegveld*, onderdeel van Baalderborg groep, moest groen, en ook het behoud van monumenten, financieren uit de herontwikkeling van de terreinen. Eigenaar van de grond woningbouwcorporatie Veste en de Baalderborg groep zorgden wel samen voor een startinvestering. Overigens is ook na realisatie budget nodig voor onderhoud en beheer. Het beheer wordt in dit voorbeeld behalve door cliënten, deels gedaan door een onderhoudsbedrijf. Dit wordt gefinancierd uit huisvestingskosten van de cliënten. Ook is er extra budget, omdat een dagprogramma voor cliënten met een zwaarder zorgprofiel wordt aangeboden. Er was hier ook extra budget nodig voor de aanschaf van eigen vervoer, want het complex ligt 'ver van de bewoonde wereld'.

Ziekenhuizen 'vergroenen' hun omgeving of een deel van de geboden zorg: van uitzicht tot natuurgebiedje
Ook ziekenhuizen die een deel van de zorg willen vergroenen, vinden niet makkelijk vanzelfsprekend budget (financiering). De Groene speurroute ziekenhuis Isala is gefinancierd met hulp van de provincie Overijssel. Zonder deze hulp was realisatie moeilijk geweest. Ook ziekenhuis Bernhoven heeft moeite met de continuering van de financiering van Biowalks. Het budget daarvoor moet uit de eigen begroting worden gehaald.

Overtuigingen en waarden spelen een rol bij gedragsverandering wordt met name genoemd als van belang met betrekking tot de cliënten, maar ook van medewerkers. *UMC Utrecht* heeft voor de aanleg van een daktuin, waar patiënten die ontwaken uit narcose uitzicht op hebben, gesprekken met patiënten gevoerd over hun behoeften.

Netwerken/samenwerking is belangrijk, met name als het ziekenhuis de benodigde kennis niet beschikbaar heeft, bijvoorbeeld over ontwerp, inrichting en/of veiligheid bij het realiseren van een tuin. Een voorbeeld van een oplossing is de betrokkenheid van een architect, afgestudeerd op de integratie van natuur binnen een hospice, die een tuin ontwerpt (*chemotuin, ziekenhuis Tergooi in Hilversum*). Maar ook als het om kennis gaat die wel in huis aanwezig is, bijvoorbeeld op medisch terrein, of veiligheid, kan betrokkenheid van verschillende professionals en interne samenwerking van belang zijn om het initiatief te kunnen realiseren. Bij *Ziekenhuis Isala* zijn een kinderarts en de voorzitter kwaliteit en veiligheid betrokken bij de Groene speurroute, om te waarborgen dat kinderen geen risico lopen. De chemotuin van *ziekenhuis Tergooi* in Hilversum is tot stand gekomen met inzet van een multidisciplinair team, met onder andere de bouwmeester, hoofd verpleging, een apotheker en de afdeling klinische hygiëne. Dit was nodig omdat aanvankelijk obstakels werden opgeworpen, met name t.a.v. veiligheid en risico's.

Samengevat: ook ziekenhuizen lijken vaker voor de financiering van groen aanbod geen voor de hand liggend budget te vinden. Ook hier is er, vergelijkbaar met woon-zorginstellingen, samenhang tussen belemmeringen op het vlak van netwerken/samenwerking, kennis en overtuigingen, met name genoemd met betrekking tot cliënten, maar ook ten aanzien van collega-zorgverleners, het management en/of financiers.

Reguliere zorgprofessionals bieden ook 'groene zorg' aan

De huisarts, een voorbeeld uit Rutten et al. (2015) die wandelingen organiseert voor mensen met een breed spectrum aan diagnoses, vond bij de zorgverzekeraars hiervoor geen budget, omdat wandelen door de zorgverzekeraars die zij had benaderd als preventie werd gezien en dit een taak is van gemeenten en GGD (financiering/wetgeving). De huisarts ziet het als grote uitdaging om mensen aan het bewegen te krijgen. En signaleerde een spanning: de wandelkuur levert huisartsen geen besparing en kost wel geld. De verzekeraar vindt het een taak van de GGD en gemeenten. Het resultaat was dat de huisarts het er 'pro Deo' bij deed (Rutten et al., 2015).

Het pro Deo erbij doen van een wandelgroep kost een huisarts tijd en energie. Een van de geïnterviewden geeft aan dat, als daarbij wordt samengewerkt met bijvoorbeeld een buurtsportcoach, een vrijwilliger van IVN of de plaatselijke wandelsportvereniging, het initiatief vaak afhankelijk is van een bepaald individu en daarmee mogelijk niet duurzaam (interview). Ook betekent dit dat er dan niet altijd sprake is van professionele begeleiding.

Samengevat: belemmeringen, met name voor huisartsen die zelf natuur willen benutten voor het verbeteren van de gezondheid van hun patiënten of voor preventie door middel van het organiseren van wandelingen, zijn er dus op het vlak van de tijd die het kost en het vinden van financiering. De oplossing om de uitvoering uit te besteden (samenwerking) kan belemmeringen geven op het vlak van professionaliteit (kennis; certificering) en beschikbaarheid van structureel aanbod. Ook is een belemmering wanneer het niet duidelijk is of de aangeboden wandelingen om zorg en verbetering van de gezondheid gaan of vooral om het welzijn van deelnemers.

Zorgaanbieders met een groene identiteit, bijvoorbeeld wandelcoaches en tuin-therapeuten

Met name voor wandel- en leefstijlcoaches, geen traditionele zorgberoepen, is professionalisering in de vorm van certificering en accreditatie belangrijk. Idealiter kan dat door een daarvoor geëigende registratie, na het volgen van gecertificeerde opleidingen. Op dit moment voldoet een deel van deze groene zorg-professionals niet aan de regels om voor (BIG-)registratie in aanmerking te komen. De inmiddels opgeheven beroepsvereniging Groene Zorg slaagde er onvoldoende in om recht te doen aan de grote diversiteit en tevens duidelijkheid te verschaffen over achtergrond en opleiding (kennis) van de aangesloten groene zorgverleners (interview). Gevolg is dat huisartsen niet naar deze zorgverleners zullen doorverwijzen en dat zorgverzekeraars ze niet vergoeden.

Samenwerking kan helpen om zorg te organiseren, maar ook vergoed (financiering) te krijgen. Voor het project *Buitenkans van Buitenvitaal* werken zorgverleners met verschillende achtergronden samen aan groene re-integratie, waarbij er sprake is van doorstroming van deelnemers naar betaald werk. Zij krijgen financiering vanuit de Wajong en de Participatiewet.

Overtuigingen en waarden kunnen een belemmering vormen als cliënten van wandel- of groene coaching niet overtuigd zijn van de waarde van groene zorg, of als zij drempelvrees hebben (Koedoot et al., 2013).

Samengevat: er worden veel verschillende institutionele belemmeringen genoemd ten aanzien van de Zorgaanbieders met een groene identiteit. Een belangrijke is het ontbreken certificering bij individuele aanbieders en onduidelijkheid hierover als het om de groep gaat. Maar ook als er wel een gecertificeerde aanbieder aanwezig is, kan het zijn dat een belemmering wordt gevormd doordat er nog onvoldoende is aangetoond dat een activiteit in het groen een meerwaarde heeft ten opzichte van die activiteit an sich (kennis). Wet- en regelgeving maakt dat initiatieven aan eisen moeten voldoen en met verwijzers (rollen, normen en waarden) te maken krijgen. Dat betekent dat de financiering in het geding kan zijn en dat ze zich moeten heroriënteren of nieuwe samenwerkingen moeten aangaan.

Initiatieven vanuit de natuursector

TBO's nemen zelf initiatieven, alleen of in samenwerking met zorgaanbieders

Het initiatief *Zorgend Landschap* van Landschap Overijssel, waarbij mensen met een zorgvraag worden ingezet in het natuurbeheer, is in eerste instantie tot stand gekomen met subsidie (financiering) van de provincie Overijssel. Met zorgverlener Carintreggeland is vervolgens een samenwerkingsovereenkomst afgesloten "waarin afgesproken is dat het landschapsbeheer in het reguliere aanbod van de zorgverlener opgenomen wordt, waardoor subsidie niet meer nodig is" (Bouwma et al., 2020, p. 86). De samenwerking is van belang. "Jong dementerenden die meedoen, hebben een Wmo-indicatie nodig waarmee het project voor een groot deel kan worden gefinancierd" (Bouwma et al., 2020, p. 86). De Wmo financiering lijkt noodzakelijk voor de financiële zelfstandigheid van het project. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor zorgvragen die vergoed worden vanuit de WMO (wetgeving en beleid). Dat betekent dat betrokken gemeenteambtenaren de inzet van groen in de zorg waardevol moeten vinden (overtuigingen en waarden; doorverwijzingssysteem) en overtuigd moeten zijn van de kwaliteit van de aanbieder. Als dat niet het geval is, kan dat direct gevolgen hebben voor de financiering van een initiatief of de continuïteit ervan, omdat de instroom van zorgvragers te klein is (*Zorgend landschap- initiatief van Landschap Overijssel*).⁸⁵

Samenwerkingen tussen natuurorganisaties en zorgactoren kunnen ook, anders dan ten behoeve van de financiering, nog van belang zijn, omdat kennis op het vlak van natuur bij zorgactoren ontbreekt en omgekeerd ontbreekt kennis over zorg bij natuuractoren. Beide kunnen elkaar aanvullen.

⁸⁵ Bouwma et al., 2019

Samengevat: er worden niet expliciet belemmeringen benoemd. De indicatiestelling door gemeentebtenaren bij de Wmo wordt als een mogelijke barrière genoemd. Het kan een barrière zijn voor toegang van zorgaanbieders binnen het zorgaanbod van gemeenten wanneer gemeentebtenaren groene aanbieders niet in het vizier hebben.

Natuureducatie organisatie IVN

IVN ontplooit initiatieven om groene zorg te verlenen in samenwerking met actoren in de gezondheidszorg (zie voor de overkoepelende rol van IVN Hoofdstuk 4). Het groene leefstijlprogramma *Bio Walking* wordt aangeboden door een natuurgids en een geregistreerde diabetesverpleegkundige. Dit programma ligt stil, met uitzondering van één regio. De reden dat het in die regio wel lukt, is dat er een zorgverzekeraar is met een pilot positieve gezondheid, waar groene zorg en ook huisartsenpreventiezorg onder kunnen vallen, waarmee *Bio Walking* vergoed kan worden (interview). Anders dan het wandelen met de huisarts is het programma niet gekoppeld aan de eerstelijns-, maar aan de tweedelijnszorg, aan een aantal internisten. Een andere geïnterviewde denkt dat mogelijk een rol speelt dat dit programma in andere regio's niet is gelukt dat wel is aangetoond dat bewegen helpt, maar dat nog niet goed aangetoond kan worden dat bewegen in de natuur extra meerwaarde heeft (kennis).⁸⁶

Samengevat: vergoeding voor leefstijlinterventies kan lastig zijn wanneer deze onder preventie vallen die niet door zorgverzekeraars wordt vergoed. Ook is mogelijk het ontbreken van de onderbouwing van de meerwaarde van natuur voor de interventie een belemmering.

Terreinbeheerders (her)ontwikkelen hun terreinen en kijken daarbij naar groene woon-zorg

Voor terreinbeheerders die eigen terreinen of vastgoed willen herontwikkelen, kan samenwerking met een groene zorgaanbieder juist een oplossing zijn bij het krijgen van voldoende financiering (*de Grote Modderkolk*). De belemmering (financiering) voor de één, de terreinbeheerder, biedt hier een kans voor de ander. Maar het lukt niet altijd. Hoewel Staatsbosbeheer bij de herbestemming van de eigen vastgoedobjecten zoekt naar mogelijkheden voor woon-zorgcombinaties, is tot dusver (2015) alleen dagzorg gerealiseerd. Er wordt niet expliciet gewezen naar belemmeringen die daarbij een rol spelen, maar wel dat het meekrijgen van de gemeente belangrijk is vanwege de rol die zij hebben bij bestemmingsplanprocedures (Bonekamp en Kroon, 2015).

Samengevat: samenwerking tussen groene- en zorgorganisaties kan helpen omdat zij over en weer belemmeringen (bv. financiering) kunnen helpen oplossen. Overige belemmeringen worden niet benoemd. Wel is genoemd dat belangrijk is dat gemeenten de waarde inzien van een initiatief i.v.m. hun rol bij bestemmingsplanprocedures.

Overige natuurorganisaties

Ten aanzien van het initiatief Gezond Natuur-wandelen komt in een van de interviews naar voren dat huisartsen niet makkelijk zullen doorverwijzen naar dit programma, omdat de wandelingen begeleid worden door vrijwilligers zonder zorgopleiding. Ook het feit dat het meer om welzijn gaat dan om gezondheidszorg ziet deze respondent als een belemmering voor doorverwijzing of opname in de verzekerde zorg. Daarnaast is het effect van wandelingen in de natuur op de gezondheid niet altijd evident, bijvoorbeeld omdat het tempo (bij Gezond natuurwandelen) laag ligt (interview). Bij Gezond Natuur-wandelen is het doel ook niet conditieverbetering, maar gaat het eerder om sociale contacten. Bij de initiatieven die we tegenkomen voor wandelen, is in het algemeen niet altijd duidelijk of het doel bewegen is of ook bewegen in de natuur.

Samengevat: een barrière voor opschaling van initiatieven zoals de Stichting Gezond Natuur-wandelen binnen de zorg kan zijn dat het effect van de wandelingen op de gezondheid onvoldoende bewezen is en dat huisartsen niet doorverwijzen naar wandelingen die (be)geleid worden door vrijwilligers.

⁸⁶ Interview

Initiatieven vanuit andere invalshoeken

Agrariërs en (sociaal) ondernemers met wijktuinen en zorgboerderijen

Om voor vergoedingen (financiering) in aanmerking te komen, moeten gemeenten zorgboerderijen als aanbieder van groene dagopvang meenemen in hun overwegingen bij de selectie van zorgaanbieders en de indicatiestelling (doorverwijzingssysteem) (RIVM, 2013). Zorgboeren zijn echter, zeker in vergelijking met reguliere zorgaanbieders, niet gewend om zich te presenteren. Het gevolg is wederzijdse onbekendheid. De aanbeveling is om aandacht te geven aan zowel de kwaliteit als de continuïteit van de presentatie van zorgboerderijen naar gemeenten, naast de kennismaking met WMO-beleidsmedewerkers van gemeenten. De selectie ten aanzien van zorgverleners speelt ook bij de Wet langdurige zorg. Ook Hassink et al. (2017) stellen dat groene zorg-initiatieven met betrekking tot groene re-integratie hun impact beter in kaart zullen moeten brengen op verschillende beleidsterreinen om in beeld te komen bij gemeenten: bewuster inzetten op en koppelen van de kwaliteiten en expertises die de initiatieven bezitten: arbeidsmatig en sociaal en groen. Meer samenwerking, scholing en bewustwording binnen groene initiatieven is nodig (Hassink et al., 2017).

Twee andere initiatieven, beide wijktuinen, werken met mensen met langdurige psychiatrische problemen dan wel met arbeidsbeperkingen, met een kleine of vrijwel geen kans op doorstromen naar een betaalde baan. Zij krijgen financiering vanuit de WMO, de Participatiewet of de algemene voorziening (*Kweekland en Food for Good*).⁸⁷ Het combineren van deze financieringsbronnen is lastig en vraagt om kennis van de verschillende regelingen en bijbehorende voorwaarden.

Samengevat: vanwege hun rol bij indicatiestelling is wederzijdse bekendheid tussen aanbieders van groene dagopvang en gemeenteambtenaren van belang. De gemeente bepaalt hiermee of aanbieders van deze groene zorg voor vergoedingen in aanmerking komen. Voor initiatieven met een divers zorgaanbod is een belemmering dat het combineren van de daarmee samenhangende verschillende financieringsstromen (bijvoorbeeld gemeentelijk participatiebeleid en Wmo) lastig is en vraagt om kennis van deze financieringsstromen.

Wetenschappers zijn mede initiatiefnemer of geven advies

Zoals beschreven in paragraaf 3.2 zijn er verschillende voorbeelden van betrokkenheid van deskundigen en wetenschappers bij initiatieven voor groene zorg als adviseur of als mede initiatiefnemer. Concrete belemmeringen zijn in de literatuur daarbij niet benoemd. Het voorbeeld Groene wandelpraktijk (Van den Berg, 2015), een beweegconcept voor mensen die niet uit zichzelf of via verwijzing in beweging komen, lijkt niet meer actief. Het is niet bekend wat de redenen daarvoor zijn.

Samengevat: hoewel er een voorbeeld is van een initiatief dat niet lijkt te zijn geslaagd, zijn er geen concrete belemmeringen genoemd.

3.4 Institutionele beïnvloeding door groene zorg initiatieven

Uit de voorbeelden in voorgaande paragrafen blijkt dat het initiatieven lukt om groene zorg-initiatieven te realiseren binnen de huidige instituties. Daarbij worden wel belemmeringen ervaren met betrekking tot die realisatie, maar ook met betrekking tot het benutten of de continuïteit ervan (zie paragraaf 3.3). In onderstaande paragraaf kijken we of er bij de activiteiten die worden ondernomen om een groene zorg-initiatief te realiseren en te behouden, voorbeelden zijn van institutionele beïnvloeding. Hierbij maken we gebruik van de strategieën van Van Doren et al., (2020) en kijken we naar welke instituties daarmee beïnvloed worden. Institutionele beïnvloeding kan direct (bewust) en indirect (onbedoeld) plaatsvinden. De beïnvloeding kan alleen het eigen initiatief betreffen, maar ook de inzet van groen in de zorg in het algemeen.

⁸⁷ Hassink et al., 2017

Culturele strategieën: bewustwording/beïnvloeding van verhaal/normatieve waarden

Zorg verlenende initiatieven dragen het 'verhaal' uit over de waarde van natuur en groen in de zorg om managers, medewerkers, maar ook cliënten en bezoekers van instellingen mee te krijgen. Dan gaat het om het realiseren van het initiatief, maar ook om het gebruik van groen in de zorg. We zijn enkele voorbeelden tegengekomen waar dit ook expliciet gebeurt. De *Nieuwe Hoeven* heeft een project 'anders denken' opgezet dat medewerkers meer bewust wil maken van de mogelijkheden om natuur te gebruiken bij fysiotherapie en bewegen: "stoeptegels die niet recht liggen, boomstronk om overheen te klimmen/lopen, echte fietsen in de natuur i.p.v. hometrainer binnen" (Bouwma et al., 2020, p. 94). Het verhaal over de waarde van natuur in de zorg wordt ook uitgedragen richting bezoekers van instellingen, om er meer bekendheid aan te geven. Soms komt naar voren dat het uitdragen van het verhaal belangrijk is, maar wordt uit de literatuur niet duidelijk of hier ook een activiteit op wordt gezet.

Om toegang tot financiering te krijgen bij het verlenen van de zorg in het groen, kan het overtuigen van relevante partijen aan de orde zijn. Een voorbeeld betreft de huisarts die verzekeraars heeft benaderd ten behoeve van wandelen met patiënten. Initiatieven die voor WMO-financiering in aanmerking willen komen, moeten ambtenaren van de gemeente, die een rol hebben in de indicatiestelling of selectie van zorgverleners, overtuigen van de waarde van hun groene initiatief. Daarmee wordt ook het denken van de ander beïnvloed.

Waar initiatieven aangeven dat zij geen voor de hand liggend budget vonden om hun initiatief te realiseren, is aannemelijk dat is geprobeerd relevante partijen te overtuigen met het verhaal over de waarde van het groen voor de zorgverlening. Een voorbeeld hiervan is *Ons Stekkie* (Bouwma et al., 2020), waar het verhaal over de beweegtuin bij de dagopvang en de waarde ervan uitgebreid is verspreid, bijvoorbeeld met flyers voor ondernemers en de gemeenschap ten behoeve van sponsoring. Meestal wordt in de literatuur niet echt expliciet gemaakt wat de rol van 'het verhaal' was bij het overtuigen ten behoeve van het vinden van financiering. Voorbeelden van voor de hand liggende partijen voor de financiering die zijn benaderd zijn o.a. gemeenten.

Culturele strategieën: aantrekkelijker/toegankelijk maken van groene zorg door er bijvoorbeeld identiteiten en rollen aan te koppelen

We zien deze strategie op twee manieren terug: 1. doordat een instelling of zorgaanbieder haar identiteit koppelt aan groen en de plek van natuur binnen de zorg die ze verleent; en 2 door de keuze van personeel groene zorg expliciet een rol te geven binnen de instelling.

Dagopvang *Ons Stekkie* (Bouwma et al., 2020) draagt uit dat zij een zorglocatie zijn waar buiten zijn en buiten bewegen centraal staat. Zij koppelen hun eigen identiteit daaraan. Dit zien we ook bij 'groene re-integratie' en groene leefstijl-programma's.

Hassink et al. (2017) doen de aanbeveling dat zorgboeren, die niet gewend zijn om zich te presenteren, meer gebruikmaken van deze strategie, met name richting gemeenten, die een rol hebben bij de selectie van zorgaanbieders en de indicatiestelling. Dat zou kunnen bijvoorbeeld door het uitdragen van een gezamenlijke visie: zorgboeren zouden zichzelf op regionaal niveau beter moeten organiseren en een gemeenschappelijke visie moeten uitdragen naar gemeenten (Hassink, 2017).

Bij zorginstelling de *Nieuwe Hoeven* wordt, ten tijde van het onderzoek (Bouwma et al., 2020), overwogen om bij het aanstellen van nieuw personeel te kiezen voor een beweegcoach in plaats van een fysiotherapeut. Door expliciet personeel te werven dat de natuur benut binnen de zorg, kan het initiatief bijdragen aan het toekennen van rollen voor groene zorgverleners binnen de zorg.

Politieke strategieën: visievorming, lobby, agendering, coalitievorming

Deze vorm van institutionele beïnvloeding zijn we vrijwel niet (expliciet) tegengekomen bij de voorbeelden van zorg verlenende initiatieven uit de literatuur. Wel worden bijvoorbeeld bij de *Nieuwe Hoeven* provincied medewerkers, burgermeesters, mensen van zorgverzekeraars, van het UWV en van gemeenten uitgenodigd om op bezoek te komen; verwacht kan worden dat hiermee politieke beïnvloeding plaatsvindt. In de literatuur komen verder geen initiatieven naar voren die zich actief mengen in lobbyactiviteiten of anderszins politiek actief zijn. Wel zijn veel zorginstellingen aangesloten bij (lokale) preventieakkoorden en

de Green Deal Duurzame Zorg (zie volgende hoofdstuk); hun bijdrage aan deze coalities lijkt vooral als deelnemer te zijn, hoewel we niet weten op welke manier ze bij deze netwerkvorming betrokken zijn.

Technische strategieën- demonstreren, educatie, leer-community's, onderzoek

Natuurorganisaties en zorginstellingen zoeken onderling samenwerking op om elkaars kennis en mogelijkheden aan te vullen. TBO's verzorgen trainingen en een enkele keer wordt dat door zorginstellingen gedaan (Sensea/ Buitenpsychologen – zie Hoofdstuk 4). Er zijn een paar voorbeelden van betrokkenheid van externe deskundigen bij de aanleg van een tuin. Een architect en een docent van Hall Larenstein ontwerpen respectievelijk de tuinen voor *chemotuin, ziekenhuis Tergooi in Hilversum* en voor forensische kliniek *De Woenselse Poort*. Het is uit de literatuur niet altijd duidelijk of deze trainingen en expertise ook naar buiten worden verspreid, naast de interne functie die ze hebben binnen de betreffende instellingen; het is niet duidelijk of hiermee breder instituties worden beïnvloed. Initiatieven nemen deel aan leer-community's, bijvoorbeeld de initiatieven die subsidie ontvangen van de provincie Overijssel, die ook onderdeel zijn van een leernetwerk (Bouwma et al., 2020). Het is echter niet bekend of initiatieven zelf ook leer-community's e.d. opzetten. Ook zijn er initiatieven of initiatiefnemers die deelnemen aan onderzoek. Bijvoorbeeld een huisarts (Rutten et al., 2015) werkte mee aan een haalbaarheidsstudie naar draagvlak en financieringsmogelijkheden voor groen wandelen in de praktijk⁸⁸ en gaf nascholing aan collega-huisartsen over bewegen in groen (Rutten et al., 2015). Hiermee nemen zorg verlenende initiatieven ook een overkoepelende rol in (zie Hoofdstuk 4).

Technische strategieën: standaardiseren

Zorg verlenende initiatieven kunnen bijdragen aan 'standaardiseren' wanneer ze een concept hebben dat ze proberen over te dragen aan anderen. De Nieuwe Hoeven is een voorbeeld van een instelling die een concept uitdraagt, de Carroussel groen- overdraagbaarheid is wel gebonden aan instellingen in een groene omgeving. Het enige groene zorg-initiatief dat binnen de zorg erkend is (opgenomen in de databank Gezond leven van en in de databank met effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut), is Natuursprong, een spelprogramma van SBB voor kinderen in achterstandswijken. Of dit ook leidt tot het overdragen van (elementen uit) het concept naar anderen, is niet bekend.

⁸⁸ <https://www.rvo.nl/subsidies-regelingen/projecten/groen-wandelen-de-praktijk-%E2%80%93-fase-1-haalbaarheidsonderzoek>.

4 Overkoepelende initiatieven en partijen

4.1 Introductie

In dit hoofdstuk beschrijven we overkoepelende initiatieven en partijen die een rol hebben bij opschaling. Dit zijn initiatieven en partijen die zich richten op het bevorderen van de inzet van groen en natuur in de zorg zonder zelf zorg verlenend te zijn of die dit naast de eigen zorgverlening doen. Hierbij nemen we ook (individuele) partijen mee die groene zorg kunnen bevorderen door ernaar door te verwijzen, zoals huisartsen, of deze in hun aanbod kunnen opnemen of vergoeden (de inkopers, zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren), ook als we in deze verkenning geen voorbeelden zijn tegengekomen dat ze dit ook al in de praktijk doen. In paragraaf 4.2 beschrijven we de variatie van deze partijen (typen partijen en wat doen ze). Achtereenvolgens bespreken we partijen uit de zorg; partijen uit de natuursector; zorginkopers/en doorverwijzers als aparte groep; overheden; samenwerkingsverbanden met overheden; en overig. In paragraaf 4.3 bespreken we de barrières en kansen die deze partijen tegenkomen, voor anderen of zichzelf, of voor opschaling. In paragraaf 4.4. beschrijven we de activiteiten van deze partijen in termen van institutionele beïnvloeding.

4.2 Variatie in overkoepelende initiatieven en partijen

We hebben vier typen partijen onderscheiden: vanuit de natuursector, vanuit de zorg (met een zorgachtergrond of met een formele rol in de zorg), overheden of samenwerkingsverbanden met overheden en overige partijen.

Vanuit de zorg

Zorgverleners bieden onderwijs en cursussen

We komen twee keer zorgverleners tegen die naast het verlenen van zorg ook een overkoepelende rol innemen, beide keren doordat ze onderwijs geven. Het eerste voorbeeld is het project 'Groene Zorg toolkit', van Sensa,⁸⁹ Sensa is een multiculturele zorginstelling voor jeugdigen, gezin, volwassenen en ouderen (ggz). Naast het benutten van groen in de zorg binnen de eigen instelling, vindt ook training van professionals plaats en wordt een groene toolkit ontwikkeld, o.a. om (de waarde van) groene zorg te kunnen communiceren naar partijen met wie de instelling samenwerkt, zoals gemeenten en zorgverzekeraars. Om de toolkit te delen met andere zorginstellingen, wordt de Groene Zorg toolkit ook gepubliceerd op de website van ZonMw. De centrale vraag is hoe groene zorg ingebed kan worden in de reguliere processen, op een manier die het werken met groene zorg voor ambulante begeleiders faciliteert. Hiervoor doen ze onderzoek samen met onderzoekers van Wageningen University & Research.⁹⁰ Sensa krijgt hiervoor subsidie van ZonMw, de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Het tweede voorbeeld zijn de Buitenpsychologen⁹¹: twee psychologen benutten zelf groen in hun behandelingen, maar verzorgen ook trainingen en leiden anderen op tot buitenpsycholoog (ggz) (zie ook Hoofdstuk 3).

Intermediaire (zorg)organisatie ggz ondersteunt zorgverleners en zet zich in voor bewustwording en informatie

Een organisatie die zich bezighoudt met ondersteuning, speciaal van ggz-zorg, is de Stichting Green Mental Health.⁹² Deze stichting "stelt zich ten doel innovatieve projecten en projecten te realiseren, die liggen op het raakvlak van natuur en mentale gezondheid en die bijdragen aan het actief herstel van mensen met

⁸⁹ Gevonden via: https://www.zonmw.nl/nl/zoeken/?tx_zonmwsearch_searchresultpi%5Bq%5D=groene+zorg

⁹⁰ <https://sensazorg.nl/de-waarde-van-de-natuur-voor-sensa-zorg/>

⁹¹ <https://www.debuitenpsychologen.nl/>

⁹² NFH, 2020-1

psychische problemen”.⁹³ Ook zet de stichting zich in voor bewustwording en informeren van een breed publiek over behandel- en begeleidingsmethoden in de ggz. “*Dit doen wij onder andere door een breed publiek en in het bijzonder beleidmakers en financiers van de geestelijke gezondheidszorg, te informeren over nieuwe behandel- en begeleidingsmethoden. Samen met onze zorg- en groene partners ontwikkelen wij nieuwe zorgprogramma’s, producten en diensten*”. De Stichting Green Mental Health organiseert samen met het IVN en de organisatie Nature for Health het project Groene GGZ. Zij proberen om de instellingsterreinen biodiverser te maken en het buiten behandelen van cliënten te bevorderen.

De opgeheven Beroepsorganisatie voor groene zorg

De Beroepsvereniging Groene Zorg (BVGZ) (*inmiddels opgeheven*) werd opgericht in 2011, met als doel het bevorderen van de professionaliteit van de leden. De vereniging hield zich bezig met uitwisseling van kennis en ervaring, het signaleren van ontwikkelingen en wilde een bijdrage leveren aan de erkenning van het vakgebied groene zorg (Bonekamp en Kroon, 2015; Langers en De Boer, 2013). Iedereen die mensen in natuur of tuin begeleidt door middel van tuin- of wandel-coaching kon zich bij deze beroepsvereniging aansluiten.⁹⁴ De beroepsvereniging ondernam al in 2013 kleine stappen voor “methodiekbeschrijving - het sturen, observeren en rapporteren van tuintherapeuten aan de hand van medische en psychologische standaarden” (Langers en De Boer 2013, p. 33) en “werkte aan een beroepsprofiel voor de groene zorgverlener, om de positie van het beroep en de uitoefening daarvan te bevorderen en te bewaken” (Langers en De Boer 2013, p. 34).

Vereniging Arts en Leefstijl – verspreiden materialen groene leefstijl voor huisartsen

“Vereniging Arts en Leefstijl ziet leefstijlgeneeskunde als fundament voor zowel preventie als de behandeling van diverse chronische aandoeningen”.⁹⁵ Vereniging Arts en Leefstijl zet zich “in om leefstijlgeneeskunde samen met zorgprofessionals, patiënten, de overheid en zorgverzekeraars te implementeren”.⁹⁵ De vereniging biedt bijvoorbeeld via het ‘Leefstijlroer’ een hulpmiddel ter ondersteuning van het gesprek van de zorgprofessional met zijn patiënt over leefstijl. Hierin is de natuur ingaan opgenomen als een van de onderdelen waarop een patiënt zijn leefstijl kan verbeteren.⁹⁶ Vereniging Arts en Leefstijl verspreidt ook materiaal van het project Groene Leefstijl in de eerste lijn onder hun achterban (Postma, 2020).

Zorginkopers en ‘doorverwijzers’: zorgverzekeraars (Zvw), zorgkantoren (Wlz), gemeenten (Wmo) en huisartsen als doorverwijzers

Zorgverzekeraars nemen initiatieven

Hoewel we geen zorgverzekeraars zijn tegengekomen die ‘groene zorg’ via het basispakket of aanvullende verzekeringen vergoeden (zie paragraaf 4.3), zijn er wel initiatieven van zorgverzekeraars om of het bewustzijn van de betekenis van natuur voor gezondheid te vergroten, of die het benutten van natuur in de zorg stimuleren. De activiteiten van de in de literatuur genoemde zorgverzekeraars zijn gericht op hun verzekerden. Langers en De Boer (2013) signaleerden dat Menzis een korting bood op de zorgpolis voor leden van Natuurmonumenten en dat Achmea betrokken was bij de opzet van behandelprogramma’s in de natuur voor stressgerelateerde ziekten. Bij Achmea loopt ten tijde van deze studie een onderzoek om te kijken welke behandelingen die worden vergoed, nu ook buiten kunnen (interview). Zorgverzekeraar De Friesland benadrukt het belang van natuur voor gezondheid door donaties aan een collectief van natuurorganisaties en biedt verzekerden die lid zijn van een van deze natuurorganisaties de mogelijkheid van een collectieve verzekering met korting (het Groen & Fit Collectief).⁹⁷

Individuele zorgverzekeraars richten zich, mede ingegeven door de Green Deal Duurzame Zorg (zie verderop, bij Samenwerkingsverbanden tussen overheden en andere partijen), op *duurzaamheid* in brede zin met thema’s als milieu, afval, energiebesparing en het verminderen van CO₂-uitstoot. Hoewel dit geen activiteiten betreft die zijn gericht op het benutten van natuur in de zorg, biedt met name de in de Green Deal opgenomen pijler ‘Gezond makende leef- en verblijfsomgeving’, hoewel klein, volgens de geïnterviewden toch kansen voor de aanleg of het benutten van groen in de zorg. Deelnemende partijen

⁹³ <https://ract.nl/green-mental-health/#:~:text=Stichting%20Green%20Mental%20Health%20stelt,van%20mensen%20met%20psychische%20problemen>

⁹⁴ <https://home.mediquest.nl/over-ons/portfolio/beter-in-het-groen/>

⁹⁵ <https://www.artsenleefstijl.nl/>

⁹⁶ <https://www.artsenleefstijl.nl/leefstijlroer>

⁹⁷ <https://www.defriesland.nl/zorgverzekering/collectieve-zorgverzekering/groen-en-fit>

kunnen zelf invullen wat ze onder deze pijler scharen en dit kan, naast bijvoorbeeld verlichting, ontwerp en inrichting of voeding, ook natuur of biodiversiteit zijn. Zo is in het zorginkoopbeleid 2022 van de zorgverzekeraars (bijvoorbeeld Menzis en VGZ) duurzaamheid benoemd. Een van de geïnterviewden verwacht dat dit kan leiden tot verzekeraars met een 'groen label', gericht op duurzame keuzes. *"Zo wordt er capaciteit vrijgemaakt om duurzaamheidsbeleid uit te werken. (...) Er beweegt van alles en ik verwacht ook wel binnen nu en twee jaar de eerste groene labels.* [NB Dit gaat om duurzaamheidslabels en niet over natuur in de zorg] (interview). Voor een zorgverzekeraar betekent het dat duurzame keuzes meer bespreekbaar zijn geworden dan voorheen. *"Wat misschien het belangrijkste is, we staan nu ervoor open om in ieder geval gesprekken aan te gaan. Bijvoorbeeld met een instelling die wil vergroenen en daarbij tegen inhoudelijke of financiële barrières aanloopt".*

Naast aandacht voor duurzaamheid, neemt de aandacht voor preventie toe bij zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld Menzis, CZ en Zilveren Kruis hebben een 'verkiezingspaper' geschreven waarin ze pleiten voor meer aandacht voor preventie. Ook arbeidsongeschiktheidsverzekeraar Movir investeert in preventie en biedt verzekerden de mogelijkheid van begeleiding door professionele (wandel)coaches (Langers en De Boer, 2013).

Zorgkantoren nemen duurzaamheid op in hun inkoopbeleid

Hoewel we geen individuele zorgkantoren tegenkomen die groene zorg bevorderen door dit te financieren, is inkoopbeleid in potentie wel bevorderend. Zorgkantoren (Wlz) worden in de literatuur niet genoemd, maar kwamen in een van de interviews wel aan bod. Ook ten aanzien van het zorginkoopbeleid bij de Wlz is onder meer duurzaamheid benoemd, en niet vastgelegd wat hieronder verstaan moet worden. Dat betekent dat een zorgkantoor daar net als de individuele zorgverzekeraars een keuze in heeft. Ze kunnen ervoor kiezen dat het hierbij bijvoorbeeld over isolatie gaat, maar ze kunnen er ook voor kiezen dat het over biodiversiteit gaat. Dit kan van betekenis zijn voor de grote ggz-instellingen die meedoen met bijvoorbeeld het eerder genoemde project Groene GGZ en die met zowel de Wlz als de ZVW te maken hebben en dit kan van invloed zijn op bijvoorbeeld de ouderenzorg of gehandicapte zorg, die wel alleen maar uit de Wlz gefinancierd wordt.

Gemeenten in hun rol als inkoper

Hoewel we geen individuele gemeenten tegenkomen die groene zorg extra bevorderen door dit bijvoorbeeld actief te promoten, worden gemeenten in hun rol als zorginkoper voor de Wmo (maatschappelijke ondersteuning/vaak dagbesteding) genoemd in de literatuur als partij die van invloed kan zijn op het bevorderen van groene zorgaanbieders (zie bijv. Hassink, 2017; RIVM, 2013; Bouwma et al., 2020). We komen gemeenten ten aanzien van initiatieven voor dagbesteding verschillende keren tegen in onze verkenning; bijvoorbeeld als indicatorsteller bij het initiatief Zorgend Landschap (Bouwma et al., 2020). Zorgend Landschap is financieel zelfstandig geworden doordat deelnemers een Wmo-indicatie van de gemeente kunnen ontvangen. Ook bij zorginstelling De Nieuwe Hoeven is via de gemeente een Wmo-budget beschikbaar voor mensen die in de dagopvang verblijven en o.a. werken in het groen. Buist et al. (2018) geven aan dat verschillende gemeenten kansen zien voor groene dagbesteding. Gemeenten nemen zorgboerderijen op in hun aanbod van zorgaanbieders voor de Wmo-zorg.

Huisartsen in hun rol van doorwijzers

Huisartsen die verwijzen naar groene wandelcoaches of groene leefstijlcoaches komen we in de literatuurverkenning niet veel tegen. Een van de geïnterviewden noemt dat huisartsen doorverwijzen naar groene zorg, in een samenwerkingsverband: *"In Rotterdam is er de Groene Connectie, waar huisartsen gekoppeld zijn aan de groene omgeving, route, tuin, waar zij cliënten naar kunnen verwijzen. Daar combineer je Groene Zorg met Sociaal Groen. Dat heet Groen op recept"* (interview). (Overigens moet dit initiatief niet verward worden met de website *Natuur op Recept*).

Doorverwijzing naar (groene) leefstijlprogramma's is in ontwikkeling, en hier is nog een wereld te winnen (Postma, 2020) (zie paragraaf 4.3). Dat er ontwikkeling is op dit thema blijkt uit de interviews, die er bijvoorbeeld op wijzen dat de stichting Arts en Leefstijl samen met Alles is Gezondheid een toolkit heeft ontwikkeld met materialen voor de huisartspraktijk, die onder huisartsen wordt verspreid (zie Postma, 2020) (zie kader 3 in dit hoofdstuk).

Ook is er een website 'Natuur op recept', ontwikkeld door IVN en Nature for Health (<https://www.natuuroprecept.nl/>), waarmee ze de verwijzing door huisartsen naar de natuur willen

bevorderen. Hoewel deze website niet samen met artsen is ontwikkeld, staan op de website verschillende zorgprofessionals die hun steun uiten en de waarde van natuur op recept verwoorden.

Vanuit 'Alles is Gezondheid' wordt een webinar met ook de naam 'Natuur op Recept' georganiseerd (maart 2022) voor o.a. leefstijlcoaches, welzijnswerkers, buurtsportcoaches en wandelcoaches, en twee geaccrediteerde congressen/symposia voor huisartsen/zorggroepen.

Organisaties vanuit de natuursector

Intermediaire organisaties: ondersteunen zorgprofessionals en werken aan verspreiding en bewustwording

De meeste intermediaire organisaties die zich richten op het ondersteunen van zorgverleners die iets willen met groen of natuur komen vanuit de natuursector. Natuurorganisaties, zoals Natuur en Milieu en IVN, geven cursussen en advies bij zorginstellingen en/of houden zich bezig met het werven en opleiden van vrijwilligers (o.a. Bouwma et al., 2020) (zie Hoofdstuk 3). IVN Natuureducatie werkt in brede zin aan het verbinden van mens en natuur, natuur en gezondheid is daarbij een van de centrale thema's. Het IVN wil alle mensen van Nederland toegang bieden tot natuur en natuurbeleving, ook kwetsbare groepen. Zo heeft IVN in 'Grijs, groen en gelukkig' 171 zorginstellingen voor ouderen geholpen te vergroenen (ouderenzorg). Activiteiten die IVN aanbiedt, zijn naast bijvoorbeeld advies (bijv. de groenscan voor zorglocaties), ook het opzetten van groene activiteiten, workshops, trainingen of cursussen voor betrokkenen bij initiatieven. Daarnaast heeft het IVN in samenwerking met Nature for Health (NFH) en de stichting Green Mental Health, het project Groene GGZ opgezet, een samenwerkingsverband met een aantal grote ggz-aanbieders.

Nature for Health (NFH) is een stichting die in 2013 in het leven geroepen is, vanuit het Nederlandse bedrijf Van Helvoirt Groenprojecten, samen met een aantal Zweedse partners (o.a. de Zweedse landbouwuniversiteit). Het doel van de stichting is het op gang brengen van nieuwe bedrijvigheid op het vlak van natuur en gezondheid, met start-ups, nieuwe methodieken, diensten en producten. "De missie van NFH is het bevorderen van het inzetten van natuur ten behoeve van de kwaliteit van leven van mensen. (...) We proberen bruggen te slaan tussen wetenschap en praktijk en we proberen bruggen te slaan tussen de witte wereld in de zorg en de groene wereld in de zorg. Dat doen we door projecten mee op te zetten en projecten te begeleiden, op dat snijvlak" (interview). NFH organiseert verschillende typen bijeenkomsten ten behoeve van onderling leren en uitwisselen: werkinspiratiesessies en seizoensbijeenkomsten.⁹⁸ NFH richt zich nu op het vormen van een community en het in kaart brengen van (de kwalificaties van) de beroepsgroep van groene coaches, om hiermee de vindbaarheid vanuit bijvoorbeeld huisartsen te bevorderen. Hiermee vult NFH deels de werkzaamheden van de opgeheven Beroepsorganisatie Groene Zorg in.

TBO's dragen bij aan 'lobby', advies en verspreiding gedachtegoed

Samen met het IVN vormen de terreinbeheerders Staatsbosbeheer en Landschappen NL samen de Groene Alliantie voor natuur in de zorg. De alliantie streeft ernaar dat natuur niet alleen een structureel onderdeel wordt van de leefomgeving van mensen, maar ook van het Nederlandse zorgstelsel. "Om te voorkomen dat mensen ziek worden en om ervoor te zorgen dat mensen beter worden. Ook is het onze missie om een gezonde groene leefomgeving te verankeren in provinciaal en gemeentelijk ruimtelijk beleid."⁹⁹ Staatsbosbeheer is daarnaast bijvoorbeeld betrokken bij verspreiding van materiaal voor een groene leefstijl dat is ontwikkeld in een project van het netwerk 'Alles is Gezondheid' (zie verderop) (o.a. Postma, 2020) en er is vanuit SBB een medewerker met specialisatie Natuur en Gezondheid in deeltijd gedetacheerd bij Alles is Gezondheid.

Overheden

Het Ministerie van LNV is vanuit het natuurbeleid betrokken bij de vermaatschappelijking van natuur. Hiermee wil het de verbinding tussen de maatschappij en natuur versterken, en maatschappelijk initiatief voor natuur versterken. Het beleid voor natuur is grotendeels gecentraliseerd naar provincies (zie verderop), maar het Ministerie van LNV kwamen we bijvoorbeeld tegen als financier van een stimuleringssubsidie voor groene leefstijlinterventies (Postma, 2020) en eerder bij de ontwikkeling van huisarts-nascholing rond natuur en gezondheid (interview). Vanuit het Project 'Natuur Ontzorgt' zijn in de periode 2015-2017 circa 15 geaccrediteerde nascholingen voor huisartsen georganiseerd, in samenwerking tussen een huisarts en

⁹⁸ NFH, 2020-1

⁹⁹ <https://www.landschappen.nl/standpunten/groen-en-gezondheid>

adviseur publieke gezondheid, over "gezondheidseffecten van natuur voor huisartsen, met lesmaterialen zoals presentaties, werkvormen en literatuursamenvatting van wetenschappelijke bewijskracht en de fysiologische werking".¹⁰⁰ Verder is het Ministerie van LNV betrokken bij beleid voor een gezonde groene leefomgeving (zie bij Ministerie van VWS) en heeft het ministerie aandacht voor groen in de stad, waarbij ook gezondheid-bevorderende effecten van groen een rol spelen (zie bijv. De Vries, 2022). Voor groene zorg kan dit betekenen dat daarmee voorwaarden worden geschapen voor het verlenen van zorg in de openbare ruimte.

Vanuit het Ministerie van VWS is er, in samenwerking met andere ministeries, beweging op het gebied van een gezonde groene leefomgeving. De ministeries van VWS en LNV hebben het RIVM opdracht gegeven om een programma Gezonde Groene Leefomgeving in te richten, in samenwerking met ZonMw Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Het doel is beleidsmakers van gemeenten (ruimtelijke en sociale domein), GGD'en en andere professionals te helpen met kennis, data, infrastructuur en praktische instrumenten waarmee zij gezondheid meer integraal kunnen meenemen in hun beleid rondom de fysieke leefomgeving. Onderdeel van dit programma is het ontwikkelen van een kennisinfrastructuur op het gebied van groen en gezondheid, waarbij aandacht wordt besteed aan de rol die de zorgsector hierin kan spelen (Min. van VWS, 2021). Ook preventiebeleid van het Ministerie van VWS is relevant. Dit is niet alleen gericht op ziektepreventie (het voorkomen of vroeg signaleren van ziekten), maar ook op gezondheidsbevordering (het bevorderen van een gezonde leefstijl). Sinds 2019 is de gecombineerde leefstijlinterventie voor volwassenen onder voorwaarden opgenomen in de basisverzekering. Ook is er aandacht voor de gezondheids-bevorderende leefomgeving (Min. van VWS, 2007).

We komen in onze verkenning twee provincies tegen die zich bezighouden met de combinatie zorg en natuur vanuit het natuurbeleid. Bouwma et al. (2020) beschrijven: Overijssel heeft de Natuurvisie 'Natuur voor elkaar' waarin beleven, benutten en beschermen van natuur centraal staan. In Overijssel is Zorg en Groen een lopend beleidsthema en een categorie onder de subsidieregeling 'Natuur en Samenleving' vanaf 2016. In 2016 zijn vier projecten rondom zorg en groen opgestart, in 2017 en 2018 elk vijf en twee in 2019. Binnen het thema Zorg en Groen ligt de nadruk op het beleven en benutten van natuur. Naast de subsidie ondersteunt de provincie met kennis en met het netwerk Natuur en Zorg. Provincie Noord-Holland heeft vanuit haar programma Natuurlijk kapitaal aandacht voor de groene gezonde leefomgeving, met een leernetwerk en een programma Groene gezonde leefomgeving. Initiatieven die samenwerken in dit netwerk of hieruit voortgekomen zijn, zijn verzameld in het platform www.groenkapitaal.nl Hierin worden niet alleen natuurcombinaties met zorg, maar ook met landbouw of recreatie omschreven.

Gemeenten komen we, naast hun rol als zorginkoper Wmo, ook tegen als beleidsmakers voor groen in de openbare leefomgeving, waarbij aandacht wordt besteed aan de functie gezondheid bij het realiseren van meer groen in de stad (zie De Vries et al., 2022). Daarnaast komen we gemeenten tegen bij lokale preventieakkoorden, waarbij allianties ontstaan tussen groene- en zorgpartijen. Een voorbeeld is het Lokaal Preventieakkoord van Nijmegen (zie kader).

Lokaal preventieakkoord Nijmegen

De gemeente Nijmegen "wil een beweging creëren die bijdraagt aan het realiseren van een groene, gezonde stad in 'beweging'. Waar mensen – ook als ze ziek of kwetsbaar zijn – een betekenisvol leven leiden en waar de leef- en werkomgeving gezond gedrag stimuleert, ondersteunt en makkelijk maakt. Dat is de ambitie van het lokale preventieakkoord 'Groen, gezond en in beweging'". (Gemeente Nijmegen, 2019, p. 3). Het lokale preventieakkoord is een vervolg op het Nationale preventieakkoord en een stap boven op een eerdere samenwerking in Nijmegen op dit gebied, met als doel samen te werken aan gezondere inwoners in een gezonde stad. Het is een coalitie van een heleboel partijen, breder dan de zorg. Zorgpartijen die deelnemen zijn o.a. Radboudumc, GGD Gelderland-Zuid, CIHN, Coöperatie Integrale Huisartsenzorg Nijmegen, Coöperatie VGZ, Pluryn, ZZG Zorggroep en de gemeente Nijmegen. De coalitie zet zich in voor een gezonde leefomgeving en gezonde leefstijl (preventie), vanuit het concept positieve gezondheid. "De organisaties die direct betrokken zijn bij de gezondheidszorg nemen het initiatief om te onderzoeken hoe de infrastructuur voor preventie zo kan worden versterkt dat er meer aandacht in de gezondheidszorg komt voor het bevorderen van een gezonde leefstijl, het voorkomen van ziekten en bijvoorbeeld de inbedding van de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)" (Gemeente Nijmegen, 2019, p. 5). Dit kan kansen bieden voor koppeling van natuur en zorg; hoe dat werkt, hebben we niet nader kunnen onderzoeken.

¹⁰⁰ http://www.agnesvandenbergh.nl/SBIR_fase2.pdf

Samenwerkingsverbanden tussen overheden en andere partijen

We komen twee samenwerkingsverbanden tegen die relevant zijn voor het bevorderen van het benutten van natuur of groen binnen de zorg.

In 2015 werd de eerste Green Deal Duurzame Zorg gesloten: 'Nederland op weg naar duurzame zorg'. Hier zijn 133 partijen, zowel overheden als veel zorgpartijen, bij aangesloten, waaronder de Ministeries van VWS, LMB en BZK, GGZ Nederland, brancheorganisaties en individuele zorgaanbieders, het Nederlands Huisartsengenootschap, het Zorginstituut Nederland, de koepel van Zorgverzekeraars en groene partijen zoals het IVN. In 2018 is een nieuwe Green Deal Duurzame Zorg gesloten, deze keer (zie kader) gaat het in eerste instantie om het versnellen van de verduurzaming van de zorgsector via vier pijlers. Verschillende respondenten geven aan dat zij in de beginfase van de Green deal hebben meegedacht en hebben gelobbyd voor het opnemen van de pijler 4, Gezond makende leef- en verblijfsomgeving. Deze pijler agendeert het belang van een gezonde leefomgeving. Het RIVM noemt als voorbeeld het ontwerp en de inrichting van een gebouw, en noemt daarbij ook beleefstuinen.¹⁰¹

Pijler 4 Green Deal Duurzame Zorg: Een gezond makende leef- en verblijfsomgeving

1. Bij verduurzaming van de zorgsector gaat het ook om een omgeving die actief bijdraagt aan een gezond leef- en werkklimaat en de kwaliteit van de zorg.
2. Wanneer zorg en wonen samengaan, bieden de binnen- en buitenruimte mogelijkheden voor beweging en ontspanning. Een gezond makende (conform het concept positieve gezondheid) leefomgeving bevordert het herstelproces, welzijn en welbevinden en zo de kwaliteit van leven van patiënten, cliënten en zorgpersoneel.
3. Onlosmakelijk verbonden met een gezond makende leefomgeving binnen de zorg, is een integraal duurzaam en gezond voedsel- en voedingsbeleid.

(Green Deal 226 Duurzame zorg voor gezonde toekomst, 2019, p.6)

Het netwerk 'Alles is Gezondheid' is een landelijk netwerk van meer dan 3000 organisaties uit de publieke en private sector. Het is opgezet vanuit de overheid, aanvullend op wet- en regelgeving en aanvullend op gezondheidsprogramma's in het nationaal Preventieakkoord. Natuur en zorg is een van de onderwerpen binnen het netwerk dat is gestart in 2014. Aanvankelijk werd het onderdeel natuur en zorg getrokken door een gedetacheerde medewerker van SBB, later door [A. Postma], voor 2,5 dag per week. Er worden bijv. expertmeetings georganiseerd. Via de regionale netwerken van Alles is Gezondheid en hun kennisdossiers worden initiatieven en personen aan elkaar verbonden.

Voor het project Groene leefstijl in de eerste lijn (zie kader hieronder), dat wordt uitgevoerd met financiering van het Ministerie van LNV (Postma, 2020), zijn i.s.m. met de vereniging Arts en Leefstijl verschillende materialen ontwikkeld voor huisartsen om hen te faciliteren bij het doorverwijzen naar leefstijlprogramma's en bij het benutting van groen en natuur. Er zijn een Handleiding Natuur en Gezonde Leefstijl ontwikkeld, met stevig wetenschappelijk bewijs, een Samenvattingskaart Natuur en Gezonde Leefstijl met praktijkadviezen voor de huisarts en een patiëntenfolder Natuur en je gezondheid.¹⁰² En een verwijzkaartje om samen met kwetsbare patiënten in te vullen, bijv. door huisarts maar ook door buurtsportcoach of welzijnswerker. 'Alles is Gezondheid' financiert mede de communicatie van dit project.

¹⁰¹ <https://www.rivm.nl/green-deal-duurzame-zorg/gezondheid-bevorderen-door-goede-leefomgeving-zorginstellingen>

¹⁰² <https://www.allesisgezondheid.nl/nieuws/met-de-dokter-het-bos-in/>

Het project Groene leefstijl in de eerste lijn

“Het project Groene Leefstijl in de eerste lijn wordt met financiering van Ministerie LNV en Alles Is Gezondheid uitgevoerd. Doel is om na te gaan of en hoe een verblijf in de natuur binnen bestaande eerstelijnsleefstijlinitiatieven toegevoegd of geïntegreerd kan worden” (Postma, 2020, p. 6). Groen is binnen leefstijlprogramma’s niet als vast element ingebed; het project onderzoekt hoe dit komt. Het project richt zich op kansen die kunnen worden benut om leefstijlprogramma’s en beweegprogramma’s in groen en natuur te integreren en wil bijdragen aan materialen en methoden die huisartsen nodig hebben om hiernaar door te verwijzen. Het rapport *Succes en faalfactoren. Groene leefstijl in de eerste lijn* (Postma, 2020) biedt hiervoor aanbevelingen.

Overige partijen

De Beroepsvereniging Federatie Landbouw en Zorg¹⁰³ is de landelijke brancheorganisatie voor de zorglandbouw. De leden zijn 16 regionale organisaties, die ruim 800 zorgboeren vertegenwoordigen. “De Federatie Landbouw en Zorg brengt landbouw- en zorgpartijen bij elkaar en stimuleert samenwerking en innovatie. Ook is ze aanspreekpunt voor de landelijke overheid en ze behartigt samen met haar leden regionale en landelijke belangen.”¹⁰⁴ Er is een website van VWS waarop landelijk gezocht kan worden naar zorgboerderijen met ook informatie over een kwaliteitskeurmerk.¹⁰⁵

De (in 2020 opgeheven) website *Beter in het Groen* kwam tot stand op initiatief van gezamenlijke partijen uit de natuur-, zorg- en sportsector, met subsidie van het Ministerie van LNV. Deze bood een overzicht van activiteiten in de natuur ten behoeve van gezondheid en zingeving. De website was gericht op bekendmaking en verbetering van de toegankelijkheid van groene zorg en het ontsluiten van informatie over het gebruik van de groene leefomgeving voor het bevorderen van de gezondheid.¹⁰⁶ De database achter de website is overgegaan naar Nature for Health, die de mogelijkheden voor doorontwikkeling van de website onderzoekt, in het kader van de community rondom natuur en gezondheid die in ontwikkeling is.¹⁰⁷

Tabel 4.1 Overkoepelende initiatieven en partijen.

Type actor	Naam organisatie	Soort organisatie	Activiteiten
Zorgpartijen	Sensea	Zorginstelling, ggz	Onderwijs
	Buitenpsychologen	Gz-psychologen, ggz	Onderwijs
	Green Mental health	Stichting, ggz	Lobby, advies, verspreiden methoden
	Beroepsorganisatie groene zorg (opgeheven)	(voormalig) Beroepsorganisatie	Was; community vorming; in kaart brengen beroepsgroep; toegang tot zorgverzekeraars
	Vereniging Arts en leefstijl	Vereniging voor leefstijl geneeskunde	Verspreiden materialen, organiseren nascholing
Groene organisaties	IVN	Intermediaire organisatie	Advies, lobby, investeren in community's
	NFH	Intermediaire organisatie	Advies, lobby, investeren in community
	Groene Alliantie	Terreinbeheerders en intermediaire organisatie	Lobby bijv. t.b.v. opnemen leefomgeving in Green Deal Duurzame Zorg
Zorginkopers	Zorgverzekeraars (bijv. Menzis, de Friesland, Achmea)	Zorginkoper Zvw	Activiteiten voor onder de aandacht brengen en ondersteunen natuurorganisaties; (beperkt) onderzoek naar vergoedingen; aandacht voor duurzaamheid

¹⁰³ NFH, 2020- 5

¹⁰⁴ <https://www.zorgboeren.nl/overons>

¹⁰⁵ <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/opvang-en-tijdelijk-verblijf/zorgboerderij>

¹⁰⁶ <https://www.greendeals.nl/green-deals/beter-het-groen>

¹⁰⁷ NFH, 2020-4

Type actor	Naam organisatie	Soort organisatie	Activiteiten
	Zorgkantoren	Zorginkoper Wlz	Geen individuele activiteiten; wel duurzaamheid in zorginkoopbeleid; aangesloten bij de green deal??
	Gemeenten	Zorginkoper Wmo	Opnemen groene aanbieders in hun zorgaanbod
Huisartsen als doorverwijzers	Huisartsen (divers)	Doorverwijzers	Doorverwijzen naar bijv. leefstijlcoaches
Overheden	Ministerie van VWS	Ministerie	Preventiebeleid/programma groene gezonde leefomgeving
	Ministerie van LNV	Ministerie	vermaatschappelijking natuur
	Overijssel, Noord-Holland provincies	Provincies Overijssel, Noord-Holland	Netwerken, subsidie, leernetwerken
	Gemeenten (divers)	Gemeenten	Lokale preventieakkoorden
Publiek-private samenwerkingsverbanden	Netwerk Alles is Gezondheid	Publiek-privaat netwerk	Maatschappelijke beweging ten behoeve van gezondheid versterken en ondersteunen
	Netwerk Green Deal Duurzame Zorg	Brancheorganisaties, zorgaanbieders, overheden, bedrijven en kennisinstellingen	Bevorderen van duurzaamheid in de zorg
Overig	Beroepsvereniging Federatie Landbouw en Zorg	Beroepsvereniging	Vertegenwoordiging van zorgboeren
	Website beter in het groen (opgeheven)	Diverse organisaties o.a. uit de zorg, sport, natuur, LNV	Overzicht van activiteiten in de natuur ten behoeve van gezondheid en zingeving

4.3 Opschaling van de inzet van groen in de zorg: barrières en kansen

In deze paragraaf beschrijven we barrières en kansen voor opschaling vanuit de overkoepelende partijen. Per partij of per partijen bespreken we: wat kunnen deze partijen doen voor opschaling van natuur in de zorg en waar lopen ze tegenaan als ze dit (meer of vaker) willen doen?

Organisaties en actoren vanuit de zorg

Zorgpartijen met een rol bij het geven van onderwijs of het verspreiden van materialen en ondersteuning
 Onze verkenning bood geen inzicht in de barrières waar de zorgpartijen, die bijvoorbeeld onderwijs geven ter bevorderen van het benutten natuur in de zorg (Sensa, Buitenpsychologen, de organisatie Green Mental Health, en Vereniging Arts en Leefstijl), tegenaanlopen.

Beroepsverenigingen

Uit de inventarisatie komt naar voren dat er voor opschaling behoefte is aan beroepsverenigingen voor groene zorg, met het oog op het opnemen van zorg- en natuurcombinaties in aanvullende verzekeringen van zorgverzekeraars (zie verschillende routes voor opschaling in Hoofdstuk 5). Langers en De Boer (2013) geven aan dat "een positionering [van groene zorg, zoals wandelcoaches en tuintherapeuten] in de alternatieve hoek een strategische keuze kan zijn, gezien de tendens dat een toenemende groep cliënten vraagt om alternatieven voor de gangbare therapie." Zoals in paragraaf 4.2 bleek, zijn er in onze literatuur twee groene zorg-beroepsorganisaties aangetroffen, waarvan er een is opgeheven (beroepsorganisatie Groene zorg).

Over het belang van beroepsverenigingen wordt verschillend gedacht (zie Hoofdstuk 5). Voor het goed functioneren van een beroepsvereniging wordt in elk geval belangrijk gevonden dat zorgprofessionals die natuur benutten in de zorg, beter vindbaar zijn (communicatie) en dat er duidelijkheid komt over de kwalificaties waar ze over beschikken (accreditatie en certificering). Vanuit verschillende publicaties en de

interviews komen beide aspecten naar voren als de belangrijke stappen die gezet moeten worden om zorg en natuur dichter bij elkaar te brengen, overigens ook buiten het verband van een beroepsorganisatie. Het lukte de voormalige beroepsvereniging Groene zorg niet om een beroepsprofiel voor de groene zorgverlener op te stellen. Volgens enkele respondenten had de beroepsvereniging te maken met een te diverse groep zorgaanbieders. Er waren zowel groene coaches (overigens geen erkende of beschermde titel) aangesloten die een enkele cursus hebben afgerond als coaches met een hbo- of academische opleiding en een BIG-registratie.

De zorginkopers en doorverwijzers

De zorginkopers: zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten

Zorgverzekeraars

Kunnen zorgverzekeraars natuur-en-zorgcombinaties (vaker) vergoeden? Meerdere onderzoeken signaleren dat zorgverzekeraars groene zorg vaak niet vergoeden en zien dit als belemmering voor opschaling van groene zorg. Wetgeving speelt een belangrijke rol bij de vraag wat zorgverzekeraars kunnen vergoeden. De inhoud van het basispakket van zorgverzekeraars is wettelijk bepaald (Zvw). In het Besluit zorgverzekering (Bzv) staan de vormen van zorg opgesomd die in het basispakket zitten en hieronder vallen geen beroepen voor groene zorg. Vanuit het basispakket zijn de verzekeraars gebonden aan de vaststelling van dit pakket door het Ministerie van VWS en de Tweede Kamer. Er is alleen mogelijkheid tot vergoeding als behandelingen voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Dergelijke gegevens zijn wat betreft effecten van natuur op genezing van ziekten niet voorhanden. Er wordt ook in Nederland geen onderzoek gedaan naar effecten van natuur op genezing van ziekten, dat voldoet aan dergelijke strenge wetenschappelijke voorwaarden, zoals een Randomised Clinical Trial met duizenden patiënten + controlegroep.¹⁰⁸

Reguliere zorg die in het groen wordt verleend, kan wel worden vergoed. Bijvoorbeeld Langers en De Boer (2013) signaleren op basis van interviews met cliënten van wandelcoaches en tuintherapie: "Wandelcoachsessies van vrijwel alle respondenten zijn (deels) vergoed, onder meer door de zorgverzekeraar en een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar." Er is bij deze voorbeelden waarschijnlijk sprake van vergoeding van wandelcoachsessies door reguliere zorgverleners, die hun zorg buiten verlenen, en wiens behandelingen ofwel via het basispakket (eerstelijnszorg) of via aanvullende verzekeringen vergoed kan worden. Een geïnterviewde van een zorgverzekeraar illustreert dat het verlenen van groene zorg binnen bestaande reguliere behandelingen niet op belemmeringen stuit bij zorgverzekeraars. "Als je bestaande behandelingen combineert met het gebruik van groen, dus de psycholoog die naar buiten gaat voor zijn behandeling, dagbesteding in plaats van binnen enveloppen maken wordt moestuinonderhoud of groenbeheer, dat vergoeden we gewoon. Dat zijn keuzes over hóe zorg geleverd wordt. Daar hebben wij een stuk minder over te zeggen, dat ligt bij de professionals." Kansrijk voor het verzekeren van zorg en natuur is wanneer een arts of fysiotherapeut doorverwijst naar zorgverleners die BIG-geregistreerd zijn en natuur 'erbij' doen (accreditatie en certificering).

Bij de vorming van de Zorgverzekeringswet in 2006 is een 'knip' aangebracht tussen preventie (gemeente, Wet Publieke gezondheid) en curatie (ZVW, verzekeraars). Dit betekent dat zorgverzekeraars preventiebehandelingen niet mogen vergoeden, omdat het niet wettelijk is opgenomen (behalve enkele preventiebehandelingen wanneer er al sprake is van gezondheidsklachten of ziekte). Dit leidt ertoe dat zorg-en-natuurcombinaties (zoals wandel-coaching) die onder preventie vallen, niet kunnen worden vergoed. "Alleen preventie, daar hebben wij geen directe rol. Die coaching-sessies, het inrichten van groen etc., dat is duidelijk, dat vergoeden we niet. Wandelgroepen naast de fysiotherapeut om te zorgen dat mensen niet bij de fysiotherapeut komen, vergoeden we ook niet" (interview).

Verzekeraars lijken tot dusver ook geen aanvullende verzekeringen te hebben die zorg met het label groene zorg vergoeden. Een respondent illustreert: "We hebben het basispakket en we hebben onze aanvullende verzekeringen. In onze aanvullende verzekering hebben we zelf de keuze om dat op te nemen, waarvan wij denken dat verzekerden het belangrijk vinden. Fysiobehandelingen, respijtzorg, dat soort zaken, waarvan wordt gezegd, het is geen noodzakelijke zorg, maar het kan wel zorg zijn die of handig of goed is op dit moment. In onze aanvullende pakketten zit nog niks primair groens."

¹⁰⁸ bron: interview

“Voor de meeste zorgverzekeraars is investeren in groen en gezondheid daarnaast geen businesscase” (Rutten et al., 2015, p. 10). Een van de geïnterviewden illustreert dat onzekerheid of klanten van verzekeraars meer willen betalen voor polissen die speciaal inzetten op groene zorg (in de brede zin van het woord- dus duurzaamheid) een rol speelt bij keuzes daarover: “Blijven verzekeren bij een zorgverzekeraar als ze daar € 1 per maand meer moeten betalen, omdat deze duurzame keuzes maakt? En hoe bereiken we ze dan, met dat we die duurzame keuzes maken, als je ziet dat de meeste mensen toch switchen op basis van de premie? Vandaar dat de grote investeringen in duurzaamheid een gezamenlijke aanpak vragen.” Daarmee vormt financiering een tweede barrière voor zorgverzekeraars om meer te investeren in natuur-en-zorgcombinaties binnen de ruimte die ze wel hebben.

De kansen dat natuur-en-zorg-combinaties wel in het basispakket worden opgenomen, is op dit moment klein, o.a. vanwege de noodzaak van hard wetenschappelijk bewijs van de effecten van natuur op genezing bij ziekten. In de meeste literatuur wordt aangegeven dat meer bewijslast van effecten van groene zorg nodig is om partijen mee te krijgen, met name partijen in de curatieve sector en zorgverzekeraars (Kennis). Een geïnterviewde: “Om in het basispakket te komen, heb je bij enkele tienduizenden patiënten, in een randomised trial, met specifieke diagnose categorieën en specifieke gezondheidsmaten, harde gegevens nodig. Daar zijn harde eisen aan gesteld via het Zorginstituut met een werkwijze Stand van Wetenschap en Praktijk. Die harde gegevens hebben we niet. Dat soort onderzoek wordt er helemaal niet gedaan en dan kun je nooit aantonen dat het effect heeft, en al helemaal niet dat het kosteneffectief is. Zolang we dat niet kunnen aantonen, kom je niet, zelfs niet voorwaardelijk, in de verzekerde zorg.”

Er is in zijn algemeenheid informatie over het meer benutten natuur binnen de zorg, waarbij vooral binnen de curatieve sector belemmeringen zijn gevonden (zie ook Hoofdstuk 3). “Er zijn grote verschillen tussen het curatieve en preventieve veld. In elke sectie spelen andere mechanismen die belemmerend of bevorderend kunnen zijn voor groen. In elke sectie moet innovatie anders worden aangepakt” (Rutten et al., 2015, p. 11). Met name in het medische domein (curatieve sector) loopt men aan tegen de overtuigingen/waarden en kennis. Vanuit de literatuur vinden we veel bevestiging dat wetenschappelijke onderbouwing verder ontwikkeld moet worden (kennis). Bijvoorbeeld Rutten et al. (2015, p.12): “Vanuit de gezondheidszorg en de bestuurders een roep om meer effect-onderzoek, omdat men nog niet overtuigd is van het effect van groen.”

Langers en De Boer (2013) geven aan dat groen zorgaanbod volgens het Fonds Psychische Gezondheid (FPG) in het medische domein momenteel (nog) niet wordt beschouwd als volwaardige behandelmethode. Een respondent van de FPG (uit Langers en De Boer, 2013) geeft aan dat “wil je groen zorgaanbod op de kaart zetten als volwaardige behandelmethode dan is methodiekbeschrijving, certificering en onderzoek naar effectiviteit noodzakelijk”. Volgens Rutten (2015, p. 8) is “vanuit de medische hoek de interesse voor de kansen die groen biedt nog wisselend en afhankelijk van de persoonlijke drive”. Het is dus niet vanzelfsprekend. Medici en zorgverzekeraars zijn “in belangrijke mate georiënteerd op curatie en op individuen en minder op preventie en leefstijl. De organisatie en de financiering van zowel de medische als de groene sector is gegroepeerd rond deelspecialismen en in belangrijke mate gericht op het beheer van geld en goed” (Rutten, 2015; p. 8). Groene zorg vraagt niet alleen een andere blik op zorg, maar ook om een andere blik op gezondheid (waarden en overtuigingen): het vermogen van mensen om zich aan te passen en zelf de regie te pakken. Volgens Rutten et al. (2015) werkten gehanteerde definities van gezondheid een medicalisering lange tijd in de hand. Tegenwoordig is er meer aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid van mensen, voor leefstijl en voor het stimuleren van gezond gedrag, vanuit organisaties en beleid. Meer kansen zijn er bij welzijn en preventie: Bij veel voorbeelden van woon-zorglocaties en dagopvang (gericht op welzijn) signaleren medewerkers dat buiten zijn een gunstig effect heeft op cliënten, zonder dat er systematisch onderzoek is gedaan (Bouwma et al., 2020).

Zorgkantoren

Zorgkantoren kunnen, zoals eerder vermeld, keuzes maken m.b.t. langdurige zorg. Een deel van het budget voor WLZ-instellingen is voor huisvesting, een ander deel voor zorg. Met het huisvestingsdeel kan vastgoed worden ingericht. In het inkoopbeleid van de WLZ staat duurzaamheid, VWS legt daarmee op dat zorgkantoren iets moeten met duurzaamheid, maar er is niet vastgelegd hoe. Een van de geïnterviewden ziet hier een kans: “Als zorgkantoor kun je zelf accenten leggen. Wij vinden dat CO₂-reductie het belangrijkste is, dus daar willen we op inzetten. Of wij vinden de biodiversiteit ook belangrijk. Als je daar dus op inzet, dan heb je ook recht op die ene procent extra.” Zorgkantoren kunnen aanbieders makkelijker dan

zorgverzekeraars beïnvloeden bij hun keuze, omdat er maar één zorgkantoor is per regio. "Dus op het moment dat het zorgkantoor iets vindt, hoeft het kantoor niet met verschillende andere verzekeraars nog afspraken te maken." (interview)

Gemeenten

Met de overgang van de AWBZ naar WMO in 2015 is de extramurale begeleiding, waaronder dagopvang voor mensen met dementie, onderdeel geworden van de WMO en zijn gemeenten verantwoordelijk voor de organisatie en financiering. Omdat de stelselherziening uiteindelijk ook gepaard is gegaan met kortingen op het beschikbare budget, moeten gemeenten keuzes maken. Dit betekent dat niet iedere (groene) zorgaanbieder per definitie in aanmerking komt voor opname in het gemeentelijke voorzieningenaanbod en dit kan gevolgen hebben voor het gangbaar maken van groen zorgaanbod. Dit is als een mogelijke barrière gesignaleerd, die voortkomt uit een combinatie van wetgeving en financiering en die te maken heeft met waarden en overtuigingen binnen een gemeente of van zelfs een individuele ambtenaar. Wij hebben vanuit de literatuurstudie en interviews echter niet in beeld gekregen hoe gemeenten deze keuzes maken. We zijn enkele voorbeelden tegengekomen waarbij het gelukt is om WMO-geld te krijgen voor groene zorg (bij woonzorginstellingen in combinatie met dagopvang), maar we zijn geen voorbeelden tegengekomen waarbij het verkrijgen van Wmo-budget of opname in het zorgaanbod van een gemeente is vastgelopen.

Huisartsen als doorverwijzers

Dat doorverwijzingen naar wandel- en natuurcoaches door huisartsen niet voldoende zijn ingebed, wordt in de literatuur regelmatig als een belemmering gezien voor opschaling van groene zorg. Langers en De Boer (2013) signaleren dat groene zorg bijvoorbeeld niet is opgenomen in de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) voor de diagnostiek en behandeling van aandoeningen die veelvuldig in de huisartsenpraktijk voorkomen. Bijvoorbeeld in de richtlijn voor psychische problemen ontbreekt aandacht voor groene zorg. Gebrek aan wetenschappelijk bewijs omtrent de effectiviteit van 'groene' behandelingen bij depressie speelt hierbij een rol (Langers en De Boer, 2013). Om opgenomen te worden als richtlijn, moet de effectiviteit wetenschappelijk bewezen en gepubliceerd zijn in bij voorkeur Engelstalige medische tijdschriften of conform ZINL-criteria¹⁰⁹ van Stand van Wetenschap en Praktijk (kennis). Het versterken van de wetenschappelijke basis lijkt breder nodig binnen de deelsector 'cure' dan alleen bij huisartsen. Postma (2020) geeft ook andere belemmeringen voor huisartsen om door te verwijzen naar (groene) leefstijl of leefstijl in het algemeen. Hieronder vallen de taakopvatting (vaak vindt een huisarts preventie en leefstijladvisering geen taak of ziet hij/zij het voordeel niet), kennis (veel artsen zijn niet op de hoogte van de gezonde werking van natuur, men kent de effecten niet), maar ook twijfel over kwalificaties van groene zorgaanbieders en het niet makkelijk kunnen vinden van (gekwalficeerde) zorgverleners (Normen/waarden; kennis; accreditatie en certificering; communicatie).

Van den Berg (2015, p.3) signaleert wel steeds meer bewijslast van de baten van groen, zowel preventief, als "ondersteunend aan het herstellend vermogen van de mens". Hier is ook inmiddels redelijk veel onderzoek naar gedaan. De ontwikkeling van materiaal dat deze bewijzen in kaart brengt voor huisartsen, bijvoorbeeld door Postma et al. (2021), is een kans om verder op te schalen via huisartsen. Kennis is ook van belang voor cliënten, bijvoorbeeld via informatie in wachtkamers van huisartsen.

Organisaties vanuit de natuursector

Intermediaire organisaties: ondersteunen zorgprofessionals en werken aan verspreiding en bewustwording

Vanuit de interviews met respondenten die zich bezighouden met het bevorderen van de combinatie natuur en zorg, wordt aangegeven dat 'groene partijen' nog de overhand hebben en meestal initiatiefnemer zijn (zeker in de curatieve sector en preventie; mogelijk ligt dat anders in de ggz, langdurige zorg en dagbesteding) en dat het nog lastig is om vanuit de groene invalshoek verbindingen te leggen en ingangen te vinden bij zorgprofessionals en belangrijke gerenommeerde organisaties in de zorg of de medische sector (samenwerking). Het bevorderen van de samenwerking tussen zorgpartijen en groene partijen wordt ook in de literatuur benoemd als kans. Rutten et al. (2015, p. 8) signaleren dat "er nog geen vanzelfsprekende koppeling is tussen het groene- en het zorgdomein". Samenwerking tussen nieuwe initiatieven van re-integratieprojecten en hoveniers die groenonderhoud binnen gemeenten uitvoeren, kan kennisleemtes t.a.v. groen bij deze initiatieven verminderen (Hassink, 2017). Een ander rapport signaleert dat groene zorg vraagt

¹⁰⁹ Zorginstituut Nederland

om nieuwe samenwerkingen, bijvoorbeeld tussen GGD, buurtsportcoaches, huisartsen, wijkteams, ggz, natuurorganisaties en wijkteams (Bonekamp en Kroon, 2015). Toch wordt ook gesignaleerd dat de natuur en zorgsector naar elkaar toe bewegen. Een geïnterviewde illustreert dit: *"Het zijn nog steeds wel het meest de groene partijen die mij weten te vinden en overheden die iets met groen willen. Maar toch ook steeds makkelijker kom ik bij andere instituten binnen. Waar ik bij het Instituut voor Positieve Gezondheid een jaar geleden dacht, nou ik geef het op, staan ze nu te dringen om samen te werken. Iedereen ziet daar nu de toepassing van. Corona heeft wat dat betreft veel goed gedaan. De waarde van buiten en van natuur wordt nu breed erkend"* (interview). Van belang is dat onderzoek vanuit de medische sector wordt aangestuurd en dat gerenommeerde partijen in de zorg zich achter het onderzoek en de verspreiding van gedachtegoed en materialen gaan scharen. Een geïnterviewde geeft aan: *"Daar is nu vaak geen budget voor (financiering) en ook zijn medische onderzoeksgroepen maar mondjesmaat geïnteresseerd, vaak vanwege onbekendheid met werking en evidence (samenwerking, kennis)."*¹¹⁰ Een aanvullende barrière voor intermediaire organisaties is dat er vaak geen budget is voor activiteiten die ondernomen worden voor het bevorderen van de combinatie natuur en zorg (financiering).

TBO's dragen bij aan 'lobby', advies en verspreiding gedachtegoed

We hebben in onze verkenning geen barrières gezien voor TBO's die bijdragen aan lobby en verspreiding van het gedachtegoed. Vanuit de interviews wordt wel aangegeven (zie ook de alinea hierboven) dat het belangrijk is dat groene partijen nog meer leren over de zorg om hier meer aansluiting bij te vinden (kennis).

Overheden

Overheden en samenwerkingsverbanden met overheden

Binnen het Ministerie van VWS is nu aandacht voor de gezonde leefomgeving, dit is nieuw. Dat betekent echter niet dat er ook al een integratie plaatsvindt van natuur binnen andere domeinen van het ministerie, zoals de curatieve sector (overtuigingen en samenwerking). Hassink et al. (2017) signaleren ook schotten tussen afdelingen, bijvoorbeeld tussen participatie, werk en inkomen en de Wet maatschappelijke ondersteuning binnen gemeenten, als een belemmering. Weghalen van schotten kan helpen bij het beter koppelen van doelen en financiële middelen van verschillende beleidsterreinen, waardoor meerdere doelen met het groen behaald kunnen worden en er meer budget beschikbaar is (samenwerking).

Een belangrijke kans voor zowel gemeenten als provincies is gelegen in het bevorderen van leren en uitwisselen (netwerken en samenwerking; kennis). Bouwma et al. (2020) zien een rol voor provincies bij het uitdragen van het verhaal bijvoorbeeld via een platform: ter inspiratie, om ervaringen te delen, mensen enthousiast te maken en om kennis en ervaringen uit te wisselen. Belemmering kan zijn dat provincies geen formele rol hebben in het zorgdomein, maar vanuit het natuurbeleid zijn er wel kansen. Ook zijn provincies betrokken vanuit hun taak voor een gezonde leefomgeving en milieu. Zij stimuleren in enkele gevallen samenwerking op de natuurcombinatie Natuur en Gezondheid en financieren dat ook, bijv. in Noord-Holland (al sinds 2016) en in Overijssel (sinds 2020). Hassink et al. (2017) zien heil in een leernetwerk van gemeenten voor de uitwisseling over het geven van een invulling aan de WMO, de Participatiewet en andere veranderingen in het sociale domein: samen zoeken naar de juiste terminologie en instrumenten om doelen te bereiken, en manieren om te komen tot ontschotting.

Een samenwerkingsverband als de Green Deal Duurzame Zorg is een kans voor het vergroenen en benutten van groen binnen de zorg en laat tegelijkertijd vrij wat instellingen eraan willen doen. De verschillende respondenten benadrukken wel dat de pijler Gezonde leefomgeving maar een klein onderdeel is in het geheel en dat het invullen van deze pijler binnen bij de Green Deal aangesloten instellingen nog een uitdaging op zich is. Met name vanwege de focus op milieu, is de bij de Green Deal betrokken afdeling vaak de vastgoedafdeling van een instelling.

Overige partijen

Federatie landbouw en zorg

We zijn geen barrières tegengekomen in onze verkenning.

¹¹⁰ Interview

4.4 Beïnvloeding van instituties

Deze paragraaf geeft zicht op de activiteiten voor institutionele beïnvloeding van overkoepelende partijen. Hierbij maken we gebruik van de strategieën van een artikel van Van Doren et al. (2020) en kijken we naar welke instituties hiermee beïnvloed worden. Institutionele beïnvloeding kan direct en indirect plaatsvinden. Als partijen bewust bezig zijn met het faciliteren en gangbaarder maken van groene zorg, spreken we van directe beïnvloeding.

Technische strategieën

Demonstreren, educatie, leer-community's, onderzoek

Onder technische strategieën komen we *educatie/cursussen/advies* tegen. Hieronder valt de begeleiding door intermediaire organisaties uit de groene hoek van zorgstellingen die groen een plek willen geven in hun instelling in de vorm van 'advies op maat', denkkracht en trainingen (bijvoorbeeld IVN, Natuur en Milieu). Andere voorbeelden zijn het Natuur-educatief herstellpakket van IVN voor de kinderpoli van het Reinier de Graaf ziekenhuis of een workshop voor ggz-medewerkers onder het project Groene GGZ van IVN en NFH (2021). Er zijn twee voorbeelden van onderwijs vanuit de zorgsector zelf, waarbij zorgverleners ook trainingen verzorgen (Sensea Toolkit en De Buitenpsychologen).

Voorbeelden van leer-community's zijn het leernetwerk in Overijssel, leer- en uitwisselingsbijeenkomsten van NFH, Leren door doen (IVN) en het leernetwerk Gezondheid en natuur in Noord-Holland van het provinciale programma Groen Kapitaal: *"In dat hele terrein van natuur en gezondheid ben ik vanaf 2016 met de provincie Noord-Holland bezig geweest met het actieve netwerk daar, groene gezonde leefomgeving. Dat is ontstaan als lerend netwerk, omdat ik zei, er zijn heel veel groene partijen die willen, maar er zijn bijna geen zorgpartijen die het willen. Als je ze wilt benaderen, dan moeten we ervoor zorgen dat natuurorganisaties en initiatieven die zijn ontstaan vanuit die sector snappen hoe de complexe en uitgebreide zorg in elkaar zit. Dus jullie moeten wat gaan leren daarover."* (interview)

Een voorbeeld van *Demonstreren* is het materiaal voor huisartsen met betrekking tot het benutten van groen en natuur bij leefstijlinterventies. Dit materiaal is ontwikkeld na onderzoek en bedoeld om onderzoek, beleid en praktijk met elkaar te verbinden. Demonstreren en educatie komen we vooral tegen ten behoeve van zorgverleners die iets willen gaan doen, minder ten behoeve van het overtuigen van anderen. Ook de eerdergenoemde geaccrediteerde nascholing voor huisartsen (in de periode 2015-2017) over de werking van natuur voor gezondheid valt onder demonstreren.

De laatste jaren zijn er veel onderzoeken over de waarde van natuur en gezondheid, zie ook de rapporten die in deze inventarisatie zijn meegenomen. De intermediaire organisatie ZonMw stimuleert en faciliteert onderzoek. RIVM Centrum Gezond Leven wil gezond leven bevorderen door kennis, interventies en praktijkvoorbeelden actief te verzamelen én te verspreiden en door het ondersteunen van professionals, o.a. via het loket gezondleven.nl.

Standaardiseren

Standaardiseren (bijv. ontwikkeling van methodieken en richtlijnen) is in de zorg belangrijk en om binnen de zorg geaccepteerd te worden, moeten deze richtlijnen ook geaccrediteerd worden. De recent erkende leefstijlinterventies laten zien dat dit kan, maar betreffen geen groene voorbeelden. De basisverzekering vergoedt op dit moment de vier erkende gecombineerde leefstijlinterventies: Samen Sportief in Beweging, de BeweegKuur, SLIMMER en Cool. Deze hebben echter geen element van natuur als standaardaanpak in hun werkwijze geïntegreerd. Van de echt groene programma's is Natuursprong, een spelprogramma van SBB voor kinderen in achterstandswijken, als enige erkend en opgenomen in de databank Gezond leven (van RIVM Centrum Gezond Leven -CGL) en in de databank met effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut.

Via de samenvattingskaart van Arts en Leefstijl wordt, conform de opzet van NHG-samenvattingskaarten, een aanzet gegeven voor het gebruik van natuur voor gezonde leefstijl in de consulten van de huisarts. Er is echter nog geen implementatie van deze werkwijze gestart, al zijn wel meerdere geaccrediteerde nascholingen in voorbereiding waar dit aan de orde komt.

Andere activiteiten gericht op het ontwikkelen van methodieken zijn bijvoorbeeld: het ontwikkelen en organiseren van een beweegprogramma als Stichting Gezond Natuurwandelen en de 'start-ups, nieuwe methodieken, diensten en producten' t.b.v. het op gang brengen van nieuwe 'bedrijvigheid' op het vlak van natuur en gezondheid van Nature for health.

Culturele strategieën: aantrekkelijker/toegankelijk maken van groene zorg door er identiteiten en rollen aan te koppelen

Activiteiten ten behoeve van het creëren van een gezamenlijke identiteit (Van Doren et al., 2020), betreffen activiteiten die deelnemers het gevoel geven deel uit te maken van een grotere groep die bezig is met natuur en zorg. Dit komen we beperkt tegen, hoewel de eerdergenoemde leer-community's hier een rol bij kunnen spelen. Een belangrijk voorbeeld is evenwel de NFH, die probeert een community te vormen van de diverse groene zorg-beroepen, waar eerder de beroepsorganisatie Groene Zorg niet in is geslaagd. Ook via (de regionale netwerken van) Alles is Gezondheid worden initiatieven en personen aan elkaar verbonden door het organiseren van bijeenkomsten. Een ander voorbeeld is de Federatie landbouw en zorg, die niet nader is bekeken, maar die gezien omvang en missie hieraan een goede bijdrage zou kunnen leveren voor de zorglandbouw.

Websites die aanbieders verzamelen en bij elkaar brengen, zouden richting bijvoorbeeld doorverwijzers ook een bijdrage kunnen leveren, ook als ze niet de zorgverleners direct met elkaar in contact brengen. De website *Beter in het groen* (opgeheven) gaf een overzicht van activiteiten in de natuur t.b.v. gezondheid en zingeving (bewustwording), bekendmaking en verbetering van de toegankelijkheid ervan. Ook het loket gezondleven.nl van RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) heeft ten doel het ondersteunen van professionals.

Culturele strategieën: bewustwording

Dit gaat om het verspreiden van het gedachtegoed over en/of het laten ervaren van de positieve waarde van natuur voor gezondheid. Voorbeelden zijn het verspreiden van een nieuw concept als 'positieve gezondheid', waarin natuur kan worden geïntegreerd (dit is nu nog niet het geval) of het Leefstijlroer van Arts en Leefstijl (waar natuur wel in is geïntegreerd). Het uitdragen van het belang van natuur gebeurt op allerlei manieren: door instellingen en organisaties, via workshops, via websites en door het aanbieden van ondersteuning.

Politieke strategieën

Visievorming, lobby, agendering

Er zijn weinig voorbeelden van lobby naar voren gekomen, met uitzondering van de activiteiten die de respondenten hebben genoemd voor het opnemen van de pijler Gezond makende leef- en verblijfsomgeving in de Green Deal Duurzame Zorg; individuele contacten van intermediaire organisatie bij bijvoorbeeld ministeries zijn ook voorbeelden. Vanuit de zorg worden er nog geen lobby- of agenderingsactiviteiten ondernomen.¹¹¹

Coalitievorming

Naast de meer op leren gerichte community's zijn er ook voorbeelden van coalities, die gericht zijn op het verspreiden en ontwikkelen van de ideeën rondom groen in de zorg. Een voorbeeld is de Green Deal duurzame leefomgeving, hoewel het aandeel groen, natuur en de gezonde leefomgeving hierin nog klein is. Het landelijk netwerk 'Alles is Gezondheid' verbindt door middel van een *pledge* (belofte) ruim 3.100 organisaties aan het netwerk. Alle ondertekenaars organiseren activiteiten die bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid van Nederland, integraal, lokaal, regionaal en landelijk (<https://www.allesisgezondheid.nl/doe-mee/teken-een-pledge>). Andere voorbeelden zijn het lokale Preventieakkoord 'Wij zijn groen, gezond en in beweging Nijmegen', waarvan de link groen en gezondheid een onderdeel is, net als bij de ondertekening van het Akkoord groen en gezond beleid Noord- Holland, waar twintig partijen aan deelnemen.

¹¹¹ Interview

5 Transitie naar natuurinclusieve zorg en routes voor opschaling

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk plaatsen we de gevonden initiatieven, de barrières die ze tegenkomen en de manier waarop ze instituties proberen te beïnvloeden in het perspectief van de transitie naar 'natuurinclusieve zorg'. In paragraaf 5.2 bespreken we indicaties die we zien van de verschillende transitiefasen, die we in Hoofdstuk 2 hebben beschreven. We hebben vier interviews gehouden. Hun inschattingen 'waar het nu staat met de integratie van natuur en zorg' en de aanwijzingen die we tegenkwamen bij het beschrijven van de voorbeelden van initiatieven in Hoofdstuk 3 benutten we bij hierbij. Een kanttekening is dat onze verkenning niet kwantitatief van aard was en ook niet representatief. Illustratief is hier dat wij bij het zoeken naar initiatieven in de literatuur meer initiatieven van zorgactoren vonden dan van natuuractoren. Het beeld dat uit de interviews komt, wijst op het tegenovergestelde. We kunnen op basis van onze gegevens niet inschatten waar de transitie zich bevindt, maar wel of we indicaties zien van de verschillende fasen. In paragraaf 5.3 bespreken we op basis van de interviews verschillende routes voor, of visies op opschaling, en welke barrières en kansen de geïnterviewden hierbij zien. Vervolgens gaan we in paragraaf 5.4 in op wat overheden kunnen doen om de transitie te bevorderen.

5.2 Indicaties van de fasen van de transitie naar natuurinclusieve zorg

Er zijn volgens de vier geïnterviewden veel signalen die aangeven dat groene zorg momenteel meer leeft dan een aantal jaren geleden. Zij zien indicaties van de aanwezigheid van de volgende fasen die we in Hoofdstuk 2 hebben onderscheiden: de pioniersfase en de fase van opschaling. Tekenen van doorbraak en stabilisatie zien zij nog niet.

De pioniersfase

Transities beginnen vaak met pioniers die experimenten starten en die niet in gangbare praktijken, algemeen geaccepteerde regels, het vigerend beleid of bestuurlijke structuren passen (zie Hoofdstuk 2) (Buijs et al., 2019, p. 8). Pioniers zijn vaak te vinden in zogenaamde niches, beschermde ruimtes waar nieuwe aanpakken kunnen gedijen en rijpen.

Uit de literatuur en de interviews blijkt dat er veel verschillende typen initiatieven zijn die zorgverlening op de een of andere wijze met groen of natuur combineren (zie Hoofdstuk 3). Als we kijken naar belemmeringen die zij tegenkomen en de oplossingen die zij kiezen, zien we aanwijzingen voor een pionierfase. Voorbeelden van belemmeringen die daarop wijzen, zijn dat er vaak geen 'gebruikelijke' financiering gevonden kan worden (woon-zorginstellingen die tuinen willen aanleggen; ziekenhuizen; reguliere zorgprofessionals die ook 'groene zorg' aanbieden; grootschalige herontwikkelingsprojecten). Budget moet op een creatieve manier gevonden worden. Dat een koepelorganisatie niet wil bijdragen aan de financiering van een tuin om precedentwerking te voorkomen, kan betekenen dat zij wel willen meewerken aan een experiment, maar (nog) niet willen dat het vanzelfsprekend wordt.

We kwamen bij veel verschillende typen initiatieven tegen dat een omslag in overtuigingen en waarden bij medewerkers, bij cliënten en bij doorverwijzers nodig is. Overtuigingen en waarden van medewerkers en cliënten zijn van belang in verband met hun motivatie om het groen te benutten (ziekenhuizen; woon-zorginstellingen). Medewerkers hebben vervolgens, om routines te kunnen veranderen, kennis over het benutten van groen (handvatten) en tijd (werkdruk) nodig (woon-zorginstellingen). Deze kennis (bijvoorbeeld in de vorm van tools of voorlichtingsmaterialen) lijkt veelal te komen van intermediaire organisaties, zoals IVN, NFH en Alles is Gezondheid, vanuit (praktijk)onderzoeken en via samenwerkingen tussen initiatieven en bijvoorbeeld wetenschappers of samenwerkingen tussen natuur- en zorgpartijen. Ook

de gevonden barrières die zorgboerderijen (als aanbieder van groene dagopvang), groene partijen (als aanbieder van 'groene' re-integratie) of wijktuinen (als aanbieder van dagopvang) tegenkomen, wijzen op een pioniersfase. Barrières hebben te maken met relatieve wederzijdse onbekendheid tussen de zorgaanbieders en gemeenten of onbekendheid met financiering vanuit gemeenten (RIVM, 2013; Hassink, 2017). Mogelijk heeft hier de laatste jaren wel ontwikkeling in plaatsgevonden. Binnen de zorg signaleren de geïnterviewden vooral beweging bij de ggz, ouderenzorg, vrouwenopvang en ziekenhuizen. De geïnterviewden zien ook beweging ten aanzien van groene vastgoedontwikkeling (ggz). Vanuit onze literatuurverkenning van initiatieven herkennen we dit beeld deels; vrouwenopvang bijvoorbeeld komen we niet tegen in onze literatuuranalyse. Veel instellingen hebben meegedaan met programma's als Grijs, groen en gelukkig (171 instellingen ouderenzorg) en er is ook veel animo bij ggz-instellingen (en andere) om mee te doen met het nieuwe project Groene GGZ van IVN, NFH en Green Mental Health. Een respondent illustreert: *"Wat je ziet, is dat instellingen groen beginnen te omarmen, maar echt nu pas"*.

Daarnaast is er beweging rondom preventie en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Wij vinden in onze literatuurverkenning verschillende initiatieven, bijvoorbeeld wandelcoaches en wandelgroepen die worden ingezet om de gezondheid van mensen (preventief) te verbeteren. De (opgeheven) beroepsvereniging voor groene zorg (die o.a. was bedoeld voor wandelcoaches) is niet geslaagd. Onder meer doordat wandelcoaches als groep niet helder zijn qua opleiding en achtergrond, zijn ze voor doorverwijzers zoals huisartsen lastig naar door te verwijzen en zijn ze lastig te vinden. In de wat oudere literatuur werden nog geen leefstijlcoaches beschreven. De erkenning (certificering) van verschillende leefstijlprogramma's is recent (2019). Groene leefstijlinterventies zitten daar echter niet bij, al zijn er voorbeelden van huisartsen die verwijzen of zelf patiënten in de natuur begeleiden. Een geïnterviewde meent dat dit een beweging is die zich pas de laatste jaren ontwikkelt. Volgens deze geïnterviewde werkt corona deze ontwikkeling tegen, omdat huisartsen daar volledig in ondergedompeld zijn. Tegelijkertijd wordt corona ook als een kans gezien, omdat de waarde van groen voor gezondheid daardoor beter in beeld komt.

Hoewel er in de deelsector 'cure' minder beweging en initiatieven lijken te zijn dan bij welzijn en preventie, ggz en ouderenzorg, signaleren de geïnterviewden ook beweging bij ziekenhuizen die de omgeving groen inrichten. In de literatuur zagen wij ook initiatieven vanuit ziekenhuizen die gericht waren op het welzijn, of een helende omgeving. In ziekenhuizen gaat het dan vaak om het vergroenen van de omgeving, (nog) niet ook om het inzetten van groen als onderdeel van behandeling. Eenmalig een tuin aanleggen en daar kunnen wachten op behandeling is *"nog totaal anders dan op een daily basis je behandeling ook buiten doen"*. Ten aanzien van een tuin in een ziekenhuis bij de afdeling oncologie vertelt een respondent: *"We zijn in gesprek om bij de training Positieve Gezondheid het gebruik van deze tuin meteen mee te nemen in de nieuwe werkwijze, maar dat is nog niet geconcretiseerd."* We vonden in de literatuur twee voorbeelden van ziekenhuizen die groen wel lijken in te zetten bij de zorgverlening (de therapietuinen van *Radboudumc afdeling psychiatrie*¹¹² en *Ziekenhuis Bernhoven*¹¹³ die wandelingen voor diabetespatiënten organiseert).

Een van de geïnterviewden merkt op dat er bij instellingen nu meer ruimte komt voor initiatieven met betrekking tot het realiseren van een groene omgeving of het benutten van groen. *"Ik heb wel het gevoel dat die mensen nu de ruimte krijgen in tegenstelling tot een paar jaar geleden waarin ze misschien teruggefloten werden. Nu krijgen die mensen de ruimte om hun ideeën ook echt in de praktijk te brengen, in ziekenhuizen, buitenpsychologen, green teams in instellingen poppen overal op."* Het is volgens deze respondent echter nog wel pionieren: *"Ik heb zelf het gevoel dat het veld al een stukje verder is dan wij zorgverzekeraars, maar dat er ook nog heel veel verschil zit tussen aanbieders. En dat het nog veel afhangt hoe bevlogen een bestuurder is of dat er een aantal specialisten of psychologen rondlopen die hiermee begaan zijn. Die daarmee aan de slag willen."*

Ten aanzien van beïnvloeding van instituties zien we vanuit de overkoepelende partijen activiteiten om het pionieren te ondersteunen bij het benutten van natuur in de praktijk. Onder meer de door ons geïnterviewde partijen NFH en IVN, maar ook bijvoorbeeld Natuur en Milieu geven cursussen en trainingen en het IVN biedt bijvoorbeeld een zelfscan aan om het instellingen te vergemakkelijken om mee te doen (technische strategieën). Ook komen we activiteiten tegen voor het onder de aandacht brengen van (de waarde van) natuur voor gezondheid bij zorgverleners (culturele strategie).

¹¹² https://www.nahf.nl/wp-content/uploads/2019/05/Radboudumc_Therapietuinen_Copijn.pdf

¹¹³ Koedoot en Wilschut, 2013

We zien maar beperkt 'niches' (beschermde omgevingen) voor pioniers, zoals structurele subsidies voor pilots en experimenten. Wel kunnen ook programma's als Grijs, groen en gelukkig (van IVN) en het nieuwe project Groene GGZ van IVN, NFH en Green Mental Health gezien worden als niches, waar instellingen veiliger kunnen experimenteren. Ook de leernetwerken die we zijn tegengekomen kunnen zo gezien worden.

Indicaties van opschaling (Farjon, 2018, p. 22)

We lopen hieronder drie indicaties voor opschaling langs (Farjon, 2018).

1. "Het ontstaan van netwerken van actoren binnen een sector en tussen verschillende actoren, sectoren en/of gebieden."

Uit de literatuuranalyse en interviews komt het beeld dat er netwerken en samenwerkingen ontstaan.

- a. (Bilaterale) samenwerkingen tussen zorg en natuuractoren;
- b. Leerbijeenkomsten en -community's;
- c. Vorming van community;
- d. Grotere netwerken waarin zorg actoren meedoen in een breder verband.

ad a) (bilaterale) samenwerkingen tussen zorg en natuuractoren

Voorbeelden zijn de zorginstellingen die natuurorganisaties weten te vinden als ze advies nodig hebben, bijvoorbeeld bij de inrichting van een tuin of gebied. Maar andersom konden Natuurmonumenten en Verdandi elkaar wederzijds helpen bij de ontwikkeling van een beheerschuur en een zorglocatie. Er zijn voorbeelden van natuurorganisaties (Landschap Overijssel; Staatsbosbeheer) die met ideeën komen en zelf zorginitiatieven nemen, vaak in samenwerking met zorgaanbieders. Ook zijn er samenwerkingen waarbij groene re-integratie plaatsvindt in de terreinen van natuurorganisaties (bijvoorbeeld Natuurmonumenten en Staatsbosbeheer bij *Buitenkans van Buitenvitaal*). Tegelijkertijd wordt ook wel genoemd dat samenwerking met natuurorganisaties nog niet altijd makkelijk van de grond komt.

Ad b) Leerbijeenkomsten en -community's

In de verkenning zijn bijeenkomsten en leer-community's naar voren gekomen, bijvoorbeeld de workshop ggz, bijeenkomsten voor uitwisseling vanuit NFH, seminars georganiseerd vanuit Alles is Gezondheid en de leernetwerken van de provincie Overijssel en provincie Noord-Holland. Deze leer-community's staan ook bij pionieren en niches, zie hierboven. Het was niet duidelijk of de focus hiervan meer ligt op pionieren of ook op opschaling.

Ad c) Vorming van community

Vorming van community's komen we op twee manieren tegen. De eerste is de community van 'groene zorg' professionals waar NFH nu aan werkt. Ten tweede zijn zorgboeren vaak aangesloten bij brancheverenigingen of overkoepelende stichtingen. Dit zijn indicaties voor opschaling.

Ad d) Grotere netwerken waarin zorg actoren mee doen in een breder verband

Grotere netwerken waarin zorgactoren meedoen in een breder verband zijn het nationale en de lokale preventieakkoorden en ook de Green Deal Duurzame Zorg. Hoewel natuur een kleine rol speelt binnen de Green Deal Duurzame Zorg, wordt het opnemen van de Gezonde verblijfs- en leefomgeving als een van de pijlers daarin door de geïnterviewden als een teken van opschaling gezien.

Ook de aandacht voor natuur binnen het Netwerk Alles is Gezondheid neemt toe: "*Natuur is al een aantal jaren een thema van ons, bleef nog klein. Dat had ermee te maken dat één iemand voor ongeveer een halve dag in de week dat als aandachtsgebied had. Dat was natuurlijk niet zo heel erg veel. Die was bovendien afkomstig van Staatsbosbeheer, gedetacheerd, dus dat was met een dubbele pet. Ik werk daar nu 2,5 jaar twee dagen per week en ik breng ook een belangrijk netwerk in, niet alleen vanuit de natuursector, maar veel breder vanuit het zorg- en gezondheidsdomein. En dat komt nog weinig voor in deze combinatie van natuur en gezondheid. Veel mensen op dit thema zijn afkomstig uit de natuur- of duurzaamheidshoek, veel meer dan vanuit de zorg of gezondheidssector.*"

2. De beïnvloeding en verandering van bestaande instituties (in termen van dominante praktijken, zoals regelgeving, afspraken tussen organisaties, verdienmodellen etc.).

In onze verkenning komen we op allerlei manieren beïnvloeding van instituties tegen, zowel door groene zorg-initiatieven als door overkoepelende partijen en we signaleren beweging in de volgende instituties: overtuigingen/waarden: beleid; samenwerking/netwerken, samenhangend met kennis en routines/protocollen. We signaleren geen beweging bij wetgeving, certificering/accreditatie en het doorverwijzingssysteem, hoewel bij de laatste twee wel beweging in gang wordt gezet.

Overtuigingen/waarden: een van de respondenten signaleert dat het nu, meer dan eerder, steeds 'over natuur gaat', ook in de zorgwereld, bijvoorbeeld in de ggz. Het verhaal over de waarde van natuur voor gezondheid, met name over de combinatie preventie en natuur, heeft doorgezet als kans voor het vergroenen van de zorg. Hier zit ook institutionele beïnvloeding op vanuit intermediaire organisaties, die praten met overheden, met zorgorganisaties en instellingen en het gedachtegoed promoten op allerlei manieren. Ook vanuit de zorg weten initiatiefnemers intermediairs te vinden. De respondent van Alles is Gezondheid: *"Waar ik met die huisartsen mee bezig ben, is voor de early adopters. Voor het eerst kom ik relatief moeizaam, af en toe een klein beetje, met de opinieliders en gezaghebbende instituten in gesprek. Denk aan huisartsgeneeskunde hoogleraar, Achmea, NHG. Ik heb nog niks concreets bereikt, maar de eerste stappen zijn gezet. Het kunnen zwaaien met de wetenschap verzameld in de Handleiding Natuur en Gezonde Leefstijl was cruciaal daarbij".*

Wetgeving en beleid. Wetgeving is niet in beweging ten behoeve van het een plek geven van natuur in de zorg; er vindt ook geen institutionele beïnvloeding plaats op wetgeving. Beleid is wel in beweging: er is aandacht voor natuur, duurzaamheid en groen in beleid in combinatie met gezondheid (zie beleid voor het bevorderen van een groene gezonde leefomgeving en vermaatschappelijking van natuurbeleid en beweging op preventie in combinatie met gezonde leefstijl). Dit biedt, weliswaar indirect, mogelijkheden waar initiatieven voor groen binnen de zorg bij aan kunnen haken (zie paragraaf 5.3). Een vergelijkbare indirecte ontwikkeling is Pijler 4 in de Green Deal groene zorg, waar ook politieke institutionele beïnvloeding voor heeft plaatsgevonden.

Accreditatie en certificering zijn nog niet in beweging: we zien geen nieuwe BIG-geregistreerde groene zorgberoepen of de mogelijkheid daartoe. De belangrijkste belemmering is dat er geen hard bewijs van de effectiviteit is geleverd (zie de opmerkingen over de stand van wetenschap en praktijk in verband met erkenning verzekerde zorg). De (opgeheven) groene beroepsorganisatie is er niet in geslaagd om het zorgaanbod van de deelnemers vergoed te krijgen bij verzekeraars. Dat is mede omdat de professionaliteit van de aanbieders niet goed in kaart was gebracht. In de interviews wordt gezegd dat er nog steeds meer initiatiefnemers van groene zorg zijn met een 'groene' achtergrond dan initiatiefnemers met een zorgachtergrond en deze groene initiatiefnemers hebben vaak geen BIG-registraties. Wel zien we zorgprofessionals met BIG-registraties die groene zorg aanbieden en ook anderen opleiden, bijvoorbeeld de Buitenpsychologen, die collega's – geregistreerde psychologen – opleiden om buiten te behandelen. De enkele inmiddels erkende leefstijlprogramma's integreren nog geen natuur in hun programma's. Mogelijk is de aandacht voor het toegankelijk maken van informatie over zorgaanbieders met een groene identiteit en hun kwalificaties een belangrijk voorportaal voor certificering en accreditatie. De 'groene wereld' is bezig met het duidelijker definiëren van de beroepsgroep, bijvoorbeeld met een website met aanbieders en hun opleiders. *"Dit groeit naar elkaar toe."*

Verscheidene respondenten pleiten voor het integreren van groen in het zorg-onderwijs, *"voor alle lagen van de zorg"*, maar zij zien dat op dit moment nog niet gebeuren. Er zijn wel cursussen en onderwijs, bijvoorbeeld voor wandelcoaches, maar deze leiden niet op tot binnen de zorg erkende zorgprofessionals. Een van de geïnterviewden vindt dit een zorgelijke ontwikkeling. *"Ik vind het een zorgelijke ontwikkeling dat er nascholingen zijn, ook al zijn ze wel post-hbo-geaccrediteerd, dat er soms vier groepen wandelcoaches zijn bij een opleiding, en dat meermalen per jaar twintig mensen worden afgeleverd. Die bevolken allemaal die markt".* De geïnterviewde hecht veel waarde aan geaccrediteerde nascholing. *"Zelfs als je fysiotherapeut of diëtist bent, moet je een behoorlijk stevige geaccrediteerde nascholing [leefstijlcoach] doen, die maar bij twee of drie instituten gevolgd kan worden... Ik ben samen met Arts en leefstijl en een paar regio's de geaccrediteerde nascholing aan het organiseren, zodat de huisartsen weten wat het bewijs is en hoe ze*

kunnen voorlichten, verwijzen of zelf begeleiden naar de natuur." Momenteel wordt het onderwerp natuur en gezondheid wel in onderwijs over natuur geïntegreerd.

Netwerken en samenwerking zijn in beweging (zie hierover de eerste indicatie van opschaling die hiervoor is besproken). In combinatie met kennis/leren/en lerend doen, is er ook wellicht beweging ten aanzien van routines: hier vindt ook veel institutionele beïnvloeding plaats (technische strategieën als leren, community's, leernetwerken, workshops).

Kennis omtrent groene zorg is in ontwikkeling en komen we op verschillende manieren tegen in deze verkenning. We zien a) het vergaren van kennis over de effecten van natuur op gezondheid en welzijn van onderzoek. Echter om beweging te creëren in de sector 'cure', is het onderzoek nog onvoldoende; b) het beschikbaar komen van kennis bij zorgverleners en doorverwijzers over groene zorg die men kan vertalen naar het eigen handelen, bijvoorbeeld toolkits en materialen; en c) de vindbaarheid en verspreiding van kennis ten behoeve van patiënten. Uitdaging hierbij is om de zorg medeonderzoeker en eigenaar te maken van onderzoek.

Ten slotte zien we het doorverwijzingssysteem niet bewegen, maar wel activiteit om beweging te bevorderen in het doorverwijzen naar groene zorg/of leefstijlprogramma's te faciliteren, o.a. door ontwikkeling en verspreiding van materialen (Postma, 2020) en bijvoorbeeld de website Natuur op recept).

3. De bredere toepassing van nieuwe technieken, organisatievormen en verdienmodellen door meerdere initiatieven

Bredere toepassing van nieuwe technieken voor groene zorg zien we nog beperkt. Behalve enkele erkende leefstijlinterventies zijn er nog weinig binnen de zorg erkende echt groene interventies.

Doorbraakfase en stabilisatiefase

Tekenen van een doorbraak- en stabilisatiefase, waarbij het zorgstelsel en andere maatschappelijke terreinen zoals economie en sociale verhoudingen, gaan schuiven ten behoeve van het gangbaar maken van natuur inclusieve zorg zien we niet.

5.3 Mogelijke routes om de transitie verder te brengen

In deze paragraaf gaan we in op wat er nodig is om verder te komen met de transitie, hoe verdere opschaling kan plaatsvinden en wat daarvoor nodig is. Uit de interviews komt naar voren dat het nodig is om door te gaan met pionieren. Daarnaast zien de respondenten verschillende routes voor opschaling.

Doorgaan met pionieren

De geïnterviewden menen dat het nodig is om door te gaan met pionieren om verder te komen met het benutten van natuur in de zorg. Ze signaleren niet alleen dat instellingen verder zijn dan bijvoorbeeld zorgverzekeraars, maar zij verwachten ook dat verzekeraars en opleidingen uiteindelijk vanzelf zullen volgen. Als onderwijsinstellingen zien dat er in het veld behoefte is aan kennis over groen in de zorg en dat op dit vlak veel gebeurt, kan dit een impuls geven en er bijvoorbeeld aan bijdragen dat de waarde van natuur in het zorgonderwijs wordt opgenomen.

Een van de geïnterviewden geeft aan dat het in deze fase nog veel impact kan hebben door 'van mens tot mens', een voor een, mensen te overtuigen en te enthousiasmeren om een initiatief in gang te zetten. Bijvoorbeeld groene coaches die nog klant voor klant aan het werven zijn, maar ook de intermediaire organisaties zien nog veel kansen in het verder helpen of op gang brengen van initiatieven bij instellingen om hun omgeving te vergroenen of natuur te benutten voor gezondheid of welzijn. "Ik denk dat je voorlopig nog in de fase zit dat je bijna van mens tot mens moet laten ervaren wat natuur kan betekenen." Hieruit verwachten ze dat een olievlekwerking kan ontstaan.

Soms investeren instellingen in een groene omgeving, maar vindt daarin nog geen zorg plaats. Dit is een volgende stap in het pionieren. "Groene zorg is niet alleen natuur aanleggen bij een instelling, maar dan ook naar buiten gaan en buiten activiteiten ondernemen, de natuurbelevingscomponent toevoegen". Hier ligt een

uitdaging om medewerkers te laten zien dat het mogelijk is en ze te enthousiasmeren. Dit heeft te maken met routines, maar ook laten zien dat naar buiten gaan met cliënten en dat het *"leuk mag zijn"*.

Ook uit de voorbeelden uit de literatuur blijkt dat overtuigen en te enthousiasmeren van mens tot mens van belang is, niet alleen om instellingen te verleiden tot een groen initiatief, maar ook om intern eigen medewerkers, managers maar ook cliënten mee te krijgen. De hoge werkdruk maakt dit extra moeilijk, want het kost tijd te onderzoeken hoe routines veranderd kunnen worden en groen kan worden benut. Behalve werkdruk is het ook lastig 'voor de hand liggend budget' te vinden. Makkelijker vindbaar budget specifiek voor het ontwikkelen van groene zorg in het eigen aanbod zou dus kunnen helpen, evenals budget waarbij rekening is gehouden dat ook de continuering van de inzet van groen in de zorg financieel haalbaar moet zijn. Samenwerkingen tussen natuurorganisaties en zorgactoren lijkt een kans, omdat ze wederzijds iets voor elkaar kunnen betekenen op het vlak van kennis en kosten.

Ook voor pionieren is het belangrijk dat er wordt geïnvesteerd in praktijken en dingen gaan doen in plaats van voornamelijk onderzoek. Uitproberen is belangrijk en ontwikkel-, experimenteer- en leergeld kan hierbij helpen. Hulpmiddelen die het zorgverleners en verwijzers makkelijker maken, kunnen pionieren verder helpen: voorlichtingsmaterialen en kant-en-klare toepassingen. In elk geval voor huisartsen zijn direct toepasbare materialen aan te bevelen: iets dat ze makkelijk en laagdrempelig kunnen gebruiken en waar niet veel extra moeite en kennis voor nodig is.

In de wetgeving wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende typen zorg met gescheiden geldstromen. Daardoorheen loopt het onderscheid cure, care, preventie, hoewel dit onderscheid door instellingen heen loopt en niet altijd duidelijk is. Toch bepaalt het label 'preventie' soms dat zorg niet vergoed kan worden bijvoorbeeld door de zorgverzekeraar. Pionieren met het loslaten van dit soort labels kan een aanbeveling zijn voor een niche.

Mogelijke routes voor opschaling

We hebben drie routes voor opschaling gesignaleerd:

Route 1. Groene zorg 'met label' volwaardig binnen de zorgsector

Uitgangspunt van deze visie op opschaling is dat groene zorg erkend wordt met het label 'groene zorg'. In deze visie is het streven dat zorgverzekeraars zorg waarbij natuur wordt benut, zullen gaan vergoeden en dat 'groene zorg' als volwaardig wordt gezien binnen (deelsystemen van) de zorg. Dit vereist de vorming van beroepsorganisaties (ten behoeve van het opnemen van groene zorg in aanvullende verzekeringen), het opnemen van groene zorgprofessionals in erkende registers en onderwijs en diploma's voor groene zorgberoepen. Anderzijds betekent dit het verder inzetten op wetenschappelijk onderzoek om de effecten van natuur op gezondheid te bewijzen, omdat bewijs van de effecten van natuur op de gezondheid cruciaal is voor erkenning, met name bij zorgverzekeraars en in de cure-sector. De in 2011 opgerichte beroepsorganisatie Groene Zorg (in 2011) was een stap op deze route.

Deze route komen we in de literatuur, soms impliciet, veel tegen. Bijvoorbeeld in de volgende noties: "Voor opschaling is aandacht nodig voor certificering van interventies, opleidingen, het instellen van kwaliteitstoetsen en het opnemen van groene zorg-professionals in erkende registers" (Van den Berg, 2015). Barrières voor deze route zijn bijvoorbeeld 'het wordt niet vergoed door zorgverzekeraars' en 'bewijslast van effecten van groene zorg zijn nodig voor partijen als zorgverzekeraars' (Bouwma et al., 2018). Een aanbeveling als het inhuren van nieuw personeel met een 'groene identiteit' past bij deze route, evenals nieuwe 'groen gelabelde' behandelmethoden; een voorbeeld is EMD met berkenbomen.

De geïnterviewden plaatsen kanttekeningen bij de haalbaarheid van deze route. Ze achten het niet erg haalbaar dat vanuit zorgverzekeraars groene zorg die niet volgens de wetenschappelijke maatstaven bewezen is, vergoed zal gaan worden, omdat de verzekeraars nou eenmaal met handen en voeten gebonden zijn als het gaat om het basispakket en omdat ook bij keuzes ten aanzien van aanvullende verzekeringen 'ziekte en genezing' vooropstaan. Ze menen dat natuur en natuurbeleving (te) ver afstaan van het medische domein van de zorg, waar zorgverzekeraars een grote rol in spelen. *"Ik vraag mij alleen wel af of natuur en natuurbeleving passen in het systeem van accreditatie. Hoe je dat vertaald krijgt. En voor welk probleem dat een oplossing is."* Een andere kanttekening, ten aanzien van onderwijs, is dat bij cursussen of opleidingen

voor bijvoorbeeld groene coaches een taal/cultuur heerst die niet goed aansluit bij de wereld van de zorg, met name in de medische sector.

Bij deze route gaat het niet om opschalen van groene zorg binnen de groep BIG-geregistreerde zorgverleners die groen (erbij) gaan doen, maar via certificering van (nieuwe) specifiek groene behandelaars bij het register BIG of de ontwikkeling van een gelijkwaardig/erkend ander of nieuw register. De variatie binnen de beroepsgroep en de onduidelijkheid die er nog is ten aanzien van (de status van) opleidingen, bemoeilijkt opschaling via deze route. In de praktijk is er nu meer kans voor reguliere zorgprofessionals om zowel bij huisartsen als zorgverzekeraars toegang te vinden. In de interviews wordt benadrukt dat huisartsen niet snel zullen doorverwijzen naar groene coaches zonder BIG-registratie en een groene zorgverlener zonder erkende zorgopleiding krijgt niet zomaar een registratie. Ook de ontwikkeling van nieuwe erkende registers wordt niet als een voor de hand liggende ontwikkeling gezien.

Waar wel een kans wordt gezien voor deze route op de lange termijn, is via de Green Deal Duurzame Zorg, en via ontwikkelingen bij zorgverzekeraars naar duurzaamheid in brede zin. Dus dat er een 'groene' zorgverzekeraar zal ontstaan, vergelijkbaar met Triodos als duurzame bank, waarbij mensen zich aansluiten omdat ze graag voor duurzaam en groen kiezen (en hier meer voor willen betalen). Volgens een geïnterviewde zit daar een kans, maar is het nog niet zover. *"Duurzaamheidslabels en daar van alles proberen mee te doen, ik zie daar wel echt een kans."* Ook Pijler 4 Duurzame gezonde leefomgeving in de Green Deal Duurzame Zorg kan gezien worden als een soort label en daar zien de geïnterviewden de waarde van in. Een van de geïnterviewden zegt: *"In de Green Deal Duurzame Zorg staat naast bijv. zonne-energie, pijler 4, het benutten van de gezonde leef- en verblijfsomgeving voor de gezondheid van mensen. Dus labels helpen soms wel."* De uitdaging hierbij is het onderwerp groene omgeving verder te brengen binnen de deelnemende instellingen - de pijler gezonde leef- en verblijfsomgeving kan immers ook om andere, niet-natuur gerichte keuzes gaan, bijvoorbeeld ten aanzien van verlichting of binnen luchtkwaliteit.

Route 2. Vergroenen van de reguliere zorg

Een andere route die de respondenten zien voor opschaling is het verder vergroenen van de reguliere zorg, zonder 'label' groene zorg. Dat betekent het integreren van natuur in bestaande behandelingen binnen de zorg. Een van de geïnterviewden meent: *"Het kan al. (...) In de ggz kun je gewoon buiten wandelen met cliënten, praten met cliënten, je kan ook buiten vergaderen met collega's, je kan mantelzorgers trainen om een natuurbeleving met hun familielid te hebben. Dan voeg je plezier toe. Ik heb liever dat een grote groep verpleegkundigen leert hoe ze dit kunnen doen, eventueel samen met natuurgidsen, dan dat je een aparte groep zorg toevoegt."* Er zijn leefstijlcoaches, die zijn al toegevoegd aan het verzekerde pakket. Die kunnen ook getraind worden om groene leefstijlcoach te worden. De uitdaging binnen deze route zit vooral in het trainen van zorgprofessionals om natuur te integreren; uitdagingen die raken aan routines en overtuigingen en waarden. *"Men denkt: je vindt het spannend, je weet niet wat je moet doen, je hebt geen tijd en je krijgt er geen geld voor. Maar dat is onzin, het kan gewoon, het kost niks en je hebt wel de tijd"* (interview).

"Het helpt ons allemaal, ook als wij niet doen of groene zorg iets erbij is, maar iets erin. Als het in de behandeling zit, dan kan het." Een voordeel van deze route is dat veel al gewoon kan. Dat betekent dat er geen nieuwe groene zorg-beroepsorganisaties gevormd hoeven te worden, maar groene zorg in de huidige (beroeps)organisaties. En aandacht voor groen in het reguliere zorgonderwijs, in plaats van speciale groene zorg-opleidingen. Nieuwe beroepsorganisaties die uitgaan van een 'label' groene zorg – met de functie van toegang tot verzekeraars – zijn dan niet meer nodig. Respondent: *"Als je je zorg 'toevallig' buiten verleent, is de route via accreditatie niet nodig."* Alle reguliere zorg is immers (BIG-)geregistreerd of anderszins geregistreerd, zoals bij erkende beroepsverenigingen. Deze route gaat over het gangbaar maken van het benutten van natuur binnen de (BIG-)geregistreerde zorgverlenersgroep. Ook het benutten van bestaande behandelmethoden en richtlijnen wordt genoemd als mogelijkheid en als passend binnen deze route. Bijvoorbeeld het opnemen van een groene omgeving in een bestaand protocol voor gezonde binnenlucht.

Voorwaarde voor succes van deze route is dat huisartsen en andere doorverwijzers kunnen doorverwijzen naar reguliere zorgverleners, zoals coaches, mits duidelijk is waar groene (BIG-)geregistreerde zorgverleners te vinden zijn. *"Welke psychologen zijn er met een BIG-registratie, wat kunnen die? Welke coaches zijn er met welke registers, wat kunnen die? Want een huisarts zal überhaupt niet naar een coach doorverwijzen als ze niet weet of diegene wel een motivatiedip of burn-out kan onderscheiden van een klinische depressie met*

suïcidaliteit. Die huisarts gaat daar ook niet naar zoeken, daar heeft ze helemaal geen tijd voor. Dus dat moet in één keer klip-en-klaar duidelijk zijn. En de goede hooggekwalificeerde mensen, waar een zorgverzekeraar ook voor zal betalen, dat zijn de BIG-geregistreerde mensen. Daarvan is het handiger dat die zich gewoon melden in het lokale netwerk, daar vinden ze elkaar wel. Daar hoeft je geen registers voor op te zetten” (interview). De geïnterviewden zijn het erover eens dat meer duidelijkheid over de achtergrond en opleiding van groene zorgverleners daarom essentieel is.

Bij zorgverzekeraars biedt deze route ook kansen, omdat ‘naar buiten gaan’ al kan binnen het huidige systeem. “Het is goed als we nog meer onderzoeken hoe het werkt. Verzekeraars kunnen vragen: is het evidence based? Dat is als je zegt: mag ik apart groene zorg als traject gaan doen? Maar als je zegt ik lever bestaande zorg, bijv. een behandeling op basis van cognitieve gedragstherapie en ik doe het toevallig voor een deel buiten, dan speelt dat niet” (interview). De respondent van de zorgverzekeraar meent: “Wij hebben minder te maken met de behandeling op individueel niveau. Een behandelaar moet geregistreerd zijn, bijv. een GZ-psycholoog. Hoe deze de zorgvraag behandelt, bijv. buiten, is aan de behandelaar. Wij kijken echt op een wat hoger niveau naar doelmatigheid en naar kwaliteit en dan vooral of er volgens richtlijnen behandeld wordt. Deze zijn vaak redelijk algemeen. Wij zullen nooit een behandelaar aanspreken als hij zijn cliënten mee naar buiten neemt, in plaats van dat hij hem in zijn spreekkamer behandelt. Tenzij hij of zij dat doet en die behandelingen minder effectief blijken te zijn en daardoor 1,5 keer langer duren. Of in de behandelrichtlijn staan specifieke zaken over plaats. Dan pas komen wij in het spel.”

Hierbij kan ook het onderzoek worden genoemd bij Achmea waarin onderzocht wordt welke behandelingen buiten al vergoed kunnen worden, zoals behandelingen die worden aangeboden door de POH-GGZ,¹¹⁴ die ook buiten kunnen. Een van de geïnterviewden verkent samen met deze zorgverzekeraar de mogelijkheden voor het buiten behandelen en naar mogelijkheden om dit te verankeren: “Ik ben met Achmea in gesprek om te kijken welke behandelingen net zo goed buiten kunnen als binnen, zonder dat je altijd keihard medisch bewijs hoeft aan te tonen. Want zij zeggen: voordat we dat hebben aangetoond, duurt het jaren en het kost heel veel geld, dat is een investering in heel ingewikkeld onderzoek. Laten we gewoon kijken of er oplossingen te vinden zijn, zoals nu voor de POH [praktijkondersteuner huisarts], ggz, die gesprekken heeft met cliënten. Onder welke voorwaarden vindt de Zorgautoriteit dat dat net zo goed buiten kan?” Voor psychologische consulten is dit al helderder; voor andere beroepen, zoals fysiotherapie, minder.

Dat betekent dat bij deze route het leveren van bewijzen van de effecten van natuur op genezing minder urgent is. Het brengt eerder met zich mee dat aangetoond moet kunnen worden dat het benutten van natuur in behandelingen efficiënter werkt en kosten bespaart. De respondent van de zorgverzekeraar: “Het is niet aangetoond dat buiten behandelen effectiever is, maar ook niet minder effectief, dus daar vinden we niks van. Zolang het niet heel veel niet effectiever is, zul je van ons niet te horen krijgen dat het niet mag. Maar als je als aanbieder extra kosten gaat maken voor een groene leefomgeving en de patiënt wordt daardoor rustiger, dus er hoeft minder geïsoleerd te worden etc., ja, dan heb je wel wat discussie. Kun je aantonen dat er minder geïsoleerd wordt? Gaat er dan (op termijn) ook een isolatiekamer weg? Hoe verwerken we dat in de contractering? Dat is een zowel een barrière als een kans.”

Heel belangrijk voor deze route is dat er aandacht is voor het grote belang van het opnemen van de waarde van natuur in het reguliere zorgonderwijs. “Groen moet in de bestaande zorgopleidingen. En dat is er nog helemaal niet. Ik heb [xx] uitgenodigd bij de groene ggz workshop. Dat is herscholing, zoeken naar leuk aanbod. Maar het zou helemaal leuk zijn als mensen het krijgen in de psychologieopleiding. [Bij de VU] begint een leerstoel binnenkort. [initiator] geeft aan dat, als ze dit oppert bij de VU, mensen dan zeggen: moet dat er ook nog bij? Ze vinden dat het iets is van buiten de zorg. Die vinden dat nog maar raar. Die weg is nog te gaan. Begin met de instellingen en dan komt het met de opleidingen vanzelf.” (interview) Medische opleidingen worden strak ingevuld langs harde lijnen, er komt al heel veel aan bod. Daar komt een groene component niet zomaar bij. En dan zou het wel helpen als het wetenschappelijke bewijs voor het effect van groen op de genezing van ziekten geleverd wordt.

Route 3. Opschaling via leefstijlinterventies en gezonde leefomgeving

De geïnterviewden geven duidelijk aan dat er beweging is in de zorg op de thema’s leefstijl en preventie. Dit biedt kansen voor het benutten van natuur, omdat beide inzetten op bewegen en buiten zijn.

¹¹⁴ Praktijkondersteuner ggz: huisartsenzorg die de huisarts ondersteunt bij de eerstelijns ggz.

Leefstijlprogramma's kunnen worden ingezet voor zowel preventie als welzijn en genezing. (Postma, 2021a¹¹⁵): *"Het is een huidige trend om leefstijlinterventies in te zetten bij diverse chronische aandoeningen. (...) Aandacht voor leefstijl is binnen de huisartspraktijk een relatief nieuw, maar groeiend fenomeen. Sinds 2019 kan de huisarts doorverwijzen naar een erkende Gecombineerde Leefstijlinterventie, waarin een patiënt met overgewicht of Diabetes Mellitus II gedurende twee jaar begeleid wordt naar een gezonde leefstijl. Zo'n behandeling wordt vergoed door de zorgverzekering."* (interview) De leefstijlprogramma's die erkend zijn, zetten natuur niet centraal; de aandacht gaat vooral uit naar bewegen. Er zijn twee groene leefstijlprogramma's, maar deze zijn niet erkend. Er worden echter wel kansen gesignaleerd om de waarde van natuur te integreren binnen deze (erkende) leefstijlprogramma's. Deze route overlapt daarom deels met route 2, maar breidt 'zorg' uit door meer te steunen op het 'buitenbeentje' van de zorg: preventie.

Wat is nodig bij het integreren van natuur binnen bestaande leefstijlinterventies en het bevorderen van verwijzingen met name binnen de eerste lijn, door huisartsen? Postma (2020) heeft hier onderzoek naar gedaan en noemt twee belangrijke voorwaarden. Allereerst is dat het bestaan van materiaal, de huisarts heeft kennis nodig "in hapklare brokken". Dit materiaal is ontwikkeld binnen het project Groene Leefstijl in de eerste Lijn (Postma, 2020) (zie Hoofdstuk 4). Belangrijke vervolgstap is de verspreiding van dit materiaal, onder leefstijlcoaches en huisartsen (deels via subsidie) via GGD'en en via regionetwerken van Alles is Gezondheid. Uitdaging is het vinden van dragers bij gerenommeerde partijen. Daarnaast wordt gewerkt aan het organiseren van geaccrediteerde nascholing, ook via de vereniging Arts en leefstijl.

De geïnterviewde van de zorgverzekeraar legt uit dat er voor vergoeding van leefstijlprogramma's via zorgverzekeraars meer kansen zijn bij leefstijlprogramma's voor mensen die al klachten hebben of al ziek zijn en enkele groepen die grote kans hebben op ziek worden. Volgens geïnterviewden willen verzekeraars wel, maar kunnen ze dit niet vanwege de wetgeving waarbinnen ze moeten opereren. Preventie voor mensen zonder klachten, ziekte of risico's op aandoeningen (uitgezonderd bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek en de griepvrij), ligt bij gemeenten en GGD'en en deze zetten hier niet op in. *"De verzekeraar zegt ik ben van de verzekerdzorg, gemeenten zeggen we hebben al overschrijdingen, we hebben geen geld."* Een knelpunt voor het verder ontwikkelen van leefstijl vanuit preventie is dus dat *"niemand echt wil investeren in preventie"* (interview). Gemeenten en GGD'en hebben hier geen budgetten voor. Soms kunnen kleine pilots wel via gemeenten of provincies worden gefinancierd, maar dat zijn uitzonderingen.

Voor het verder bevorderen van het benutten van natuur voor gezondheid en welzijn via leefstijl en preventie, maar ook bijvoorbeeld in de ggz, is de huidige beweging binnen beleid rondom de 'groene gezonde leefomgeving' – het openbare groen – kansrijk. Het biedt kansen voor tweedelijnszorgverleners die naar buiten kunnen. VWS, LNV en gemeenten houden zich bezig met de leefomgeving, onder andere vanuit gezondheidsperspectief (zie De Vries et al., 2022).

"Het is mooi dat er een gezonde leefomgeving-verhaal opkomt. (...) Het groene zorg-verhaal past daar net zo goed in. Het is niet zo moeilijk: wanneer je met die gezonde leefomgeving aan de slag gaat, dan gaat je zorg anders worden. Tuintherapie gaat er dan ook vanzelf bijkomen." (interview)

Een van de geïnterviewden ziet dat gezondheid vaak als vanzelfsprekende opbrengst wordt gezien van de aanleg van natuur in woonwijken. Het kan helpen als er iemand vanuit de zorg- of gezondheidssector aan tafel zit om mee te denken over hoe die natuur er dan uit moet zien. De Vries et al. (2022) bevestigen dat dit een kennisbehoefte is bij beleidsambtenaren die bezig zijn met de realisatie van groen.

¹¹⁵ <https://www.allesisgezondheid.nl/nieuws/met-de-dokter-het-bos-in/>

Tabel 5.1 Routes voor opschaling en belangrijkste uitdagingen.

Routes/aspecten	Zorg 'met groen label' volwaardig binnen de zorgsector	Vergroenen van de reguliere zorg	Via leefstijlinterventies en gezonde leefomgeving
Waarden en overtuigingen	(Erkenning van) de waarde van groen en dit verder vertalen in zorg met een groene identiteit	Omslag van reguliere aanbieders van zorg m.b.t. de waarde van groen voor gezondheid.	Meer aandacht voor de waarde van natuur binnen preventie en leefstijlinterventies.
Kwalificaties/certificering	Kwalificaties moeten helder zijn t.b.v. doorverwijzingen/vergoedingen; bv. via registraties/beroepsorganisaties/erkende registers voor groene zorgverleners.	Reguliere zorg is erkend via opleidingen en erkende (BIG-)registraties.	Erkenning groene leefstijlinterventies (overlap met route 1) dan wel opnemen groen in bestaande erkende interventies (overlap met route 2).
Doorverwijzen	(BIG-)geregistreerde zorgverleners zijn in het voordeel.	Dit kan al, want reguliere zorg is erkend via opleidingen en erkende (BIG-)registraties.	Kan, maar alleen via BIG-geregistreerde (nog niet groene) leefstijlinterventies (overlapt met route 1 en 2).
Routines	Verder ontwikkelen van tools en routines voor groene zorg met label groene zorg.	Kunnen aangepast worden: groen past vaak al; trainen reguliere zorgverleners in het integreren van groen in behandelingen.	Kunnen aangepast worden: groen past vaak al; trainen reguliere zorgverleners in het integreren van (openbaar) groen in behandelingen.
Vergoeding van groene zorg	Lastig, want niet volgens de wetenschappelijke maatstaven bewezen; groene labels geen businesscase voor zorgverzekeraars.	Kan, mits niet minder efficiënt. In ieder geval één verzekeraar heeft interesse/onderzoekt dit.	Verzekeraars vergoeden alleen behandelingen voor mensen met (verhoogde kansen op) klachten en aandoeningen. Gemeenten/GGD: beperkt budget.
Kennis - Opleiding	Aansluiting vergroten tussen groene opleidingen en reguliere zorg.	Opnemen van groen in regulier zorgonderwijs is lastig, o.a. omdat het al een vol programma is en wetenschappelijk bewijs ontbreekt.	Kennis brengen bij reguliere doorverwijzers (huisartsen).
Kennis - Wetenschappelijk bewijs	Wetenschappelijk bewijs is voorwaarde voor erkenning van groene zorg, zeker in de cure-sector.	Wetenschappelijk bewijs zou helpen om groene zorg op te nemen in opleidingen.	Wetenschappelijk bewijs kan helpen om groen meer te gaan benutten voor (preventieve) gezondheidsbevordering.
Beleid	Aandacht voor de waarde van groen voor gezondheid in beleid.	Integreren van gebruik van de groene leefomgeving binnen deelnemende instellingen (zonder label).	Groeiende beleidsaandacht voor 'groene gezonde leefomgeving'-het openbare groen. Gezondheidsdeskundigen betrekken bij aanleg groen.
Netwerken/samenwerking	Verder uitbouwen van de waarde en herkenbaarheid van natuur voor de zorg binnen pijler 4 van de Green deal Duurzame Zorg.	Groen en natuur integreren in bestaande netwerken in de zorg.	Beleid voor groene leefomgeving en mogelijk preventiebeleid biedt kansen voor tweedelijnszorg-verleners die buiten zorg verlenen.

5.4 Wat kunnen overheden doen?

Ten aanzien van overheidssturing onderscheiden we sturing om pionieren te bevorderen en sturing ten behoeve van opschaling.

Pionieren bevorderen

Overheidssturing om pionieren te ondersteunen, kan met faciliterend beleid, bijvoorbeeld met subsidies. Faciliterend beleid komen we tegen bij twee provincies in onze verkenning, hoewel provincies geen formele rol hebben in het beleid voor zorg, doen ze dit vanuit het beleid voor vermaatschappelijking van natuur (zie Bouwma et al., 2020). De provincie Overijssel ondersteunt initiatieven met subsidie. Vanuit enkele interviews worden middelen belangrijk gevonden, met name voor pionieren; ook de gevonden barrières bij zorg verlenende initiatieven bij het vinden van financiering, bijvoorbeeld om tuinen aan te leggen of te ontwerpen, pleiten hiervoor. Uitbesteden van faciliteren aan intermediaire organisaties komt veel voor bij vermaatschappelijking van natuur door provincies. Gezien de belangrijke rol van intermediaire organisaties bij het bevorderen van groene zorg lijkt dit ook kansrijk. In onze verkenning komen we niet veel overheidssturing tegen vanuit het Rijk om pionieren te bevorderen. Een voorbeeld dat we wel tegenkomen, is financiering vanuit het Ministerie van LNV en ZonmW (in opdracht van VWS) voor praktijkonderzoek (bijvoorbeeld voor het ontwikkelen van tools of materialen, inclusief het in de praktijk brengen of verspreiden hiervan). Een respondent geeft de waarde van een mogelijke 'subsidieregeling groene zorg' aan, bijv. van VWS, voor pionieren: *"Dat kan ook goed werken, omdat je dan niet zit met het concurrentiele stuk van de zorgverzekeraars en met de businesscase. Voor pilots met de juiste zorg op de juiste plek bijvoorbeeld is een soort subsidieronde. Als je dan een goed idee hebt, maar je weet niet per se of het werkt, dan kun je daar je pilot uit bekostigen"* (interview).

Sturen op kennisuitwisseling zien we ook, namelijk bij de provincies Overijssel en Noord-Holland. Voor pioniers kunnen netwerken en community's een niche bieden om uit te wisselen en van elkaar te leren, en wanneer hierop gestuurd wordt, kan ook uitwisseling tussen zorg en natuurpartijen bevorderd worden. Ten aanzien van pionieren komen er daarnaast enkele andere aanbevelingen vanuit onze verkenning. Te denken valt aan het pionieren door ruimte te creëren voor een niche waarin 'labels' die belemmerend werken, worden losgelaten. Een initiatief voor bewegen in de natuur kan dan bijvoorbeeld wel worden vergoed wanneer het als 'welzijn' wordt gelabeld en niet als 'preventie'. Voor pionieren is het ook belangrijk dat er wordt geïnvesteerd in praktijken en dingen doen in plaats van voornamelijk in onderzoek. Ervaring opdoen en hulpmiddelen, routines ontwikkelen en testen zijn van belang. Dat kunnen zorgpartijen en natuursector niet doen zonder aanvullende financiering. Overheden kunnen helpen door stimuleringsubsidies te verstrekken, naast onderzoeksubsidies.

Sturen voor opschaling

Ten aanzien van opschaling zien we dat overheden sturen via netwerken. Bijvoorbeeld het netwerk Alles is Gezondheid is geïnitieerd additioneel aan regulering. Ook de Green Deal Duurzame Zorg is daar een voorbeeld van. Ministeries nemen hieraan deel, laten zien dat ze het belangrijk vinden en nemen zich voor om belemmeringen in bijvoorbeeld regelgeving weg te nemen. Er gaat een agenderende werking van uit, en het fungeert als een toezegging van de deelnemers om zich in te zetten, waar ze ook op aangesproken kunnen worden. Tegelijkertijd blijft het los geformuleerd wat de deelnemers willen doen. Er is bijvoorbeeld geen budget gekoppeld aan het bevorderen van een gezond makende of groene gezonde leefomgeving voor deelnemende partijen die daarmee aan de slag willen.

Ook is verdere agendering en kennisontwikkeling nodig van de waarde van groen in de zorg. Het kennisportaal van het Ministerie van VWS ten aanzien van de groene gezonde leefomgeving wil hierbij ook zorgpartijen bedienen en laten aanhaken. Hier ligt waarschijnlijk een kans om het onderwerp groene zorg meer te agenderen en te koppelen aan de gezonde leefomgeving (openbare ruimte). Ook financieren van relevant onderzoek kan een bijdrage leveren, zoals blijkt uit het door LNV gefinancierde onderzoek naar groene leefstijl. Zoals hierboven al aangegeven (bij pionieren bevorderen), is volgens de respondenten een aandachtspunt bij het uitzetten en financieren van onderzoek dat vooral het uitproberen in de praktijk en het ontwikkelen van werkwijzen, draaiboeken, routines en materialen belangrijk zijn. De zorg is complex en groot, en er zijn voor veel verschillende doelgroepen, professionals en sectoren op maat ontwikkeld materiaal en werkwijzen nodig.

Met name verdere professionalisering van de groene zorg is belangrijk om een gangbaardere plek te krijgen binnen de zorg; hierin zouden overheden wellicht kunnen ondersteunen. Met name gemeenten komen naar voren als kansrijk om een rol te spelen bij verdere opschaling bij maatschappelijke ondersteuning en participatie (dagopvang; re-integratie; zorgboerderijen), vanwege hun rol in het aanbod van zorgverleners in het kader van de Wmo en de uitvoering van de Participatiewet.

Een uitdaging die wordt gesignaleerd bij overheden is het leggen van verbindingen. Bijvoorbeeld dat VWS nu meedoet met het programma Groene gezonde leefomgeving en dat dit interdepartementaal wordt opgepakt, is een stap. Maar het betekent niet automatisch een verbinding naar de meer curatieve deelsector (ook binnen VWS). Ook bij gemeenten is afstemming tussen het sociale en groene domein een kans om inspanningen voor een gezonde leefomgeving te verbinden met kennis en werk van GGD'en en zorgactoren (zie ook De Vries et al., 2022).

6 Conclusies

6.1 Introductie

Het doel van dit onderzoek is meer zicht te krijgen op de institutionele structuren die het opschalen van natuurinclusieve innovaties in de zorgsector tegenwerken of hier kansen voor bieden. We hebben geïnventariseerd welke barrières verschillende typen initiatieven en partijen tegen komen en welke barrières en kansen er zijn voor het opschalen van groene zorg. We hebben vervolgens bekeken welke fasen van de transitie naar een meer natuurinclusieve zorg we herkennen en hebben drie mogelijke routes voor opschaling gesignaleerd. Daarnaast hebben we aanknopingspunten gevonden voor mogelijk overheidshandelen ten behoeve van het opschalen van groene innovaties. Deze onderwerpen komen aan de orde in paragraaf 6.2 bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen. In paragraaf 6.3 geven we een reflectie op het onderzoek en welke onderwerpen naar aanleiding van deze verkenning om verdiepend onderzoek vragen. Tot slot gaan we in deze paragraaf in op mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

6.2 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Bevindingen bij de onderzoeksvragen

1. *Met welke institutionele structuren hebben verschillende typen natuurinnovaties in de zorg te maken bij hun innovatie, tegen welke barrières lopen ze aan en op welke wijze proberen ze instituties te beïnvloeden?*

We onderscheiden zorg verlenende initiatieven en overkoepelende partijen, die zich richten op het bevorderen van groene zorg. Onder de eerste groep vatten we zorgverleners die een (eigen) groene zorg-initiatief realiseren en partijen die aan een dergelijk initiatief bijdragen. De overkoepelende partijen ontplooiën bijvoorbeeld activiteiten die faciliterend zijn voor zorg verlenende actoren die een groen initiatief realiseren of activiteiten die het bewustzijn over de inzet van groen in de zorg vergroten. Dat kan zijn in de vorm van onderwijs of kennisontwikkeling en -verspreiding, bijvoorbeeld via netwerken. Daarbij nemen we ook partijen mee die een rol hebben in het doorverwijzen of vergoeden van zorg, omdat zij vanuit die rol van invloed kunnen zijn op groene zorg-innovaties.

Zorg verlenende initiatieven hebben we ingedeeld in een aantal hoofdcategorieën. Hieronder een overzicht en de belangrijkste barrières die we tegenkomen:

- *(Woon-)zorginstellingen die tuinen aanleggen of de omgeving vergroenen.*

De voornaamste instituties die een barrière vormen bij realisatie zijn: financiering (vaak moeilijk te vinden); het meekrijgen van eigen personeel of juist management in het *verhaal* van groene zorg (bijv. lastig i.v.m. veiligheid); inpassing van het groen in de zorg (soms zijn tuinen of groen gerealiseerd maar wordt er geen zorg verleend); medewerkers die vaak taakgericht zijn, die volgens protocollen werken waar het naar buiten gaan de natuur benutten niet direct inpassen. Bij instellingen gaat het vaak om ggz- en woon-zorgcentra voor ouderen of dagopvang, maar ook wel om ziekenhuizen. Verschillende malen wordt genoemd dat voor de financiering van initiatieven geen voor de hand liggend budget is te vinden. De literatuur geeft vaak niet voldoende informatie om te duiden of waarden en normen een rol spelen bij de keuze om wel of niet te financieren (woon-zorginstellingen; ziekenhuizen). Initiatiefnemers die terreinen willen herontwikkelen, kunnen bij het zoeken naar financiering aanlopen tegen regels die niet voorzien in de aanleg van groen van de juiste kwaliteit. Financiering is verder van belang bij de continuïteit van initiatieven. Voor onderhoud van de eenmaal aangelegde tuin zijn bijvoorbeeld betaalde krachten en/of vrijwilligers nodig. Belemmeringen op het vlak van overtuigingen en waarden, routines en kennis (woon-zorginstellingen) om groen aan te leggen dan wel dit te gaan benutten, lijken samen te hangen. De rol van overtuigingen werd genoemd ten aanzien van medewerkers die overtuigd moeten zijn van de waarde van de inzet van groen, in combinatie met dat zij ook handvatten nodig hebben hoe ze dat moeten doen. De

hoge werkdruk maakt het voor medewerkers ook lastig te onderzoeken hoe. Verder spelen overtuigingen van cliënten een rol. Ook zij moeten het nut zien van behandeling in groen (motivatie). Er zijn voorbeelden van initiatieven die zich hiervan bewust zijn en daarom aansluiten bij de wensen van de cliënten ten aanzien van het groen en de noodzaak ook hen mee te nemen in de communicatie tijdens de realisatie. Kennis (belemmering) en netwerken/samenwerken (oplossing) (woon-zorginstellingen; ziekenhuizen) lijkt samen te hangen. Samenwerken met bijvoorbeeld groene partijen kan helpen als de kennis over bijvoorbeeld de inrichting van tuin of omgeving niet aanwezig is.

- *Zorgaanbieders met een groene identiteit, zoals wandelcoaches en tuintherapeuten.* Een veelgenoemde barrière die in de literatuur genoemd wordt voor zorgaanbieders met een groene identiteit die geen zorgachtergrond, opleiding of (BIG) registratie hebben, is erkenning binnen de zorg; wanneer er geen BIG-registraties zijn, zullen artsen er niet snel naar doorverwijzen. Voor zorgaanbieders met een BIG-registratie én een groene identiteit gelden deze belemmeringen niet. Maar ook voor hen geldt dat achtergrond en opleiding van deze zorgverleners niet altijd gemakkelijk vindbaar is. Dat maakt het lastiger voor doorverwijzers om geregistreerde aanbieders te vinden (*accreditatie/doorverwijzingssysteem/ wetgeving*). We komen regelmatig tegen dat zorgverzekeraars deze zorg met groen/natuur niet vergoeden. De functie van de (nu opgeheven) Beroepsorganisatie Groene Zorg als middel om voor vergoeding door verzekeraars in aanmerking te komen, heeft niet gewerkt. Ook hier speelde dat de groep te divers was en de opleidingen/kwalificaties waren te onduidelijk. Zorgverzekeraars zijn gebonden aan eisen die de Zorgverzekeringswet stelt en om een behandeling te kunnen vergoeden in het basispakket, is nodig dat er gedegen onderzoek heeft plaatsgevonden naar effecten op specifieke gezondheidswaarden bij grote groepen mensen (kennis). De huidige onderzoeken naar de effecten van natuur voldoen hier niet aan.
- *Reguliere zorgprofessionals die ook 'groene zorg' aanbieden* (zoals wandelen in het kader van leefstijlinterventies) lopen niet tegen de 'accreditatie- barrière' aan, omdat ze BIG-geregistreerd zijn. Artsen zullen wel willen verwijzen naar (BIG) gekwalificeerde zorgprofessionals, zoals fysiotherapeuten, of psychologen, die behandelingen buiten (in de natuur) doen. Wanneer zorgprofessionals zoals huisartsen wandelgroepen organiseren, zijn beschikbare tijd (ze moeten het er vaak bij doen in eigen tijd) en financiering barrières. Ook als er een gecertificeerde aanbieder aanwezig is, kan een belemmering zijn (bijvoorbeeld ten opzichte van zorgverzekeraars) dat er nog onvoldoende is aangetoond dat een activiteit in het groen een meerwaarde heeft ten opzichte van die activiteit an sich (kennis).
- *Agrariërs en (sociaal) ondernemers met wijktuinen en zorgboerderijen.* Deze initiatiefnemers, die dagopvang, re-integratie of woon-zorg aanbieden, komen verschillende barrières tegen. Een barrière kan zijn dat verschillende budgetten en regelingen gecombineerd moeten worden, bijvoorbeeld Wmo, Participatiewet en andere zorgbudgetten (wetgeving/financiering). Bij de Wmo en Wlz hebben gemeenten, CIZ en zorgkantoren een rol bij indicatiestelling en keuze/acceptatie van zorgaanbieders; een barrière kan zijn wanneer de betrokken medewerkers of zorgaanbieders die natuur integreren, dit niet op het vizier hebben. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wordt ook regelmatig als een kans benoemd, een mogelijkheid voor financiering, die door initiatieven ook zo wordt benut. De Wmo kan ook een barrière vormen, met name met betrekking tot de continuïteit van de financiering, en de rol van de gemeenteambtenaar die de indicatie moet stellen. Bij de Wmo worden naast medische ook andere aspecten meegewogen in de (ambtelijk georganiseerde) indicatiestelling. Mogelijk worden regels hier heel verschillend gehanteerd, per gemeente en/of ook per ambtenaar en spelen overtuigingen hierbij een rol.
- *Partijen uit de natuursector die groene zorg aanbieden. Terreinbeherende organisaties* die dagopvang of groene re-integratie aanbieden, hebben zelf niet altijd kennis over zorg in huis. Voor het slagen van initiatieven is samenwerking tussen natuurorganisaties en zorgactoren een kans. Beide kunnen elkaar op het vlak van kennis aanvullen, evenals op het vlak van toegang tot cliëntengroepen of toegang tot groen. Bij andere natuurpartijen, zoals de *Stichting gezond natuurwandelen* die vrijwilligers opleidt om wandelingen te begeleiden, is een gevonden barrière het ontbreken van bewijs van de toegevoegde waarde van natuur en het effect van dit wandelen op de gezondheid (kennis).

Zorg verlenende initiatieven kunnen (vaak indirect) instituties op diverse manieren beïnvloeden om hun eigen initiatief te realiseren, maar dit kan ook helpen de inzet van groen in de zorg in het algemeen te bevorderen.

Culturele strategieën

- *Bewustwording, beïnvloeding van verhaal en normatieve waarden* wordt door de initiatieven benut. Het verhaal over de waarde van natuur en groene zorg wordt uitgedragen, intern naar eigen medewerkers en

cliënten, maar ook extern, bijvoorbeeld naar bezoekers van instellingen of omwonenden. Ook als een initiatief met een gemeentemedewerker of zorgverzekeraar praat ten behoeve van zijn eigen initiatief, is er sprake van beïnvloeding van het denken van partijen en actoren buiten de eigen instelling. Meestal wordt in de literatuur niet expliciet gemaakt wat de rol van 'het verhaal' was bij het overtuigen ten behoeve van het vinden van financiering. Maar het lijkt wel voor de hand liggend dat het hierbij een rol speelt.

- Het *aantrekkelijker/toegankelijker maken van groene zorg door er bijvoorbeeld identiteiten en rollen aan te koppelen* zien we op twee manieren terug. Een initiatief bijdragen aan het toekennen van rollen aan groene zorgverleners binnen de zorg doordat 1) een instelling of zorgaanbieder zijn identiteit koppelt aan groen en de plek van natuur binnen de zorg die ze verleent, en 2) door bij de keuze van nieuw personeel groene zorg expliciet een rol te geven binnen de instelling.
- *Politieke strategieën: visievorming, lobby, agendering, coalitievorming* door zorg verlenende initiatieven wordt niet expliciet genoemd, maar waar bijvoorbeeld een initiatief partijen als provincie-medewerkers, zorgverzekeraars en gemeenten uitnodigt voor een bezoek, mag verwacht worden dat hiermee politieke beïnvloeding plaatsvindt. Wel zijn zorg verlenende initiatieven als deelnemer betrokken bij (lokale) preventieakkoorden en netwerken zoals Alles is Gezondheid of de Green Deal Duurzame Zorg.
- *Technische strategieën (demonstreren, educatie, leer-community's, onderzoek)* zien we vooral waar natuurorganisaties en zorginstellingen samenwerking opzoeken om elkaars kennis en mogelijkheden aan te vullen. Een enkele keer komen we tegen dat een zorgactor een training organiseert voor vakgenoten. Verder worden externe deskundigen betrokken, bijvoorbeeld bij de aanleg van een tuin. Initiatieven nemen deel aan leer-community's, maar het is niet bekend of ze deze zelf ook opzetten. Ook zijn er initiatieven die deelnemen aan onderzoek.

Ook hebben we overkoepelende partijen in kaart gebracht, die zorg verlenende initiatieven (kunnen) helpen bij het initiëren en realiseren van groene zorg dan wel die zich bezighouden met opschaling van natuur en zorg als vanzelfsprekende combinatie binnen de zorg. We hebben ten aanzien van deze partijen bekeken wat ze zelf (meer) kunnen doen om natuur-en-zorgcombinaties meer gemeengoed te maken en de barrières voor opschaling die ze signaleren of tegenkomen.

- *Zorgpartijen* die zich (soms naast zorgverlening) bezighouden met het bevorderen van groene zorg bijvoorbeeld door onderwijs, verspreiding van het gedachtegoed en het ontwikkelen van methodieken (Sensea, de Buitenpsychologen, de organisatie Green Mental health, en vereniging Arts en Leefstijl). Onze verkenning bood geen inzicht in de barrières waar deze partijen tegenaan lopen. De voormalige Beroepsorganisatie Groene Zorg is er niet in geslaagd om aangesloten groene zorgverleners toegang te bieden tot zorgverzekeraars (accreditatie/certificering) of doorverwijzers. Een belangrijke barrière hiervoor was de zeer diverse kwalificaties van de aangesloten deelnemers.
- Voor *groene (intermediaire) organisaties* is het – hoewel er veel zorginstellingen zijn die mee willen doen met de programma's die ze aanbieden – een uitdaging om voldoende ingangen te vinden bij zorgprofessionals en belangrijke gerenommeerde organisaties binnen de zorg of de medische sector (samenwerking). Verder is er vaak beperkt financiering voor deze activiteiten.
- In zijn algemeenheid zijn voor het bevorderen van natuur als gangbare praktijk binnen de zorg de volgende barrières naar voren gekomen, met name in de *cure sector*: onvoldoende bewijs van de effecten van natuur op genezing (kennis); de daaruit voortkomende eisen die worden gesteld aan verzekerde zorg (via het basispakket) (wetgeving); het ontbreken van BIG-registraties bij een deel van de *Zorgaanbieders met een groene identiteit* (certificering en accreditatie).
- De *zorginkopers* (zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars) zijn gebonden aan specifieke wetgeving (resp. Wlz, Wmo en Zvw), wat meer of minder beperkend werkt. Met name ten aanzien van het vergoeden van groene zorg zijn zorgverzekeraars hierin beperkt, ook als het gaat om preventie. Bij gemeenten lijkt een belangrijker barrière bij het opnemen van groen aanbod te liggen in *kennis; overtuigingen/waarden*. Ook beperkte financiering speelt een rol, met name ten aanzien van preventie.
- Voor *huisartsen* noemt Postma (2020) verschillende barrières bij het doorverwijzen naar (groene) leefstijlprofessionals, zoals taakopvatting, bekendheid met leefstijl en/of overtuigingen en waarden (manieren van werken/overtuigingen en waarden). Maar ook (groene) leefstijlprogramma's zijn nog moeilijk vindbaar en ook hier zijn kwalificaties van aanbieders vaak onduidelijk, ontbreekt een BIG-registratie (certificering en accreditatie, ook samenwerking) en (kennis van) aantoonbare effecten.
- *Overheden* zijn gebonden aan hun formele rol binnen de zorg. Provincies hebben een dergelijke formele rol niet. Ten aanzien van het Ministerie van VWS en gemeenten (los van hun rol als zorginkoper voor de Wmo - zie hierboven), is als barrière naar voren gekomen dat er tussen de verschillende deeldomeinen (VWS) of

tussen verschillende afdelingen (bijvoorbeeld tussen het groene en sociale domein, of tussen participatie en Wmo, bij gemeenten) schotten bestaan. Beweging in beleid op het gebied van natuur en gezondheid in de openbare leefomgeving vertaalt zich bijvoorbeeld nog niet of beperkt naar de zorg, met name niet naar het medische domein. Het Ministerie van LNV en provincies hebben vanuit het natuurbeleid, via het spoor vermaatschappelijk van natuur, wel mogelijkheden om initiatieven te ondersteunen en te faciliteren.

- *Publiek-private samenwerkingsverbanden*, zoals het netwerk Alles is Gezondheid en het netwerk Green Deal Duurzame Zorg, besteden aandacht aan respectievelijk natuur-zorgintegratie en het bevorderen van een groene gezonde leefomgeving. Deze pijlers vormen een klein onderdeel binnen het geheel. Barrières om deze onderdelen te vergroten zijn we niet expliciet tegengekomen. Een aandachtspunt is wie zo'n onderdeel trekt; bij voorkeur iemand vanuit de zorg. Een barrière kan verder zijn dat er vanuit de Green Deal geen financiering is voor de activiteiten die deelnemende instellingen willen ondernemen. Ook leidt aansluiting bij de Green Deal niet automatisch tot groene zorg; vaak is de vastgoedafdeling erbij betrokken.
- *Overige partijen* die overkoepelende activiteiten ontplooiën, zijn bijvoorbeeld de beroepsorganisatie Federatie landbouw en zorg. De Federatie landbouw en zorg behartigt de belangen van haar leden richting de overheid. Barrières zijn we in deze verkenning niet tegengekomen. Wel kan de Federatie een rol spelen in barrières die we zijn tegengekomen voor zorgboerderijen, met name als het gaat om bekendheid richting gemeenten en dat doet ze ook al.

Strategieën voor institutionele beïnvloeding van overkoepelende partijen

- *Culturele strategieën*, bijv. bewustwording en 'rollen, waarden en identiteiten koppelen aan groene zorg' worden met name opgepakt door intermediaire organisaties. Zij brengen de waarde van groen voor de zorg in beeld of werken aan een helderder beeld van kwalificaties van groene zorg-professionals en het bevorderen van de vindbaarheid (definiëren van de beroepsgroep).
- *Technische strategieën: cursussen, leernetwerken, standaardiseren, materiaal ontwikkelen*. Van deze strategie zien we verschillende vormen: 1) er wordt onderwijs verzorgd in de vorm van cursussen voor zorginstellingen en we komen programma's tegen waar instellingen zich bij aan kunnen sluiten die gericht zijn op 'lerend doen'; 2) er worden tools ontwikkeld voor het benutten van natuur in de zorg; er zijn inmiddels enkele leefstijlinterventies erkend, echter nog geen groene; 3) er wordt materiaal ontwikkeld, bijvoorbeeld over groene leefstijlinterventies, voor huisartsen en patiënten, ter bevordering van het doorverwijzen. Leernetwerken kunnen een rol spelen als niche waar pioniers met elkaar kunnen uitwisselen en van elkaar leren.
- *Politieke strategieën*: een voorbeeld hiervan is de aansluiting bij de Green Deal Duurzame Zorg, waar middels lobby nu ook een pijler gezonde leef- en verblijfsomgeving bij is ondergebracht.

2. Welke instituties werken het opschalen van natuurinclusieve innovaties in de zorg tegen en wat zijn kansen?

Om de vraag naar opschaling te kunnen beantwoorden, hebben we eerst ingeschat welke fasen van de transitie we herkennen. We herkennen de volgende fasen:

- *Pionieren*. Uit het onderzoek blijkt dat de fase van pionieren nog volop gaande is. Er is veel animo voor de activiteiten, cursussen, e.d. van de organisaties IVN en NFH. Er zijn bijvoorbeeld zeer veel aanmeldingen voor een project Groene GGZ dat nu loopt. Naast de voorlopers wordt een groep gesignaleerd die wel iets wil, maar niet weet hoe. En er mislukken ook zorg verlenende en overkoepelende initiatieven. In deze verkenning wordt beweging gesignaleerd bij de ggz en de ouderenzorg. Ook op leefstijl zit beweging, zowel vanuit preventie als de eerstelijnszorg. Bij het inrichten van de omgeving (van instellingen) zit ook beweging.
- *Opschaling*. Er zijn verschillende tekenen van (een begin van) opschaling. We zien (beperkt) instituties bewegen. Met name de vorming van netwerken en samenwerking en leer-community's springen daaruit, evenals beweging op het vlak van overtuigingen en waarden. Binnen de witte wereld en in het rijksbeleid wordt ook iets meer gepraat over natuur en gezondheid. Ten aanzien van accreditatie en certificering wordt nog geen beweging gesignaleerd, wel dat de beroepsgroep (zorgaanbieders met groene identiteit) bezig is zichzelf te definiëren en het verkrijgen van een overzicht van kwalificaties. Ook op het gebied van doorverwijzingen door huisartsen naar groene zorg (groene leefstijl) is er een aanzet tot beweging, bijvoorbeeld door het verspreiden van materiaal onder huisartsen. Op het vlak van wetgeving is geen beweging zichtbaar.
- *Doorbraakfase*. Hiervan hebben we geen tekenen gezien.

Verder met pionieren en routes naar opschaling

Verder met pionieren

Verder gaan met pionieren is nog kansrijk en belangrijk. Er is nog veel mogelijk om via ontwikkelen, ondersteunen, overtuigen en enthousiasmeren instellingen te verleiden tot een groen initiatief. Ook om intern eigen medewerkers, managers en ook cliënten mee te krijgen.

OPSCHALING – drie routes

Er zijn verschillende visies op routes naar opschaling gesignaleerd. Welke barrières hierbij (nog) overwonnen moeten worden, verschilt per route.

A. Groene zorg 'met label', erkend in de zorg en vergoed door zorgverzekeraars.

Uitgangspunt van deze visie op opschaling is dat groene zorg erkend wordt met het label 'groene zorg'. Deze route vereist de vorming van beroepsorganisaties, onderwijs voor groene zorg-beroepen en het opnemen van zorgaanbieders met groene identiteit in bestaande of nieuw erkende registers, voor zover het om nu nog om niet geregistreerde zorgverleners gaat. Er is professionalisering nodig van groene zorg-professionals, die de erkenning hiervan kunnen bevorderen. Daarnaast is wetenschappelijk onderzoek nodig, omdat bewijs voor de effecten van natuur op de gezondheid cruciaal is voor toegang tot vergoeding bij zorgverzekeraars en in de cure-sector. Deze route kwam regelmatig naar voren in de wat oudere literatuur.

B. Alle zorg groen (zonder label groene zorg)

Een tweede mogelijke route voor opschaling die is gesignaleerd, is het verder vergroenen van de reguliere zorg. Veel zorg die er nu is, kan groen. Dit vereist geen vorming van nieuwe groene zorg-beroepsorganisaties, maar het inbrengen van (de waarde van) natuur en groen in bestaande beroepsorganisaties en in het reguliere zorgonderwijs. De vorming van nieuwe, groene beroepsorganisaties is niet nodig in deze route, omdat alle reguliere zorg al via het BIG-register of anders is geregistreerd, bijvoorbeeld via erkende beroepsverenigingen. Deze route gaat over het gangbaar maken van het benutten van natuur binnen deze geregistreerde en erkende zorgverlenersgroep. Het vraagt ook om het opnemen van voorlichting over en verwijsmogelijkheden naar natuur binnen de bestaande werkrouines van diverse professionals.

C. Route via preventie en/of leefstijl en groene gezonde leefomgeving

Sinds de stelselherziening is er in de gezondheidszorg meer aandacht voor zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van mensen voor de eigen gezondheid; hieronder valt aandacht voor preventie en leefstijl (bijv. bewegen). Ook is er in beleid (LNV, VWS) aandacht voor groen in de openbare leefomgeving, o.a. vanuit de functie van groen voor gezondheid en welzijn. Hier kan groene zorg bij aanhaken. Dit biedt volgens de geïnterviewden kansen voor opschaling, bijvoorbeeld doordat tweedelijnsprofessionals (al dan niet verbonden aan instellingen) buiten en in de natuur zorg kunnen verlenen of door het integreren van groen in erkende leefstijlprogramma's. Nodig voor opschaling is dat gerenommeerde partijen in de zorg – bijv. huisartsen – het materiaal en gedachtegoed over het benutten van groen in de zorg gaan verspreiden. Overigens gaat het programma groene gezonde leefomgeving van LNV en VWS over het inrichten van de omgeving; dit betekent niet automatisch dat er ook 'groene zorg' in verleend gaat worden. Meer (beleids)aandacht voor gebruik van die omgeving, vereist het verder agenderen daarvan en integratie bij de verschillende sectoren, zoals langdurige zorg en de curatieve sector.

Gemeenschappelijke aandachtspunten voor de verschillende routes naar opschaling is dat zorgaanbieders met een groene identiteit beter vindbaar worden en dat er duidelijkheid komt over de kwalificaties. Ook de behoefte aan inpassing van groen in zorg- en welzijnsopleidingen of nascholingen wordt door alle routes gedeeld, evenals het mobiliseren van zorgpartijen die het gedachtegoed willen uitdragen en verspreiden.

3. Wat zijn aanknopingspunten voor het handelen van verschillende overheidslagen om de betreffende instituties te beïnvloeden of veranderen?

Ten aanzien van overheidshandelen komen er verschillende algemene aanknopingspunten uit het onderzoek, echter met de kanttekening dat er verdieping nodig is om echt te kunnen onderzoeken wat de mogelijkheden, barrières en kansen zijn om overheidshandelen te concretiseren. We vonden ten aanzien van het bevorderen van *pionieren*: faciliterend beleid, gericht op het mogelijk maken van leernetwerken en 'leren

door doen' in niches, inclusief bijbehorende materialen, werkwijzen en scholing en subsidie voor pioniers om initiatieven op te starten. Dit soort beleid is bij enkele provincies aanwezig vanuit het natuurbeleid binnen het spoor van vermaatschappelijking van natuur. Het kan zinvol zijn wanneer meer provincies dergelijke ondersteuning bieden. Er worden ook mogelijkheden gezien voor het Ministerie van VWS en/of LNV, maar verdieping is nodig om te onderzoeken of en wat de ingangen zijn bij de ministeries. Ten aanzien van *opschaling* worden voor overheden minder mogelijkheden gesignaleerd; wel komen kennisontwikkeling en agendering naar voren en verdere integratie van natuur in beleid voor leefstijl, preventie en groene leefomgeving. Ook sturing door netwerken, zoals de (lokale) preventieakkoorden, het netwerk 'Alles is Gezondheid' en de Green Deal Duurzame Zorg kan verder bijdragen. Met name gemeenten lijken een rol te kunnen spelen bij het opschalen van de benutting van natuur en groen in de zorg vanwege hun rol als zorginkoper voor de Wmo en als uitvoerder van de Participatiewet: door groene aanbieders meer op te nemen in hun zorgaanbod voor maatschappelijke ondersteuning, dagopvang en re-integratie.

6.3 Reflectie en kansen voor vervolgonderzoek

6.3.1 Reflectie

In deze verkenning kwamen aanknopingspunten naar voren voor (het bevorderen van) groene zorg, maar er zaten ook beperkingen aan de verkenning, die aanleiding kunnen zijn voor verdere verdieping in onderzoek.

Beperkte verkenning

Deze verkenning was beperkt in het aantal rapporten en zoals eerder gezegd, niet kwantitatief. Omdat we hebben gefocust op wat we *wel* vinden, is het beeld vrij rooskleurig, terwijl er ook veel initiatieven niet lukken en het aantal groene zorg-initiatieven waarschijnlijk een fractie is binnen het niet-groene zorgaanbod. Daarnaast hebben we (maar) vier interviews gehouden. Wanneer een geïnterviewde iets meent of signaleert, is het niet zo dat de anderen dat ook vinden, bijvoorbeeld ten aanzien van de duiding en het belang van initiatieven en de routes voor opschaling. Het is niet zo dat ze allemaal deze drie routes onderschrijven. We konden aan de hand van onze verkenning niet aangeven waar de transitie staat, wel indicaties voor de verschillende fasen van de transitie herkennen.

Ook was de literatuur ongelijksoortig. We hadden naast uitgebreide cases ook literatuur die alleen initiatieven noemde of die meer oriënterend van aard was. Bijvoorbeeld soms komt naar voren dat het uitdragen van het verhaal belangrijk is, maar wordt uit de literatuur niet duidelijk of partijen dit ook actief doen. De literatuur bood ook niet altijd genoeg inzicht om te bepalen in hoeverre het, naast het aanleggen van groen (omgevingsingreep), ook gaat om behandelingen in het groen. Vanuit de interviews wordt aangegeven dat dit laatste nog lang niet altijd gebeurt. En bij het behandelen in de natuur of in het groen (cliënten naar de natuur brengen) spelen andere barrières een rol dan bij het aanleggen van groen of natuur (natuur naar de cliënten brengen), met name routines en manieren van werken. Een ander voorbeeld van beperkte informatie is er ten aanzien van wandelen als groene zorg: vaak gaat het om bewegen en niet om natuur, maar we hebben we weinig informatie verkregen in hoeverre en op welke manier natuur onderdeel is van deze interventies en op welke manier specifiek natuur wordt geacht bij te dragen aan gezondheid (en of dit een belemmering vormt voor bijvoorbeeld doorverwijzing van een huisarts).

Verdieping is nodig om achterliggende mechanismen achter barrières verder te duiden

De verkenning bood niet altijd genoeg inzicht in hoe barrières echt werken en waardoor barrières veroorzaakt worden. Voorbeelden:

- Bij de initiatieven van woon-zorgcombinaties die een tuin aanleggen, bleek dat het lastig kan zijn om de eigen medewerkers mee te krijgen, o.a. omdat ze niet overtuigd zijn van de waarde van groen. Wij konden niet altijd duiden in welke gevallen de weerstand zit bij de aanleg van de tuin zelf, of meer bij het benutten van de tuin voor behandelingen. Voor verdere opschaling van groene zorg en wat daarvoor nodig is, is dit inzicht wel van belang.
- De literatuur biedt vaak niet voldoende informatie om te duiden of weerstand tegen groene zorg in instellingen (aanleggen van groen/omgevingsingreep dan wel behandelen) bij management, personeel en cliënten wordt veroorzaakt door gebrek aan kennis of dat het meer aan overtuigingen ligt. Weerstand kan te maken hebben met een gebrek aan kennis (bij zorgverleners bijvoorbeeld kennis over de toepassing in

het werk/routines en handelingen of kennis over de wensen van de cliënten; bij cliënten bijvoorbeeld over de meerwaarde of werking van natuur). Maar het kan ook met overtuigingen en waarden te maken hebben.

- Verschillende barrières kunnen verder uitgediept worden om echt iets te kunnen zeggen over wat er moet gebeuren. Bijvoorbeeld routines en manieren van werken om daadwerkelijk buiten te gaan behandelen bij instellingen: is er een gebrek aan tools? Gaat het om tijd/werkdruk, of gaat het om praktische barrières (denk aan een chemotuin met rammelende infuuspalen) of om overwegingen van veiligheid? Een ander voorbeeld is kennis: deze barrière komen we op verschillende manieren tegen in deze verkenning, bijvoorbeeld het vergaren van kennis via onderzoek (o.a. over effecten van groen en natuur in behandelingen) of de vindbaarheid en verspreiding van kennis aan zowel zorgverleners als patiënten. Dit kan wel consequenties hebben voor bijvoorbeeld aanbevelingen voor beleid.
- Sommige onderwerpen worden regelmatig genoemd, maar niet verder voldoende uitgediept om ze echt te kunnen verklaren. Bijvoorbeeld de rol van gemeenten als zorginkoper van de Wmo komen we vaak als barrière/kans tegen. Maar we zijn geen voorbeelden tegengekomen waarbij het niet gelukt is om WMO-geld te krijgen voor groene zorg, en waarom niet, en hoe gemeenten hierin staan. Dit kan een aandachtspunt zijn voor verdiepend onderzoek.
- We vinden bij initiatieven vanuit de natuursector over het algemeen minder barrières dan bij de partijen vanuit de zorgsector. Het is niet duidelijk geworden waarom dit zo is.
- Ten aanzien van institutionele beïnvloeding is uit de literatuur vaak niet duidelijk of technische strategieën zoals trainingen en expertise ook naar buiten worden verspreid, naast de interne functie die ze hebben binnen de betreffende instellingen; het is daarmee vaak ook niet duidelijk of hiermee breder instituties worden beïnvloed. Ook bood de literatuur vaak geen of beperkt inzicht in de samenhang tussen barrières en de keuze voor strategieën van institutionele beïnvloeding (de literatuur stelde institutionele beïnvloeding ook niet centraal). Voor het kunnen doen van uitspraken over deze samenhang (bijvoorbeeld hangen technische strategieën samen met kennis als beperking) is vervolgonderzoek aan te bevelen.
- In de literatuur was het vaak lastig te duiden of en in welke mate het bij het benutten van natuur gaat om cure of care. De inzet van groen ter ondersteuning van het genezingsproces valt onder 'cure', maar er is overlap. Het benutten van natuur in de cure-sector (bijvoorbeeld in ziekenhuizen) kan gaan om de verbetering van het welzijn ('care'); het benutten van natuur in de welzijnssector kan gaan om 'cure'. Om kansen en barrières verder te duiden, lijkt het zinvol om binnen deze deelsystemen de doelen en het gebruik van de aangelegde natuur en vergroening nader te bekijken.
- In de interviews wordt aangegeven dat integreren van natuur in zorgopleidingen belangrijk is. Dit hebben wij in deze verkenning niet onderzocht. Verder onderzoek zou inzicht kunnen bieden in wat er nodig is om te zorgen dat zorgopleidingen groen opnemen in hun curriculum.

Uitdieping van de deelsystemen nodig om echt kansen te kunnen benoemen

In deze verkenning hebben we de initiatieven en barrières en kansen waar mogelijk gekoppeld aan verschillende deelsystemen in de zorg, maar we hebben geen recht kunnen doen aan de specifieke institutionele structuren die ieder van deze deelsystemen kenmerken en die belangrijk zijn voor de kansen en barrières voor het benutten van natuur binnen deze deelsystemen. Juist daar zitten echter grote verschillen en dus zijn de kansen in het ene deeldomein totaal anders dan in het andere. Dat komt door een fundamenteel ander wettelijk kader, dominantie van uiteenlopende professies en sterk verschillende werkwijzen. Zo is bijvoorbeeld de langdurige zorg een sector die niet medisch, maar verpleegkundig/verzorgend gedomineerd wordt, een eigen wettelijk kader heeft en gericht is op kwaliteit van leven. Dit in tegenstelling tot medisch-specialistische zorg, die vanuit de ZVW wordt betaald, door medici (wetenschap) wordt gedomineerd en uit is op genezing.

6.3.2 Richtingen voor vervolg

Deze verkenning kan als basis dienen voor een vervolg.

Verdiepen van een van de deelsystemen

In dit onderzoek is verkend welke institutionele structuren in de zorg een barrière of een kans vormen voor het verder opschalen van natuur en zorg. De zorg is een 'containerbegrip' waar verschillende deelsectoren in zitten met een ander type medewerker en ander type cliënt, die in visie, werkwijze, of behoefte, sterk kunnen verschillen (zoals de curatieve sector, de ggz, de ouderenzorg, preventie). Ook zijn er verschillen tussen instituties en daarbij betrokken actoren, in waar zij mee in aanraking komen en waar ze van afhankelijk zijn. Maatwerk is dus nodig bij het incorporeren van groen in de zorg. Voor een vervolgonderzoek is het meer in de diepte analyseren van een van de deelsectoren zinvol. Bijvoorbeeld de eerste lijn, de ggz, de ouderenzorg of maatschappelijke ondersteuning/dagopvang.

Verdiepen van barrières voor een type actor of/en soort interventie

Er zijn veel typen actoren naar voren gekomen waarbij de analyse van de groene zorg en de mogelijkheid om dit verder te brengen ieder nog ruimte voor verdieping in zich dragen. Bijvoorbeeld zorginstellingen (zoals woon-zorg of ziekenhuizen): hier kan dieper ingaan op barrières en wat nodig is om zorg daadwerkelijk te buiten te verlenen zinvol zijn. Wat doet men dan buiten? Welke tools zijn er? Helpen die, wat werkt en wat niet? Ook het verder verdiepen van de mogelijkheden voor de zorginkopers, zoals gemeenten of zorgverzekeraars, kan zinvol zijn: welke keuzes maken ze en waarom? Ook het verder uitdiepen van een interventie zoals de Green Deal Groene Zorg kan zinvol zijn: deze lijkt kansrijk voor opschaling, maar hoe vergaat het deelnemende instellingen bij het vertalen van de deelname naar concrete natuurinterventies?

Verder verkennen van de routes naar opschaling

De drie routes voor opschaling geven ieder aanleiding tot ander vervolgonderzoek. Bijvoorbeeld de route 'groene zorg met label' geeft aanleiding om verder te onderzoeken wat de waarde is van een groene identiteit en wat de kansen zijn voor groene zorg 'met label' binnen het zorgsysteem, ook zonder binnen de zorg geaccepteerde registraties. Voor welke vormen is dit kansrijk en onder welke voorwaarden, en voor welke minder?

De tweede route, 'vergroenen van de reguliere zorg', geeft aanleiding om routines en het integreren van 'naar buiten gaan' binnen de zorg verder te verdiepen: wat is er voor nodig om dit verder te brengen? Ten slotte zijn voor de route 'vergroenen via gezonde leefomgeving en leefstijl' interessante vragen: Wat is er nodig om groene zorg te laten aanhaken bij (beleid voor) de groene leefomgeving? Wat is er nodig voor (tweedelijns)professionals om naar buiten te gaan in dit groen? Of: wat hebben zorgpartijen nodig die zijn aangehaakt bijv. bij lokale preventieakkoorden of bij programma's vanuit gemeenten (en bijv. GGD'en) om vergroenen van de leefomgeving te benutten om ook hun eigen zorg te vergroenen? In hoeverre werkt dit al door in hun zorgverlening?

Verder verdiepen van de mogelijkheden van overheidssturing

Ten aanzien van overheidssturing zijn zowel voor pionieren als voor opschaling verschillende richtingen genoemd. Om gedetailleerdere aanbevelingen te kunnen doen voor overheidshandelen, kan het zinvol zijn om de genoemde richtingen verder te onderzoeken. Bijvoorbeeld: hoe kan zorg aanhaken bij beleid voor de groene leefomgeving? Hoe werken netwerken zoals de Green Deal Duurzame Zorg of preventieakkoorden door bij aangesloten instellingen?

Literatuur

- Berg, A. van den, 2015. Groen in de zorg. Een quickscan inventarisatie van het groene zorgaanbod in Nederland.
- Buijs, A., T. Mattijssen, M.-J. Smits en R. van Dam, 2019. Burgers voor natuur. Hoe burgers bijdragen aan een transitie naar een natuurinclusieve samenleving. Policy paper van het WUR-KB Programma Natuur Inclusieve Transitie. Wageningen UR.
- Bonekamp, L. en S. Kroon, 2015. Groene zorgcombinaties, natuurinclusief ontwikkelen als kans voor innovatie in de gezondheidszorg. Afstudeerscriptie Hogeschool VHL
- Bouwma, I.M., D.A. Kamphorst, D. van Doren, T.A. de Boer, A.E. Buijs, C.M. Goossen, J.L.M. Donders, J.Y. Frissel, S. van Broekhoven (2020). Provinciaal beleid voor maatschappelijke betrokkenheid bij natuur – het beleid nader bekeken in 8 casussen. Achtergrondstudie bij de Tweede Lerende Evaluatie Natuurpact. Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu, WOt-technical report 175.
- Buist, Y., S. de Bruin, L. Vaandrager en J. Hassink. (2018) Factsheet Groene dagbesteding in de stad: een levendige plek voor mensen met dementie.
- De Vries, S., F. Langers en D.A. Kamphorst (2022). Beleidsdenken over stedelijk groen en gezondheid; En de mate waarin dit zich laat onderbouwen vanuit het onderzoek., Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu, WOt-rapport 141.
- Farjon, H., Gerritsen, A.L., Donders, J.L.M, Langers, F., Nieuwenhuizen, W. (2018) Condities voor natuur inclusief handelen: analyse van vier praktijken van natuurinclusief ondernemen. Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu, WOt technical report 121.
- Gemeente Nijmegen (2019). Lokaal Preventieakkoord 'Wij zijn groen, gezond en in beweging Nijmegen'. Publicatieversie.
- Gerritsen, A.L., D.A. Kamphorst, W. Nieuwenhuizen (2018) Instrumenten voor maatschappelijke betrokkenheid: Overzicht en analyse van vier cases. Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu, WOt-technical report 122.
- Giddens, A. (1984). The constitution of society. Berkeley and Los Angeles' University of California Press
- Hassink, J.L. Vaandrager en J. Jansen. 2017. Factsheet Groene re-integratiepraktijken voor mensen met psychische problemen. WUR.
- Jantarasami, L.C., J. J. Lawler, and C. W. Thomas. 2010. Institutional barriers to climate change adaptation in U.S. national parks and forests. Ecology and Society 15(4): 33. [online] URL: <http://www.ecologyandsociety.org/vol15/iss4/art33/>
- Koedoot, M.; Wilschut, M.; Heide, C.M. van der, 2013. Natuur & gezondheid: natuur als hulp in de zorg. Lectoraat Geïntegreerd Natuur- en Landschapsbeheer van Hogeschool Van Hall Larenstein (VHL).
- Kuindersma, W., de Wit-de Vries, E., Boonstra, F. G., Pleijte, M. & Kamphorst, D. A., 2020. Het Nederlandse natuurbeleid in zijn institutionele context: Beschrijving en analyse van de interne en externe congruentie van het Nederlandse natuurbeleidsarrangement in relatie tot landbouwbeleid, waterbeleid (voor de grote rivieren) en recreatiebeleid (1975-2018) WOt-technical report 187 Wageningen: Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu.
- Langers F. en T. de Boer, 2013. Rol van zzp'ers in de groene zorg. Verkenning van de bijdrage van wandelcoaches en tuintherapeuten aan welbevinden en herstel van mensen met psychische klachten. Alterra-rapport 2490
- Loorbach, D. en K. Maas, 2017 Het meten van de impact van Transitie. ESSAY IMPACT OP TRANSITIE. P+ special Jaargang 16 Week 46, 2017
- Min. van VWS, 2007. Gezond zijn, gezond blijven Een visie op gezondheid en preventie
- Min. van LNV, 2019. Rijksbegroting Natuur en Biodiversiteit 2019. https://archieff.rijksbegroting.nl/2019/voorbereiding/begroting,kst248550_12.html
- Min. van VWS, 2021 Werken vanuit drie randvoorwaarden voor het Programma Gezonde Groene Leefomgeving [Kamerbrief]. Kenmerk: 1796642-215719-PG.
- Ostrom, E. 1990. Governing the commons: the evolution of institutions for collective action. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Postma, A. 2020. Succes- en faalfactoren groene leefstijl in de eerste lijn.

Perkmann en Spicer (2008)

RIVM, 2013. Gemeenten en zorgboerderijen. Een kansrijke combinatie binnen de Wmo.

Rutten, R., G. Postma, J. Maas, M. Mieras (2015) Beter door groen. Een trendverkenning naar een duurzame samenhang tussen groen en gezond. JSO

Smith, A. and Raven, R. (2012). What is protective space? Reconsidering niches in transitions to sustainability. Research Policy, 41 (6). pp. 1025-1036.

Scott, W. R. (2013). Institutions and organizations. Ideas, Interests and Identities. Thousand Oaks: Sage Publications. 4th Edition

Van der Hoeven, D. 2010. Verbreden, verdiepen, opschalen. KSI tussen wetenschap en transitiepraktijk. Kennisnetwerk Systeeminnovaties en transitie (KSI), p/a DRIFT, Erasmus Universiteit, Rotterdam

Van Doren, D., Runhaar, H., Raven, R.P.J.M., Giezen, M., & Driessen, P.P.J. (2020). Institutional work in diverse niche contexts: The case of low-carbon housing in the Netherlands. Environmental Innovation and Societal Transitions, 35, 116-134.

Wessels, K. en G. van Driesten, 2020. Zo werkt de zorg in Nederland. De argumentenfabriek, 3^e editie.

Greendeal 226 Duurzame zorg voor de toekomst (2019). Geraadpleegd van

[https://www.greendeals.nl/sites/default/files/2019-](https://www.greendeals.nl/sites/default/files/2019-05/Deal%20tekst%20GreenDeal%20226%20Duurzame%20zorg%20voor%20gezonde%20toekomst_0.pdf)

[05/Deal%20tekst%20GreenDeal%20226%20Duurzame%20zorg%20voor%20gezonde%20toekomst_0.pdf](https://www.greendeals.nl/sites/default/files/2019-05/Deal%20tekst%20GreenDeal%20226%20Duurzame%20zorg%20voor%20gezonde%20toekomst_0.pdf)

NFH (Nature for Health), 2020-1. Samen Natuurlijk Gezond (eerste nieuwsbrief), 24/01/2020.

<https://mailchi.mp/daa17b438fa8/samen-natuurlijk-gezond>

NFH (Nature for Health), 2020-2. Samen Natuurlijk gezond (tweede nieuwsbrief), 03/03/2020.

<https://mailchi.mp/a39c088cc98b/samen-natuurlijk-gezond>

NFH (Nature for Health), 2020-3. Samen Natuurlijk Gezond (derde nieuwsbrief), 27/05/2020.

<https://mailchi.mp/32ec37151fba/samen-natuurlijk-gezond-9311558>

NFH (Nature for Health), 2020-4. Samen Natuurlijk Gezond (vierde nieuwsbrief), 25/08/2020.

<https://mailchi.mp/067a5e945ae0/samen-natuurlijk-gezond-9398354>

NFH (Nature for Health), 2020-5. Samen Natuurlijk Gezond (vijfde nieuwsbrief), 18/12/2020.

<https://mailchi.mp/8cda0675e1a9/samen-natuurlijk-gezond-9511269>

Websites

http://screenbook.nl/burgermeesterboek/desktop/12_hoe_herkennen_we_transities.php

<http://www.agnesvandenberq.nl/groenewandelpraktijk.php>

http://www.agnesvandenberq.nl/SBIR_fase2.pdf

<http://www.dementalent.nl/vrijwilligers-info-dementalent-apeldoorn>

<http://www.natuurlijk-in-beweging.nl/natuursprong/natuursprong-activiteit-voor->

[kinderen/https://www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/gecombineerde-leefstijlinterventie](https://www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/gecombineerde-leefstijlinterventie)

<https://alexandermonro.nl/over-ons/>

<https://blcn.nl/leefstijlcoach/nicolette-de-vries/>

<https://blcn.nl/leefstijlcoach/marcella-hallemeesch/>

<https://blcn.nl/>

<https://dagbestedingdebuitenhoftilburg.nl/natuur-en-zorg/>

[https://home.mediquest.nl/over-ons/portfolio/beter-in-het-groen/.](https://home.mediquest.nl/over-ons/portfolio/beter-in-het-groen/)

<https://kennisbank.patientenfederatie.nl/>

<https://margotrappenburg.nl/wp-content/uploads/2014/11/de-drie-rijken.pdf>

<https://nl.wikipedia.org/wiki/Categorie:Welzijnszorg>

<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71914NED/table>

<https://vng.nl/sites/default/files/2019-12/lokaal-preventieakkoord-nijmegen-groen-gezond-en-in-beweging-2019.pdf>

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2020-07-01>

<https://www.allesisgezondheid.nl/nieuws/met-de-dokter-het-bos-in/>

<https://www.artsenleefstijl.nl/>

<https://www.artsenleefstijl.nl/leefstijlroer>

<https://www.bigregister.nl/over-het-big-register>

<https://www.bnnvara.nl/vroegevogels/artikelen/natuurbelevingspad>

<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/10/dalend-resultaat-bij-drie-van-vier-grootste-zorgsectoren-in-2019/gezondheids-en-welzijnszorg>

<https://www.debuitenpsychologen.nl/>

<https://www.defriesland.nl/zorgverzekering/collectieve-zorgverzekering/groen-en-fit>

<https://www.federatievoorgezondheid.nl/>

<https://www.federatievoorgezondheid.nl/over-ons/visie/>

<https://www.gavoorgezondcoaching.nl/>

<https://www.gezondeleefomgeving.nl/nieuws/gezonde-groene-leefomgeving>

<https://www.gezondnatuurwandelen.nl/organisatie/>

<https://www.greendeals.nl/green-deals/beter-het-groen>

<https://www.herstelvitaal.nl/home>

<https://www.huisvoorbeweging.nl/gecombineerde-leefstijlinterventies-van-huis-voor-beweging/over-natuursprong/>

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

<https://www.landschapnoordholland.nl/leer-werktrajecten-voor-jongeren>

<https://www.landschappen.nl/standpunten/groen-en-gezondheid>

<https://www.loketgezondleven.nl/integraal-werken/wettelijk-en-beleidskader-publieke-gezondheid/wat-is-preventie>

<https://www.mondriaan.eu/nl/mondriaan-voor-een-geestelijk-gezond-zuid-limburg/complex-zorg-overzichtelijk-houden/selectieve>

<https://www.mondriaan.eu/nl/over-mondriaan/nieuws/mondriaan-%E2%80%9Cgroene-voorloper%E2%80%9D-van-het-initiatief-groene-ggz>

https://www.nahf.nl/wp-content/uploads/2019/05/Radboudumc_Therapietuinen_Copijn.pdf

<https://www.nictiz.nl/overzicht-standaarden/zorgdomeinen/>

<https://www.passionned.nl/slimmer-werken/sector/zorg/>

<https://ract.nl/green-mental-health/#:~:text=Stichting%20Green%20Mental%20Health%20stelt,van%20mensen%20met%20psychische%20problemen.>

<https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/opvang-en-tijdelijk-verblijf/zorgboerderij>

<https://www.rivm.nl/green-deal-duurzame-zorg/gezondheid-bevorderen-door-goede-leefomgeving-zorginstellingen>

[https://www.rivm.nl/zorg/preventie-in-zorg#:~:text=Gezondheidsbevordering%20en%20preventie%20is%20al,voorkomen%20van%20\(zwaardere\)%20zorg.](https://www.rivm.nl/zorg/preventie-in-zorg#:~:text=Gezondheidsbevordering%20en%20preventie%20is%20al,voorkomen%20van%20(zwaardere)%20zorg.)

<https://www.runningtherapiedordrecht.nl/greenrunning.php>

<https://www.rvo.nl/subsidies-regelingen/projecten/groen-wandelen-de-praktijk-%E2%80%93-fase-1-haalbaarheidsonderzoek>

<https://www.sensazorg.nl/wp-content/uploads/2021/10/sensa-zorg-FACTSHEET-Best-practice-implementatie-van-groene-zorg-in-zorginstelling-Sensa-ZorgEINDVERSIE24.06.2021.pdf>

<https://www.sensazorg.nl/wie-zijn-wij/groene-zorg/>

<https://www.transmissie.nl/organisatieontwikkeling/zorgboerderij-beginnen/>

<https://www.trouw.nl/nieuws/ontstressen-op-het-natuurbelevingspad~b00417d6/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F>

<https://www.viecuri.nl/nieuws/2019/september/buitenstebinnentuin-viecuri-gaat-open-met-een-regen-van-rozenblaadjes/>

<https://www.viecuri.nl/onze-specialismen/oncologie/oncologiecentrum/buitenstebinnentuin/>

https://www.zonmw.nl/nl/zoeken/?tx_zonmwsearch_searchresultpi%5Bq%5D=groene+zorg

<https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/beoordeling-van-nieuwe-zorg>

<https://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/awbz-in-2015-alle-wijzigingen>

<https://zorghulpAtlas.nl/hervorming-awbz/>

<https://www.federatievoorgezondheid.nl/over-ons/visie/>

<https://zorgvoorbewegen.com/>

Verantwoording

WOT-rapport: 144

BAPS-projectnummer: WOT-04-011-037.21

Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu (WOT N&M) hecht grote waarde aan de kwaliteit van zijn eindproducten. Een review van de rapporten op wetenschappelijke kwaliteit door een referent maakt standaard onderdeel uit van ons kwaliteitsbeleid.

Dit project werd begeleid door Maarten van Schie (PBL) en Rosalie van Dam (WUR). De werkwijze werd met hen afgestemd en is in een vroege fase becommentarieerd door Wiebren Kuindersma (WUR). Voor het onderzoek zijn verkennende interviews gehouden. De interviewverslagen zijn aan de respondenten teruggelegd, en het eindconcept van de rapportage is aan hen voorgelegd voor review van de gebruikte citaten uit de interviews en ander commentaar. De geïnterviewden zijn bij de auteurs bekend. Het rapport is op onderdelen becommentarieerd door Didi van Doren (PBL) en is gereviewd door Corine van As (WUR).

De auteurs bedanken allen voor hun bijdrage aan het tot stand komen van deze rapportage.

Akkoord referent

functie: Teamleider Regionale Ontwikkeling en Ruimtegebruik

naam: Corine van As

datum: 10-12-2021

Akkoord extern contactpersoon

functie: Onderzoeksmedewerker Ruimtelijke Processen & Modelling

naam: Maarten van Schie

datum: 28-4-2022

Akkoord intern contactpersoon

naam: Rosalie van Dam

datum: 18-7-2022

Verschenen documenten in de reeks Rapporten van de Wettelijke Onderzoekstaken Natuur & Milieu

127	Mattijssen, T.J.M., A.E. Buijs, B.H.M. Elands & R.I. van Dam (2015). <i>De betekenis van groene burgerinitiatieven; analyse van kenmerken en effecten van 264 initiatieven in Nederland.</i>
128	Bouwma, I.M., J.L.M. Donders, D.A. Kamphorst, J.Y. Frissel, R.M.A. Wegman, H.A.M. Meeuwssen & L.M. Jones-Walters (2016). <i>Stakeholder perceptions in relation to changes in the management of Natura 2000 sites and the causes and consequences of change. A survey in England, Flanders, France and the Netherlands.</i>
129	Velthof, G.L., F.H. Kistenkas, P. Groenendijk, E.M.P.M. van Boekel en O. Oenema (2018). <i>Wettelijk instrumentarium voor landbouwmaatregelen om waterkwaliteit te verbeteren. Realisatie van nutriëntendoelstellingen uit de Kaderrichtlijn Water.</i>
130	Westerink, J., D.A. Kamphorst, E. de Wit, C.M. van der Heide, T.A. de Boer en A.L. Gerritsen (2018). <i>Van meerdere kanten bekeken. Een meervoudig analyse- & evaluatiekader voor beleid gericht op maatschappelijke betrokkenheid bij natuur; op maat te maken met behulp van kaarten.</i>
131	Gerritsen, P., D.J.J. Walvoort, M. Knotters (2021). <i>Kartering grondwaterspiegeldiepte in laag Friesland; Actualisatie van een deel van het grondwaterspiegeldieptemodel van de Basisregistratie Ondergrond (BRO).</i>
132	Haas, W. de, J.L.M. Donders (2021). <i>Vertrouwen in natuurbeleid? Naar een typologie van verzet.</i>
133	Kuindersma, W., D.A. Kamphorst, F.H. Kistenkas (2021). <i>De gevolgen van de stikstofaanpak voor het natuurbeleid. Een voorlopige analyse van de gevolgen voor de decentralisatie naar provincies en de gebiedsgerichte uitvoering.</i>
134	Brouwer, F., Maas, G., Teuling, K., Harkema, T. en Verzandvoort, S. (2021). <i>Bodemkaart en Geomorfologische Kaart van Nederland: actualisatie 2020-2021 en toepassing; Deelgebieden Gelderse Vallei-Zuid en -West en Veluwe-Zuid.</i>
135	Houtkamp, J.M., A.M. Schmidt en P.J.F.M. Verweij (2021). <i>Reflectie PBL-rekeninstrumentarium voor natuur.</i>
136	Breman B.C., W. Nieuwenhuizen, G.H.P. Dirx, R. Pouwels, B. de Knegt, E. de Wit, H.D. Roelofsen, A. van Hinsberg, P.M. van Egmond, G.J. Maas (2022). <i>Natuurverkenning 2050 – Scenario Natuurinclusief.</i>
137	Mattijssen, T.J.M., M. Visscher, W. Ganzevoort, M. Pleijte (2022). <i>Monitoring van burgerbetrokkenheid bij natuur; Citizen science en doelgroep-panels.</i>
138	Boer, T.A. de en F. Langers (2022). <i>Maatschappelijk draagvlak voor natuur in 2021 en trends in het draagvlak.</i>

139	Bouwma, I.M., J.G. Nuesink, M.C. van Riel, J.A. Veraart, J.L.M. Donders, R.M.A. Wegman, R. Pouwels (2022). <i>De samenhang tussen de Kaderrichtlijn Water en de Vogel- en Habitatrichtlijn; Een landelijke analyse en een verdiepende studie in zes deelgebieden.</i>
140	Hennekens, S.M., J. Holtland, N.M. van Rooijen, G.W.W. Wamelink & W.A. Ozinga (2022). <i>Planten als indicatoren voor pH en GVG; Een vergelijking van het ITERATIO- en Wamelink-indicatorsysteem voor pH en GVG.</i>
141	Vries, S. de., D.A. Kamphorst, F. Langers (2022). <i>Beleidsdenken over stedelijk groen en gezondheid; En de mate waarin dit zich laat onderbouwen vanuit het onderzoek.</i>
142	Schelhaas, M.J., S. Teeuwen, J. Oldenburger, G. Beerkens, G. Velema, J. Kremers, B. Lerink, M.J. Paulo, H. Schoonderwoerd, W. Daamen, F. Dolstra, M. Lusink, K. van Tongeren, T. Scholten, I. Pruijsten, F. Voncken, A.P.P.M. Clercx (2022). <i>Zevende Nederlandse Bosinventarisatie; Methoden en resultaten.</i>
143	Salverda, I.E., M. Pleijte (2022). <i>Verkenning van het provinciale beleid voor overgangszones die grenzen aan natuur; Leren over governance-uitdagingen voor een integrale gebiedsaanpak.</i>
144	Kamphorst, D.A. en J.L.M. Donders (2022). <i>Natuur-en-zorgcombinaties: barrières, kansen en opschaling; Een verkenning van institutionele barrières, kansen en opschalingsmogelijkheden voor natuurinclusieve innovaties in de zorg.</i>