



Zorginstituut Nederland

Preventie in de Zvw opnieuw ontleed

Datum	1 mei 2023
Status	Definitief

Colofon

Projectleider	Janka Kahlman
Volgnummer	2023001838
Contactpersoon	mw. mr. J. Kahlman +31 (0)6 223 088 18
Auteurs	Carel Mastenbroek, Freerkje van der Meer, Tjitske Vreugdenhil en Janka Kahlman
Afdeling Team	Zorg Eerstelijnszorg en preventie

Inhoud

Colofon-1

Samenvatting-5

Inleiding-7

1 Hoe is de context op het gebied van preventie sinds 2007 veranderd?— 8

1.1 Focus op preventie in plaats van zorg—8

1.2 Focus van preventie op (positieve) gezondheid in plaats van het voorkomen van ziekte—9

1.2.1 Doel van preventie—9

1.2.2 Actieve rol en regie van de burger—10

1.2.3 Veranderde rol van de zorgprofessional—10

1.2.4 Passende zorg en preventie—11

1.2.5 Samenwerking tussen de domeinen—11

1.2.6 Beperkingen van preventie ten aanzien van ziekte en gezondheid—11

2 Heeft de veranderde context invloed op preventie in de zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering?—12

2.1 De zorgvraag (indicatie)—12

2.2 De zorg (interventie)—13

2.2.1 Professioneel juiste zorg (plegen te bieden)—13

2.2.2 Instroom van nieuwe preventieve interventies (stand van de wetenschap en prijktijk)—14

3 Conclusie—15

Bijlage I Casus gezonde leefstijl en het voorkomen van gezondheidsproblemen bij overgewicht en obesitas

Bijlage II Onderzoek Federatie voor Gezondheid: Perspectief op preventie en Positieve Gezondheid in het licht van de zorgverzekering

Samenvatting

In de kaderbrief van 5 juli 2022 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan het Zorginstituut gevraagd om prioriteit te geven aan preventie. De specifieke vraag was om te kijken hoe het Zorginstituut ervoor kan zorgen dat inzichtelijk wordt welke mogelijkheden er met preventie allemaal al zijn binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit vanuit onze wettelijke taak om de Zvw uniform uit te leggen, beheersbaar en betaalbaar te houden. Hoewel het Zorginstituut zich er van bewust is dat preventie niet alleen binnen het zorgdomein tot uiting moet komen, ligt vanwege de vraagstelling van het ministerie van VWS de focus van dit rapport bij preventie binnen de Zvw.

In 2007 heeft het Zorginstituut het rapport 'Van preventie verzekerd' gepubliceerd om te verduidelijken waar het beginpunt voor preventieve zorg binnen de te verzekeren zorg ligt: onder welke voorwaarden kan preventieve zorg vergoed worden onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het beginpunt ligt bij het verminderen of wegnemen van een individueel hoog risico op ziekte of beperking. Om dit beginpunt te kunnen bepalen heeft het Zorginstituut in het rapport van 2007 de volgende vierdeling gehanteerd: collectieve preventie bestaande uit universele en selectieve preventie, en individuele preventie bestaande uit geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

Sindsdien zijn er veel ontwikkelingen geweest op het gebied van preventie en is de maatschappelijke opgave sterk veranderd. Als we kijken naar deze ontwikkelingen, de maatschappelijke opgave en naar wat we met preventie in de toekomst willen bereiken dan is het noodzakelijk om te kijken of het rapport van 2007 nog steeds actueel is en of de vierdeling nog steeds bruikbaar is om het beginpunt van de Zvw te bepalen. In dit rapport verduidelijken we de plaats van de Zvw in relatie tot preventie en leggen we uit hoe preventieve interventies vorm kunnen krijgen binnen de basisverzekering en daarmee kunnen worden gebruikt bij een passende inzet van preventie en een gezonde leefstijl. Deze verduidelijking en uitleg doen we aan de hand van twee vragen: Op welke manier is de context op het gebied van preventie sinds 2007 veranderd? En heeft deze verandering invloed op preventie in de zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering?

Op welke manier is de context op het gebied van preventie sinds 2007 veranderd? De context waarin ons rapport 'Van preventie verzekerd' uit 2007 figureert is sinds die tijd aanzienlijk gewijzigd. Ten eerste is het goed om ons bewust te zijn van de bestuurlijke wijzigingen die sinds 2007 hebben plaatsgevonden. Deze bestuurlijke context is naast de zorginhoud van belang bij de totstandkoming van preventieve zorg en ondersteuning en daarmee ook voor de plaats van de zorgverzekering in het geheel. Ten tweede zien we sinds 2007 een tweetal bewegingen op het gebied van preventie: een toenemende focus op preventie in plaats van op zorg en een focus van preventie op (positieve) gezondheid in plaats van het voorkomen van ziekte.

Als we kijken naar deze ontwikkelingen, wat is dan de plaats van de Zvw in relatie tot preventie? Duidelijk is dat we gezondheid als uitgangspunt moeten nemen en dat de zorg het sluitstuk van mogelijke preventieve interventies en ondersteuning vormt. Zorg zet je pas in als andere (preventieve) mogelijkheden uitgeput zijn. Dit ligt voor de hand als je niet redeneert vanuit ziekte, maar vanuit gezondheid: wat kan de betrokkene zelf nog wel. Dit betekent ook dat de zorgverzekering pas in een laat stadium aan de orde is.

Heeft de veranderde context invloed op preventie binnen de zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden moeten we de twee facetten om zorg te kunnen ontvangen vanuit de zorgverzekering los van elkaar behandelen. Namelijk de zorgvraag (indicatie) en de zorg (interventie) die daar bij hoort.

De veranderde context heeft geen invloed op het beginpunt van de Zvw, de zorgvraag van de verzekerde. Als we kijken naar de strekking van de Zvw dan is die sinds de invoering in 2006 niet veranderd. De zorgverzekering is nog steeds een individuele schadeverzekering en het beginpunt van de Zvw is het individuele hoge risico. De vierdeling die het Zorginstituut in 2007 heeft bepaald is anno 2023 nog steeds bruikbaar om dit beginpunt te bepalen. De inzet van de zorgverzekering rechtvaardigen we dan bij specifieke individuele zorgvragen door een afweging te maken tussen de hoogte van het (gezondheids)risico en de (mogelijk) te behalen gezondheidswinst via de effectieve interventie. Uit oogpunt van een solidaire sociale ziektekostenverzekering vinden wij dit nog steeds een rechtvaardige benadering en ook stroken met de uitgangspunten van passende zorg en positieve gezondheid.

De veranderde context heeft wel invloed op de inhoud van de preventieve interventies in de zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering. Het aanbod van effectieve preventieve interventies neemt toe, bijvoorbeeld op het gebied van leefstijl, valpreventie en verslaving. Ook de aandacht van zorgverleners voor proactieve zorgplanning bij kwetsbare groepen krijgt steeds meer aandacht. De open omschrijving van de aanspraken in de Zvw zorgt ervoor dat bewezen effectieve preventieve interventies automatisch instromen in het basispakket. Met andere woorden, onder de Zvw kan veel preventieve zorg vallen en er valt ook al veel preventieve zorg onder de basisverzekering. De voorwaarden die gesteld worden voor vergoeding onder de basisverzekering, zijn voor preventieve zorg immers niet anders dan voor andere vormen van zorg.

Inleiding

In de kaderbrief van 5 juli 2022 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan het Zorginstituut gevraagd om prioriteit te geven aan preventie. De specifieke vraag was om te kijken hoe het Zorginstituut ervoor kan zorgen dat inzichtelijk wordt welke mogelijkheden er met preventie allemaal al zijn binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit vanuit onze wettelijke taak om de Zvw uniform uit te leggen, beheersbaar en betaalbaar te houden. Hoewel het Zorginstituut zich er van bewust is dat preventie niet alleen binnen het zorgdomein tot uiting moet komen, ligt vanwege de vraagstelling van het ministerie van VWS de focus van dit rapport bij preventie binnen de Zvw.

In 2007 heeft het Zorginstituut het rapport 'Van preventie verzekerd'¹ gepubliceerd om te verduidelijken waar het beginpunt voor preventieve zorg binnen de te verzekeren zorg ligt: onder welke voorwaarden kan preventieve zorg vergoed worden onder de Zvw. Sindsdien zijn er veel ontwikkelingen geweest op het gebied van preventie en is de maatschappelijke opgave sterk veranderd. Als we kijken naar deze ontwikkelingen, de maatschappelijke opgave en naar wat we met preventie in de toekomst willen bereiken dan is het noodzakelijk om te kijken of het rapport van 2007 nog steeds actueel is. Hebben de ontwikkelingen op het gebied van preventie en het veranderde denken consequenties voor preventie in de zorg én daarmee binnen de zorgverzekering?

Om te kijken wat de ontwikkelingen in het denken over preventie zouden kunnen betekenen voor de uitgangspunten van ons rapport uit 2007, heeft het Zorginstituut een onderzoek laten uitvoeren door de Federatie voor Gezondheid². De bevindingen uit het onderzoeksrapport hebben we gebruikt om in dit rapport de eerste hoofdvraag te beantwoorden. De eerste vraag is: *Hoe is de context op het gebied van preventie sinds 2007 veranderd?* De tweede vraag die we in dit rapport beantwoorden luidt: *Heeft de veranderde context invloed op preventie in de zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering?*

Om te beginnen leest u in hoofdstuk 1 het antwoord op de eerste vraag. In dit hoofdstuk gaan we in op de grootste twee veranderingen op het gebied van preventie, namelijk: de focus op preventie in plaats van zorg en de focus van preventie op (positieve) gezondheid in plaats van het voorkomen van ziekte. Aan de hand van deze veranderingen verduidelijken we de plaats van de Zvw in relatie tot preventie. In hoofdstuk 2 beschrijven we op welke manier de veranderde context van preventie van invloed is op preventie in de zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering. In dit hoofdstuk maken we het onderscheid tussen de zorgvraag van de verzekerde en de daadwerkelijk te leveren zorg.

¹ [Van preventie verzekerd | Rapport | Zorginstituut Nederland.](#)

² [Perspectief op preventie en Positieve Gezondheid in het licht van de zorgverzekeringswet, Federatie voor Gezondheid, Utrecht, 6 december 2022.](#)

1 Hoe is de context op het gebied van preventie veranderd sinds 2007?

Als we kijken naar de ontwikkelingen op het gebied van preventie sinds 2007 dan zien we dat we als maatschappij nog zoekende zijn naar nieuwe inrichtingen van het preventieperspectief. Dit alles stelt de samenleving voor nieuwe uitdagingen en vergt een vernieuwde werkwijze en aanpak en vooral veel samenwerking op de diverse gezondheidsproblemen. Wel is duidelijk dat we gezondheid als uitgangspunt moeten nemen en de zorg het sluitstuk van mogelijke preventieve interventies en ondersteuning vormt. Zorg zet je pas in als andere (preventieve) mogelijkheden uitgeput zijn. Dit ligt voor de hand als je niet redeneert vanuit ziekte, maar vanuit gezondheid: wat kan de betrokkene zelf nog wel. Dit betekent ook dat de zorgverzekering pas in een laat stadium aan de orde is.

Het Zorginstituut heeft de Federatie voor Gezondheid gevraagd om te onderzoeken welke bewegingen er zijn geweest op het gebied van preventie sinds 2007. Uit het onderzoek van de Federatie voor Gezondheid blijkt dat er twee bewegingen te onderscheiden zijn: een toenemende focus op preventie in plaats van op zorg en de focus van preventie op (positieve) gezondheid in plaats van het voorkomen van ziekte. In dit hoofdstuk schetsen we deze twee bewegingen en staan we ook stil bij de uitdagingen die preventie binnen deze bewegingen met zich meebrengt.

1.1 Focus op preventie in plaats van zorg

Als we kijken naar diverse belangrijke maatschappelijke gebeurtenissen³ uit de afgelopen jaren dan valt op dat er een toenemende focus is op preventie in plaats van zorg. Deze gebeurtenissen hebben geleid tot een groter bewustzijn van de waarde van gezondheid en een gezonde leefstijl onder burgers. De toenemende verschillen in het aantal gezonde levensjaren tussen meer en minder welvarende mensen⁴ en de krapte op de arbeidsmarkt van zorgpersoneel dragen ook bij aan een grotere focus op preventie. Ook in het Integraal Zorgakkoord (IZA) komt duidelijk naar voren dat er een brede roep is om een beweging naar 'de voorkant' waarin een gezonde samenleving centraal staat.

De overheid heeft de (grondwettelijke) taak⁵ om de volksgezondheid (collectief en individueel) te beschermen en te bevorderen en een gezonde leefomgeving te creëren. Deze publieke verantwoordelijkheid beslaat veel meer terreinen dan alleen het zorgdomein. Veel factoren van gezondheid liggen namelijk buiten het zorgdomein. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om sociaal economische factoren of factoren in de leefomgeving die een negatieve invloed hebben op de gezondheid. Denk aan armoede, schulden, slechte huisvesting, eenzaamheid, werkloosheid, laag opleidingsniveau, luchtverontreiniging, beperkte groenvoorzieningen en verkeersdruk. Het belang van gezondheid moet daarom op veel domeinen waar het rijk en gemeenten beleid voor maken worden meegenomen. Denk aan infrastructuur, fiscale maatregelen en regelgeving voor bijvoorbeeld luchtvervuiling. Dit noemen we 'Health in all policies'. Hiervoor heeft de overheid instrumenten binnen verschillende domeinen.⁶

³ Te denken valt aan het rookverbod in de horeca (2007), de Q-koorts (2007-2011) en de Coronacrisis (2020-2022).

⁴ Bovenaan welvaarts ladder bijna 25 jaar langer in goede gezondheid (cbs.nl).

⁵ Artikel 22, eerste lid Grondwet.

⁶ Te denken valt aan wetgeving op verschillende vlakken, zoals ARBO-wetgeving, wetgeving rond de publieke gezondheidszorg, een sociale ziektekostenverzekering op basis van de Zorgverzekeringswet, maar ook instanties als de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit zijn er om de volksgezondheid te bevorderen.

Voor de verantwoordelijkheidsverdeling rond preventieve zorg en ondersteuning bij de overheid zijn verschillende domeinen aan zet. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de publieke gezondheid van haar bewoners. In 2008 is de Wet publieke gezondheid (Wpg) ingevoerd. Deze wet regelt het lokale gezondheidsbeleid, de jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg, infectieziektebestrijding en gezondheidsbevordering. In 2015 heeft er een bestuurlijke decentralisatie plaatsgevonden door verbreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de invoering van de Jeugdwet en de Participatiewet. De gemeenten kregen daarmee veel meer verantwoordelijkheden op het gebied van maatschappelijke en zorginhoudelijke ondersteuning van de burger dan voorheen. Gemeenten kwamen daarmee dichterbij de burger te staan met als doel: betere zorg op maat. Kwetsbare groepen kregen specifieke aandacht, denk aan psychische zorg voor jongeren, de zorg en ondersteuning voor jeugdige verstandelijk beperkten of mensen met een arbeidsbeperking.

1.2 Focus van preventie op (positieve) gezondheid in plaats van het voorkomen van ziekte

In de tweede plaats is een verschuiving zichtbaar in het denken over preventie zelf. De kerngedachte is dat niet ziekte maar gezondheid het uitgangspunt moet zijn. Dit zien we terug in concepten als 'van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag'⁷, Positieve gezondheid⁸, het 'cure-care-heal-deal' model⁹, Passende zorg¹⁰ en de 'beweging van nazorg naar voorzorg'¹¹. Bij al deze concepten ligt de focus niet meer op ziekte maar wordt er meer gekeken naar gezondheid in de zin van weerbaarheid en veerkracht, functioneren en lichamelijk en mentaal welbevinden. Met andere woorden, het uitgangspunt is niet wat de betrokkene niet meer kan, maar wat hij of zij nog wél kan. Daarnaast of in het verlengde hiervan, wordt gezondheid steeds meer gezien als de resultante van alle leefdomeinen van een mens. Gezondheid staat dan niet los van dingen in het leven, zoals stress, armoede, schulden, verlies, leefomgeving en eenzaamheid. Door op deze manier gezondheid als uitgangspunt te nemen, ontstaat een breder speelveld voor preventieve activiteiten dan alleen de gezondheidszorg, namelijk alle (leef)domeinen waarin de burger participeert, of wel de samenleving als geheel. In bijlage 1 hebben we aan de hand van een voorbeeld dit brede speelveld inzichtelijk gemaakt.

1.2.1 Doel van preventie

De beweging van ziekte naar gezondheid vindt zijn weerslag in het doel en de inhoud van preventie. Het doel van preventie is dat mensen (zo lang mogelijk) (zo) gezond (mogelijk) blijven. Gezond in de zin van positieve gezondheid. Dat wil zeggen het vermogen om regie over het eigen bestaan, functioneren en psychisch welzijn te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Gezondheid in deze zin is een breed begrip en omvat 6 dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. In deze opvatting is preventie ook minder gekoppeld aan het voorkomen van ziekte en meer aan het bevorderen van weerbaarheid en veerkracht.¹²

⁷ [Zorg voor je gezondheid! | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](#).

⁸ [Positieve Gezondheid - Institute for Positive Health \(IPH\)](#).

⁹ [van-der-kamp-plochg-chapter-2019.pdf \(federatievoorgezondheid.nl\)](#).

¹⁰ [Advies 'Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú' | Rapport | Zorginstituut Nederland](#).

¹¹ [tekst-nphf-lezing-2012-herman-wijffels.pdf \(federatievoorgezondheid.nl\)](#).

¹² [Wat is preventie? | Loketgezondleven.nl](#).

1.2.2

Actieve rol en regie van de burger

Preventie met de focus op positieve gezondheid vraagt, naast een actieve rol van de overheid ook een actieve rol en regie van burgers. Mensen kunnen door gezond gedrag veel doen om hun gezondheid te beschermen en bevorderen en om gezondheidsproblemen in een latere fase van hun leven te voorkomen. Te denken valt bijvoorbeeld aan leefstijl, dragen van fietshelmen, gebruik van veiligheidsriemen of een tekentang en preventieve ARBO-activiteiten. Hiervoor is bij de burger inzicht nodig in wat 'gezond gedrag' omvat, wat er op het preventieve vlak mogelijk is en de mogelijkheden hebben om dit gedrag te vertonen en vol te houden.¹³

Hierbij is het belangrijk om te benoemen dat de mogelijkheden om gezonde keuzes te maken en gezond gedrag vol te houden niet gelijk verdeeld zijn. Voor mensen met een lage sociaaleconomische status (SES)¹⁴ is het vaak lastiger om een gezonde leefstijl aan te nemen en vol te houden dan voor mensen met een hoger inkomen en hoger opleidingsniveau. Vaak heeft dit overigens een heel praktische oorzaak: de gezonde keuze is meestal duurder dan de ongezonde keuze. Een ongezonde woon- en leefomgeving is zelden een bewuste keuze, maar een gevolg van onbetaalbaarheid van de betere woning. Voor mensen met bijvoorbeeld veel stress of zorgen, mensen die dakloos zijn of dreigen te worden en mensen met psychische problemen is een gezonde leefstijl meestal niet het meest voorliggende doel. Deze mensen hebben vaak ondersteuning nodig om gezondere keuzes te maken. Anderzijds; kenmerken van ongezonde leefstijl zijn niet voorbehouden aan lage SES-groepen, denk aan (een meer dan matig) alcoholgebruik dat vaak ook onder hogere inkomensgroepen een geaccepteerd fenomeen is.

Een ongezonde leefstijl komt onder de gehele bevolking voor. Echter de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de burger om een gezonde leefstijl aan te nemen heeft in Nederland bijgedragen aan gezondheidsverschillen tussen mensen met een hoge en een lage SES.¹⁵

1.2.3

Veranderde rol van de zorgprofessional

Naast de eigen verantwoordelijkheid van de burger en de publieke verantwoordelijkheid van de overheid hebben ook zorgverleners en professionals een verantwoordelijkheid ten opzichte van preventie met een focus op gezondheid. Waar zorgprofessionals eerst vooral bezig waren met het voorkomen van (progressie van) ziekten of complicaties, wordt nu verwacht dat het inzetten op een gezonde leefstijl integraal onderdeel uitmaakt van de reguliere zorg die de zorgprofessional levert. Zij horen hun patiënten te stimuleren en te helpen om tot gezonde keuzes en een gezonde leefstijl te komen, weerbaar te zijn en regie te voeren in het licht van de uitdagingen die ze ervaren. Zij horen bijvoorbeeld met hun patiënten af te wegen of medicatie of een gezondere leefstijl, of een combinatie van beide de best passende aanpak is bij een verhoogd risico op een cardiovasculaire aandoening. Hierbij wordt verwacht dat de zorgprofessional met een brede blik naar de patiënt kijkt, met aandacht voor de sociale context.

¹³ gezond eten is lastig als je afhankelijk bent van de voedselbank, gezond bewegen is lastig als je veel pijn hebt, sporten komt er vaak niet van als je mantelzorger bent etc.

¹⁴ Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn systematische verschillen in gezondheid en levensverwachting, afhankelijk van iemands positie in de maatschappij, meestal uitgedrukt in SES.

¹⁵ [Equalis-rapport Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in relatie tot producten en adviezen van het Zorginstituut | Rapport | Zorginstituut Nederland.](#)

1.2.4 *Passende zorg en preventie*

Preventie met de focus op gezondheid sluit aan bij passende zorg. Passende zorg incorporeert de beginselen van positieve gezondheid. Passend betekent dat niet alleen het gezondheidsprobleem in ogenschouw genomen wordt, maar dit probleem in samenhang met de resterende (gezondheids)mogelijkheden, weerbaarheid en zelfredzaamheid van de betrokkene. Dit totale beeld bepaalt wat de betrokkene zelf doet en op welke zorg en ondersteuning hij in aanvulling daarop is aangewezen. De ernst van de aandoening en/of beperking kan natuurlijk dermate hoog zijn, dat de mogelijkheden van een eigen inbreng, regie en zelfredzaamheid gering zijn. Passende zorg betekent dat wel steeds gekeken wordt naar het totale beeld en dat zorg niet de enige bron hoeft te zijn om een gezondheidsvraag of aandoening te adresseren. Preventie is onderdeel van de passende zorg en dit betekent dat voor de inzet van preventie diezelfde afweging wordt gemaakt.

1.2.5 *Samenwerking tussen de domeinen*

Preventieve interventies in de zorg kunnen niet zonder context worden toegepast. Omdat gezondheid niet alleen door biomedische factoren bepaald wordt maar ook te maken heeft met de sociaaleconomische, maatschappelijke en-, psychische context, vraagt preventie op individueel niveau vaak om inzet vanuit verschillende domeinen. Een effectieve preventieve aanpak kan dan de samenwerking tussen meerdere domeinen vergen. Blijvende gezondheidswinst vraagt immers om de aanpak van alle determinanten van het gezondheidsrisico. Dat kan de zorg niet alleen. Ook andere domeinen zijn dan aan zet. Denk aan samenwerking tussen het sociale domein en de zorg bij de inzet van multifactoriële interventies zoals bij de aanpak overgewicht, obesitas, valpreventie, ondersteuning kwetsbare ouderen en psychiatrische patiënten in de eigen omgeving.

De bestuurlijke wijzigingen uit het laatste decennium (zoals onder 1.1.1 beschreven) dwingen ook tot samenwerking. Het sociale en publieke (gemeentelijke) domein hebben nu eenmaal taken op het gebied van preventieve zorg en ondersteuning voor de inwoners. Het zou onwenselijk zijn om preventie onnodig te medicaliseren en de preventie volledig of grotendeels in de zorg te plaatsen. Dergelijke geluiden klinken met enige regelmaat, bijvoorbeeld via de roep om selectieve preventie binnen de zorgverzekering te plaatsen. Dit zou een stap zijn die indruist tegen de aard van de zorgverzekering (namelijk die van een individuele schadeverzekering), maar die ook voorbijgaat aan alle ontwikkelingen die we hierboven beschreven. De sleutel tot het bieden van passende, effectieve preventie ligt juist in het verbinden van de publieke gezondheidszorg en de individuele gezondheidszorg waar nodig. Op veel onderwerpen wordt in de regio overigens al samengewerkt tussen gemeenten en zorgverzekeraars, zoals bij Welzijn op recept, Ketenaanpak kinderen bij overgewicht/obesitas en projecten rond zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen thuis.

1.2.6 *Beperkingen van preventie ten aanzien van ziekte en gezondheid*

Hierboven zijn we uitgebreid ingegaan op de positieve effecten die preventie in zorg en ondersteuning en in andere domeinen van de samenleving kan bewerkstelligen. We willen echter niet suggereren dat preventie iedere tegenslag in het leven kan voorkomen, of dit nu de gezondheid of andere aspecten van het bestaan betreft. Tegenslag en pech zijn onvermijdelijk. Helaas kunnen alle preventieve maatregelen of interventies niet ieder gezondheidsrisico en gezondheidsprobleem voorkomen. Mensen kunnen nu eenmaal getroffen worden door ziekten of aandoeningen waaraan ze zelf weinig hebben kunnen doen. Gezondheidsproblemen kunnen ook het gevolg zijn van de onvermijdelijke loop van het leven, denk aan ziekte, aandoening of beperking die samenhangt met ouderdom. Met andere woorden preventie is niet zaligmakend.

2 Heeft de veranderde context invloed op preventie in de zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering?

In dit hoofdstuk behandelen we de twee facetten om zorg te kunnen ontvangen vanuit de zorgverzekering los van elkaar: de zorgvraag (indicatie) en de zorg die daarbij hoort (interventie). Deze twee facetten hangen met elkaar samen, maar moeten we in het licht van preventie binnen de zorgverzekering apart beschouwen.

De veranderde context heeft geen invloed op het beginpunt van de Zvw, de zorgvraag van de verzekerde. Als we kijken naar de strekking van de Zvw dan is die sinds de invoering in 2006 niet veranderd. De zorgverzekering is nog steeds een individuele schadeverzekering¹⁶ en het beginpunt van de Zvw is het individuele hoge risico. We willen immers dat de zorg het sluitstuk vormt bij het adresseren van gezondheidsvragen en -problemen. De inzet van de zorgverzekering rechtvaardigen we dan bij specifieke individuele zorgvragen door een afweging te maken tussen de hoogte van het (gezondheids)risico en de (mogelijk) te behalen gezondheidswinst via de effectieve interventie. Uit oogpunt van een solidaire sociale ziektekostenverzekering vinden wij dit nog steeds een rechtvaardige benadering en ook stroken met de uitgangspunten van passende zorg en positieve gezondheid.

De veranderde context heeft wel invloed op de inhoud van de preventieve interventies in de zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering. Het aanbod van effectieve preventieve interventies neemt toe, bijvoorbeeld op het gebied van leefstijl, valpreventie en verslaving. Ook de aandacht van zorgverleners voor proactieve zorgplanning bij kwetsbare groepen krijgt steeds meer aandacht. De open omschrijving van aanspraken in de wet zorgt ervoor dat bewezen effectieve preventieve interventies automatisch instromen in het basispakket. Met andere woorden, onder de Zvw kan veel preventieve zorg vallen en er valt ook al veel preventieve zorg onder de basisverzekering. De voorwaarden die gesteld worden voor vergoeding onder de basisverzekering, zijn voor preventieve zorg immers niet anders dan voor andere vormen van zorg.

2.1 De zorgvraag (indicatie)

De Zvw vormt de basis voor een individuele schadeverzekering. De aard van de Zvw bepaalt dat alleen die kosten vergoed kunnen worden die volgen uit een individuele behoefte aan geneeskundige zorg. Daarom heeft een verzekerde alleen recht op zorg vanuit de zorgverzekering als er sprake is van een zorgvraag die onder het te verzekeren risico van de verzekering kan vallen: een 'medische indicatie'. In het rapport 'Van preventie verzekerd' heeft het Zorginstituut het beginpunt van verzekerde preventie binnen de Zvw en de Wlz bepaald uit oogpunt van deze zorgvraag. Het beginpunt ligt bij het verminderen of wegnemen van een individueel hoog risico op ziekte of beperking, zo concludeerde dit rapport. Om dit beginpunt te kunnen bepalen heeft het Zorginstituut in het rapport van 2007 de volgende vierdeling gehanteerd: collectieve preventie bestaande uit universele en selectieve preventie, en individuele preventie bestaande uit geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Deze vierdeling is anno 2023 nog steeds bruikbaar om dit beginpunt te bepalen.

¹⁶ Artikel 1, eerste lid, Zvw jo afdeling 2 van titel 17 van Boek 7 van het BW.

In de vierdeling is het onderscheid tussen collectieve en individuele preventie voor het bepalen van het beginpunt het belangrijkste. De Zvw vormt de basis voor een individuele schadeverzekering legden we hierboven uit. Dat betekent dat alleen preventie gericht op het individu een plek kan krijgen in deze verzekering. Vervolgens is geconcludeerd dat de hoogte van het individuele risico op een aandoening of beperking en de mogelijkheid om via een effectieve interventie dit hoge risico weg te nemen of te verminderen, bepaalt of de zorgverzekering ingezet kan worden. Dat betekent dat de zorgverzekering pas aan de orde is als generieke(re) instrumenten (via collectieve preventie) niet meer voldoende zijn en er zorg nodig is die op het individu is toegesneden.

Het onderscheid tussen geïndiceerde en zorggerelateerde preventie is voor de rechtvaardiging van de inzet van de zorgverzekering niet doorslaggevend. Bij zorggerelateerde preventie is er al sprake van een aandoening. Zorggerelateerde preventie voorkomt verergering of pakt complicaties aan. Als het hoge risico op een aandoening het beginpunt vormt voor preventieve zorg onder de zorgverzekering, dan valt preventieve zorg bij een aandoening die zich heeft gemanifesteerd vanzelfsprekend ook onder de verzekering.

2.2 De zorg (interventie)

De te verzekeren prestaties – de in de Zvw omschreven prestaties die zorgverzekeraars in hun modelpolissen moeten vertalen naar verzekerde prestaties – zijn functioneel omschreven. Alleen het 'wat' (de inhoud en omvang van de zorg) en het 'wanneer' (de indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen. 'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg wordt verleend is ter bepaling van de zorgverzekeraars. De regelgever heeft dit voor sommige zorgvormen vormgegeven door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners in combinatie met de term 'plegen te bieden'.

2.2.1 *Professioneel juiste zorg (plegen te bieden)*

De inhoud van de zorgverzekering bestaat uit zorg (palet aan interventies, diagnostiek, bejegening, organisatorisch) zoals een bepaalde beroepsgroep die pleegt te bieden. Bij de uitleg van zorg die 'pleegt te worden geboden' gaat het erom welke klachten of aandoeningen die een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied. Daarbij gaat het om het soort zorg en niet om specifieke behandelmethoden. Het gaat om een algemene aanduiding van het zorgarsenaal. Wat een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, kan in de loop van de tijd veranderen. Op het moment dat deze (geneeskundige) zorg verandert doordat de beroepsgroep op een andere manier gaat werken, bijvoorbeeld vanuit het gedachtegoed van ziekte naar gezondheid, dan kan deze manier van werken onderdeel worden van de omschrijving 'plegen te bieden' en kan daarmee binnen de zorgverzekering vallen.

Als Zorginstituut kijken we naar wat beroepsgroepen aan zorg leveren en wat zij goede zorg vinden. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Genoemde documenten kunnen in voorkomend geval ook dienen om na te gaan wanneer/of sprake is van zorgverlening op 'professioneel juiste wijze'.¹⁷

¹⁷ [Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden' | Rapport | Zorginstituut Nederland.](#)

Hoewel een beroepsgroep dit niet zomaar van de ene op de andere dag kan doen, maakt deze systematiek dat de inhoud van de zorgverzekering kan meebewegen met de zorgarsenalen en de opvattingen over de inzet hiervan van de beroepsgroepen. Als de beroepsgroepen preventieve zorg incorporeren in hun arsenaal dan kan deze zorg (mits deze voldoet aan aanvullende wettelijke eisen) tot de te verzekeren zorg gaan behoren en moeten zorgverzekeraars de zorg inkopen.

2.2.2 *Instroom van nieuwe preventieve interventies (stand van de wetenschap en praktijk)*

De meeste zorg in het basispakket is in de wet open omschreven. Een voordeel hiervan is dat nieuwe behandelmethodes die voldoende bewezen effectief zijn snel in het basispakket komen. Bewezen effectief wil zeggen dat kan worden aangenomen dat de zorg werkt en voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Om te bepalen of zorg voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' wordt nagegaan of het medische beleid (diagnostiek, behandeling) leidt tot relevante (meer)waarde voor de doelgroep in vergelijking met de standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling. Anders gezegd: is de 'netto toevoeging' gewenst, relevant en voldoende/groot genoeg, en is er voldoende vertrouwen dat deze ook daadwerkelijk optreedt? Daarvoor worden de wetenschappelijke onderbouwing en medische context verzameld, beoordeeld en gewogen. Hierbij worden de principes van 'evidence-based medicine' (EBM) gevolgd. Voor de beoordeling heeft het Zorginstituut een kader ontwikkeld aan de hand waarvan op systematische wijze afgewogen en beargumenteerd kan worden, wat als 'passend bewijs' kan dienen. Het Zorginstituut kan met dit kader rekening houden met het feit dat een RCT niet altijd geschikt is als onderzoeksdesign, niet altijd nodig en ook niet altijd haalbaar is. Voor meer informatie verwijzen wij naar het document *Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk*.¹⁸ De actualisatie van dit Beoordelingskader wordt in het tweede kwartaal van 2023 openbaar gemaakt via de website van het Zorginstituut. Het is belangrijk dat de zorg steeds aansluit bij de meest actuele ontwikkelingen en inzichten in de medische wetenschap.

De open omschrijving laat ruimte voor interpretatie: soms is niet duidelijk of bepaalde zorg wel of niet uit het basispakket vergoed moet worden. Of voor welke patiënten in de zorg precies vergoed moet worden. Bij al onze uitingen nemen we preventie als onderdeel ook mee, zoals bij zinnige zorg projecten en passende zorg signalen. Als onduidelijk is of een bepaalde behandeling uit het basispakket vergoed moet worden, dan kan het Zorginstituut daarover een uitspraak doen. Dit heeft het Zorginstituut voor de volgende preventieve interventies sinds 2007 gedaan:

- Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg? (2008)
- Stoppen-met-rokenprogramma te verzekeren zorg (2009)
- Preventie van problematisch alcoholgebruik (2009)
- Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie (2009)
- Addendum op het rapport Preventie bij overgewicht en obesitas uit 2009 (2018)
- Preventie van diabetes: verzekerde zorg? (2009)
- Preventie van depressie: verzekerde zorg? (2008)
- Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas (2021)

¹⁸ [Beoordeling 'stand van de wetenschap en praktijk' | Rapport | Zorginstituut Nederland.](#)

3 Conclusie

Sinds 2007 zijn er veel ontwikkelingen geweest op het gebied van preventie en is de maatschappelijke opgave sterk veranderd. Naast de bestuurlijke wijzigingen zijn er twee duidelijk te onderscheiden bewegingen: een toenemende focus op preventie in plaats van op zorg en de focus van preventie op (positieve) gezondheid in plaats van het voorkomen van ziekte. Binnen deze ontwikkelingen wordt gezondheid als uitgangspunt genomen en vormt de zorg het sluitstuk van mogelijke preventieve interventies en ondersteuning. Zorg zet je pas in als andere (preventieve) mogelijkheden uitgeput zijn. Dit ligt voor de hand als je niet redeneert vanuit ziekte, maar vanuit gezondheid: wat kan de betrokkene zelf nog wel. Dit betekent ook dat de zorgverzekering pas in een laat stadium aan de orde is.

Hebben deze ontwikkelingen ook invloed op preventie in de zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering? De veranderde context heeft geen invloed op het beginpunt van de Zvw, de zorgvraag van de verzekerde. Als we kijken naar de strekking van de Zvw dan is die sinds de invoering in 2006 niet veranderd. De zorgverzekering is nog steeds een individuele schadeverzekering en het beginpunt van de Zvw is het individuele hoge risico. De veranderde context heeft wel invloed op de inhoud van de preventieve interventies in de zorg en de vergoeding hiervan binnen de zorgverzekering. Het aanbod van effectieve preventieve interventies neemt toe, bijvoorbeeld op het gebied van leefstijl, valpreventie en verslaving. Ook de aandacht van zorgverleners voor proactieve zorgplanning bij kwetsbare groepen krijgt steeds meer aandacht. Met andere woorden, onder de Zvw kan veel preventieve zorg vallen en er valt ook al veel preventieve zorg onder de basisverzekering.

Het Zorginstituut vindt het belangrijk dat de ruimte die de zorgverzekering reeds biedt voor effectieve preventieve interventies daadwerkelijk vorm krijgt onder de Zvw. Dit vraagt om een proactieve houding van het Zorginstituut om vanuit zijn rol betrokken te zijn bij de discussies over preventie, noodzakelijke verbindingen te leggen met andere verantwoordelijkheden en te blijven uitleggen welke rol de geneeskundige zorg heeft en kan spelen bij de maatschappelijke opgaven waarvoor onze samenleving staat.

Bijlage I Gezonde leefstijl en het voorkomen van gezondheidsproblemen bij overgewicht en obesitas

Gezondheid wordt steeds meer gezien als de resultante van alle leefdomeinen van een mens. Gezondheid staat daarmee niet los van dingen in het leven, zoals stress, armoede, schulden, verlies, leefomgeving en eenzaamheid. Door op deze manier gezondheid als uitgangspunt te nemen ontstaat een breder speelveld voor preventieve activiteiten dan alleen de gezondheidszorg, namelijk alle (leef)domeinen waarin de burger participeert, of wel de samenleving als geheel.

Als voorbeeld beschrijven we de opeenvolgende stappen die gezet kunnen worden in de (preventieve) aanpak van een ongezonde leefstijl om overgewicht en/of obesitas en daarmee samenhangende gezondheidsproblemen te voorkomen. Met dit voorbeeld willen we inzichtelijk maken dat alle (leef)domeinen van de burger er toe doen en dat de verschillende domeinen hun eigen verantwoordelijkheid hebben.

Idealiter adopteert iemand van kindsbeen af een gezonde leefstijl en voorkomt hiermee (in alle leeftijdsfasen) overgewicht/obesitas. Dit vergt inzicht in wat een gezonde leefstijl is en een omgeving die de gezonde leefstijl bevordert (gezin; woon- en leefomgeving; school en andere opleidingsplekken; werk; gezonde ontspannings- en sportmogelijkheden; afwezigheid van stress-bevorderende aspecten in het leven etc.). Niet iedereen is gezegend met de zelfdiscipline die een permanent gezonde leefstijl vraagt. Ook kan iemand getroffen worden door sociaaleconomische, maatschappelijke of psychisch-emotionele tegenslagen die een gezonde leefstijl doorkruisen en die het nemen van eigen verantwoordelijkheid hiervoor belemmeren. Dit betekent dat ondersteuning aangewezen kan zijn om te voorkomen dat de ongezonde leefstijl resulteert in gezondheidsrisico's, aandoeningen en beperkingen. Deze ondersteuning hoeft zich niet alleen op de leefstijl te richten; ook de factoren die bijdragen aan de ongezonde leefstijl kunnen om ondersteuning vragen (psychische problematiek; werkloosheid; financiële problemen etc.). De inhoud van de problematiek, de benodigde ondersteuning, de inhoud en ernst van het gezondheidsrisico bepalen welk(e) domein(en) individueel of in samenhang aan zet is (zijn). De zorg wordt ingezet als de ernst van het gezondheidsrisico daarom vraagt en de zorg ook inderdaad een effectieve interventie kan aanbieden.



Perspectief op preventie en Positieve Gezondheid in het licht van de zorgverzekeringswet

Reflecties uit het veld op de plaats van preventie in het zorgverzekeringsstelsel

Utrecht, 6 december 2022

Meijke van Herwijnen, directeur Visiom,
Marjorie Pasman, projectmedewerker Visiom
dr. Thomas Plochg, directeur Federatie voor Gezondheid

Samenvatting

Het Zorginstituut heeft opdracht gegeven tot een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden en belemmeringen voor preventie in de zorg. Deze verkenning zal worden gebruikt bij de actualisatie van het rapport 'Van preventie verzekerd' uit 2007. De Federatie voor Gezondheid heeft voor deze verkenning vijf focusgroepen georganiseerd, waaraan 50 professionals hebben deelgenomen. Ook is er tijdens het congres van Alles is Gezondheid op 3 november 2022 bij 90 aanwezige burgers gevraagd naar hun ideeën over preventie in het zorgstelsel.

Men ziet een beweging, maar nog geen echte transitie

Unaniem werd gesteld dat een transitie in de gezondheidszorg noodzakelijk is. De gezondheidszorg *-cure-care-* drijft steeds verder uit, medicaliseert steeds meer van het leven. Dat is onhoudbaar gezien de schaarste aan arbeid, geld en grondstoffen en de verminderde meeropbrengsten van de huidige ziektezorg. De onderzoek deelnemers zien beweging ontstaan op verschillende plekken, maar nog geen echte transitie in het stelsel. Ze spraken uitvoerig de wens uit dat de aandacht in de maatschappij gericht wordt op het versterken van de (positieve) gezondheid van mensen en gemeenschappen, zodat de zorg niet verder hoeft uit te drijven. Hierbij kwam het vraagstuk op tafel hoe je vanuit het zorgstelsel de juiste dingen kunt doen als je juist minder wilt medicaliseren.

Babylonische spraakverwarring

Verschillende woorden werden gebruikt om de beweging van nazorg naar voorzorg te duiden, waarbij het gedachtegoed van Positieve Gezondheid veel terugkomt. Een deel van de deelnemers denkt vanuit zorginterventies en gebruikt in dat kader de indeling van preventie uit het rapport van 2007, maar dit model blijkt in veel gevallen te beperkt omdat het voorkómen van ziekte als vertrekpunt is gebruikt. Het versterken van Positieve Gezondheid is breder en richt zich op veerkracht en gezondheid in allerlei facetten. Om een zinvolle discussie te kunnen voeren bleek het belangrijk om te (blijven) benoemen welke insteek men nu had bij het denken over 'preventie'.

Gezondheid versterken wordt gezien als een continu proces, niet als een interventievraagstuk

In de onderzoeksgroepen kwam herhaaldelijk naar voren dat het versterken van (positieve) gezondheid een andere benadering vraagt dan ziektepreventie/-zorg. Er kwamen veel argumenten naar voren waarom activiteiten die veerkracht en gezondheid versterken, niet zomaar vergelijkbaar zijn met medische interventies. Gezond en veerkrachtig zijn is een continu proces waarin mensen groeien, herstellen, zichzelf helen, tegenslagen incasseren, leren en soms ondersteuning nodig hebben. Die ondersteuning wordt grotendeels door en in de samenleving zelf gegeven en

georganiseerd. Het gaat om maatwerk, maar ook om interactie tussen een mens en zijn omgeving, waarbij de interventie geen vast programma, begin en eind kan hebben en geen vaste uitkomst waaraan een optimale behandeling kan worden gekoppeld. Dit werd mooi geformuleerd als: gezondheid is een ontwikkelvraagstuk, geen interventievraagstuk.

Preventie zoveel mogelijk binnen de zorg halen, wordt niet als logisch gezien

Een meermaals geopperde wens vanuit de onderzoek deelnemers was om het werkgebied 'verzekerde zorg' helder te houden en te laten zien dat dit de behandeling en verzorging bij ziekte betreft. Bescheidenheid past hier, gaf men aan. Het gevaar werd benoemd dat preventie anders teveel 'de zorg in wordt getrokken', wat zou kunnen leiden tot nog meer medicalisering in plaats van minder. Tegelijkertijd werd het als noodzakelijk gezien dat het Zorginstituut samen met andere steunpartijen ervoor zorgt dat het werken aan gezondheid van burgers in de maatschappij meer ruimte en geld krijgt, zodat het de gewenste tegenkracht kan gaan geven. Het overbelaste zorgstelsel is daar ook bij gebaat. Blijven agenderen, afstemmen en fondsen (doen) verschuiven passen binnen deze rol.

Gezond gedrag ondersteunen wordt beschouwd als een noodzakelijk onderdeel van zorginterventies

Binnen het zorgverzekeringsstelsel worden veel behandelingen vergoed die in de eerste plaats zouden moeten bestaan uit het bevorderen van gezond gedrag en daarna(ast) uit medicatie en medische handelingen, gaven de onderzoek deelnemers aan. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de behandeling van leefstijlgerelateerde aandoeningen, de voorbereiding op een medische ingreep en het herstel daarvan. Waar dit al goed is omschreven in de standaard, is de wens dat geborgd wordt dat het ondersteunen van gezond gedrag daadwerkelijk de eerste prioriteit krijgt. Waar dit nog niet beschreven staat, zou men willen dat dit wordt aangejaagd. Er kwam een wens naar voren dat de taken binnen het zorgverzekeringsstelsel gebruikt zouden worden om de Positieve Gezondheid van patiënten te versterken als zij zich binnen het zorgsysteem bewegen. Men vindt dat dan andere of aanvullende toetsingskaders nodig zijn binnen zorgstandaarden, die neerkomen op de vraag: gaat deze werkwijze/behandeling de (positieve) gezondheid van de Nederlandse burgers versterken?

Mogelijkheden om wissels om te zetten die de transitie in gang zetten

Vanuit de onderzoek deelnemers kwam de wens naar voren dat het 'systeem' de concrete veranderingen gaat ondersteunen en aanwakkeren. Er werden meerdere opties genoemd, zowel binnen als buiten het zorgstelsel, om gericht de dynamiek in de samenleving en in het bijzonder het

zorgstelsel van richting te veranderen. Voor de beweging naar meer preventie in de samenleving ziet men het als noodzaak dat een aantal specifieke 'wissels' worden omgezet.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
Inhoudsopgave.....	4
Hoofdstuk 1. Inleiding	6
1.1 Van Preventie Verzekerd	6
1.2 Probleemstelling.....	6
1.3 Theoretisch kader	7
Hoofdstuk 2. Methode	8
2.1 Dataverzameling.....	8
2.2 Analyse	9
2.3 Het onderzoeksteam.....	10
Hoofdstuk 3. Zicht op de transitie.....	11
3.1 Toenemende focus op preventie	11
3.2 Verandering in het denken over preventie	12
Hoofdstuk 4. Babylonische spraakverwarring.....	14
4.1 Twee perspectieven	14
4.2 Binnen of buiten het zorgstelsel?	15
4.3 Toepassing van Positieve Gezondheid	16
4.4 Behoefte aan een geschikter frame	16
Hoofdstuk 5. Gezondheid versterken wordt gezien als een continu proces, niet als een interventievraagstuk	18
5.1 Gidsfunctie Positieve Gezondheid.....	18
5.2 Anders opleiden.....	19
5.3 De burger als eigenaar van zijn eigen proces	20
Hoofdstuk 6. Preventie zoveel mogelijk binnen de zorg halen, wordt niet als logisch gezien	22
6.1 Gezondheid als doel.....	22
6.2 Agendering.....	23
Hoofdstuk 7. Gezond gedrag ondersteunen wordt beschouwd als een noodzakelijk onderdeel van zorginterventies	26
7.1 Het borgen van leefstijl in zorgbehandelingen	26
7.2 Andere toetsingskaders	28
Hoofdstuk 8. Mogelijkheden om wissels om te zetten die de transitie in gang zetten	30
8.1 Wissels omzetten buiten het systeem.....	30
8.2 Wissels omzetten binnen het systeem.....	32
Hoofdstuk 9. Conclusies en aanbevelingen.....	35

9.1 Belangrijkste resultaten	35
9.2 Kanttekeningen bij de onderzoeksopzet.....	35
9.3 Aanbevelingen.....	36
Literatuurlijst.....	38
Bijlagen	39

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Van Preventie Verzekerd

Preventie staat hoog op de politieke en beleidsagenda. Er is brede consensus dat de focus in de samenleving -in het bijzonder in de gezondheidszorg- moet worden verlegd van ziektezorg naar preventie en gezondheidsbevordering. De vraag is alleen hoe dat moet gebeuren.

Tegen deze achtergrond gaat het Zorginstituut het rapport¹ 'Van preventie verzekerd' uit 2007 actualiseren (Kroes et al, 2007). Het wil daarmee beschrijven wat anno 2022 de mogelijkheden voor preventie in de zorg zijn. Daarnaast wil het voorbeelden geven van wat er de afgelopen jaren allemaal gebeurd is op dit gebied. Dit om ervoor te zorgen dat de mogelijkheden van preventie in de zorg beter benut worden dan nu gebeurt.

Meer in het bijzonder heeft het Zorginstituut behoefte aan een inventarisatie en analyse van de wijze waarop Positieve Gezondheid zijn weerslag heeft gekregen en krijgt in het denken over preventie in Nederland. Daarnaast willen zij weten hoe zorgprofessionals, zorgaanbieders en patiënten(organisaties) de komende jaren denken aan te sluiten bij het landelijke beleid richting preventie en het versterken van Positieve Gezondheid. Wat hebben ze nodig om dit te kunnen doen.

Aan de Federatie voor Gezondheid (FvG) is gevraagd een verkennend praktijkonderzoek te doen. De bedoeling is dat de opgehaalde informatie en de bijbehorende analyse als input en onderbouwing kunnen dienen bij het actualiseren van het rapport 'Van preventie verzekerd'.

1.2 Probleemstelling

Doelstelling

Het Zorginstituut wil met de actualisatie van het rapport 'Van preventie verzekerd' beschrijven wat anno 2022 de mogelijkheden zijn voor preventie in de zorg. Doel van het onderhavige onderzoek is deze actualisatie te informeren door te inventariseren en analyseren waarop Positieve Gezondheid zijn weerslag heeft gekregen en krijgt in het denken over preventie in Nederland.

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2007/07/16/van-preventie-verzekerd>

Onderzoeksvraag

Welke beweging richting preventie (en gezondheidsbevordering) is zichtbaar in het zorglandschap, en wat zou ervoor nodig zijn om deze beweging te versterken, in bijzonder vanuit de verzekerde zorg?

De volgende deelvragen zijn geformuleerd:

- Hoe vindt het concept van Positieve Gezondheid zijn weerslag in het denken over preventie bij zorgprofessionals, zorgaanbieders en patiënten?
- Welke beweging denken zij de komende jaren wel/niet te maken richting preventie/gezondheidsbevordering/gezondheidsbescherming?
- Wat hebben zij nodig om deze beweging goed te kunnen maken en wat staat hen daarbij in de weg?

1.3 Theoretisch kader

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, worden meerdere theoretische perspectieven naast elkaar gehanteerd. Allereerst betreft dat de bestaande indelingen van preventie zoals weergegeven in het rapport van Preventie Verzekerd (2007) en de VTV 2010. Preventie kan worden ingedeeld naar maatregel (gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering), naar fase in het ziekteproces (primaire preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie), en naar doelgroep (universele preventie, selectieve preventie, geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie). Daarnaast is het concept van Positieve Gezondheid (Huber et al. 2016), aangevuld met beschrijvingen van andere, aanverwante modellen die ingang vinden/hebben gevonden in de zorg, zoals passende zorg² (Kaljouw & Wijma, 2020) en het *cure-care, heal-deal* model (van der Kamp & Plochg 2019).

² <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg>

Hoofdstuk 2. Methode

Voor de uitvoering van dit onderzoek is gekozen voor een beknopt literatuuronderzoek, het inzetten van kwalitatieve groepsinterviews (focusgroepen en congresbezoekers) en een workshop tijdens het Alles is Gezondheid Congres, 'De Onderstroom', op 3 november 2022.

2.1 Dataverzameling

Literatuuronderzoek

Met behulp van het literatuuronderzoek zijn gesignaleerde en gewenste bewegingen beschreven binnen groepen zorgprofessionals en patiënten/burgers. Daarbij zijn ook relevante rapporten zoals die van de commissies Kaljouw en Kervezee ((Kaljouw et al, 2015) en die van de RV&S (RVS, 2022) betrokken. De uitkomsten dienden mede als input voor de te houden focusgroepen.

Focusgroepen

Er zijn vijf focusgroepsbijeenkomsten georganiseerd met deelnemers uit beroepsgroepen, zorgaanbieders en patiëntengroepen. De meerwaarde van focusgroepen is dat ze gegevens opleveren die door groepsinteractie en -reflectie zijn ontstaan en verfijnd. Tijdens focusgroepen kan worden verkend hoe men over bepaalde fenomenen praat en denkt. De onderlinge discussie brengt de groepen tot betere antwoorden op de onderzoeksvraag.

De selectie van deelnemers voor de focusgroepen heeft plaatsgevonden op basis van doelgerichte selectie (purposive sampling). Er is daarbij gestreefd naar een vijftal diverse en inclusieve groepen, met een goede variatie qua man-vrouw verdeling, leeftijd, expertise/professionele achtergrond, innovatie en bestuurlijke ervaring. Per focusgroep waren er tussen de 7 en 12 deelnemers. In totaal hebben 49 mensen aan tafel gezeten (zie bijlage A).

Twee onderzoekers hebben de focusgroepen samen gemodereerd en één onderzoeker heeft de focusgroepen geobserveerd en een verslag gemaakt van de gesprekken. Van de focusgroeps gesprekken zijn audio opnames gemaakt voor analysedoeleinden. Daartoe is vooraf toestemming aan de deelnemers gevraagd (informed consent). De eerste vier focusgroepgesprekken hebben op een fysieke locatie plaatsgevonden, de vijfde focusgroep is online georganiseerd.

Het groepsgesprek en de -interactie is semigestructureerd op basis van een topiclijst (zie bijlage B). De deelnemers konden vrij en open antwoord geven op de vragen die werden gesteld door de moderatoren. Het beschreven theoretisch perspectief is leidend geweest voor de vragen die zijn gesteld.

In de eerste twee focusgroepen is gevraagd welke mijlpalen werden gezien sinds het rapport Van preventie verzekerd in 2007 (Kroes et al, 2007) en daarna vooruitgekeken naar nieuwe mogelijke mijlpalen. In de laatste drie focusgroepen is voortgebouwd op de benoemde mijlpalen van de eerdere groepen en stond de vraag centraal welke wissels nodig zijn om te zorgen dat preventie een grotere rol krijgt binnen de zorg (en daarbuiten) en dat de druk op de zorg beheersbaar blijft, qua kosten en inzet van professionals. De resultaten uit de verschillende focusgroepen zijn als één geheel weergegeven in dit rapport.

De deelnemers waren unaniem enthousiast over het onderwerp en blij dat ze uitgenodigd waren om hun steentje bij te dragen. De gesprekken gingen in de pauze en na afloop bevlogen door. Verzocht is om voorbeelden en goede ideeën na te sturen. Een aantal deelnemers heeft gehoor gegeven aan deze oproep.

Workshop met burgers

Tijdens het Alles is Gezondheid congres op 3 november 2022 is een workshop gehouden. Doel en uitgangspunt van de workshop was om de mensen zelf aan het woord te laten en ze samen te laten praten over wat kwaliteit van leven en gezondheid voor hen inhoudt. En vervolgens wat ze nodig hebben om dit te versterken. Een diverse groep van zo'n 70 mensen bestaande uit ouderen, studenten, bewoners uit achterstandswijken en congresbezoekers gingen in groepjes met elkaar in gesprek onder leiding van een moderator. Iedereen kreeg het woord om vanuit zijn eigen perspectief antwoord te geven op de vragen hoe zij dagelijks zichzelf gezond houden en wat zij vervolgens van zorgverleners verwachten als zij daarbij hulp nodig hebben.

2.2 Analyse

De verzamelde gegevens zijn op een kwalitatieve wijze geanalyseerd. In de eerste fase is een inventarisatie gemaakt van de genoemde thema's door verslagen te maken van de vijf focusgroepen en de workshop. In de tweede fase zijn deze thema's geordend en geïnterpreteerd. Daarbij zijn enerzijds de interpretaties beschreven die expliciet door de mensen gezamenlijk in de focusgroepen zijn gemaakt. Door de groepsdynamiek kwamen overeenkomsten en verschillen in visie en perspectief op preventie aan het licht, maar ook onduidelijkheden of vanzelfsprekendheden.

Anderzijds zijn de thema's geordend en geïnterpreteerd door de onderzoekers in het licht van de onderzoeksvragen en het opgestelde theoretische framework.

2.3 Het onderzoeksteam

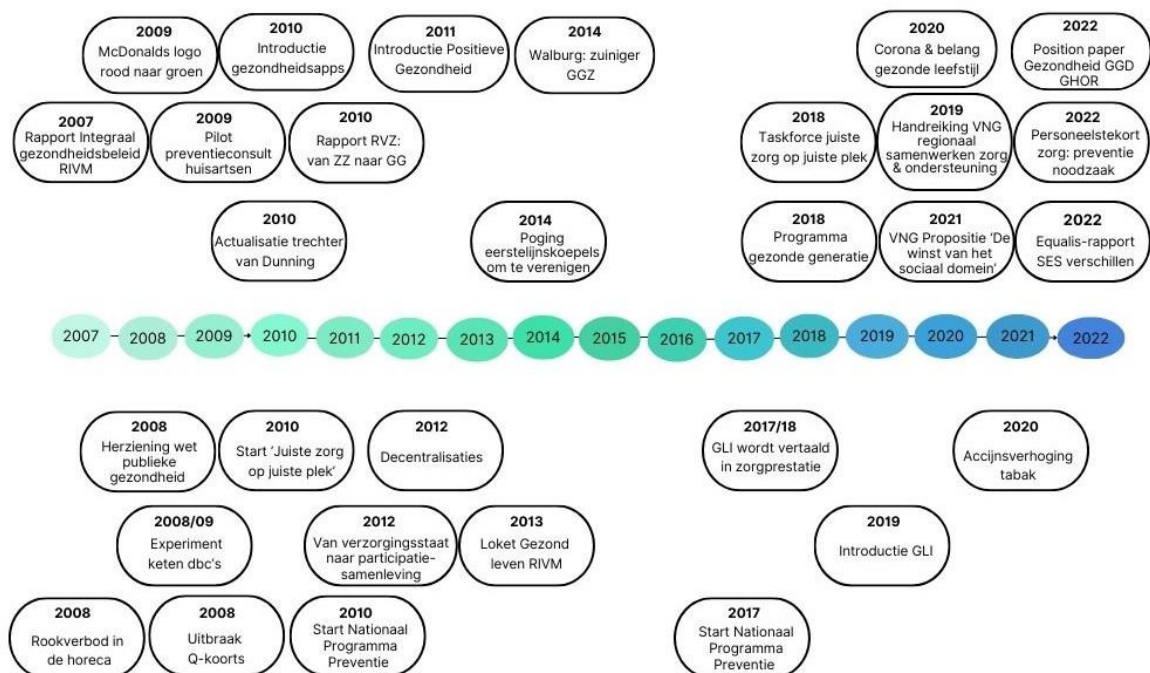
De Federatie voor Gezondheid (FvG) heeft, als opdrachtnemer, het onderzoek uitgevoerd samen met Visiom, FvG-lid. Projectleiding was in handen van dr. Thomas Plochg, directeur Federatie voor Gezondheid en Meijke van Herwijnen, directeur Visiom & penningmeester Federatie voor Gezondheid. Daarnaast heeft Marjorie Pasmaan (projectmedewerker van Visiom) de uitvoering van het project voor haar rekening genomen met ondersteuning van het bureau van de FvG.

Hoofdstuk 3. Zicht op de transitie

In de eerste twee focusgroepen is gevraagd welke mijlpalen werden gezien sinds het rapport *Van preventie verzekerd* in 2007. Met een mijlpaal doelen we op een gewichtige gebeurtenis of een feit waaraan de ontwikkeling van de preventiebeweging afgemeten kan worden. De in de focusgroepen genoemde mijlpalen beschrijven in de eerste plaats een toenemende focus op preventie (in plaats van op zorg). En in de tweede plaats een verschuiving in het denken over preventie zelf. Ze schetsen een gezamenlijk beeld van hoe de experts de beweging duiden en vooral welke gebeurtenissen daarin belangrijk zijn geweest. De onderzoek deelnemers waren van mening dat we in een paradigmaverschuiving verkeren, maar dat we hem nog niét gemaakt hebben.

3.1 Toenemende focus op preventie

Men is overtuigd dat preventie en de focus op gezondheid sinds 2007 aan een opmars bezig zijn. In figuur 1 zijn de genoemde mijlpalen weergegeven waaruit deze toenemende focus op preventie zou blijken.



Figuur 1 mijlpalen

De verschuiving wordt volgens de onderzoek deelnemers gemarkeerd door diverse maatschappelijke gebeurtenissen. Genoemd werd de impact van het rookverbod in de horeca (2007), de Q-Koorts (2007-2011) en de Coronacrisis (2020-2021). Burgers zouden daardoor bewuster

worden van de waarde van gezondheid, een gezonde levensstijl en dat het belangrijk is die meer voorop te stellen in het leven. Gezond gedrag lijkt steeds hipper te worden. De toenemende focus op gezondheid en preventie is, vindt men, ook zichtbaar in de ontwikkeling van het bedrijfsleven. Zo werden de introductie van 1^e gezondheidsapps rond 2010 en de introductie van 'gezonde opties' in het McDonalds menu vanaf 2009 genoemd. Er werd gezien dat diverse beleidsontwikkelingen zijn ingezet, waardoor preventie politiek en beleidsmatig werd geagendeerd. De beste voorbeelden: zo begonnen gemeentes het terugdringen van (sociaal economische) gezondheidsverschillen te agenderen en het Nationale Preventieakkoord³ van 2017 kwam tot stand.

Tegelijkertijd werden door veel onderzoek deelnemers in de dagelijkse praktijk van de zorgprofessionals nog niet veel concrete veranderingen waargenomen. Het beeld is daarbij wel gemixt en afhankelijk van de beroepsgroep. Zo heeft de bijvoorbeeld de invoering van het cardiovasculair risicomangement echt preventie op de kaart gezet binnen de cardiologie. Dit terwijl bijvoorbeeld binnen de farmacie preventie weliswaar besproken wordt, maar nog niet vertaald in richtlijnen.

Ten slotte wezen de onderzoekdeelnemers op de eerste pogingen om binnen het zorgstelsel financiering te organiseren voor preventie en dat er bewegingen zijn gemaakt om preventieve zorg dichterbij de burger te brengen. Denk bijvoorbeeld aan de introductie van het loket Gezond Leven⁴, de 3 grote decentralisaties in 2015⁵, en de opname van de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) in het basispakket vanaf 2019. Tegelijkertijd heerste er ook teleurstelling. Er is de afgelopen 15 jaar te weinig bereikt als het gaat om structurele financiering van preventie.

3.2 Verandering in het denken over preventie

Het denken over preventie heeft de afgelopen 15 jaar ook een fundamentele ontwikkeling doorgemaakt. Deze werd bestempeld als een heuse paradigmaverschuiving: een impactvolle verandering in het beeld van de rol van de (preventieve) gezondheidszorg. De kerngedachte hierbij is dat de gezondheidszorg niet ziekte maar gezondheid als vertrekpunt zou moeten nemen. Dit nieuwe paradigma werd verwoord met behulp van concepten als 'van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag' (RVZ 2010), het concept Positieve Gezondheid (Huber et al. 2016), het 'cure-care-heal-deal' concept (van der Kamp & Plochg, 2019), de 'beweging van nazorg naar voorzorg' (Wijffels, 2012), en 'Health in All Policies' (RVS, 2009). Tevens werd door een onderzoek deelnemer

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>

⁴ <https://www.loketgezondleven.nl>

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten>

opgemerkt dat deze concepten schatplichtig zijn aan de salutogenese⁶ en daarmee al een langere traditie kennen binnen de preventiesector.

De gemene deler van al de concepten is dat er meer wordt gekeken naar de mens/patiënt als geheel, en dat gezondheid niet losstaat van andere dingen in het leven. Daarmee ontstaat een breder speelveld dan alleen de zorg, namelijk de samenleving. En dat is volgens de onderzoek deelnemers maar goed ook, want de zorg heeft haar grenzen bereikt. Het zet veel meer zoden aan de dijk als mensen (positief) gezonder zijn, zelf hun natuurlijke vermogen tot groei, herstel, helen (*heal*) en het incasseren van tegenslagen (*deal*) beter benutten, en dat de (sociale) leefomgeving daartoe aanzet. Zo verdampt een deel van de zorgvraag en wordt het zorgstelsel ontlast.

⁶ Aaron Antonovsky (1923-1994), de grondlegger van de salutogenese, vroeg zich af waarom de meeste belangstelling uitgaat naar ziekte als we het over gezondheid hebben. Kenmerkend voor het werk van Antonovsky is zijn overtuiging dat het bestuderen van ziekte iets anders is dan gezondheid of welbevinden. Hij typeerde ziekte als een concept van betekenis voor de medici, omdat mensen ermee in twee categorieën kunnen worden verdeeld: ziek of niet ziek. Bij gezondheid is er echter meer sprake van een continuüm met aan het ene uiteinde 'afwezigheid van gezondheid' (dus niet ziekte!) en aan het andere uiteinde 'totale gezondheid'. Iedereen is ergens op dit continuüm gepositioneerd en kan bewegen in de pathogene of salutogene richting. Gezondheid zag hij dus als een beweging langs dit continuüm (Vaandrager TSG 2013).

Hoofdstuk 4. Babylonische spraakverwarring

In de focusgroepen werd na het terugkijken op de afgelopen 15 jaar, de blik naar de toekomst gericht. Wat daarbij opviel was dat de deelnemers veel tijd besteedden aan het uitwisselen van taal, begrippen en concepten. Er kwam een behoefte tot uiting om een *common ground* te vinden; de experts zaten niet vanzelfsprekend op dezelfde pagina als zij de preventiebeweging probeerden te duiden. In zijn algemeenheid bleek er veel overeenstemming te zijn naarmate het gesprek vorderde en men begreep elkaar. Hiervoor was nodig dat de deelnemers expliciet maakten welk perspectief ze hanteerden, of ze binnen of buiten het zorgstelsel dachten en hoe ze Positieve Gezondheid toepasten. Hierbij werd een zoekproces merkbaar naar een geschikter frame om het preventievraagstuk te kunnen benaderen.

4.1 Twee perspectieven

In de zoektocht naar de juiste bewoordingen werd een tweeledige paradigmaverschuiving zichtbaar:

- 1) van zorg naar preventie
- 2) van preventie naar Positieve Gezondheid

Beide verschuivingen lopen door elkaar heen en kunnen als onderliggende interpretatie worden gehanteerd bij de vraag 'Wat is de plek van preventie binnen het zorgverzekeringsstelsel?'. In de focusgroepen werd veel gesproken over de verschuiving:

"De terminologie is wel veranderd: er wordt over gezondheid gesproken en over preventie gesproken (maar in handelingen is eigenlijk heel weinig veranderd)." (zorgverlener uit focusgroep 1)

"De inspectie heeft in 2010 als criterium gesteld dat een minimum aantal hartrevalidatiepatiënten een leefstijlmodule moest krijgen. Daar is concreet vanuit de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie een invulling gegeven van hoe je een leefstijlprogramma in de zorg kunt krijgen" (zorgverlener uit focusgroep 1)

"Preventie kwam op de agenda toen de zorg onbetaalbaar dreigde te worden." (expert uit focusgroep 1)

"Het zou een enorme verruiming zijn als je bijvoorbeeld het begrip geïndiceerde preventie veel ruimer in Positieve Gezondheidstermen wordt geformuleerd." (expert uit focusgroep 1)

"Mensen worden steeds jonger chronisch ziek en hebben veel verschillende aandoeningen. Er is wel veel winst te halen als je met leefstijl en Positieve Gezondheid aan de slag gaat."

(zorgverlener uit focusgroep 4)

"Er is een cultuurverandering nodig (...). Als je het goed doet, praat je niet over preventie maar over de-medicaliseren. Over het voorkomen dat mensen in de zorg komen." (expert uit

focusgroep 5)

"We moeten het hebben over brede gezondheid. Je moet er welzijn aan toevoegen. Positieve gezondheid wordt genoemd, maar moet goed gedefinieerd worden: het is bedoeld enerzijds om breed te kijken, maar ook om aan te sluiten bij wat mensen willen en wat hun motivatie is. Dat is cruciaal." (expert uit focusgroep 5)

4.2 Binnen of buiten het zorgstelsel?

In de focusgroepen werd steeds door een deel van de deelnemers met veel vuur betoogd dat (positieve) gezondheid niet wordt opgebouwd binnen het zorgstelsel, maar in het dagelijks leven van de burger en in het sociale domein. Door de andere deelnemers werd dit niet ontkend, maar hun insteek was anders: zij wilden een preventieve benadering in de zorgsetting borgen, vaak ook gekoppeld aan een verbetering van leefstijl en gezonde gewoontes en met als doel het voorkómen van onder meer terugval en verergering van ziekte.

Er was behoefte om de grenzen tussen zorg(verzekering) en gezondheid te duiden, maar ook de samenhang tussen beide. Er werd een zorg uitgesproken dat steeds meer (dagelijkse) gezondheidshandelingen binnen de zorg worden getrokken en leiden tot het verder uitdijen van zorgstelsel dat zijn grens heeft bereikt qua budget, arbeid, grondstoffen en effectiviteit. Veel onderzoek deelnemers spraken zich uit voor een tegenbeweging die ondersteunt dat mensen hun Positieve Gezondheid versterken, veerkrachtiger zijn en daarmee het zorgstelsel ontlasten. De indeling van preventie in universele-selectieve-geïndiceerde-zorggerelateerde preventie uit het rapport van 2007 voldeed in hun ogen niet voor dit doel, onder meer omdat deze enkel gericht is op behandeling van ziekte en niet op het vergroten van gezondheid en veerkracht.

Binnen de focusgroepen werd benadrukt dat wij als samenleving moeten beseffen dat preventie niet alleen vanuit zorgperspectief gezien kan worden. Denk bijvoorbeeld aan riolering, verkeersveiligheid en arbeidsomstandigheden. Vanuit deze gedachte werd helder dat 'preventie'

vanuit zorgverzekeringsperspectief duidelijk moet worden ingekaderd en gedefinieerd. Ook wordt 'health in all policies' zo een continu streven. Er werd benoemd dat bij elke overheidssubsidie en elk beleid de toetsvraag gesteld zou moeten worden: 'vergroot dit initiatief de gezondheid/veerkracht van de Nederlandse burger'?

4.3 Toepassing van Positieve Gezondheid

Tijdens de dialoog was er regelmatig aandacht voor het begrip Positieve Gezondheid (Huber et al, 2016). Positieve Gezondheid gaat over een brede kijk op gezondheid, inclusief een mentaal en sociaal stuk. Het concept is bedoeld om breed te kijken, maar ook om aan te sluiten bij wat mensen zelf willen en wat hun motivatie is. Dat laatste is cruciaal voor succesvolle implementatie van het gedachtegoed. Positieve Gezondheid versterkt dan het vermogen van mensen om regie te nemen over hun (gezondheids)situatie.

De onderzoek deelnemers die vanuit het zorgperspectief naar preventie keken, pasten dit ook toe op Positieve Gezondheid: dit werkconcept werd dan een manier om patiënten binnen het zorgsysteem meer regie te geven over hun herstel en samen met hen te zorgen dat terugval of verergering voorkomen wordt. De onderzoek deelnemers die vanuit het perspectief van veerkracht en gezondheid keken, zagen Positieve Gezondheid als een concept dat laat zien dat er een brug geslagen moet worden naar de maatschappij 'buiten het zorgstelsel' omdat gezondheid daar wordt opgebouwd en onderhouden. Er kwam een wens naar voren om dit zichtbaar te maken in het model dat preventie kadert.

4.4 Behoeftte aan een geschikter frame

Meerdere onderzoek deelnemers signaleerden dat de indeling van soorten preventie in het rapport van 2007 bedoeld leek om vergoedingsmogelijkheden binnen het zorgstelsel een kader te geven en niet zozeer om inhoud te geven aan preventie in de zin van het behoud van gezondheid en veerkracht in het algemeen. Door het ontbreken van dit perspectief had men het gevoel dat men in het zorgstelsel gevangen bleef.

"De indeling in soorten preventie is een economisch gerichte indeling, die ging over bevorderen van financiering van preventie. Die vierdeling kun je beter afschaffen; de indeling leidt tot schuren op de raakvlakken. Je moet je richten op een universeel doel: gezondheid verbeteren."
(expert uit focusgroep 5)

Het concept Positieve Gezondheid geoperationaliseerd in het spinnenweb bleek echter onvoldoende houvast te bieden om de beleidsdiscussie over preventie in het zorgstelsel te kunnen voeren. Enkele onderzoek deelnemers stelden in verschillende bewoordingen een geschikter frame voor. Het meest passende frame was het cure-care, heal-deal concept (van der Kamp & Plochg, 2019), omdat dit zowel de samenhang tussen zorg en samenleving duidt, als de toepassingsmogelijkheden van Positieve Gezondheid in het geheel.

Hoofdstuk 5. Gezondheid versterken wordt gezien als een continu proces, niet als een interventievraagstuk

"Gezondheid en geluk hangen samen. Ik wil daaraan werken op een eenvoudige manier, in mijn eigen omgeving en zonder ingewikkelde systemen. Ik wil er dus ook zo min mogelijk professionals bij. Ik ben geen 'potentiële patiënt'. Ik heb vooral behoefte aan tijd en ruimte. Dat zie ik niet als een onderdeel van een (zorg)verzekering. Bij levensvragen en life events heb ik af en toe hulp nodig. Het is veel wat er op mijn pad komt en ik moet soms wat leren om daarmee om te kunnen gaan. Dan hoop ik op een ontmoeting van mens tot mens, waarbij ik gezien word. Ik wil een persoonlijke aanpak in plaats van een pilletje en ik wil zelf de regie kunnen houden."

Dit was samengevat de reactie van een groep burgers aan wie op het Alles is Gezondheid jaarcongres van 3 november 2022 werd gevraagd: Wat doe jij om gezond te blijven/te werken aan je gezondheid? Wat verwacht je vanuit het zorgstelsel/professionals/zorgaanbieders? Wat kan al? Wat mis je? Wie of wat kan helpen bij de eerste stap?

Door de experts in de focusgroepen werd ook herhaaldelijk benoemd: het verhaal van de burger is de start, de basis. Die burger leidt zijn eigen leven en bepaalt zelf wat hij belangrijk vindt. Als hij tegen zaken aanloopt die hij zelf niet kan oplossen, moet hij ondersteuning krijgen die aansluit bij zijn vraag en zijn behoefte. In de zorg beland je bij voorkeur zo min mogelijk; alles wat je in je eigen omgeving en met je eigen vermogens en netwerk kunt vormgeven, doe je niet in een zorgsetting. Maar *als* je in de zorg belandt om iets op te lossen, moet de behandeling aansluiten bij wat er verder speelt in je leven. Dit uitgangspunt sloot naadloos aan bij dat van de burgers die reageerden op het congres van 3 november 2022. Bij het hanteren van dit uitgangspunt kwam in de focusgroepen de wens naar voren om een gidsfunctie te introduceren, zorgprofessionals anders op te leiden en ook de burger aan te spreken op zijn rol.

5.1 Gidsfunctie Positieve Gezondheid

Door de onderzoek deelnemers werd opgemerkt dat er een averechts effect is van het feit dat de zorg een duidelijke poortwachter heeft: de huisarts(praktijk). Speelt er iets in je leven, dan is dit het enige startpunt dat mensen hebben. In het sociale domein is zo'n startpunt er niet, dus belanden ook vraagstukken die een niet-medische grondslag hebben, bij de huisarts. Die heeft nauwelijks de tijd en de training om een gesprek te voeren over Positieve Gezondheid. En als die er wel zouden zijn, is de verwijzing naar een sociale structuur lang niet zo goed geregeld of zo vertrouwd als een

medische doorverwijzing, waardoor de burger die eigenlijk geen 'patiënt' is, toch vaak binnen de zorgsetting blijft steken. Voor een andere routen zouden er goede doorverwijsmogelijkheden tussen zorg en sociaal domein moeten zijn en voldoende budget moeten zijn in het sociaal domein om gezondheidsbevorderende voorzieningen te treffen.

Er kwam naar voren dat er naast de huisarts als poortwachter voor de zorg, ook een 'gids Positieve Gezondheid' zou moeten zijn voor burgers. Deze zou een actieve rol kunnen spelen bij onder meer life events die veel (nieuwe) veerkracht vragen van de burger, maar ook in zijn algemeenheid kunnen zorgen dat mensen periodiek stilstaan bij hun Positieve Gezondheid en wat ze zelf willen doen om die te versterken. Er werd benoemd hoe belangrijk het is dat een dergelijke gidsrol niet wordt 'gemonopoliseerd' door een bepaald beroep of door de zorg en/of als nieuwe specialist wordt beschouwd. De rol kan worden vervuld door elke professional die getraind is in het versterken van de veerkracht van mensen in hun eigen leefsituatie en heeft dat ook als hoofddoel.

Deze gids zou kunnen worden gezien als de tegenhanger van de huisarts, die een plek heeft in het sociaal domein. De gids zorgt ervoor dat mensen bij de juiste hulp terechtkomen en voorkomt dat ze onnodig in het zorgdomein (bij de huisarts) terechtkomen. Als aandachtspunt werd benoemd dat dat er voldoende budget is in het sociaal domein om iedereen te helpen. Preventie- en zorgtaken binnen het sociaal domein zouden hiervoor goed gedefinieerd moeten zijn en doorverwijzing tussen de domeinen moeten mogelijk gemaakt worden. Geopperd werd: maak (20%) budget vrij voor verbinding: aansluiting zoeken, budgetten verdelen, een dorpsondersteuner of gids Positieve Gezondheid aanstellen.

Tegen deze achtergrond is zichtbaar dat het Zorginstituut een systeemspeler is in de ogen van de onderzoek deelnemers. Het Zorginstituut moet zich volgens hen verhouden tot andere systeemspelers en een rol pakken die bijdraagt aan het vergroten van de Positieve Gezondheid van de Nederlandse bevolking. Hiervoor kan gekeken worden naar mogelijkheden binnen de eigen wettelijke taken, maar zouden ook zeker (continu) onderwerpen geagendeerd en aangejaagd moeten worden bij andere partijen. Hier wordt ook op ingegaan in hoofdstuk 6.

5.2 Anders opleiden

In de opleiding voor zorgberoepen is lang een tendens geweest om te streven naar specialisatie en het vergroten van mogelijkheden om effectief te diagnosticeren en behandelen. Dit heeft geleid tot

één patiënt met meerdere gespecialiseerde behandelaars, die al dan niet met elkaar overleggen om de puzzelstukken te combineren.

Om de Positieve Gezondheid van een mens centraal te kunnen stellen, is een cultuurverandering nodig, gaven de onderzoek deelnemers aan. Die start bij voorkeur bij het opnemen van Positieve Gezondheid en leefstijl in de scholing van zorgmedewerkers. In de opleiding dingen veranderen is makkelijker dan in het werkende leven dingen veranderen. Dit geldt niet alleen voor artsen; om balans in het systeem te houden moeten ook andere opleidingen in de zorg worden meegenomen. Vanuit het principe '*health in all policies*' zou dit volgens de onderzoek deelnemers ook gelden voor andere beroepsopleidingen, zoals die tot leerkracht in het onderwijs.

In de praktijk blijkt dat het lastig is om Positieve Gezondheid in opleidingsprogramma's te krijgen, omdat er dan ook iets *uit* moet om ruimte te maken. Hier zou wat de onderzoekdeelnemers betrof druk op gezet moeten worden, want het loont: er zijn bijvoorbeeld mooie voorbeelden uit het basisonderwijs van kinderen, die leren om goed voor zichzelf te zorgen op alle dimensies. Tegelijkertijd werd opgemerkt dat het goed is om in gedachten te houden dat het een generatie kan vragen om mensen op te voeden in een andere denk- en leefwijze. De KNMP hanteert bijvoorbeeld een termijn van 10 jaar als uitgangspunt, omdat dit de duur is van een artsenopleiding.

5.3 De burger als eigenaar van zijn eigen proces

In de focusgroepen werd erop gewezen dat gezondheid een *collectief goed* is en geen *individueel recht*. De burger is nu vaak gericht op zijn rechten, maar niet op zijn plichten of eigen rol, toont te weinig eigenaarschap. Deze mentaliteit kan onder andere veranderd worden door een maatschappelijk debat over preventie en veerkracht te gaan voeren. Mensen moeten weer gaan beseffen dat ze onderdeel zijn van een complex systeem en dat ze daar zelf een actieve rol hebben te spelen als ze gezond willen leven. Op deze manier kan de collectieve gezondheid beter beschermd worden. De indruk van enkele deelnemers was dat de coronapandemie al een belangrijke impuls aan deze bewustwordingsslag heeft gegeven.

Het benaderen van burgers vanuit het gedachtegoed van Positieve Gezondheid omvat onder meer vragen naar wat belangrijk is voor de persoon zelf en welke haalbare stappen hij daarvoor kan zetten. Het aanleren van dit soort gespreksvormen bij zorgprofessionals zorgt dat zij een bijdrage kunnen leveren aan het eigenaarschap van de burger als het gaat om zijn eigen gezondheid en welzijn. Dit werd als belangrijke voorwaarde benoemd door de deelnemers aan het onderzoek.

Eigen regie is een essentieel onderdeel van werken met Positieve Gezondheid. Eigen regie is belangrijk bij het borgen van preventie en heeft als neveneffect een afname van zorgkosten. Bovendien bevordert het de-professionalisering. De deskundigheid zit vaak bij de burger, niet bij de arts of zorgmedewerker. Vanuit de onderzoek deelnemers werd onderzoek aangedragen uit Tilburg naar leefbaarheid (Veraart, 2022). Daar bleek de lijst met ervaren problemen van burgers gespiegeld te zijn tegenover die van professionals. De deskundigheid zit bij de burger, niet bij de professional.

Voor de ondersteuning van mensen bij het op peil brengen en houden van hun Positieve Gezondheid werd ook benadrukt hoe belangrijk het is om minder (ingewikkelde) taal te gebruiken. Het gaat immers over het leven van de persoon zelf, waar hij regie over moet voelen. De gebruikte taal en communicatiemiddelen zijn een belangrijke factor bij de toegankelijkheid van zorg en gezondheid voor alle lagen van de bevolking. Gezien de almaar groeiende gezondheidsverschillen werd dit als belangrijk aandachtspunt gezien door de onderzoek deelnemers.

Hoofdstuk 6. Preventie zoveel mogelijk binnen de zorg halen, wordt niet als logisch gezien

Moet preventie binnen de zorg plaatsvinden, of vooral daarbuiten in het sociaal domein en in de inrichting van de leefomgeving? Daarop kwamen uiteenlopende antwoorden in de focusgroepen, die vaak terug te voeren waren op de interpretatie van het begrip 'preventie'. Er was overeenstemming dat de samenwerking tussen domeinen bevorderd en verbeterd moeten worden door een brug te slaan tussen wat in de zorg gebeurt en wat daarbuiten. Van daaruit kan terug worden geredeneerd wat er in de zorg geregeld moet worden, omdat het daar het beste past.

6.1 Gezondheid als doel

Wanneer je wilt voorkomen dat mensen in de zorg terechtkomen, moet de aandacht gericht worden op de-medicaliseren en niet op meer preventieve interventies in het zorgstelsel. Dat betekent dat wanneer een medische vraag wordt gesteld, ook in de eerste lijn, een arts eerst moet nagaan of het wel een medische vraag is. En dat de arts weet wat hij kan doen wanneer het geen medische vraag is.

Voor een duurzame oplossing is er een verandering aan de voorkant nodig. Het doel moet overal zijn 'meer gezonde levensjaren', niet alleen verhoging van de levensverwachting. De invloed op gezondheid vanuit de zorg is beperkt, merkten de onderzoek deelnemers op. Situaties als bestaansonzekerheid, schuldenproblematiek, werkloosheid, huisvesting, sociale ongelijkheid en de mentale gezondheid van de jeugd hebben een veel grotere invloed op gezondheid dan de zorg. Het Zorginstituut Nederland zou verantwoordelijkheid moeten nemen om dit te agenderen waar dat ook maar mogelijk en zinvol is. En er bovendien naar moeten streven dat er budget vanuit de zorg wordt overgeheveld naar gezondheidsbevorderende activiteiten. Als dat niet gebeurt, blijft de behoefte aan zorg, zowel kwantitatief als kwalitatief, groeien zonder dat de gezondheid van mensen daarmee verbeterd wordt.

Elk ministerie en elk beleid kan worden afgerekend op: "In hoeverre worden de gezondheid en veerkracht hiermee versterkt?" Dit wordt in Scandinavië al jaren gedaan, merkte een onderzoek deelnemer op. Het geeft een andere gerichtheid in de maatschappij. Desnoods moet een gezondheidsplicht worden ingevoerd, waarbij aandacht voor het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen essentieel is. Het Zorginstituut kan kijken welke partners (zoals werkgevers, het onderwijs) voor VWS relevant zijn om de waarde van gezondheid op

te bouwen. Ook burgerparticipatie is belangrijk om te voeden: lotgenotengroepen, gemeenschapskracht lokaal en in de wijk.

"Bevorder burgerberaden, waar mensen uit verschillende sectoren betrokken worden en met elkaar gaan praten over een vraagstuk. Dan ontstaat er een gesprek waar mensen naar elkaar luisteren en er vertrouwen komt. Ik geloof in nieuwe maatschappelijke vormen om vraagstukken aan te pakken. De aanbevelingen daaruit moeten vervolgens wel worden opgepakt door de politiek." (expert uit focusgroep 5)

6.2 Agendering

Er zijn in het kader van preventie en gezondheidsbevordering veel invloeden die niet direct vallen onder de verantwoordelijkheid van het Zorginstituut Nederland, maar die wel keer op keer geagendeerd moeten worden om te komen tot een betaalbaar zorgstelsel. Het legt volgens de onderzoek deelnemers extra gewicht in de schaal als het Zorginstituut Nederland haar verantwoordelijkheid ruimer opvat, voorbij de grenzen van haar takenpakket reikt om er mede aan bij te dragen dat preventie in de samenleving beter wordt belegd en écht wordt opgepakt. Een aantal voorbeelden die genoemd werden die het Zorginstituut Nederland kan bekrachtigen:

- Bedrijven zoals supermarkten hebben een grote invloed op de leefomgeving van de burger. Ze sluiten aan bij de wens en de beleving van hun klanten. Gezondheid is weliswaar hip geworden bij een deel van de bevolking (denk aan smartwatches, fitness apps, aandacht voor gezonde en vega(n) voeding), maar dit geldt lang niet voor iedereen. Voor het grootste deel van de bevolking is de ongezonde keuze de makkelijkste keuze. Zolang dat zo blijft, is het binnen de zorg 'dweilen met de kraan open', en ondermijnt deze trend de toekomstbestendigheid van het zorgstelsel op de langere termijn. In het Integrale Zorgakkoord (IZA) zijn de eerste tekenen zichtbaar dat zorgpartijen hierin meegaan.
- De Rijksoverheid, Provincies en gemeenten moeten verantwoordelijkheid nemen voor collectieve preventie en het taboe van regulering afhaken. De 'ongezonde leefstijl industrie' heeft nu een te vrije rol en veel te grote lobbykracht. Laat deze industrieën een nieuw sociaal contract sluiten met de overheid. Zorg dat ongezonde verleidingen worden weggehaald en dat mensen gestimuleerd of verleid worden tot gezond gedrag, zoals bedoeld in het preventieakkoord. Verwijder ongezonde factoren en verleidingen uit de leefomgeving, verbied reclame voor ongezond voedsel en casino's. Zet prioriteit op bijvoorbeeld de suikertaks, het

afschaffen btw op groente en fruit, het verhogen van accijns op alcohol en tabak, verdere invoering van rookvrije zones en het aanpakken van kindermarketing.

- De digitalisering kan een hefboom zijn voor meer preventie in de samenleving. Commerciële partijen zetten in op de ontwikkeling van digitale gezondheidsdiensten die mensen helpen een spiegel voor te houden voor hun eigen gedrag. De toekomst van onze gezondheid wordt vooral bepaald door data en meer in het bijzonder het combineren van medische data met andere data. Op deze manier faciliteert digitalisering zelfmanagement en de omslag naar preventieve gezondheidszorg. Bovenal ontstaat naast de verzekerde zorg een consumentenmarkt met leefstijl- en gezondheidsdiensten, ondersteund met apps, wearables en sensoren. Met name die laatste beweging is de hefboom om het zorgstelsel toekomstbestendiger te maken. Als mensen en hun gemeenschappen in staat zijn hun natuurlijke vermogen tot groei, herstel en helen te benutten, wordt het zorgstelsel ontlast. Zorgvraag zal dan worden geabsorbeerd. Dat gaat alleen niet vanzelf en kent afbreukrisico's⁷.
- De aansluiting tussen bestaanszekerheid (georganiseerd en aangestuurd op gemeentelijk niveau) en gezondheidsmaatregelen (georganiseerd en aangestuurd vanuit het Rijk) vraagt doorlopend aandacht. Er is goede samenwerking nodig en er kunnen tussengebieden worden gefaciliteerd. Denk bijvoorbeeld aan gemeentes die een POH GGZ betalen bij de huisarts, of het plaatsen van een verpleegkundig ondersteuner met Positieve Gezondheidsbril in het Wijkcentrum. Beiden kunnen dure trajecten voorkomen. Voeg eventueel budgetten samen. Kijk wat er gebeurt als je de schotten weghaalt. Hoeveel ruimte creëer je dan voor de burger, maar ook voor de professional?
- Zorg en gezondheid zijn afgelopen decennia getransformeerd van een publieke voorziening naar een private markt, betoogden de onderzoek deelnemers. Mede hierdoor is de samenleving zodanig geïndividualiseerd, dat mensen zich nauwelijks nog onderdeel voelen van een gemeenschap die voor elkaar zorgt of naar elkaar omkijkt. De gevolgen van deze individualisering worden nu zichtbaar: er is meer eenzaamheid onder ouderen en er zijn grotere gezondheidsverschillen. Dit kan gekanteld worden door sociale cohesie te bevorderen buiten de zorg, in alle andere aspecten van het leven. Gebruik het sociale netwerk voor mantelzorg. Maak

⁷ <https://icthealth.nl/online-magazine/editie-02-2021/bundeling-ongereguleerde-data-biedt-enorme-gezondheidsvoordelen/>

een collectief vangnet, zodat er minder in de zorg terechtkomt. Zie mantelzorgers als medebehandelaar, regel een beloning en houd ze uit de wind.

- Binnen de zorg wordt volgens de onderzoek deelnemers ook bij een probleem als eenzaamheid richting een interventie gedacht. Op die manier wordt het geprofessionaliseerd en krijgt het geen plaats in de samenleving. Het statement vanuit de onderzoek deelnemers: zorg dat mensen weer zelf eigenaar worden van hun probleem. Besef dat participatie in de gemeenschap en sociale cohesie een positief effect hebben op gezondheid. Nederland heeft enorm veel verenigingen, die collectieve kracht kan veel beter gebruikt worden. Een gids Positieve Gezondheid kan iemand helpen om op zoek te gaan naar contacten of verenigingen in de buurt. Zorg dat mensen elkaar lokaal weer kunnen vinden. Waardeer het verenigingsleven, en het vrijwilligersleven. Daarin kan ook de publiek-private samenwerking gezocht worden, denk bijvoorbeeld aan een klets-kassa⁸ bij de supermarkt, een dorpsondersteuner⁹ in kleine gemeenschappen of nieuwe woonconcepten waar meerdere generaties samenwonen. Maak budget vrij voor burgerinitiatieven en wijkteams. Geef ze regie, zodat ze mede-eigenaar worden over alles wat er in de buurt geregeld wordt.

Het Zorginstituut Nederland zou zich wat de onderzoek deelnemers betreft in dit soort beleidsdiscussies rondom preventie kunnen mengen (als het dat al niet doet) en één van de partijen kunnen zijn die druk zet.

⁸ <https://nieuws.jumbo.com/jumbo-geeft-startschot-voor-opening-200-kletskassas/>

⁹ <https://groningerdorpen.nl/nieuws/nieuw-onderzoek-naar-de-dorpsondersteuner-gepresenteerd/>

Hoofdstuk 7. Gezond gedrag ondersteunen wordt beschouwd als een noodzakelijk onderdeel van zorginterventies

Binnen het zorgverzekeringsstelsel worden veel curatieve behandelingen vergoed die in de eerste plaats zouden kunnen bestaan uit het bevorderen van gezond gedrag en daarna(ast) uit medicatie en medische handelingen. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de behandeling van leefstijlgerelateerde aandoeningen, voorbereiding op een medische ingreep en het herstel daarvan. De onderzoek deelnemers spraken uit dat wat hun betreft meer dwingend geborgd zou moeten worden dat het ondersteunen van gezond gedrag daadwerkelijk de eerste prioriteit krijgt als dit reeds in de professionele standaarden en richtlijnen beschreven staat. Waar dit nog niet beschreven staat, zou dit nadrukkelijk aangejaagd moeten worden. Bovenal gaven ze aan dat het feitelijk een kwestie van willen en *mindset* is. Er zijn zorgprofessionals die in hun dagelijkse praktijk volgens het concept Positieve Gezondheid werken, en laten zien dat het werkt, zelfs binnen de bestaande kaders.

7.1 Het borgen van leefstijl in zorgbehandelingen

Volgens de onderzoek deelnemers is er binnen het zorgverzekeringsstelsel al veel meer preventie mogelijk dan men denkt en/of in de praktijk toepast. Daarmee bekrachtigden ze één van de conclusies uit het rapport van Preventie Verzekerd: *“Het is niet mogelijk is om bij het bepalen van de te verzekeren zorg onderscheid te maken tussen de behandeling van ziekte en de behandeling van een hoog risico op ziekte (geïndiceerde preventie). Daarom behoort dergelijke individueel bepaalde preventieve zorg volgens het college tot de verzekerde zorg.”* (CVZ 2007, p. 7)

In de dagelijkse praktijk is er echter te weinig vooruitgang geboekt. Zorgprofessionals en hun beroepsverenigingen maken er te weinig werk van wat de onderzoek deelnemers betreft. Er worden nog altijd veel ingrepen vergoed die veroorzaakt worden door een 'slechte' leefstijl, zonder dat de uitvoerende zorgprofessionals ernaar streven dat (herhaling van) het probleem voorkomen wordt. Dit terwijl zij zien en voelen hoe ongezond de mensen zijn, en terwijl blijkt hoe eenvoudig het in de praktijk kan zijn. Enkele van de genoemde voorbeelden:

- Fit4Surgery is een programma voor mensen die een (zware) operatie ondergaan. Het doel is om o.a. de conditie te verbeteren, zodat iemand beter bestand is tegen de operatie.

Onderzoekresultaten laten zien dat er minder complicaties optreden, er een kortere opnameduur is en een sneller herstel. 'Hoe fitter erin, hoe fitter eruit'.¹⁰

- Door systematisch nadruk op preventie te leggen heeft huisarts Karel Bos uit Amersfoort meer voldoening van zijn werk en is hij minder druk dan 21 jaar geleden, ondanks dat zijn praktijk anderhalf keer zo groot is geworden. Sterker nog, daar zit het verdienmodel voor de huisarts volgens hem.¹¹
- Huisarts Daphne Uyterlinden heeft sinds corona een kwartier voor een standaardconsult, en komt met een dubbelconsult naar eigen zeggen een heel eind. Vooral doordat ze het leefstijlcoachingstraject in stukjes knipt en mensen bijvoorbeeld bij aanvang vraagt om een voedingsdagboek bij te houden. Dat is al een interventie op zich, mensen worden zich bewuster van wat ze eten en maken alleen al door het opschrijven vaak gezondere keuzes. 'Als ik die chips niet opeet, hoef ik het ook niet op te schrijven.'¹²

Hoewel er positieve voorbeelden van preventie in de zorg te benoemen zijn, is er veel meer beleidsactie nodig volgens de deelnemers in de focusgroepen. Nog nadrukkelijker moet ernaar gestreefd worden om preventie/leefstijl op te nemen in de professionele richtlijnen en standaarden voor behandelingen waarin aandacht voor leefstijl relevant en effectief is en zorgkosten kan besparen. In dit kader werd bijvoorbeeld verwezen naar de vereniging Arts & Leefstijl.¹³ Daarnaast zouden obstakels in de financiering en bekostiging van preventie moeten worden weggenomen om te voorkomen dat initiatieven worden beperkt door een plafond/volume zoals nu bij de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) het geval is. Er zou een betaaltitel moeten zijn voor leefstijl in alle sectoren binnen de zorg.

Met name huisartsen kunnen in de ogen van de onderzoek deelnemers een belangrijke rol spelen in de aandacht voor leefstijl en de brede kijk op gezondheid. Zij zijn de poortwachter. Mensen gaan ook naar de huisarts wanneer ze niet-fysieke klachten hebben of wanneer klachten een onderliggende niet-fysieke oorzaak hebben (denk aan financiële problemen of eenzaamheid), zeker wanneer er geen andere hulp beschikbaar is. Wanneer een huisarts meer tijd kan besteden aan het gesprek met een patiënt, wordt volgens de onderzoek deelnemers minder snel doorverwezen of medicatie voorgeschreven en kunnen hoge zorgkosten worden voorkomen. Zo lang er geen 'gidsfunctie Positieve Gezondheid' (zie paragraaf 5.1) bestaat die ook buiten de zorgsetting werkt,

¹⁰ <https://www.fit4surgery.nl>

¹¹ <https://www.de-eerstelijns.nl/2020/12/zelfredzaamheid-patient-vermindert-werkdruk-huisarts/>

¹² <https://avleg.nl/nieuws/ik-heb-nu-meer-vrije-tijd-en-meer-werkplezier/>

¹³ <https://www.artsenleefstijl.nl/>

werd dit als extra belangrijk beschouwd. Vaak is een medische klacht als hoofdpijn of duizeligheid de aanleiding voor bewustwording bij iemand en is de huisarts degene die hem kan helpen zien wat de (niet-medische) oorzaak is die aandacht verdient.

7.2 Andere toetsingskaders

Om meerdere redenen werd gepleit voor passende toetsingskaders bij het beoordelen van activiteiten met een preventief karakter. In de ideale situatie is preventie maatwerk en ligt de regie bij de burger. Dat past niet in het huidige systeem van richtlijnen, standaarden en *evidence based* interventies. De besluitvorming over het al dan niet vergoeden van interventies wordt langs de lat van medische interventies gelegd en dat past niet altijd zoals door een aantal experts werd opgemerkt.

"De inrichting is nu dat preventie wetenschappelijk onderbouwde interventies moet zijn, die zijn vastgelegd in richtlijnen en standaarden. Moeten we niet wat ruimte geven in het toepassen van die kwaliteitsstandaarden? Zodat we met preventie niet in de valkuil stappen van standaarden en vastleggen per product en dat bekostigen." (expert uit focusgroep 2)

"Er zit een weeffout in de toelatingssystematiek. Bij goede zorginnovaties of zorg gerelateerde preventie duurt het 17 jaar voordat iets in de basiszorg zit. Dit systeem gaat ten aanzien van de ontwikkelingen die nu op ons afkomen in de zorg onhoudbaar worden. Er moet een box 3 komen voor veelbelovende initiatieven, zodat die in kortere tijd geanalyseerd kunnen worden door stakeholders." (expert uit focusgroep 3)

"Kijk je naar de analyse van het effect van sporten: het is gezond, maar heel slecht voor zorgkosten. Je moet evidence dus in kaart brengen vanuit een andere bril: gezondheid, maatschappelijk, participatie, werk, mee kunnen doen, minder bijstandsuitkeringen aanvragen. Dat duidt op een heel andere manier de bewijslast dan nu. Nu wordt iets te veel gekeken naar puntenwolken met bepaalde kosten. De keuze is heel medisch deterministisch ingestoken." (expert uit focusgroep 4)

Een andere relevante observatie die kwam vanuit de onderzoek deelnemers: curatieve interventies hoeven zichzelf nooit terug te verdienen. Bij preventieve interventies wordt deze afweging wél gemaakt en afgezet tegen verminderde curatieve kosten. Vanuit de focusgroepen werd een pleidooi gedaan om voor preventieve interventies dezelfde criteria te hanteren als voor curatieve interventies óf de waarde van preventieve interventies anders te benoemen: formuleer als doel van

preventie niet het omlaag brengen van de zorgkosten, maar de toename van vitaliteit, gezonde levensjaren en daarmee participatie in de samenleving.

Als suggestie werd genoemd om ruimte in te bouwen voor feedback van de gebruiker naar degene die een interventie bedacht heeft. Dit zorgt ervoor dat gebruikersfeedback van burgers/professionals in de uitvoering sneller opgepakt kan worden om procedures of toekenning soepeler te laten verlopen.

Een mogelijkheid om binnen de bestaande zorg meer aan (positieve) gezondheid te werken wordt volgens de onderzoek deelnemers gecreëerd als artsen minder risicomijdend (ofwel defensief) kunnen werken. De focus zou daarvoor verlegd moeten worden naar beter samenwerken in plaats van het opleiden van nog meer hyperspecialisten. Andere toetsingskaders zoals hierboven aangegeven kunnen hieraan bijdragen.

Tot slot werd in de focusgroepen geopperd om een enkele sturingsprincipes toe te voegen: handhaaf niet alleen de regels van de zorgverzekeringswet, maar zet de verzekerde zorg ook in om de (positieve) gezondheid van de Nederlandse bevolking te bevorderen en gezondheidsverschillen te verkleinen. Ook de vraag "Draagt dit bij aan de-professionalisering?" is daarbij relevant. Meer leefstijlpoli's openen in ziekenhuizen lijkt bijvoorbeeld een stap te zijn richting preventie, maar door onderzoek deelnemers werd opgemerkt dat het niet bijdraagt aan de-professionalisering en feitelijk mensen binnen de zorg houdt. Dit sluit aan bij de in hoofdstuk 6 beschreven stellingname dat preventie niet het zorgstelsel ingetrokken moet worden. Aanscherping van de toetsingskaders op dit punt is nodig.

Hoofdstuk 8. Mogelijkheden om wissels om te zetten die de transitie in gang zetten

Binnen de focusgroepen is gevraagd welke 'wissels'¹⁴ de komende jaren moeten worden omgezet om de beweging naar meer preventie en Positieve Gezondheid een impuls te geven. Er werden zowel 'wissels' bepleit die *binnen* het zorgsysteem moeten worden omgezet als *daarbuiten*. Vooral dat laatste werd van belang geacht vanwege de 'breekijzerfunctie'. Vernieuwing komt vrijwel nooit van binnenuit, omdat gevestigde belangen de status quo willen handhaven. Verder viel op dat er veel en ongelijksoortige wissels werden genoemd, op verschillende niveaus en plekken aangrijpend. Bovendien waren de genoemde wissels 'rijp en groen' door elkaar heen. In de veelheid aan genoemde wissels was een rode draad te onderkennen. Men ziet het als noodzakelijk dat de zorg niet verder uitdijt, maar dat oplossingen er juist toe leiden dat de gezondheid en veerkracht van de bevolking toeneemt en zorg kan worden afgeschaald. Burgerinitiatieven, het sociaal domein, het bedrijfsleven, oftewel de samenleving meer in het algemeen moeten de ruimte én financiering krijgen om aan (positieve) gezondheid te werken. Dat zou volgens veel onderzoek deelnemers de primaire focus van de geopperde 'wissels' moeten zijn. Binnen het zorgsysteem moeten die 'wissels' omgezet worden zodat het voor zorgpartijen gaat lonen, en vooral dat er praktische barrières doorbroken worden.

8.1 Wissels omzetten buiten het systeem

Enkele keren werd in de focusgroepen een soort van 'Pavlov reactie' in het preventiedebat benoemd. Zodra het preventievraagstuk ter tafel komt, is de neiging om het vanuit een zorgperspectief te benaderen. Diverse onderzoek deelnemers benadrukten daarom dat de om te zetten 'wissels' *buiten* de zorg moeten worden gezocht om deze Pavlov reactie te doorbreken. Er werd een aantal mogelijke 'wissels' benoemd die -eventueel in onderlinge afstemming en samenhang- dit zouden kunnen bewerkstelligen.

Startpunt was de stellingname dat de samenleving weer zelf met zijn/haar gezondheid aan de slag moet. Iedereen draait op zijn of haar manier mee in de samenleving en levert een bijdrage aan (on)gezondheid, zowel op individueel als op collectief niveau. Iedereen zou zich dus (mede) eigenaar van zijn/haar en onze gezamenlijke gezondheid moeten voelen. Het is een illusie om dit van bovenaf te registreren, controleren en beheersen, werd aangegeven. Het is veel beter om aan te sluiten bij de

¹⁴ Met een 'wissel omzetten' wordt het veranderen van een conditie bedoeld waardoor de dynamiek in een (eco)systeem in een andere richting wordt gekanaliseerd.

energie en dynamiek van mensen en hun lokale gemeenschappen zelf. Het (positieve) gezondheidsbeleid zou er goed aan doen om op deze energie mee te koppelen. Diverse ideeën werden geopperd om dat meekoppelen te faciliteren.

Ten eerste is het volgens enkele onderzoek deelnemers nodig om een maatschappelijk debat over Positieve Gezondheid, en meer specifiek de dood, te entameren. Welbeschouwd roept Positieve Gezondheid op om de dood niet meer zo lang mogelijk voor ons uit te schuiven, maar te zoeken naar zoveel mogelijk kwaliteit van leven. Dat is uiteraard een ingewikkelde, moreel-ethische discussie waar geen eenduidig antwoord op te geven is, die zeker niet door de overheid moet worden opgelegd. De gedachte was dat alleen al het met elkaar open de dood bespreken een positieve impact kan hebben op het aantal mensen dat aan het einde van hun leven andere keuzes maakt dan het maximaal consumeren van zorg (Wijgergangs & Verweij, 2022). Dat zou zowel de zorg ontlasten als mensen aanzetten om bewust gezonder te gaan leven, mede eigenaarschap op zich te nemen.

Ten tweede past het volgens de onderzoek deelnemers om burgerparticipatie een flinke impuls te geven. Door ruimte te geven aan burgerinitiatieven en daarin ook te investeren kunnen burgers (her)ontdekken hoe ze hun gedrag kunnen veranderen. Volgens sommige onderzoek deelnemers gaat de afgelopen jaren steeds minder geld naar burgerinitiatieven ten faveure van professionele aanbieders. Die ontwikkeling zou gekeerd moeten worden. De samenleving maar zeker ook de zorg zou in die collectieve kracht moeten investeren en burgerinspraak moeten organiseren. Er zou bijvoorbeeld een pilot kunnen worden gestart waarbij mensen in de buurt meepraten over gezondheidskosten. En vervolgens gezamenlijk de regie krijgen over de budgetten en op die manier samen eigenaar worden van alles wat in de buurt geregeld wordt. Er zijn voorbeelden in de wereld die laten zien dat dit kan werken.

“In een systeem dat erg draait op technische indicatoren en procedures is erg weinig ruimte voor feedback terug van de gebruiker naar degene die het verzonnen heeft. Die participatie kan juist zorgen dat gebruikersfeedback van burgers/professionals in de uitvoering sneller opgepakt kan worden om procedures of toekenning soepeler te laten verlopen, om dat te repareren. Repareren blijft nu achterwege.” (expert uit focusgroep 4)

Ten derde werd de suggestie gedaan om ‘kijk- en luistergeld’ te organiseren. Dit is eerder geduid als een niet-medisch gerichte brugfunctie: de gidsfunctie Positieve Gezondheid (zie ook paragraaf 5.1).

De 'gids Positieve Gezondheid' ondersteunt burgers bij het formuleren van doelen en acties gericht op veerkracht en helpt bij het zoeken van hulpverlening en bij de prioritering van hulp.

Ten vierde werd door onderzoek deelnemers de digitalisering benoemd. Nieuwe digitale gezondheidsdiensten kunnen de burger helpen om eigenaarschap te nemen over zijn eigen gezondheid. Allerlei health apps geven real-time feedback op grond waarvan mensen zich gezonder zouden kunnen gaan gedragen. Het is echter niet vanzelfsprekend dat de digitalisering de beweging van nazorg naar voorzorg stimuleert (zie ook paragraaf 6.2). De wissel die omgezet zou moeten worden betreft het eigenaarschap van de data. Dat zou bij de burger zelf moeten blijven liggen middels de ontwikkeling van data coöperaties om een functionerende digitale gezondheidsmarkt te kunnen creëren.

Ten slotte werd keer op keer benadrukt dat de omgeving aangepast moet worden. Preventie is niet alleen een individuele aangelegenheid, maar ook vooral een collectieve. Het heeft veel impact als de samenleving, de sociale en fysieke omgeving, gezonder wordt ingericht.

Het Zorginstituut Nederland heeft volgens de onderzoek deelnemers weliswaar een beperkte, maar essentiële rol te spelen in het omzetten van de bovengenoemde wissels. Het Zorginstituut Nederland kan er mede voor zorgen dat ook andere domeinen financiering krijgen. Het gaat om verschuiving van zorgbudget naar preventie, niet om meer publiek geld ten koste van andere publieke domeinen als onderwijs, sociale zekerheid en het sociaal domein. Samen met andere systeemspelers kan het Zorginstituut Nederland uitzoeken hoe die verschuiving kan plaatsvinden en tot uitvoering overgaan.

8.2 Wissels omzetten binnen het systeem

Als het om 'wissels' binnen het bestaande systeem gaat, viel het op dat ze concreter waren en ook gekoppeld werden aan de rol van het Zorginstituut. Eén onderzoek deelnemer maakte hierbij een belangrijke overkoepelende notie. Meer aandacht voor preventie en Positieve Gezondheid is een extra taak voor het Zorginstituut Nederland, die mogelijk strijdig is met de andere taken (pakketbeheer, risicoverevening, fondsbeheer) en daaraan ondergeschikt gemaakt kan worden. De voorgestelde wissels raken vaak aan dit dilemma.

Een eerste wissel die aangedragen werd vanuit de onderzoek deelnemers, betreft de besluitvorming over preventie in de basisverzekering. Nu wordt gesteld dat dit wetenschappelijke onderbouwde interventies moeten zijn, vastgelegd in richtlijnen en standaarden, met analyses etc. Het

Zorginstituut Nederland zou kunnen besluiten dat er ruimte moet komen om voor preventie andere kaders te hanteren die beter recht doen aan het integrale karakter van preventie (zie paragraaf 7.2).

Een tweede wissel die het Zorginstituut Nederland kan beïnvloeden, betreft de risicoverevening. Het risicovereveningsmodel is cruciaal om de inkomens- en risicosolidariteit in de zorgverzekeringswet te borgen. Anders gaan zorgverzekeraars concurreren op het binnenhalen van de gezonde risico's in plaats van op de inkoop van kwalitatief goede zorg tegen de beste prijs. Nadeel is dat de risicoverevening geen onderscheid maakt tussen risicoselectie en het (positief) gezonder maken van hun verzekerdenpopulaties. Daardoor loont preventie eenvoudigweg niet voor zorgverzekeraars. Het is praktisch onhaalbaar om in één jaar rendement te halen op een investering in de gezondheid van een verzekerde. In de huidige systematiek moet dat wel, want het jaar daarop wordt het vereffend. Er werd daarom door enkele onderzoek deelnemers geopperd om de risicoverevening aan te passen met bijvoorbeeld een vernieuwende ex post verevening.

Een derde wissel die werd benoemd, is een inverse 'wissel': voorkomen dat taken uit het sociale domein overgeheveld worden naar de basisverzekering. Als voorbeeld werd het pleidooi voor welzijn op recept genoemd. Dat vond een aantal onderzoek deelnemers een oneigenlijke stap. De huisarts moet volgens hen durven loslaten en accepteren dat het medische perspectief zijn beperkingen heeft. Het zou dan juist beter zijn te investeren in het sociaal domein en het te verrijken zodat er daar meer deskundigheid, vaardigheid, capaciteit, etc. komt.

Een vierde wissel betreft de vertaling van preventieve mogelijkheden naar de praktijk van de zorg. Vanuit de onderzoek deelnemers werd aangedragen dat veel zaken vanuit de zorgverzekeringswet niet worden uitgevoerd vanwege praktische hindernissen. Zo worden prehabilitatie initiatieven bijvoorbeeld beperkt door volumeafspraken. Er is een gebrek aan prikkels en er zijn barrières voor het organiseren van deze vorm van preventie. Deze liggen onder meer op het gebied van privacy, aansprakelijkheid en onduidelijkheid over eigenaarschap. Hierdoor ontstaat risicomijdend gedrag dat de beweging richting gezondheid afremt. Om dit te veranderen zouden bepalingen uit de zorgverzekering moeten worden afgestemd met of ondersteund door wetgeving die de uitvoering mogelijk moet maken.

Een vijfde wissel gaat om nieuwe verdienmodellen, bijvoorbeeld in de vorm van een gezondheidsabonnement. De onderzoek deelnemers vroegen zich af of er ruimte is voor nieuwe of alternatieve vehikels binnen de zorgverzekeringswet, of dat preventie ernaast komt te staan. Er zijn al bestaande abonnementen die laten zien dat een gezondheidsabonnement gekoppeld kan worden

aan behandelingen in de zorg en daarbij zowel een behandel- als een preventie-doelstelling dient (Vital10¹⁵, PLUK¹⁶).

De zesde wissel die uit de onderzoek deelnemers aangedragen werd, slaat een brug tussen *binnen de zorg* en *buiten de zorg*. Er werd geopperd dat het grote verhaal veel meer gevormd en verteld moet worden, dat begint bij het ministerie van VWS of zelfs het kabinet. Van daaruit kan samenwerking tussen de stelsels worden ingericht en zelfs afgedwongen. Verantwoordelijkheden moeten worden verdeeld en vastgelegd, omdat ze voor de zorg nu belegd zijn bij andere partijen (met name zorgverzekeraars) dan voor preventie en gezondheid (GGD, RIVM, gezondheidsinstanties, 344 gemeentes). Dit komt niet bij elkaar; ook de tot nu toe gevormde preventiecoalities hebben te weinig impact in de ogen van de onderzoek deelnemers. Er is concreet instrumentarium nodig voor de samenwerking, dat er onder meer voor zorgt dat belangen duidelijk worden en tegen elkaar worden afgewogen om tot stappen te komen.

¹⁵ <https://vital10.nl/>

¹⁶ <https://www.allesisgezondheid.nl/knowledgebase/pluk-jouw-geboorterecht-op-gezondheid/>

Hoofdstuk 9. Conclusies en aanbevelingen

9.1 Belangrijkste resultaten

In dit onderzoek staat de beweging richting preventie en Positieve Gezondheid in het Nederlandse zorglandschap centraal. In een vijftal focusgroepen en een workshop is verkend en geanalyseerd waar deze beweging momenteel staat en wat ervoor nodig zou zijn om deze beweging te versterken, in bijzonder vanuit de verzekerde zorg. Als zodanig geeft het onderzoek duiding op grond van een diverse en inclusieve groep experts en betrokken burgers.

De resultaten laten zien dat de beweging richting preventie en Positieve Gezondheid de laatste vijftien jaar onmiskenbaar is gegroeid. Sinds het rapport *Van preventie verzekerd* uit 2007 zijn diverse mijlpalen bereikt. Deze beschrijven in de eerste plaats een toenemende focus op preventie (in plaats van op zorg). En in de tweede plaats een verschuiving in het denken over preventie zelf, wat kan worden geduid met het concept van Positieve Gezondheid. De onderzoek deelnemers waren van mening dat we in een paradigmaverschuiving verkeren, maar dat we hem nog niét gemaakt hebben.

Voor de beweging naar de toekomst toe kwam een behoefte tot uiting om een geschikter *frame* te vinden om het preventievraagstuk te kunnen benaderen. Er werd herhaaldelijk benoemd hoe belangrijk het is om gezondheid continu te laten ondersteunen binnen de maatschappij en om preventie niet alleen te duiden met verzekerde zorg in gedachten. In het verlengde hiervan kwam de wens naar voren dat het Zorginstituut bijdraagt aan een stelsel-overstijgende beweging en de zorg niet verder laat groeien door het opnemen van uiteenlopende preventie-interventies.

9.2 Kanttekeningen bij de onderzoeksopzet

Het onderhavige onderzoek is inventariserend en verkennend van aard. In een vijftal focusgroepen en een workshop is een diverse groep van burgers, professionals, beleidsmakers en wetenschappers bevroegd over preventie en Positieve Gezondheid in het zorgstelsel, de ontwikkelingen daarin en hun toekomstbeelden en behoeftes.

De gehanteerde onderzoeksmethode heeft zijn beperkingen. Allereerst zijn de onderzoek deelnemers aan de focusgroepen geselecteerd uit het brede netwerk van de Federatie voor Gezondheid. Dit netwerk heeft zich in belangrijke mate gevormd vanuit de wens om een beweging te maken van nazorg naar voorzorg, waardoor de resultaten niet zonder meer te generaliseren zijn naar alle mensen en partijen die een visie hebben op preventie binnen het zorgstelsel. Wel is ernaar

gestreefd om een zo divers mogelijke groep aan het woord te laten, waaronder ook kundige deelnemers die niet vaak aan het woord komen in dit kader.

Ten tweede had de opdracht een beperkte omvang in tijd, gecombineerd met een brede vraag. Hierdoor is niet alles diepgaand uitgewerkt en kunnen sommige uitkomsten een open deur lijken. Daar staat tegenover dat deze werkwijze een weergave heeft opgeleverd van wat er in zes verschillende sessies ontstond, waarbij er duidelijke thema's waren die kwamen bovendrijven. Hier kan indien gewenst op voortgeborduurd worden in verdiepende sessies.

Ten derde zijn de sessies begeleid door moderatoren die actief zijn binnen de Federatie voor Gezondheid. Dit gaf de benodigde voorkennis om de onderzoeksvragen goed te formuleren en kaderen, maar kan ook een mogelijke inkleuring hebben gegeven op basis van inhoudelijke achtergrondkennis en eigen visie. Om dit te beperken is gebruik gemaakt van twee moderatoren voor elke sessie, waarbij één een technische voorzittersrol had en één een inhoudelijk samenvattende rol, zodat van twee kanten kon worden gemonitord of de inbreng van de onderzoek deelnemers goed werd gehoord. Voor ditzelfde doel werden tijdens de focusgroepbijeenkomsten opnames gemaakt die teruggeluisterd konden worden en er zijn uitvoerige beschrijvende verslagen gemaakt. In het rapport is nauw aangesloten bij verwoordingen van de onderzoek deelnemers.

9.3 Aanbevelingen

Op basis van de verkennende analyse is de centrale aanbeveling voor het Zorginstituut Nederland om enerzijds terughoudend te zijn bij het opnemen van nieuw (preventief) aanbod binnen het zorgstelsel en anderzijds krachtig bij te dragen aan de agendering van gezondheid en preventie bij andere systeempartijen. Dit vraagt lef, omdat het Zorginstituut Nederland hiervoor buiten zijn wettelijk vastgelegde taken moet kijken. Aan de andere kant sluit het goed aan bij het oorspronkelijke doel van het zorgstelsel.

In onze grondwet (artikel 22) is opgenomen dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Het zorgstelsel is een invulling van die grondwettelijke taak. Dit betekent dat het functioneren van het zorgstelsel niet primair moet worden beoordeeld op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid; dat zijn afgeleide doelen. Het zorgstelsel moet worden beoordeeld op de mate waarin het gezondheid produceert, liefst optimaliseert. Vanuit dit perspectief bezien past het het Zorginstituut Nederland om buiten het eigen kader te treden. Het Zorginstituut heeft als systeemspeler de taak om met andere systeemspelers meer synergie te bereiken in het streven naar meer (positieve) gezondheid.

Om dit effectief te kunnen doen, kan het kiezen van een ander frame voor preventie helpend zijn. In de vierdeling van soorten preventie uit het rapport van 2007 ontbreekt namelijk de inbreng van de burger met zijn omgeving, die continu zijn eigen gezondheid ontwikkelt. Dit is het deel dat meer aandacht en budget zou moeten krijgen. Niet alleen omdat dit de zorgkosten beheersbaar houdt, maar ook omdat dit het werkelijke doel dient: gezondheid vergroten. Een voorbeeld van een mogelijk bruikbaar model is het framework van Plochg en Van der Kamp (2019) dat het 'professionele' *cure-care* verbindt met het 'persoonlijke' *heal-deal*.

Met de keuze van een model dat ook de vermogens van de burger en de maatschappij betreft om gezondheid te ontwikkelen, krijgt Positieve Gezondheid meteen een passende plek: dat gedachtegoed helpt om het *heal-deal* vermogen te vergroten in de eigen leefomgeving, maar ook om binnen *cure* en *care* de burger centraal te zetten en doelmatige zorg te bieden.

Waar preventie (bijvoorbeeld in de vorm van leefstijlinterventies) past binnen de zorgverzekering zou het Zorginstituut Nederland zijn wettelijke taak kunnen gebruiken om een aantal barrières weg te nemen en bestaande mogelijkheden beter te benutten. Hiervoor zouden andere of aanvullende toetsingskaders kunnen worden ontwikkeld, die neerkomen op de vraag: gaat deze werkwijze/behandeling de Positieve Gezondheid van de Nederlandse burgers versterken?

Tot slot werd het door alle onderzoek deelnemers gewaardeerd dat het Zorginstituut Nederland opdracht tot deze verkenning heeft gegeven. Daarmee heeft het de dialoog met het veld en de samenleving geopend en laat het zien reeds een lerende houding aan te nemen en breder te willen kijken. Voor een nadere uitwerking van deelonderwerpen en om ontwikkelingen te volgen is het aan te bevelen om op deze wijze in gesprek te blijven. De beweging richting preventie en Positieve Gezondheid is immers nog in volle gang.

Literatuurlijst

Huber M. et al. *Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study*. BMJ 2016 Jan 13; 5:e010091.

Kaljauw M., van Vliet K. *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Diemen, Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 10 april 2015.

Kaljauw M., Wijma S. Adviesrapport *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*. 27 november 2020.

Kamp J. van der, Plochg T. *The Health System Quartet: Four basic systems—cure, care, heal and deal—to foster the co-production of sustained health*. In: Sturmberg JP, Embracing Complexity in Health. Springer. 2019.

Kroes T. et al. *Van preventie verzekerd*. Diemen, CVZ, 16 juli 2007.

Plochg T. *Reconfiguring health professionalism towards addressing multimorbidity*. Eurohealth Inc Euro Obs. 2013;19(2):24-7.

Plochg T, Hoekstra P.J. *Batenstrategie voor Toekomstbestendige Gezondheidszorg*. Zorgvisie Magazine, 8 januari 2021, nr 1.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. *De kunst van het innoveren. Tijd voor een maatschappelijk perspectief op zorginnovatie*, mei 2022

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. *Health in all policies*. Achtergrondstudie, mei 2009

Veraart V. et al. *Leefbaarheid in Tilburg. Resultaten enquête Lemon meting 2021*. 22 maart 2022.

Vliet K. van, Grotendorst A., Roodbol P. *Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*. Diemen, Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2016.

Wijffels H.F. *Houdbare zorg. Van nazorg naar voorzorg*. Lezing 15 mei 2012 in Utrecht.

Wijgergangs L., Verweij M. *'De laatste 1000 dagen': voorbereiden op waardig leven en sterven in de laatste levensfase*. Whitepaper, maart 2022.

Zweers M. *De-implementatie van niet-gepaste zorg: experts aan het woord*. KIZ, 13 december 2018.

Bijlagen

Bijlage A. Deelnemerslijst focusgroepen

Alkemade, Joost van	Platform Vrijwillige Inzet
Bachra, Marjon	JOGG
Been, Ingeborg	VGZ
Bekker, Marleen	WUR
Boersma, Cornelis	Health-Ecore
Dekker, Elly	VNG
Fluitman, Maayke	SelfCareFactorY
Heman, René	KNMG
Hertog, Karen den	GGD Amsterdam
Heuvel, Baukje van den	Fitforsurgery
Hoek, Bert van der	Trimbos
Hoek, Jiska van der	Zorgbelang
Hoekstra, Peter	DNB
Huber, Machteld	AIG/IPH
Ivakic, Igor	NCJ
Jager, Margriet de	Alles Is Gezondheid
Jeekel, Pieter	Evodoc
Jong, Friso de	Roche
Kamp, Jan van der	Voormalig directeur GGD
Koolman, Xander	VU
Koper, Ferry	Initiatiefnemer Bestaanszekerheid voorkomt zorg
Koornstra, Anja	GGD GHOR
Kraaij, Marleen van	RV&S
Kraaijenhagen, Roderik	Vital10
Laar, Wil van de	Actiz en Zorgboog
Larsen, Jan Peter	Almende
Mark-van Haarst, Brenda	PGGM
Molema, Hanneke	TNO
Mosk, Charlotte	Zorg en Zekerheid
Oostrom, Tom	Nierstichting
Overgoor, Louis	Bettery Institute
Ploeg, Machteld	IPH
Poll, Aldien	Pharos
Pronk, Jeroen	Hanze Hogeschool
Ruiten, Karen van	AIG/IPH
Romph, Marnix de	P3NL
Rooij, Sandy van	Stichting Sandy Moves
Roosenboom, Marc	Initiatiefnemer Bestaanszekerheid voorkomt zorg
Rootsaert, Bianca	NVD
Schillings, Matt	Medtzorg
Schimmel, Francisca	Sensire
Splunter, Manon van	NVM
Staal, Lex	Sociaal Werk Nederland

Tilanus, Peter Jan
Touw, Hugo
Uyterlinden, Daphne
Velpen, Paul van der
Vonk, Robert
Voragen, Leonie

Rookvrij & Fitter Nederland
Radboud UMC
huisarts en leefstijlcoach
voormalig directeur GGD Amsterdam
RVS
Health KIC

Bijlage B. Topiclijst focusgroepen

Introduceren van het onderzoek

- Geluidsopname
- Privacy: citaten worden anoniem opgenomen in eindrapportage; er wordt wel een lijst opgenomen van alle deelnemers aan de focusgroepen. De opnames van de gesprekken dienen ter uitwerking van het verslag en kunnen waar nodig gebruikt worden om de borging van goed onderzoek te ondersteunen. Verwijzing naar mail met toelichting over hoe & waarom, samenvatting in 3 zinnen
- Naambordjes met functie & organisatie erop, zodat anderen weten vanuit welke achtergrond je spreekt
- Doel is niet om het eens te worden, maar om gedachten uit te wisselen, elkaar te inspireren, te verrijken, ideeën te vinden voor hoe het zou kunnen – laat je inspireren, scherp aan, vul aan – verschillende invalshoeken kunnen én mogen naast elkaar bestaan
- Rol van Meijke van Herwijnen (voorzitter, moderator), Thomas Plochg (2^e moderator), Marjorie Pasman (observator & verslaglegging) benoemen
- Twee delen in de sessie; tijd wordt goed bewaakt

Eerste deel (ca. 45 minuten)

Openingsvraag:

Wat is er veranderd/gebeurd sinds het rapport 'Preventie verzekerd' in 2007? We zoeken de relevante mijlpalen.

Doorvragen naar vier categorieën (en identificeren van vijfde en volgende indien van toepassing)

- Paradigmashift
 - o Waarneembaar? Onderstroom of juist bovenstroom? Waar staan we met die beweging/shift?
 - o Zo ja, hoe beschrijven jullie die? In welke taal. Met welke concepten? Waarom? (PG, van ZZ naar GG naar MM, veerkracht, heal/deal, anti-fragile, van nazorg naar voorzorg)
 - o Hoe duiden jullie die verschillen? Is er een rode draad? Zo ja, welke overeenkomsten zien jullie? (NB zijn de verschillen semantisch? Welke verschillen zijn wezenlijk?)
 - o Hoe past deze beweging bij de indelingen van preventie zoals voorgesteld in het rapport van 2007? Universeel, selectief geïndiceerd, zorggerelateerd)
- Proces, beweging
 - o Waaruit blijkt de beweging? Welke mijlpalen zijn van belang (preventie-akkoord?, AIG? IPH? FvG groeit, Passende zorg, rapport Kaljouw, ...)
 - o Is er een tijdlijn?
 - o welke actoren, partijen spelen een rol?
 - o
- Financiering en stelsel
 - o Aanspraken in het basispakket zvw (GLI, stoppen met roken, ...)
 - o bredere inbedding preventiefonds, 3D operatie, ...)
 - o rol zorgverzekeraars, gemeenten
 - o instrumentarium (vereveningsfonds, eigen risico, aanvullend pakket)
- Concrete verandering

- Wat heeft de burger ervan gemerkt?

Pauze 10 min.

Tweede deel (ca. 50 minuten)

Vloeit voort uit ontstane tijdlijn tijdens eerste deel van de sessie.

Openingsvraag:

Welke mijlpalen zou je willen zien vanaf 2023? Houd hierbij het kader van het Zorginstituut in gedachten: wat moeten zij opnemen in de actualisatie van hun rapport? Waar moeten zij op aansturen in jullie ogen? We zoeken naar wissels die omgezet (moeten) worden.

Paradigmashift:

- Taal/uitleg - VTV – figuur met overzicht indeling voor paradigmashift – PG aan toevoegen (of heal/deal ter concretisering) – zo onderdeel 'paradigmashift' rondmaken (spanningsveld: model is op 'oude' wetten gebaseerd – wat voeg je hieraan toe?)

Proces/beweging:

- Hoe kan het veranderproces worden georganiseerd?
- PG vraagt om een beweging van specialisatie naar transdisciplinair werken (ook mét de burger), dus bottom-up ipv top-down – hoe in stelsel een plek geven?
- Bottom up via interactie of top down via projectie
- Andere organisatie van de expertise - wat doen om te voorkomen dat domeinstrijd dit remt
- Welke wissels moeten worden omgezet?

Financiering en stelsel:

- Vorm voor financiering van PG/veerkracht/preventie? Vouchers?
- Publiek/privaat? Wat is constructief?
- Hoe meet je effectiviteit?

Concrete verandering:

- Wat zijn de vehikels?
- Doorontwikkeling GLI? Preventiefonds?
- Gidsfunctie

Afronding

Wie wil er nog iets kwijt dat ontbroken heeft in het gesprek tot nu toe?