



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



Van zz naar gg

Acht debatten, een sprekend verhaal



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Van zz naar gg

Acht debatten, een sprekend verhaal

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, augustus 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 340 50 60

Fax 070 340 75 75

E-mail mail@rvz.net

URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.

Tekst: MC Communicatie, Nieuwerkerk aan den IJssel

Fotografie: Eveline Renaud en Riechelle van der Valk

Druk: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.

Uitgave: 2010

ISBN: 978-90-5732-223-5

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van
publicatienummer 10/09.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

1. De patiënt van nu	7
2. Andere visie	11
3. Andere burgers en patiënten	15
4. Andere zorgprofessionals	19
5. Andere zorgverzekeraars	24
6. Andere werkgevers en werknemers	28
7. Andere organisatie van de zorg	32
8. Andere sturing en financiering	39



Voorwoord

In april 2010 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) de discussienota *Zorg voor je gezondheid!* uitgebracht. De nota pleit voor een omslag van zorg en ziekte (zz) naar gedrag en gezondheid (gg). In een reeks van acht debatten heeft de RVZ zijn visie voorgelegd aan een breed publiek: patiënten, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, wetenschappers, adviseurs, bestuurders en beleidsmakers. Niet alleen afkomstig uit de zorg, maar ook uit de overheid, het bedrijfsleven, het onderwijs en brancheverenigingen.

De deelnemers aan de debatten hebben een zeer waardevolle bijdrage geleverd aan de totstandkoming van de strategische zorgagenda 2010-2020. De Raad heeft er veel van geleerd. Bijvoorbeeld dat we veel meer aandacht moeten besteden aan preventie. En dat de focus breder moet zijn: zorg, welzijn én participatie, daar gaat het om. Tevreden stelt de Raad vast dat iedereen enthousiast is over de omslag van zz naar gg. Alle deelnemers zijn doordrongen van de urgentie dat het anders moet. De organisatie van de zorg moet anders, en alle betrokkenen krijgen een andere rol.

Wat zijn de belangrijkste conclusies? Allereerst vindt men dat burgers en patiënten zelf verantwoordelijk zijn voor hun (on)gezond gedrag, en dat zij zoveel mogelijk zelf de regie moeten voeren over de zorg. Zorgprofessionals, zorgverzekeraars en werkgevers moeten dat stimuleren en faciliteren. Daarnaast moeten zij preventie aanbieden en flink investeren in 2.0.

De rijksoverheid moet het voortouw nemen bij collectieve preventie. Tot slot vindt men een andere financiering en sturing absolute voorwaarden voor een andere organisatie van de zorg.

De RVZ heeft de bal aan het veld gegeven, en nu is de overheid aan zet. Die moet zorgen voor de randvoorwaarden. En wel nu. Meteen aan het begin van de nieuwe kabinetsperiode. De tijd is er rijp voor.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



1. De patiënt van nu

In 1992 wordt Nick geboren met een gecompliceerde slokdarmafsluiting die in Nederland maar vijftig keer per jaar voorkomt. Zonder internet, lotgenoten of patiëntenvereniging begint de moeder van Nick, **Caren Kunst**, aan de zoektocht naar informatie. Gaandeweg vervult ze de rol van regisseur en zorgcoördinator voor Nick. Nog weer later gebruikt ze haar ervaringen om nationaal en internationaal een pad te banen voor andere patiënten met een slokdarmafsluiting en hun mantelzorgers. De zoektocht is nog niet afgelopen. 'Nu Nick achttien is, komen we weer in een nieuwe fase: de transitie van jeugdzorg naar volwassenenzorg.'

'Ik was verpleegkundige, maar ik wist niets van Nick's aandoening', vertelt Caren Kunst. 'De huisarts kon me niet aan informatie helpen, de informatie van medisch specialisten was niet compleet en kreeg ik niet snel genoeg. Nick heeft de eerste zeven maanden veel operaties gehad, en alles wat maar mis kon gaan, is ook misgegaan. Toevallig lag naast Nick een jongetje met dezelfde aandoening. Ik raakte in gesprek met zijn moeder, en zo is het netwerk van lotgenoten gestart.'

Ieder z'n eigen dossier

Een ander probleem dient zich al snel aan: de informatieoverdracht tussen de medisch specialisten onderling en tussen de medisch specialisten en de huisarts verloopt niet goed. 'Je verwacht een goede overdracht, zeker

tussen specialisten die in hetzelfde ziekenhuis werken. Maar iedereen legt z'n eigen dossier aan. De informatie wordt onderling niet uitgewisseld en de

Er zit enorm veel kracht in patiënten zelf, een kracht die wij als dokters niet gebruiken.

Jan Kremer, hoogleraar voortplantings-geneeskunde UMC St Radboud.

verslagen naar de huisarts hebben een orgaanspecialistische inhoud. Daarom ben ik begonnen met het bijhouden van dagboeken met feitelijke en persoonlijke gegevens.

Daarin konden de verpleegkundigen elke dag lezen wat het behandelplan was. Zij stonden er wel open voor en brachten mijn gegevens onder de aandacht van de specialist. Maar hij was een type die alles zelf bepaalde. Ik spreek hem nu nog wel eens. Laatst zei hij: ‘Ik heb veel van je geleerd.’

Minder consulten

De Vereniging Ouderen en Kinderen met een Slokdarmafsluiting (VOKS) start in 1993, zeven jaar later is Caren bestuurslid. Door de informatie op de website van VOKS komen de ouders van patiënten beter geïnformeerd op consult. ‘De kinderchirurgen mopperen wel eens van ‘we merken het wel hoor, het aantal consulten loopt terug.’ Vroeger werd je tijdens het eerste consult zo overladen met informatie dat een tweede of derde consult nodig was. Nu vragen ouders bijvoorbeeld waarom de chirurg voor een bepaalde operatie kiest en niet voor een andere. Dat wordt wel eens als lastig ervaren.’

Personal Health Record

Op basis van haar ervaringen heeft Caren een handboek gemaakt, waarmee ouders de gegevens van hun kinderen kunnen bijhouden. De ouders werken er graag mee, maar uit een enquête onder jongeren met een slokdarmafsluiting blijkt dat zij veel liever een digitaal handboek willen, en zelf de afspraken via internet willen plannen. ‘Daarom hebben we met een softwareleverancier een digitaal

Personal Health Record ontwikkeld. We hebben enkele kinderchirurgen gevraagd hoe we hen kunnen verleiden om er gebruik van te maken. Zij vinden vooral de snelle zoekfuncties van het dossier belangrijk, maar daarnaast vinden ze dat zij zelf als hoofdbehandelaar de coördinator moeten zijn, en niet de patiënt.’

Vooruitgang geboekt

Caren heeft deelgenomen aan een platform dat de Europese Commissie adviseert over een veilig gebruik van Personal Health Records. Helaas

William Oslar zei: ‘It’s much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of disease a patient has’.

Bert Groot Roessink, voorzitter Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelij.

verloopt dat proces erg traag, maar in Nederland is er veel vooruitgang geboekt. ‘Een kinderchirurg uit Nijmegen wordt hoogleraar in Rotterdam. Hij mailde mij dat hij graag ons Personal Health Record als pilot

in Rotterdam wil laten draaien. En in Amsterdam is een transitiepolikliniek gestart, waardoor de overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg soepeler verloopt. Rotterdam heeft deze polikliniek ook en ik verwacht dat Utrecht daar ook mee gaat beginnen. Ik zou alle partijen willen zeggen: stap over je eigen schaduw heen. Dat is de enige manier om de omslag van zz naar gg voor elkaar te krijgen.'



2. Andere visie

Heleen de Jong, praktijkondersteuner bij een huisartsenpraktijk in Krimpen, is een groot voorstander van de omslag van zz naar gg. ‘We moeten nú investeren met tijd en geld in zelfmanagement van patiënten, daarmee bespaar je miljoenen! Ik heb vaak gemerkt in mijn leven dat ik als wijkverpleegkundige dingen signaleer die anders moeten. Maar voordat het zover is, gaat er zoveel tijd verloren. Van zz naar gg is hét gedachtegoed van de toekomst. Als nou zoveel mensen, uit verschillende invalshoeken, vinden dat dit de goede weg is, waarom dan wachten? Landelijk opstarten, nu meteen!’

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) opent ieder debat met een korte toelichting op de discussienota *Zorg voor je gezondheid!* die de RVZ in april 2010 gepubliceerd heeft. Met deze nota wil de RVZ de discussie openen over de omslag van zz naar gg. Wat houdt die omslag in? En waarom vindt de RVZ dat nodig?

Van zz naar gg

De omslag van zz naar gg betekent dat we ons moeten richten op gedrag en gezondheid in plaats van op zorg en ziekte. Meer investeren in preventie (ook voor chronisch zieken), welzijn, werk en wonen; en zo dicht mogelijk bij mensen thuis en in de wijk. Daarbij moeten we intensief gebruikmaken van internet 2.0 en samenwerken in flexibele netwerken om door bestaande muren heen te breken. Expertise en actie aan de

voordeur van de zorg; continuïteit aan de achterdeur.

Twee stuwende en twee remmende factoren

De RVZ noemt vier ontwikkelingen die de omslag van zz naar gg noodzakelijk maken. Twee stuwende en twee remmende factoren. Er zijn steeds meer medische mogelijkheden en kennis daarover bij het publiek; en de zorgvraag groeit. Dat zijn de stuwende ontwikkelingen. De remmers zijn de stijgende zorgkosten en het tekort aan personeel.

Urgentie

Tot zover de mening van de RVZ. Alle deelnemers aan de debatten zijn doordrongen van de urgentie van verandering. Ook vanuit VWS is daarop gewezen. In 2025 zijn 450.000 extra medewerkers nodig in de zorg, terwijl 220.000 uitstromen. Dus moeten we meer doen met minder mensen.



Oorzaken van de grotere zorgvraag en kosten zijn de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken naast de technische ontwikkelingen.

Zorguitgaven groeien te snel

Flip de Kam, honorair hoogleraar economie van de publieke sector aan de Rijksuniversiteit Groningen, concludeert dat de zorguitgaven sneller groeien dan het nationaal inkomen. Logischerwijze kan dit proces niet eindeloos doorgaan. Anders zou op den duur het gehele nationale inkomen volledig aan zorgvoorzieningen worden besteed. De stijging van de zorguitgaven naar 30% van de collectieve uitgaven in 2040 is niet haalbaar, want we moeten ook wegen aanleggen en investeren in veiligheid en onderwijs, om maar een

paar andere belangrijke gebieden te noemen.

Burgers en patiënten nemen het voortouw

Alle deelnemers zijn enthousiast over de omslag van zz naar gg. Maar hoe

Nederland wordt gezonder én zieker.

Johan Polder, bijzonder hoogleraar gezondheidseconomie Universiteit van Tilburg.

kunnen we dat bewerkstelligen? Allereerst dit: burgers en patiënten zijn al een heel eind op weg op het

pad van zz naar gg. Deelnemers aan communities op internet informeren elkaar en bewandelen gezamenlijk dat pad allang. En dat gaat verder dan menigeen denkt. Niet alleen elkaar een beetje steunen en adviseren, nee, zelf de

We moeten een combinatie maken met de WMO: het gaat om participatie, welzijn en zorg.

Annette Pietersen, programmasecretaris ZonMw.

behandelaar uitkiezen, de behandelaar van de nodige informatie voorzien en verleiden mee te lopen op het pad van de patiënt. Heeft u het verhaal van Caren Kunst in hoofdstuk 1 al gelezen? Nee? Dat zou u dan eigenlijk nu eerst moeten doen. Zij vertelt precies waar het om gaat.

Andere rollen, andere organisatie

Een grote groep burgers en patiënten zijn dus al op weg naar gg. Nu de rest nog. Dat betekent een andere rol voor alle partijen. Actieve burgers en werknemers nemen de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Patiënten en mantelzorgers voeren

zoveel mogelijk de regie over de zorg. Zorgprofessionals veranderen van alwetend behandelaar naar coach. Zorgverzekeraars en werkgevers bieden preventieve activiteiten aan. De organisatie van de zorg moet anders, en de overheid schept de voorwaarden om de omslag van zz naar gg mogelijk te maken. Zo lang mogelijk gezond blijven, zo lang mogelijk thuis wonen, zo lang mogelijk blijven werken en zo lang mogelijk meedoen in de maatschappij. Dat is het doel.

Conclusie

Alle deelnemers aan de debatten zijn doordrongen van de noodzaak tot verandering. We moeten ons richten op gedrag en gezondheid in plaats van op zorg en ziekte. Deze omslag van zz naar gg betekent andere rollen voor alle betrokkenen. Burgers en patiënten zijn al een eind op weg, nu nog de zorgprofessionals, zorgverzekeraars en werkgevers. Een andere organisatie van de zorg is nodig en de overheid moet de voorwaarden scheppen om de omslag mogelijk te maken.



3. Andere burgers en patiënten

Hoe krijg je mensen zover dat zij zich gezond gedragen? **Annemarie Trompert**, hoofd kennis en innovatie bij het Astma Fonds, ziet meer in verleiden dan in straffen. Ze is dan ook geen voorstander van een hogere premie voor rokers. ‘De overheid heeft nog onvoldoende geïnvesteerd in het voorkomen van het beginnen met roken. Het is een verslavende aandoening. Patiënten hebben een helpende hand nodig. Ik zie een kans voor de jeugd: mensen die voor hun achttiende beginnen met roken, zijn rokers voor het leven. Dat moet je gezamenlijk aanpakken met voorlichting en beloning.’

Patiënten en burgers zijn al een eind op weg naar de omslag van zz naar gg. Dat blijkt uit het vorige hoofdstuk. Daarbij is de eigen regie over de zorg belangrijk, en dat moet dan ook gestimuleerd en gefaciliteerd worden, vinden de meeste deelnemers aan de debatten. Hoe? Dat leest u in dit hoofdstuk.

Leefstijl

In Nederland wordt een flink deel van de ziektelast veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Dat blijkt uit verschillende presentaties tijdens de debatten. De toenmalige Canadese minister Lalonde heeft al in de jaren zeventig leefstijl aangemerkt als een factor die bepalend is voor de gezondheid, naast biologische factoren, omgeving en de organisatie van de zorg. Nog een sprekend feit: In de ontwikkelingslanden veroorzaken

overdraagbare ziekten de meeste sterfte, daarna gedraggerelateerde aandoeningen,

Als je de regie over je eigen leven kan nemen, kan je ook de regie over je eigen zorg nemen.

en op de derde plaats ongevallen. Terwijl in de ontwikkelde landen de gedraggerelateerde aandoeningen op de eerste plaats staan, op grote afstand gevolgd door ongevallen, en op de derde plaats de overdraagbare ziekten.

Eigen verantwoordelijkheid

De meeste deelnemers aan de debatten vinden dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun (on)gezond

gedrag. Slechts een enkeling vindt dat ongezond gedrag veroorzaakt wordt door omstandigheden. Dit is opmerkelijk, want nog maar zo'n vijf jaar geleden is dat wel anders geweest, het onderwerp was toen nog maar nauwelijks bespreekbaar. Opvallend is dat maar liefst 25% van de 350 deelnemers aan een debat het eens is met de stelling: *Burgers die goed patiëntschap nastreven hebben recht op zorg (dus als zij dat niet doen hebben zij geen recht op zorg)*. Dat spreekt boekdelen.

Zelfmanagement en eigen regie

Allereerst een relativerende opmerking van Bert Groot Roessink, voorzitter van de Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijns: 'De meeste chronische patiënten zijn voornamelijk gezond. De arts ziet hen een paar uur per jaar, de overige tijd zorgen zij voor zichzelf.' Zijn patiënten wel in staat om de eigen regie over de zorg te voeren? Daarover is flink gediscussieerd. De algemene conclusie luidt: hoe meer patiënten de regie kunnen voeren over de zorg, hoe beter. Zorgverleners moeten hen daartoe stimuleren en faciliteren.

Voorwaarden voor eigen regie

De randvoorwaarden moeten dan wel op orde zijn. Zo moeten patiënten kunnen kiezen voor een ziekenhuis of arts op basis van transparante kwaliteitscriteria. Daarnaast moeten er voldoende e-health-faciliteiten zijn; artsen moeten (bij)geschoold zijn om informatie op een goede manier over te dragen en

zij moeten op een respectvolle manier omgaan met patiënten die via internet al informatie hebben verkregen. Over het algemeen is men het erover eens dat het gaat om de interactie: niet de patiënt bepaalt, niet de arts bepaalt, maar samen bepalen patiënt en arts de behandeling.

Empowerment patiënten

Patiënten kunnen alleen de eigen regie voeren als de relatie tussen patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar in evenwicht is. De empowerment van patiënten is daarbij belangrijk,

Steeds meer patiënten ondersteunen een strengere aanpak die chronisch zieke mensen aanzet tot gezond gedrag.

Jan Coolen, manager Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

omdat een patiënt zonder kracht en macht geen gelijkwaardige partner is. Patiënten moeten wat dat betreft nog wel een achterstand inhalen. Daarvoor moeten zij voldoende kennis hebben. Bovendien moeten

patiënten en patiëntenorganisaties (financieel) onafhankelijk zijn; en er moet gebruik gemaakt worden van de ervaringsdeskundigheid van patiënten.

Begeleiding bij eigen regie

Tegelijkertijd moeten we patiënten die gedeeltelijk of helemaal niet de regie kunnen voeren over de zorg niet vergeten. Dit punt komt bij veel debatten naar voren. Denk aan geestelijk, visueel en motorisch gehandicapten, zorgmijders, dementen en mensen die geen toegang hebben tot internet. Daarnaast kunnen patiënten niet in alle fasen van hun ziekte de regie voeren. Men vindt dat mantelzorgers dan de eerst aangewezenen zijn om de regie

(gedeeltelijk) over te nemen. In tweede instantie kunnen professionals dat doen.

Gebruikmaken van 2.0

Uit de presentaties tijdens de debatten blijkt dat interactieve media, zoals internet 2.0, de eigen regie en empowerment van patiënten en mantelzorgers mogelijk maken en versnellen. De digitale IVF-poli vindt men daar een goed voorbeeld van. Gevolgen: met tools als wiki's en sociale netwerken veranderen patiënten van passieve consumenten in actieve producenten, we gaan van fysieke organisaties naar virtuele netwerken, van alleswetende arts naar coach en van controle naar vertrouwen.



Er vindt taakverschuiving plaats, en het gaat minder over kosten en meer over kwaliteit.

De rol van patiëntenorganisaties

Zou het een goed idee zijn als patiëntenorganisaties betaald worden voor hun ervaringsdeskundigheid? De algemene opvatting is dat patiëntenorganisaties wel de ervaringsdeskundigheid zouden moeten bundelen, maar betalen voor hun diensten heeft veel haken en ogen. Want hoe zit het dan met hun onafhankelijkheid? Patiëntenorganisaties kunnen onafhankelijk blijven, vinden sommige deelnemers, zolang er maar verschillende betalende partijen zijn, zoals sponsors, subsidies van de overheid en donateurs. Anderen merken op dat grote organisaties meer aandacht en geld zullen krijgen dan kleine organisaties.

Conclusie

Mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun (on)gezond gedrag, dat vinden de meeste deelnemers aan de debatten. Hoe meer patiënten zelf de regie over de zorg kunnen voeren, hoe beter. De arts bepaalt samen met de patiënt de behandeling en daarvoor is een gelijkwaardige relatie noodzakelijk. Gebruik van interactieve media is een voorwaarde voor eigen regie en empowerment van patiënten en mantelzorgers. Tot slot vindt men dat patiëntenorganisaties de ervaringsdeskundigheid van patiënten zouden moeten bundelen.

4. Andere zorgprofessionals

In 2008 hebben artsen www.BetrouwbareBron.nl opgezet, een site die patiënten naar gezondheidsinformatie op internet leidt. Hoofdredacteur en KNO-arts **Markus Oei**: 'De informatie is afkomstig van niet-commerciële, geaccrediteerde organisaties. We beoordelen de bron van de informatie aan de hand van objectieve, transparante criteria. We voeren dus geen subjectieve inhoudscontrole uit. Omdat patiënten in verschillende fasen van hun ziekte verschillende informatie nodig hebben, bieden wij de tools waarmee patiënten en zorgverleners zelf een selectie kunnen maken. Zo ondersteunen we hen bij zelfmanagement en waarborgen we de kwaliteit en betrouwbaarheid van de informatie op internet.'

In het vorige hoofdstuk staat een belangrijke conclusie: niet de patiënt bepaalt, niet de arts bepaalt, maar samen bepalen patiënt en arts de behandeling. Samen bepalen. Dat impliceert een andere rol voor zorgprofessionals. Maar ook andere taken en missies zelfs wel andere functies.

De arts als coach

Veel deelnemers vinden dat de arts een coach zou moeten zijn, in plaats van een alwetende behandelaar. Maar dan moeten artsen wel over de nodige competenties beschikken, zoals: proactief denken, goed kunnen communiceren, inzicht in wat mensen beweegt om gedrag te veranderen, de taal van de patiënt spreken en het totaalbeeld van de patiënt niet verliezen. Veel mensen maken duidelijk dat

daar nog een grote slag te maken is. 'Ik mag niet eens meer zelf insuline spuiten zodra ik opgenomen word. Alles wordt me uit handen genomen!' zegt een deelnemer verontwaardigd. Caren Kunst (zie hoofdstuk 1) begint tegenwoordig haar presentaties met een opsomming van haar functies voordat ze zegt dat ze moeder is van een kind met een aangeboren afwijking. 'Een patiënt zonder status wordt hooguit zielig gevonden, die wordt niet serieus genomen.'

Zelfmanagement stimuleren

Zorgprofessionals moeten zelfmanagement van burgers, patiënten en mantelzorgers stimuleren, en hen daarbij helpen en faciliteren, zowel fysiek als via internet. Daarvoor moeten zij tijd en ruimte in het consult inbouwen, vinden de meeste

deelnemers aan de debatten. Maar daarbij moet wel rekening gehouden worden met draagkracht en draaglast. ‘En vooral niet eerst weer vijftien jaar onderzoek doen naar de effectiviteit en kosten van zelfmanagement’, roept een vertegenwoordiger van een onderzoeksinstituut nog.

Zorgcoördinator: wie?

Een zorgcoördinator is niet voor iedereen nodig, en niet in iedere fase van de ziekte. De deelnemers leggen veel nadruk op welzijn en participeren, en minder op medische aspecten. Liever eerst kijken of de patiënt zelf de zorg kan coördineren, dan eventueel een mantelzorger, dan een leefstijladviseur, dan een welzijnscoördinator en dan pas een zorgprofessional. Men is het met elkaar eens dat vooral in de chronische zorg een zorgcoördinator nodig is. Maar wie die rol op zich moet nemen, is een punt van discussie: de verpleegkundige wordt het meest genoemd, daarna volgt de huisarts. Een zorgverzekeraar signaleert daarbij een probleem: ‘Huisartsen richten zich steeds meer op de behandelfunctie, omdat dat beter betaalt.’

Preventie

Zorgprofessionals zijn teveel gericht op ziekte, daarover is men het eens. Ze moeten veel meer aandacht besteden aan preventie, ook bij chronische patiënten. Een steeds terugkerende opmerking is: preventie moet zich richten op gezondheid en zorg, wel-

zijn en participatie. Wie daarbij het voortouw moet nemen, is ook hierbij een punt van discussie. Sommigen vinden dat preventie door zoveel mogelijk partijen aangeboden en gestimuleerd moet worden. Anderen vinden juist bij uitstek de huisarts de aangewezen persoon, omdat burgers en patiënten daar vaak komen. Veel deelnemers vinden verpleegkundigen geknipt voor die rol, of andere HBO-opgeleide professionals. Tot slot opperen sommigen dat de huisarts proactief moet verwijzen naar mensen die gespecialiseerd zijn in het motiveren van mensen om zich gezond te gedragen.

Dwingen of motiveren?

Moeten zorgprofessionals mensen dwingen zich gezond te gedragen?

Shift happens, meebewegen is de kunst.

Valerie Frissen, bijzonder hoogleraar ICT en sociale verandering Erasmus Universiteit Rotterdam.

De tegenstanders zijn verreweg in de meerderheid: dwingen is in strijd met het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement. En het werkt niet, want gedragsverandering lukt alleen als je zelf gemotiveerd bent. Een voorstander zegt: ‘Campagnes tegen te hard rijden



hebben geen effect, rotondes wel'. Tja, daar zit wat in. Lastig. Maar ja, dat is een maatregel van de overheid, niet van zorgprofessionals.

Nee, vinden de meesten dan ook, zorgprofessionals kunnen alleen mensen motiveren zich gezond te gedragen op basis van wederzijds vertrouwen. En die motivering moet aansluiten bij hun belevingswereld. Zoals de beweegprogramma's bij de COPD-behandeling door Fysiovisie. Preventie moet zich niet alleen richten op de individuele persoon, maar ook op het sociale systeem om die persoon heen. En het moet aansluiten bij de voorkeur van mensen, bijvoorbeeld of ze alleen of in een groep iets willen ondernemen.

Preventie in het behandelplan

Leefstijl en preventie opnemen in het behandelplan vindt men toch wel wat ver gaan. De meesten zien de zorgvraag als uitgangspunt van het behandelplan, niet het gedrag, en zij vinden dat je op die manier het dagelijks leven medicaliseert. Bovendien richt preventie zich voornamelijk op mensen die nog niet ziek zijn, niet alleen op patiënten. De voorstanders vinden dat je daarmee juist de eigen verantwoordelijkheid van patiënten stimuleert en beter kunt aansluiten op de sociaaleconomische status en het kennisniveau. Een voorwaarde is in ieder geval dat de patiënt het zelf moet willen.

Centrale rol voor verpleegkundigen

Aardig wat deelnemers pleiten voor een centrale rol voor verpleegkundigen, ook vanuit VWS is hierover gesproken. Bij veel onderwerpen komt dat naar voren: de zorgcoördinator, ondersteunen bij zelfmanagement, de inloof functie, de brede eerste lijn, wijkgeoriënteerde preventie en zorg. Want verpleegkundigen

Rotterdam, maakt in haar presentatie duidelijk dat zorgprofessionals geen keuze hebben, ze moeten veel meer gebruikmaken van nieuwe media willen ze aansluiten op de zorgvraag. Voorwaarden voor een succesvolle interactie tussen gebruikers zijn openheid, informatie delen met elkaar en open standaarden.

Een attitudeverandering en de manier van vragen stellen door professionals is erg belangrijk.

kunnen veel vragen beantwoorden en goed mensen doorverwijzen, vindt men. Bovendien hebben mensen vertrouwen in hen; ze zijn communicatief sterk, sociaal vaardig en ze kunnen een brug slaan tussen zorg en welzijn.

Gebruikmaken van 2.0

Effectieve zorg begint bij contact via nieuwe media. Zo luidt een stelling tijdens het grote debat in Den Bosch met 350 deelnemers. De uitslag is opvallend: Verreweg het merendeel is voor, een kleine minderheid stemt niet, slechts drie mensen zijn tegen. Valerie Frissen, bijzonder hoogleraar ICT en sociale verandering aan de Erasmus Universiteit

Een nieuwe functie

Wat vinden de deelnemers van een nieuwe functie voor het domein ‘dagelijks leven van mensen met chronische problemen’? Daar kunnen we kort over zijn: de meesten vinden dat niet nodig, omdat er al voldoende instrumenten en professionals zijn. En als zij niet over de juiste vaardigheden beschikken, moeten ze daarin opgeleid worden. Daarbij moeten zij zich richten op (daar is ‘ie weer:) zorg, welzijn en participatie. En gebruikmaken van nieuwe media. Dat is veel effectiever dan weer een nieuwe functie erbij. Eigenlijk is er maar één deelnemer, afkomstig uit de GGD, die een fervent voorstander is omdat je daarmee een stem geeft aan groepen die niet voor zichzelf kunnen opkomen.

Samenwerken, transparantie en kwaliteit

Er is nog veel meer gezegd over de ‘andere zorgprofessional’. Bijvoorbeeld dat huisartsen en bedrijfsartsen zouden moeten samenwerken. Hoofdstuk 6 gaat daar dieper op in. Een typerende opmerking hierover: ‘Ik ben huisarts

en bedrijfsarts geweest. Het zijn twee werelden die niets van elkaar begrijpen. Het zou al helpen als de huisarts en de bedrijfsarts elkaar kunnen vinden voor advies en het delen van kennis.' En zorgprofessionals moeten transparant werken en aantoonbare kwaliteit leveren. Daarover leest u meer in hoofdstuk 8.

Conclusie

De arts zou een coach zou moeten zijn en zorgprofessionals moeten zelfmanagement stimuleren. Een zorgcoördinator is niet altijd nodig, liever

eerst kijken of de patiënt dat zelf kan doen. En zorgprofessionals moeten meer aandacht besteden aan preventie. Het is beter mensen te motiveren zich gezond te gedragen, dan te dwingen. Verpleegkundigen moeten een centrale rol vervullen en zorgprofessionals moeten meer gebruikmaken van nieuwe media willen ze aansluiten op de zorgvraag.



5. Andere zorgverzekeraars

Carel Mastenbroek, adviseur bij het College voor zorgverzekeringen:

‘Collectieve preventie zou alleen maatregelen moeten omvatten die de overheid dwingend oplegt, zoals de hoeveelheid zout in het eten en vet in de gehaktballen. Nu scharen we daar ook vormen van meer individuele screening op bepaalde risico’s onder, die in beginsel ook in de eerste lijn kunnen plaatsvinden. Deze vormen van preventie zou je ook in de basisverzekering kunnen opnemen. Dan zijn de kosten meer expliciet zichtbaar en hebben de zorgverzekeraars de mogelijkheid om deze zorg doelmatig te contracteren.’

Wat kunnen zorgverzekeraars bijdragen aan de omslag van zz naar gg? Sommige zorgverzekeraars bieden al preventieve activiteiten aan en stimuleren gezond gedrag, bijvoorbeeld door een korting op een sportabonnement. Maar misschien kunnen zij verder gaan dan dat.

Preventie

Om meteen maar met de deur in huis te vallen: Zorgverzekeraars mogen zich best meer bemoeien met gezondheid en gedrag én meer aandacht besteden aan preventie. Recent onderzoek van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) laat zien dat maar liefst 38% van de 1.600 respondenten vindt dat zorgverzekeraars mogen *eisen* dat een verzekerde meedoet aan een ‘gezond leven programma’ als voorwaarde voor acceptatie. Dat is indruk-

wekkend, zeker als je in ogenschouw neemt dat 80% van de respondenten een chronische ziekte heeft. Opvallend is dat veel preventied medewerkers en

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten verantwoordelijk worden wat zij doen, en hoe zij dat doen.

Pieter Hasekamp, directeur Zorgverzekeraars Nederland.

zorgverzekeraars tijdens de debatten juist vinden dat zorgverzekeraars een minimale rol zouden moeten vervullen

op het gebied van preventie. Stof tot overpeinzing.

Aanbieden van preventie

Zorgverzekeraars zijn voorzichtig met het aanbieden van preventieve activiteiten. Het kost op korte termijn geld en het levert de zorgverzekeraar in het beste geval pas op lange termijn iets op, denken zij. Slechts één zorg-

We moeten van zorgverzekeraar naar gezondheidsverzekeraar.

Marc Bruijnzeels, directeur Jan van Es Instituut.

verzekeraar pleit ervoor juist wel te investeren in preventie: 'We moeten het lef hebben om ons te richten op de 95% van de cliënten die trouw zijn aan de zorgverzekeraar.' Wat preventie precies oplevert is niet duidelijk, en of het ten bate van de zorgverzekeraar zelf komt is ook niet zeker. 'Bovendien zien cliënten hun zorgverzekeraar niet als de meest vertrouwenwekkende adviseur als het gaat om leefstijl', aldus een zorgverzekeraar. Veel onzekerheden dus.

Voorwaarden

Wie is voor de stelling: *De zorgverzekering is hét middel om gezond gedrag te sturen?* Niemand steekt z'n hand op. Als

we de woorden *hét* en *sturen* veranderen in *een* en *stimuleren*, dan kunnen sommigen er wel mee instemmen. Maar... De rijksoverheid en gemeenten moeten leidend zijn bij collectieve preventie, en preventie moet samen met verschillende partijen opgepakt worden. Daarnaast vindt men dat collectieve preventie moet aansluiten op individuele preventie. Nog meer voorwaarden: Er moet een link zijn met arbeid, en de kosten en baten moeten bij dezelfde partij terecht komen.

Belonen of straffen?

Een vreemd fenomeen: Bij de kleine debatten (met elk zo'n 30 deelnemers), ziet bijna iedereen meer in belonen voor gezond gedrag, dan in straffen voor ongezond gedrag. Maar tijdens het grote debat met 350 deelnemers vindt maar liefst de helft dat rokers meer premie moeten betalen. We hebben geen verklaring voor deze tegenstelling. En wat is het beste middel om te belonen: geld of verleiden? De zorgverzekeraars lijken meer te kiezen voor financiële prikkels, en spreken vooral over praktische oplossingen, zoals een gezondheidsfonds en shared savings. Ook beloning van gezond gedrag via de premie of het eigen risico zien zij als een mogelijkheid. De patiëntenverenigingen zien meer in verleiden en stimuleren, zoals gratis fitness en een gezondheidsbon. En zij vinden dat (verslaafde) patiënten die zich ongezond gedragen een helpende hand nodig hebben in plaats van straf.

Zelfmanagement, 2.0 en preventie contracteren

Nog een opvallende uitslag. Van de 25 deelnemers aan een debat stemmen 15 voor en 6 tegen de stelling: *Zorgverzekeraars contracteren alleen zorgprofessionals die zelfmanagementprogramma's en gezondheid 2.0 faciliteiten en preventie-activiteiten aanbieden.* Meer voorstemmers dan je zou denken. Zorgverzekeraars zelf hebben niet veel mogelijkheden om zelfmanagement en het gebruik van nieuwe media te stimuleren, vindt men. Maar via de zorgaanbieder kan het wel. De voorstemmers vinden dat het de gezondheid en de kwaliteit van zorg ten goede komt. Daarnaast spreek je op deze manier de eigen verantwoorde-

lijkheid van burgers en patiënten aan. En de gewenste koppeling tussen preventie en curatieve zorg komt tot stand. Wat wil je nog meer. Een tegenstander wordt er kriegelig van: 'Kijk nou eerst eens naar wat de mensen zelf willen! Kijk naar de populatie in de wijk en stem daar het zorgaanbod op af.'

Kwaliteit en transparantie

We vervallen in herhaling, maar men vindt dat ook de zorgverzekeraars transparant moeten werken en aantoonbare kwaliteit moeten leveren. Wel leuk om daarbij te vertellen dat de zorgverzekeraars zelf verreweg de meest fervente pleitbezorgers van die boodschap zijn. Sommige zorgverzekeraars vinden zelfs





dat de overheid hen daartoe moet verplichten. Dat hoor je niet vaak van een beroepsgroep.

Conclusie

De deelnemers aan de debatten vinden dat zorgverzekeraars zich niet al te veel moeten bemoeien met gezondheid en gedrag. Een langetermijnrelatie met hun klanten blijkt een belangrijke voorwaarde voor zorgverzekeraars om in preventie te investeren. Zelfmanagement en het gebruik van nieuwe media stimuleren, dat vinden de meesten meer een taak van de zorgprofessional. De meningen zijn verdeeld over belonen of straffen van (on)gezond gedrag. De meeste deelnemers aan de kleine debatten zien meer in belonen, daarentegen

vindt de helft van de deelnemers aan het grote debat dat rokers meer premie moeten betalen.

6. Andere werkgevers en werknemers

Roderik Kraaijenhagen, medisch directeur van het Institute for Prevention and Early Diagnostics (NIPED): 'Wij bieden een preventieve aanpak waarmee werknemers zoveel mogelijk zelf aan hun gezondheid kunnen doen. De werknemers kunnen via een online portaal een persoonlijk risicoprofiel opstellen. Op basis daarvan krijgen zij gezondheidsadvies op maat en worden ze eventueel doorverwezen naar passende interventies of aanvullende diagnostiek. De werkgever ontvangt een bedrijfsrapportage met geanonimiseerde groepsanalyses van de risicoprofielen en kan daardoor goed zien waar productiviteitsverbetering mogelijk is. Deze groepsinformatie kan aan de verzekeraar getoond worden, zodat preventieve activiteiten gefaciliteerd kunnen worden.'

Was ziekteverzuim jarenlang hét centrale thema in de arbozorg, nu is dat: hoe krijgen en houden we werknemers fit en vitaal? Door een betere zorg voor chronisch zieken kunnen weliswaar meer mensen aan het werk blijven, maar dat wil niet zeggen dat ze optimaal kunnen functioneren. Daarnaast is werk de voornaamste gezondheidsbevorderende factor. Niet gek dus dat veel deelnemers aan de debatten vinden dat de omslag van zz naar gg niet alleen over zorg en welzijn gaat, maar ook over arbeid. Of beter gezegd: over participatie en re-integratie.

Verantwoordelijkheid voor gezondheid

Wie is eigenlijk verantwoordelijk voor de gezondheid van de werknemer? De werkgever of de werknemer? Een felle discussie volgt. Als ziekte veroorzaakt wordt door het werk, dan is de werkgever verantwoordelijk. Daarover is iedereen het eens. Maar wie verantwoordelijk is voor ziekteverzuim door een ongezonde leefstijl, daarover verschilt men van mening. De deelnemers uit de arbozorg leggen de verantwoordelijkheid meer bij de werknemers, de wetenschappers en patiëntenorganisaties meer bij de werkgevers. De deelnemers vinden elkaar wel in het volgende: De werkgever moet de werknemer *stimuleren* om *zelf* gezond te blijven en preventieve activiteiten op te pakken. Een mooi compromis.

Leefstijl

Laten we maar beginnen met een feit: 75% van het ziekteverzuim is privé-gerelateerd, slechts 25 % komt door arbeid. Mmm. Dat zet arbozorg toch even in een ander licht. Of toch niet? Arbozorg is tenslotte voor een groot deel preventie, en preventie gaat weer voornamelijk over leefstijl. Lastig. Eerst maar een punt van overeenstemming: Leefstijl heeft niet alleen gevolgen voor de gezondheid, maar ook voor participatie en re-integratie. En op dat gebied mogen werkgevers wel wat actiever zijn, is de algemene opinie.

Preventie

Welke preventieve activiteiten moet de werkgever aanbieden? Sommigen vinden dat preventie niet alleen leefstijladviezen omvat, maar ook werkbeleving en screening van (risico's op) ziekte. Zij vinden dat preventie door de werkgever zich moet richten op de 'hele mens'. Anderen voelen meer

voor werkgerelateerde preventie, puur gericht op de werknemer. Een enkeling voelt er helemaal niets voor. 'Een goede organisatie van het werk heeft veel meer effect', meent een medewerker van een kennisinstituut. 'En wie zegt dat een dikke roker niet goed presteert op het werk?' voegt een ander daaraan toe.

Verleiden of geld?

Daarnaast is er discussie over hoe je werknemers zover kan krijgen dat zij deelnemen aan preventieve activiteiten. Motiveren en verleiden, vinden de meesten. Anderen zien meer in financiële prikkels, voornamelijk de zorgverzekeraars. Ook nu zijn de deelnemers meer voor motiveren en belonen, dan voor dwingen en straffen. En bedrijven die het goed doen, moeten ook beloond worden.

Preventie in het collectieve contract

Werkgevers en zorgverzekeraars kunnen de handen ineenslaan, bijvoorbeeld door preventie op te nemen in het collectieve contract. De meesten zijn voor. Zij vinden dat dit het bewustzijn over gezondheid en ziekte van de werknemer vergroot. Het is beter dat de zorgverzekeraar dit aanbiedt, dan dat het 'moet' van de baas, wijkverpleegkundige of huisarts. Bovendien zullen er dan ook meer preventiegerichte kwaliteits- en inkoopcriteria komen. En de voorstanders vinden het een goede zaak dat burgers vanuit allerlei kanten preventie aangeboden krijgen.

**Als je thuis te dik bent,
ben je op het werk ook
te dik: zowel privé als
op het werk heb je daar
last van.**

*Roel Leeuwenburgh, algemeen directeur
Care for Companies.*

Participatiezorg in de eerste lijn

Werkgerelateerde zorg zou een plek moeten krijgen in de eerste lijn, zo is de algemene opinie. Daar moeten arrangementen aangeboden worden, zodat mensen tijdig geconfronteerd worden met hun eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Enkele mensen delen die mening niet: Algemene leefstijlactiviteiten kunnen wel in de eerste lijn, maar werkgerelateerde activiteiten horen toch echt thuis in het bedrijf. Iedereen vindt de scheiding tussen arbeid en zorg een slechte zaak. Bedrijfsartsen en huisartsen moeten samenwerken en bedrijfsartsen moeten ook een poortwachterfunctie vervullen, zo vinden de meesten.

Mensen willen best hun gedrag veranderen, maar mensen willen niet veranderd worden.

Jan Schreurs, directeur Arbo Unie.

‘Wij hebben 15 pilots lopen, waarbij huisartsen, psychologen, bedrijfsartsen en arbeidsdeskundigen samenwerken’, vertelt Kerst Zwart, directeur van Kenniscentrum Welder. ‘We noemen dat participatiezorg.’ Mooi woord.





Gebruikmaken van 2.0

Jan Schreurs, directeur van de Arbo Unie, zegt tijdens zijn presentatie dat we via nieuwe media een brug kunnen slaan tussen arbeid en zorg. Als je individuen echt een actieve rol wil geven, dan moet je ook de tooling geven. En via internet bereik je groepen die je anders niet of slecht bereikt. Zoals jongeren. Zij gaan niet naar een expert met gezondheidsvragen, zij zoeken antwoorden en hulp op internet. Ook mensen met psychische problemen bereik je beter via internettherapie, want dat kan je rustig zelf thuis doen. En tot slot: Het bedrijf kan gebruikt worden als community die samen iets wil bereiken, gezond gedrag namelijk.

Nog een mooie uitspraak van een deelnemer als uitsmijter: 'Preventie op het werk blijft allemaal hangen op de

begeleiding en financiering. Nú moeten we doorpakken: vooraf autoriseren om mensen met hoge risico's echt iets aan hun leefstijl te laten doen, in samenwerking met werkgevers, zorgverzekeraars en eerste lijn.' Zo.

Conclusie

Werkgevers moeten werknemers stimuleren om zelf gezond te blijven en preventieve activiteiten op te pakken. Daarover is men het eens. De meningen zijn verdeeld over wie verantwoordelijk is voor ziekteverzuim door een ongezonde leefstijl. De meesten vinden dat preventie in het collectieve contract opgenomen zou moeten worden. En iedereen vindt de scheiding tussen arbeid en zorg een slechte zaak. Bedrijfsartsen en huisartsen moeten samenwerken en bedrijfsartsen moeten ook een poortwachterfunctie vervullen.

7. Andere organisatie van de zorg

Zorgverzekeraar Eno (voorheen Salland) heeft TrajectZorg opgericht samen met Mozaïk uit Rotterdam, en Regizorg met de gemeente Deventer om lokale dak- en thuislozen de weg te wijzen in het doolhof van zorg, welzijn, wonen, re-integratie, budgetadvies, sociale dienst en maatschappelijke ondersteuning.

Peter Lakerveld, zorginnovator bij Eno: 'De begeleiders stellen een transparante aanpak op én houden in gaten of de aanpak resultaat heeft. Mensen hebben geen 'multiproblemen', ze hebben tien verschillende behandelaars! We vallen mensen lastig met een logistiek probleem, veroorzaakt door de zorgorganisatie en de financiering.'

'Pak de organisatie van de zorg aan.' Dat antwoord geven de meeste patiënten als u vraagt hoe we de zorg kunnen verbeteren. Ook de deelnemers aan de debatten zetten 'een andere organisatie van de zorg' bovenaan het to-do-lijstje. Goed. De organisatie moet dus anders. Maar hoe? Dat is misschien wel de meest gestelde vraag tijdens de debatten. Flexibele netwerken lijken het antwoord te zijn op de steeds veranderende en groeiende zorgvraag.

Mindshift

Burgers en patiënten zoveel mogelijk in staat stellen zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheid; zelf de regie te voeren over de zorg en zo lang mogelijk te participeren aan de

maatschappij. Dat is het doel van een groeiende groep gemotiveerde, bevoegde mensen die het initiatief nemen om een andere organisatie van de zorg te realiseren. Na de doemscenario's over de kosten, het tekort aan mensen in de zorg en de stijgende zorgvraag, veert iedereen op als zij aan het woord zijn. Je voelt de door de RVZ gewenste 'mindshift' ter plekke plaatsvinden. Daarom lichten we eerst een aantal van die best practices toe.

Almere

De zorggroep Almere speelt daadwerkelijk in op de behoefte van burgers en patiënten. Een goede informatievoorziening staat voorop, want daar is veel vraag naar. Zoveel mogelijk via internet, en zo dicht mogelijk bij de mensen in de wijk. Voor jeugd- en gezinszorg

kan men bijvoorbeeld terecht bij gezondheidscentra, scholen en het politiebureau. Ook het geriatrisch steunpunt in Almere is geen fysiek gebouw, maar een netwerk van personen die mensen met dementie en hun partners helpen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. De persoonlijke begeleiders zijn HBO-opgeleide verpleegkundigen.

Nijmegen

Patiënten kunnen via de digitale IVF poli van het UMC St Radboud alle algemene informatie lezen die ze nodig

hebben; hun eigen dossier inzien; en communiceren met zorgverleners en andere patiënten. Daarnaast is er het ParkinsonNet, een zorgnetwerk rond patiënten waarin zorgverleners samenwerken. MijnZorgNet organiseert de zorg vanuit het netwerk van patiënten en niet vanuit de arts of het ziekenhuis.

Regio Midden-Holland

Transmuraal Netwerk Midden-Holland is in feite een netwerk van informele netwerken, waarin zorgaanbieders samenwerken met zorgverzekeraars,



5



Diëtistenpraktijk Becks & Havers



ECT Management

Beleefbaar

Fysiotherapie Bleekveld



Husselson Hulpmiddelen

indigo>

Indigo



Logopediepraktijk Tiel



Oefentherapie Mensendieck



Oefentherapie Cesar



Podotherapie Praktijk Tiel

lve

Psychologenpraktijk van Dongen



Verloskundig Centrum Tiel



Verloskundigenpraktijk Tiel



Wijkverpleging & Maatschappelijk Werk

gemeenten en patiëntenorganisaties. Op die manier bieden zij zorg die past bij de leefsituatie van de cliënt. Vooral de Zorgbrug is een succes: Ruim zestig gespecialiseerd verpleegkundigen en nurse practitioners leveren zorg aan chronisch zieken in de regio, ondersteunen hen bij zelfmanagement en adviseren over leefstijl.

Ketenmodellen

Lia Donkers, directeur Transmuraal Netwerk Midden-Holland, onderscheidt in haar presentatie drie verschillende soorten ketenmodellen. Bij een 'zorgopeenvolgend' model worden verschillende vormen van zorg niet gelijktijdig aangeboden, maar volgen elkaar op, net als bij een estafetteploeg. Bij dit model zijn een goede overdracht, samenwerking en autonome schakels belangrijk. Bij voorspelbare zorg kan je je richten op zelfmanagement. Hierbij passen

Stapels stenen kan je niet verbinden, netwerken wel.

keten-DBC's. Bij wisselende zorg op individueel niveau is een netwerk van belang en is vaak een zorgcoördinator nodig, omdat zelfmanagement bij wisselende zorg afneemt.

Zorgnetwerken

Of zorgnetwerken een antwoord zijn op de ontwikkelingen die op ons afkomen, is geen punt van discussie. De meeste deelnemers zien alleen maar voordelen. Zo zal taakherschikking eindelijk werkelijkheid worden. Vooral door gebruik van internet en een wijkgerichte aanpak verschuift de zorg van 2^{de} naar 1^{ste} naar 0^{de} lijn. Ook dat netwerken flexibel zijn, en zich dus kunnen aanpassen aan de veranderende vraag, valt in goede aarde. Een hartekreet van een paar deelnemers: 'Betrek vooral patiënten bij het inrichten van een andere organisatie!' Kanttekeningen zijn er ook. Want samenwerken én tegelijkertijd concurreren, dat levert spanning op. Burgers en patiënten moeten nog wel kunnen kiezen tussen verschillende zorgaanbieders. Daarover leest u meer in hoofdstuk 8.

Een brede eerste lijn

Alle deelnemers zijn het erover eens: méér ziekenhuisbedden is niet de oplossing. In plaats daarvan moet er een brede eerste lijn komen, waarin preventieve en curatieve zorg met arbozorg geïntegreerd zijn. Deze richt zich niet alleen op zorg, maar ook op welzijn en ondersteuning. Met als doel: zo lang en zo gezond mogelijk participeren aan de maatschappij. Dat betekent dat niet alleen de huisarts poortwachter is, maar ook de bedrijfsarts. Sommige deelnemers vinden dat ook andere beroepsgroepen in aanmerking komen, zoals het consultatiebureau, de specialist

ouderengeneeskunde en verpleegkundigen. Ontwikkel daarvoor een sterke infrastructuur, werk met man en macht aan preventie, en focus op mantelzorg. Dat is de boodschap.

De verpleegkundige organiseert de zorg rond de chronische patiënt. Af en toe wordt de specialist ingevlogen.

Matthijs Zwier, senior verpleegkundige UMC Utrecht.

Gebruikmaken van 2.0.

Men vindt het gebruik van 2.0 een absolute voorwaarde voor een andere organisatie van de zorg. Want alleen op die manier krijgen grote groepen burgers, patiënten en mantelzorgers toegang tot preventie, zorg, behandeling, verzorging en nazorg én blijft de zorg betaalbaar. Ook (ondersteuning bij) zelfmanagement kan niet slagen zonder 2.0. Hetzelfde geldt voor continuïteit van het zorgproces, zo is de algemene opinie. En: 'Deze ongelimiteerde ontwikkeling kan wel eens het antwoord zijn op het capaciteitsprobleem', zegt Bert Groot Roessink, voorzitter van de Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijns. Flink investeren in 2.0 dus.

Centraal of decentraal?

Opvallend: 90% van de 350 deelnemers aan het debat in Den Bosch is het eens met de stelling: *In 2015 is er zowel een beperkt aantal ziekenhuizen met een breed aanbod van poortspecialismen als een beperkt aantal gespecialiseerde curatieve centra met hoog volume.* Structurele financiering van wijkgerichte zorg en preventie vindt men een belangrijke voorwaarde, net als zelfmanagement. Of ziekenhuizen (of afdelingen) fysiek moeten verdwijnen uit de regio, daarover zijn de meningen verdeeld. Sommigen vinden dat ook gespecialiseerde zorg dichtbij huis nodig is, vooral voor chronisch zieken, ouderen en mensen met meer aandoeningen. Daarnaast is er een voorzichtig begin gemaakt met de discussie over een mogelijke taakverdeling tussen samenwerkende ziekenhuizen.

Preventie en zorg in de wijk

Moeten preventie en zorg voor chronisch zieken en ouderen wijkgeoriënteerd aangeboden worden? Deze vraag levert veel ja-maar-antwoorden op. Veel voorwaarden dus. Namelijk: preventie en generalistische zorg kunnen in de wijk, specialistische zorg niet. En het moet aansluiten bij de populatie van de wijk en de vragen die burgers en patiënten hebben. Maar ook: koppel het aan herstructurering van wijken; zorg voor voldoende deskundigheid en een juiste bejegening. Bovendien vindt men dat er een combinatie met internet moet komen. Tot slot wordt ook hier een structurele financiering genoemd



als voorwaarde. Een mooie uitspraak: 'De wijkoriëntatie is van groot belang, omdat daar het leven van de burger zich afspeelt en daar beïnvloeding dus mogelijk is.'

Inloopfunctie

Spreekt de RVZ in de discussienota *Zorg voor je gezondheid!* nog van 'inloopcentrum', gaandeweg de debatten blijkt dat 'inloopfunctie' een betere term is. Bijna iedereen associeert een inloopcentrum namelijk met een fysiek gebouw, terwijl het ook een digitaal 'gebouw' kan zijn. De inloopfunctie wekt de interesse van alle aanwezigen en heeft veel voorstanders. 68% van 350 deelnemers aan een debat is het eens met de stelling: *In 2015 speelt de inloopfunctie vooral in sociaaleconomisch zwakkere wijken een belangrijke preventieve rol.*

De meesten vinden wel dat de inloopfunctie breder moet zijn dan alleen gezondheid. Ook welzijn en participatie horen erbij en daarom moeten ook gemeenten en bedrijfsartsen daarbij betrokken zijn.

Rollen in de inloopfunctie

Men concludeert dat er drie rollen in de inloopfunctie zijn. Het eerste contact is het baliecontact of de landingspagina van een website. Vervolgens is er een rol weggelegd voor triagisten die uitzoeken wat je nodig hebt. Tot slot zijn er coördinatoren die voor de link zorgen tussen de verschillende vormen van (zorg)ondersteuning. Alle drie de rollen kunnen digitaal en fysiek vervuld worden.

Conclusie

De deelnemers zijn enthousiast over samenwerken in flexibele netwerken als antwoord op de groeiende en veranderende zorgvraag. Ook vinden de meesten dat preventie en zorg dichtbij huis aangeboden moeten worden. Een brede eerste lijn is nodig, waarin preventieve en curatieve zorg met arbozorg geïntegreerd zijn. Het merendeel is positief over de inloopfunctie. Tot slot vindt men een structurele financiering en het gebruik van nieuwe media absolute voorwaarden voor het slagen van een andere zorgorganisatie.



8. Andere sturing en financiering

Ron Peters, hoogleraar klinische cardiologie in het Academisch Medisch Centrum, vindt dat de rijksoverheid de leiding moet nemen bij het opzetten van preventie op populatieniveau. 'De Finse overheid heeft rigoreus het zoutgehalte in voedingsmiddelen verminderd, waardoor de bloeddruk en het aantal beroertes gedaald is. Voor secundaire preventie werkt het beloning- en strafsysteem van een Amerikaanse verzekeraar goed. Artsen die zich houden aan de richtlijnen, of daar gemotiveerd van afwijken, worden financieel beloond. Zo niet, dan worden ze gekort. Daardoor is de sterfte na een hartinfarct een kwart lager dan in andere gebieden.'

Alle deelnemers zijn enthousiast over de omslag van zz naar gg. Maar... En dan komen de belemmeringen. 'Het trieste is dat ons zorgsysteem muurvast zit. De financiering is gefragmenteerd en geëchelonneerd', zo vat een deelnemer de algemene opinie samen. 'Weg met die schotten!' valt een ander hem bij. Er wordt instemmend geknikt. Het is duidelijk: een andere sturing en financiering zijn nodig.

Sturen op kwaliteit en prestaties
Kwaliteit moet leidend zijn, niet de kosten. Daar is iedereen het over eens. De meesten zijn ervan overtuigd dat de kosten vanzelf dalen met een goede organisatie van de zorg. Alle deelnemers vinden dat zowel zorgaanbieders als

zorgverzekeraars aantoonbare kwaliteit moeten leveren en transparant moeten zijn. De rijksoverheid is dé aangewezen partij om dat verplicht te stellen. Bij veel debatten klinkt de roep om zorgaanbieders te belonen voor prestaties in termen van kwaliteit en gezondheidswinst, in plaats van belonen voor het aantal verrichtingen. Daarvoor zouden prestatie-indicatoren opgesteld moeten worden.

Richtlijnen en zorgstandaarden

De meeste zorgverzekeraars zien een rol voor de overheid weggelegd bij het vaststellen van richtlijnen op basis waarvan zij kunnen inkopen. Een enkele zorgverzekeraar vindt dat niet de overheid, maar patiënten en zorgverzekeraars de zorgstandaard moeten vaststellen.

Punt van overeenstemming: het moet in samenwerking met verschillende partijen gebeuren, en de ervaringsdeskundigheid van patiënten moet daarbij gebruikt worden.

De patiëntenverenigingen zien meer in een publieke, minder gedetailleerde leidraad. De meerderheid van de deelnemers vindt dat ook zelfmanagement in de richtlijnen thuis hoort. En men

De machtsblokken houden elkaar in de houdgreep. Ik zou er graag een bommetje onder leggen en het helemaal opnieuw inrichten.

Bas Bloem, hoogleraar neurologische bewegingsstoornissen UMC St Radboud.

is het erover eens dat innovatie niet de dupe mag zijn van een zorgstandaard of van richtlijnen. Ook (nog) niet-evidence based behandelingen en medicatie moeten een kans krijgen. ‘Faciliteer de koplopers, dan volgt de rest’, vindt een vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie.

Preventie

Veel deelnemers zijn van mening dat de rijksoverheid en gemeenten de leiding moeten nemen bij collectieve preventie: dwingend als het kan, bijvoorbeeld door minder zout in voedingsmiddelen. En als dat niet kan, dan moet de overheid burgers stimuleren zich gezond te gedragen. De uitvoering ligt bij veel samenwerkende partijen, vinden de meesten. De gemeenten moeten daar in ieder geval bij betrokken zijn, want die kunnen maatwerk op wijkniveau leveren. Ook zorgverzekeraars moeten gestimuleerd worden te investeren in preventie, lijkt de algemene opinie. Dit zou misschien betaald kunnen worden uit een nationaal fonds, oppert een deelnemer. Een goede samenwerking tussen primaire gezondheidszorg en public health vindt men een belangrijke voorwaarde voor succes. Daarnaast moeten gemeentelijke collectieve preventie en geïndiceerde preventie goed op elkaar aansluiten.

Wat zegt de wet?

Samenwerken én concurreren, dat levert spanning op. Zorgaanbieders zijn bang dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) hen straft als zij met elkaar samenwerken. Dit is een serieuze blokkade voor het ontstaan van samenwerking in zorgnetwerken. Wat de wet er precies over zegt, blijken veel deelnemers niet te weten. Een betere voorlichting door de NMa over wat wel en niet mag, lijkt noodzakelijk.

Financiering...

Om de omslag van zz naar gg mogelijk te maken, is in ieder geval een andere financiering nodig. Dat komt bij alle debatten naar voren. Een structurele financiering vindt men de belangrijkste voorwaarde voor een andere organisatie van de zorg. Tijdens de debatten is een begin gemaakt met de discussie over de vraag of de burger zelf meer zou moeten betalen voor zijn gezondheid en zorg. Grofweg geschat is de helft van alle deelnemers voorstander daarvan. Met alle misen en maren die daaraan vastzitten natuurlijk, maar toch. 'Zie zorg als investering in jezelf en in de maatschappij', zegt een deelnemer eenvoudigweg. Tja, daar zit wat in, zie je de andere deelnemers denken.

...en nog meer financiering

Tijdens de debatten zijn er zo veel opmerkingen over de financiering gemaakt, dat we genoodzaakt zijn er een saai opsomming van te geven, in de hoop dat u niet afhaakt: Als het DBC-systeem ter sprake komt, is het stevast negatief. Het belemmert innovatie en kwaliteit van zorg, lijkt de algemene opinie te zijn. Ook een herziening van het vereveningsstelsel staat op het wensenlijstje van een aantal deelnemers. Daarnaast moet de financiering van de verpleegkundige taken verbeteren, vinden de meesten. Een paar deelnemers opperen dat er verpleegkundige tarieven moeten komen en dat het declaratierecht moet verbeteren, ook voor zelfstandige verpleegkundigen.

De zorgverzekeraars vinden het lastig hoe de financiering van de zorgcoördinator in de praktijk geregeld moet worden. Hetzelfde geldt voor de combinatie

**We willen chronisch
zieken zo veel mogelijk
in de eerste lijn behan-
delen, maar de finan-
ciering werkt dat niet
in de hand.**

*Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, voorzitter
KNMG.*

van cure, care en zorg die wordt betaald uit de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Op de beleidsagenda

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft zelf ook nog wat noten op z'n zang. Als het aan Rien Meijerink ligt, voorzitter van de Raad, dan zet hij zeven punten in het regeerakkoord. Mits er goede afspraken gemaakt worden met alle partijen, aan het begin van de kabinetsperiode. Want dan is het misschien mogelijk om uit die ellendige sfeer van bezuinigingen te komen, aldus Rien.



Zo aan het eind van deze brochure en aan het begin van de nieuwe kabinetsperiode is het misschien wel passend om deze zeven punten aan u mee te geven:

1. Duidelijkheid over gereguleerde marktwerking.
2. Herbezinning op DBC's en samenwerking tussen zorginstellingen.
3. Differentiatie in zorgverzekering en eigen risico.
4. AWBZ: koers bepalen en doen.
5. Stringenter pakketbeheer.
6. Wettelijke kwaliteitsnormen.
7. Meer aandacht en geld voor preventie.

Conclusie

Alle deelnemers aan de debatten vinden dat je moet sturen op kwaliteit en prestaties, en niet op productie en kosten. Men denkt positief over zorgstandaarden en richtlijnen. Bij de opstelling daarvan moeten in ieder geval patiënten en andere partijen betrokken zijn. Daarnaast vindt men dat de rijksoverheid en gemeenten de leiding moeten nemen bij collectieve preventie. Angst voor de NMa maakt zorgaanbieders huiverig voor samenwerking in zorgnetwerken. Daarom moet er een betere voorlichting komen over wat wel en niet mag volgens de wet. En tot slot vindt men een andere, structurele financiering noodzakelijk om de omslag van zz naar gg mogelijk te maken.

Bijlage

De debatreeks maakt onderdeel uit van de totstandkoming van de strategische zorgagenda 1010-2020. De input voor de debatreeks is de nota 'Zorg voor je gezondheid'. Doel van de debatreeks was om het zorgveld zelf aan het woord te laten. Zij moeten immers invulling geven aan vraaggerichte ordening van de zorg en de daarbij behorende nieuwe rollen en verantwoordelijkheden.

Er hebben in totaal 8 debatten plaatsgevonden in de periode april 2010-juni 2010. De debatten vonden verspreid over het land plaats. Ieder debat werd voorgezeten door mevrouw M. Henneman en ingeleid door de RVZ en door een inhoudsdeskundige. Hierin zijn de volgende deelonderwerpen uit de nota bediscussieerd.

De andere zorgvrager

Inleiders: mevrouw Wendy van der Kraan en mevrouw Rachel Gerads (RVZ).

Chronisch zieken en ouderen

Dit debat is tot stand gekomen in samenwerking met Vilans, programma chronisch zieken.

Inleider: mevrouw Stannie Driessen, Vilans.

Preventie, leefstijl en gedrag

Inleider: Jan Kasdorp, Kasdorp Consultancy.

Toegang tot primaire gezondheidszorg: andere eerstelijnszorg

Inleider: Bert Groot Roessink, Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijnszorg.

Continuïteit door zorgnetwerken

Inleider: mevrouw L. Donkers, Transmuraal Netwerk Midden-Holland.

Arbeid en Zorg

Inleider: Jan Schreurs, Arbo Unie.

Sturing, bekostiging en financiering

Inleider: Pieter Vos, RVZ.

In totaal waren hierbij 180 aanwezigen.

Strategische zorgagenda 2010-2020

Dit debat is tot stand gekomen in samenwerking met European Business Studies. Bij dit debat waren 350 deelnemers aanwezig. De volgende inleiders spraken op deze bijeenkomst:

- Ab Klink, demissionair minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- mevrouw Cathy Verbeek, Nederlandse Zorgautoriteit
- Rien Meijerink, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
- Henry Robben, Nyenrode Business University
- Johan Polder, RIVM/Universiteit van Tilburg
- Jan Kremer, UMC St Radboud

- mevrouw Valerie Frissen, Erasmus
Universiteit Rotterdam
- Flip de Kam, Rijksuniversiteit
Groningen

Deelnemers kwamen uit alle geledingen die op enige wijze betrokken zijn bij gezondheid. De volgende doelgroepen waren aanwezig: patiënten, bestuurders van patiëntenorganisaties, medici waaronder gerieters, internisten cardiologen, huisartsen; (gespecialiseerd) verpleegkundigen waaronder praktijkverpleegkundigen, longverpleegkundigen, nefrologieverpleegkundigen, nurse practitioners; paramedici waaronder diëtisten, fysiotherapeuten, psychologen; preventiemedewerkers, (zorg)managers op afdelingsniveau en bestuursniveau van ziekenhuizen, GGZ-instellingen, revalidatieklinieken, thuiszorgorganisaties en gezondheidscentra, arbeidsgeneeskundige organisaties en GGD-en; wetenschappelijk onderzoekers en hoogleraren; wethouders, beleidsmedewerkers (lokaal, institutioneel, nationaal), verzekeraars zowel op bestuurlijk niveau als op medewerkers niveau; adviseurs, internetondernemers, arbeidskundigen, adviserend geneeskundigen.

Debatreeks voorbereiding strategische zorgagenda 2010-2020

Dagvoorzitter alle debatten: M. Henneman

Onderwerp	Organisatie	Plaats	Datum	Aantal aanwezigen
1. De andere zorgvrager	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg	Den haag	22 april 2010	31
2. Chronisch zieken en ouderen	Vilans en Raad voor de Volksgezondheid & Zorg	Rotterdam	29 april 2010	33
3. Preventie, leefstijl en gedrag	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg	Vught	19 mei 2010	32
4. Strategische zorg-agenda 2010-2020	European Business Studies	's-Hertogenbosch	26 mei 2010	350
5. Toegang tot primaire gezondheidsondersteuning: andere eerstelijnszorg	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg	Zwolle	3 juni 2010	25
6. Continuïteit door zorgnetwerken	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg	Tilburg	4 juni 2010	15
7. Arbeid en Zorg	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg	Zwolle	9 juni 2010	26
8. Sturing, bekostiging en financiering	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg	Utrecht	10 juni 2010	19





Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



