

White Paper, Jan van Es Instituut, Almere

Onderliggende informatie Masterclass Persoonlijke Preventie, mei 2013

‘Persoonlijke Preventie, samenwerken in de regio voor optimaal resultaat’.

Waarom persoonlijke preventie?

Wij staan aan het begin van een omslag in de gezondheidszorg die preventie effectiever en dichter bij de belevingswereld van de burger gaat brengen. Daardoor zal de burger of de patiënt meer dan tot nu toe de handen aan het eigen stuur willen en kunnen nemen. Zonder die bijdrage van de burger of de patiënt zelf wordt de zorg onhoudbaar omvangrijk en zal niet iedereen voldoende zorg meer kunnen krijgen.¹ Persoonlijke preventie geeft concreet vorm aan de beoogde transitie van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Meer regie voor de burger en/of de patiënt en waar mogelijk de inzet van e-Health zijn daarbij belangrijke uitgangspunten.

Versnippering van preventie-aanbod

Veel chronische ziekten zijn welvaartsziekten en hebben te maken met het gedrag van mensen. Te weinig bewegen, slechte voeding, stress en roken zijn de belangrijkste veroorzakers van chronische aandoeningen. Met andere woorden: een gezonde leefstijl kan ziekten uitstellen of (erger) voorkomen. Veel burgers nemen hun toevlucht tot dieetcursussen, voedingssupplementen, vitaminepillen of alternatieve geneeswijzen, maar daarmee veranderen ze hun gedrag niet. De veelal tijdelijke aanpassingen leiden wel tot het ‘jojo-effect’.

Binnen de zorg en op lokaal niveau wordt volop gezocht naar alternatieven. Zo worden er lokale gezondheidsmarkten georganiseerd en preventie-, beweeg- en sportprogramma’s in wijken en scholen opgezet. Daarnaast zijn er heel veel leefstijlinterventies. De maatschappelijke opbrengst van veel interventies is vooralsnog onduidelijk. Van de 3.000 interventies zijn slechts enkele honderden onderzocht en bewezen effectief.

De enorme versnippering van het preventie-aanbod maakt het onmogelijk om te laten zien wat de resultaten van preventie zijn. Daar komt de vraag bij hoe de patiënt uit het enorme aanbod slimme keuzes kan maken. Welke preventie-activiteiten sluiten aan bij de persoonlijke behoeften en vinden in de eigen leefomgeving plaats? Zijn er andere opties mogelijk die meer een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid en aansluiten bij het concept van ‘zorg in de buurt’? Ofwel: wat kan een persoon zelf doen om de eigen gezondheid te verbeteren?

¹ Zelf kiezen voor gezondheid, naar gepersonaliseerde preventie. Maatschappelijke agenda voor geïndividualiseerde preventie van chronische ziekten (2010).

Preventie vraagt om zelfkennis

Terwijl de wetenschappelijke kennis over gezondheid en wat een gezonde leefstijl is groeit, blijft de maatschappelijk gedeelde kennis over wat gezond is een simpel rekensommetje: een uur per dag actief bewegen (vijf dagen in de week is al genoeg!), maximaal twee glazen alcohol en dagelijks twee stukken fruit of porties groenten. Wat iemand de rest van de dag (niet) doet, telt niet mee. Ook is een gezonde leefstijl nog geen gesprekspunt in veel behandelkamers. Veel professionals kijken op de eerste plaats naar de meest zichtbare en dominante klachten.

Uit divers onderzoek blijkt dat vooral goed opgeleide en gemotiveerde mensen werken aan een gezonde leefstijl. Zelfkennis en bewustwording vormen de basis voor het maken van gezonde keuzes. Dat gebeurt bij veel mensen vaak pas als een ziekte zich heeft gemanifesteerd. Veel mensen worden dan hard geconfronteerd met (de consequenties van) ongezonde leefgewoonten en passen vervolgens hun gedrag aan. Eigenlijk is het dan al te laat.

Met online vragenlijsten kunnen gezondheidsrisico's vroegtijdig worden gesignaleerd. Mensen doen vrijwillig mee aan een laagdrempelige en digitale risico- of leefstijltest en krijgen een persoonlijk gezondheidsadvies. Indien nodig volgt een doorverwijzing. Burgers blijken hier graag gebruik van te maken, mits een persoonlijke (online) gezondheidstest wordt aangeboden via betrouwbare communicatiekanalen en partners zoals de huisarts, de GGD, de eigen sportclub of een community waar men lid van is. 'Anonieme' testen leiden daarentegen veelal tot angst, blijkt uit de ZegelGezond Monitor 2012.

Wat is persoonlijke preventie?

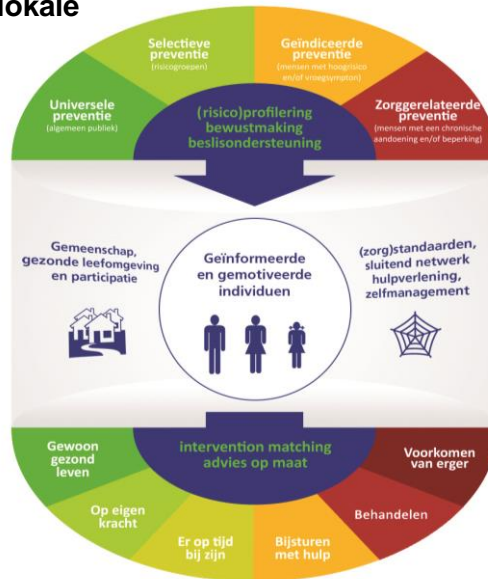
Persoonlijke preventie (PP) is het op basis van individuele behoeften en risicofactoren inschatten van de kans op een chronische ziekte(n) en met passende informatie of (leefstijl)interventies hierop inspelen. Persoonlijke preventie vraagt om hechte samenwerking en goede beslisondersteuning, waar mogelijk met de inzet van e-Health/ICT. Werken aan persoonlijke preventie vereist een denkomslag bij alle betrokkenen en nieuwe kaders voor implementatie.

Prevent-model

Vertrekpunt bij het werken aan persoonlijke preventie is daarom het Prevent-model (zie hieronder). Het Prevent-model draait om het geïnformeerde en het gemotiveerde individu in een gezonde leefomgeving, die mee kan doen in de maatschappij. Als het individu daartoe niet in staat is, kan hij of zij gebruik maken van een sluitend netwerk van hulpverlening. Dit gebeurt op basis van een (digitaal) advies op maat dat een individu op basis van risicoprofilering uitnodigt zelf gezonde keuzes te maken en in beweging te komen. Realisatie van het Prevent-model bestaat uit een samenspel tussen vijf bekostiging(f)actoren.

1 Focus op regionale en lokale aanpak

4 Burgerinitiatieven, sociaal ondernemerschap en participatiegelden



2 Persoonlijk gezondheidsadvies als (gratis) service voor burgers

3 Keten- en netwerkzorg 3.0

5 Prestatie-indicatoren, benchmark en cliëntmonitoring

We hebben het hier over diverse (f)actoren, omdat het niet alleen over de financieringswijze gaat maar ook over welke arrangementen naast elkaar kunnen worden georganiseerd. Daarbij staat centraal dat het individu zoveel mogelijk zelf verantwoordelijk is of (weer) wordt voor de eigen gezondheid.

De parallele bekostigings(f)actoren en arrangementen nader toegelicht:

1 Focus op regionale en lokale aanpak

Lokale overheden zijn volgens de WPG verantwoordelijk voor de organisatie en de financiering van preventie (= *systeemverantwoordelijkheid*). Hun taken zijn: a) het in kaart brengen van de regionale gezondheidssituatie, b) gezondheidsbevordering en c) het afstemmen van preventieprogramma's. De WPG legt een basis voor samenwerking tussen de publieke gezondheidszorg, curatieve zorg en participatie. Gemeenten en zorgverzekeraars stellen politiek-bestuurlijke prioriteiten en stemmen hun budgetten hierop af. Dit op basis van informatie over gezondheidsrisico's die lokaal aanwezig is en de gezondheidswinst die wordt verwacht. Zo komt gestaag een regionale gezondheidsfunctie en -fonds tot stand, inclusief inbedding van populatiebekostiging (zie bij punt 3). Gemeenten in de regio maken onderling bestuurlijke afspraken over ambities en taakverdeling, daarnaast ook met zorgverzekeraars. Er is een regionaal convenant of agenda met andere relevante regionale partners.

2 Persoonlijk gezondheidsadvies als (gratis) service voor burgers

Via de Persoonlijke Gezondheid Applicatie kunnen burgers in de nabije toekomst kiezen voor het ontvangen van een persoonlijk gezondheidsadvies. Er zijn twee complementaire bekostigingswijzen:

- 1) Een bevolkingsonderzoek dat landelijk wordt aangeboden en ten laste van de rijksbegroting komt. In het laatste geval beslist de minister over doelgroepen en invoering. Het bevolkingsonderzoek kan gelden voor mensen ouder dan 45 of 55 jaar en voor jongeren tot en met 21 jaar.
- 2) De burger betaalt een eigen bijdrage. Mensen onder de 45 of 55 jaar betalen een eigen bijdrage of declareren dit bij hun zorgverzekeraar, werkgever, UWV of pensioenfonds.

3 Keten- en netwerkzorg 3.0

Samenwerkingsafspraken inzake het actief opsporen van mensen met een hoog risico zijn steeds vaker een gewoon onderdeel van goede zorg (= *resultaatverantwoordelijkheid*). Bij keten- en netwerkzorg 3.0 gaat het om digitale kennis- en expertsystemen waarmee preventie en zorg online beschikbaar zijn voor teams en 'hun' patiënten. Kennissystemen vormen de inhoudelijke basis voor zelfmanagement, vergaande taakdelegatie en substitutie. Een goed resultaat vraagt om samenwerken met de juiste kennis en competenties ofwel voldoende kwaliteit en professionaliteit. Populatiegerichte bekostiging is het financieren van integrale zorg op basis van gezondheidsrisico's, zorgbehoeften en gezondheidsuitkomsten. Dit gebeurt gebieds- of populatiegericht. Er wordt een budget per inwoner/verzekerde berekend en gereserveerd voor (online) preventie- en zorgactiviteiten in een bepaalde wijk of voor een bepaalde populatie. De geboden zorg wordt niet meer per ziekte betaald, maar sluit aan bij de geconstateerde risico's en behoeften. Populatiegerichte bekostiging leidt tot vraaggestuurde teams gefaciliteerd via keten- en netwerkzorg 3.0.

4 Burgerinitiatieven, sociaal ondernemerschap en participatiegelden

Het ontstaan van chronische ziekten is niet alleen terug te voeren tot individuele beslissingen maar ook op collectieve risico's zoals een omgeving waarin ongezond voedsel goedkoop en gemakkelijk toegankelijk is, waarin beweging niet wordt gestimuleerd of gefaciliteerd en waarin nog veel mensen meeroken. Uit divers onderzoek blijkt dat mensen met een lager inkomen en lagere opleiding een slechtere gezondheid hebben dan de hoogopgeleide burger.

- 1) Op lokaal niveau worden stimulerende coalities gevonden tussen burgers zelf, lokale overheid, werkgevers, professionals, ondernemers, zorgverzekeraars of pensioenfondsen. Coalities gericht op het hoger doel om een vitalere gemeenschap en leefbare omgeving te bereiken. Partijen worden verleid mee te doen aan het vitaliseren van een buurt met gezamenlijke doelen die de betrokkenen inspireren, zowel vanuit hun primaire verantwoordelijkheid als vanuit een maatschappelijke

verantwoordelijkheid. Hun gemeenschappelijke doel: een gezonde buurt!

2) Kwetsbare groepen worden via internet en bestaande zorgplekken slecht(er) bereikt, maar ook zij hebben recht op een persoonlijk gezondheidsadvies. Vanuit laagdrempelige inlooppunten in de wijk, nieuwe participatie-initiatieven en sociaal ondernemerschap wordt gerichte (digitale) ondersteuning geboden.

5 Prestatie-indicatoren, benchmark en cliëntmonitoring

Werken aan gezondheid in de wijk of regio, en aan Persoonlijke preventie in het bijzonder, moet resultaten opleveren en is meetbaar via prestatie-indicatoren:

- Gezondheid van deelnemers: de mate waarin de gezondheid van de deelnemers is verbeterd.
- Verlaging van verzekeringskosten: de bijdrage aan de verlaging van de ziektekosten.
- Afname aantal ziektegevallen: de gerealiseerde vermindering van het aantal chronisch zieken.
- Verminderde arbeidsongeschiktheid: de mate waarin sprake is van een daling van werkuitval.
- Minder verzuim: de mate waarin sprake is van een hogere arbeidsproductiviteit.
- Hogere (kosten-)effectiviteit van interventies: inzicht in de meest effectieve interventies.
- Bereiken van doelgroep: de mate waarin de benaderde doelgroep heeft gereageerd.
- Instroom: het aantal mensen dat deelneemt van de beoogde populatie.
- Maatwerk: de mate waarin het geboden preventie-aanbod als passend wordt ervaren.
- Uitstroom: percentage dat weer zelfstandig verder kan met werken aan de eigen gezondheid.
- Algemeen rapportcijfer: cliënten waarderen de dienstverlening met een cijfer.

De hierboven (f)actoren zijn volop in ontwikkeling. Daarmee is er een vruchtbare context voor de implementatie van persoonlijke preventie ontstaan.

De stappen naar persoonlijke preventie

De stappen naar persoonlijke preventie zijn beschreven in de implementatiecyclus van het Preventie-model² en zijn:



A *Doelgroep profilering*, waarbij een profiel wordt gemaakt van de doelgroep op basis van sociaal-demografische gegevens en/of gedragsdeterminanten. Daarvoor kunnen verschillende bronnen worden gebruikt, zoals de gezondheidsmonitors, registratiesystemen, risico-inventarisaties en evaluaties. Die tools kunnen afzonderlijk, maar vooral gecombineerd een schat aan informatie leveren over doelgroepen. Een praktisch instrument daarvoor is de Wijk- en Praktijkscan van het Jan van Es Instituut.

B *Interventie profilering*, waarin het regionaal beschikbare preventieaanbod in kaart wordt gebracht en gecategoriseerd naar onder andere thema, preventiesoort, doel, doelgroep, methode en locatie om interventie matching (zie stap C) mogelijk te maken. Hiervoor is een aantal bronnen beschikbaar; zoals de I-database van het Centrum Gezond Leven, Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM), de sociale kaarten van onder andere gemeenten, internet en kwaliteitsregisters.

² Van der Aa, A. en Walg, C., in: Persoonlijke preventie verbindt en ontzorgt (Boom Lemma, 2012)

C Individuele (risico)profilering en interventie matching, daarbij worden de individuele risico's via vraaganalyses, health checks of gezondheidstesten bepaald, motivatie en voorkeuren in kaart gebracht en gematcht met het beschikbare preventieaanbod. Tools voor het maken van individuele (risico)profielen zijn onder andere het PreventieKompas (werk), PreventieConsult (huisarts), E-Movo (school), maar ook sociale marketingtechnieken kunnen worden toegepast om motivatie en voorkeuren beter in beeld te krijgen. Aan welk preventieaanbod een vraag van het individu wordt gekoppeld, hangt af van het individuele (risico)profiel en de aanwezigheid en toegankelijkheid van het aanbod. De een zal meer baat hebben bij een interventie in groepsverband, de ander aan bijvoorbeeld digitale informatie op individueel niveau. Die keuze zou er moeten zijn.

D (Her)ijking, daarbij worden de lacunes in het preventieaanbod gedefinieerd, maar ook de opkomst, participatie en de waardering geëvalueerd. Daarna wordt het preventieaanbod zo nodig bijgesteld ter optimalisatie. Dat kan op twee manieren. Het kan zijn dat er iets ontbreekt in het preventieaanbod (aanwezigheid), maar het kan ook zijn dat het aanbod niet geschikt is voor het individu (juiste aanbod). Om te kijken of er lacunes zijn, kunnen cliënttevredenheidsonderzoeken, klantpanels, inspectierapporten, evaluaties van gezondheidsbeleid worden gebruikt, maar ook kwaliteitsregisters. En wanneer men weet wie de doelgroep en het individu is en welke behoeften er zijn, dan kunnen de lacunes ook zichtbaar worden. In bepaalde 'schappen' ligt dan geen product. In het schap geïndiceerde preventie en preventieve ondersteuning ligt dan bijvoorbeeld geen Stoppen met roken-cursus.

Belangrijke 'voorwaarden voor implementatie' zijn:

Het *optimaliseren van de doelmatigheid* door taakherschikkingen of -delegatie, begeleiding op afstand met behulp van internet en nieuwe media en door het stimuleren en ondersteunen van zelfmanagement en peer education.

Het *creëren van maatschappelijke betrokkenheid* door zo veel mogelijk relevante stakeholders te betrekken. Dit betekent vooral zichtbaar maken welke meerwaarde (persoonlijke) preventie kan hebben voor de cliënt of patiënt en daarmee uiteindelijk de maatschappij.

Het *creëren van financiële incentives* door stimulerende financiering. Het gaat erom dat mensen in beweging komen. Tools daarvoor zijn subsidies, kortingen op premies, maar ook bijvoorbeeld belastingvoordelen.

De voorwaarden voor implementatie worden verder uitgewerkt in het boek 'Persoonlijke preventie verbindt en ontzorgt' (Boom Lemma, 2012). In het boek wordt ook aandacht besteed aan 'sociale marketing' om beoogde doelgroepen bij preventie nog beter te bereiken.

De lessen uit praktijk(onderzoek)

Persoonlijke preventie krijgt reeds gestalte in de praktijk³. Enkele voorbeelden:

PreventieConsult Cardiometabool Risico

Huisartsen en bedrijfsartsen lopen steeds meer warm voor geïntegreerde risicoprofilering. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat huisartsen een positieve houding hebben ten aanzien van preventie van vooral hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en chronische nierziekten (Nielen, 2010). Wel vinden zij dat de preventie van huisartsen met name gericht dient te zijn op patiënten met een verhoogd risico op deze aandoeningen. De bedrijfsartsen hebben al een lange traditie met vormen van screening onder gezonde werknemers, maar de variëteit daarin is groot. Afgelopen jaren hebben artsorganisaties en gezondheidsfondsen⁴ daarom gewerkt aan de eerste module van het PreventieConsult, het PreventieConsult Cardiometabool Risico (CMR). Deze stapsgewijze profilering van het cardiometabole risico is ingebed in de eerstelijnszorg en recentelijk gepubliceerd als multidisciplinaire NHG-standaard.

PreventieKompas

Na een grondige voorbereiding en testen van het PreventieKompas wordt de aanpak op dit moment breed geïmplementeerd als de basis voor integraal gezondheidsmanagement in een bedrijfsgeneeskundige setting (www.preventiekompas.nl). De aanpak wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een bedrijfsarts, die het PreventieKompas als 'kennis- en managementtool' kan inzetten. Naast het kennissysteem met stap-voor-stap-oplossingen voor risico's en interventieadviezen op basis van individuele risicoprofilering bevat het PreventieKompas ook educatie en management modules voor een uniforme, effectieve en gestructureerde uitvoering. Ook genereert het PreventieKompas managementrapportages op basis van geaggregeerde geanonimiseerde data van de deelnemers.

Van de PreventieKompas-aanpak is inmiddels aangetoond⁵ dat een terugkoppeling van een persoonlijk risicoprofiel effectief is in de zin dat:

- 1 een aanzienlijk deel (ongeveer 10 procent) van de deelnemers een dermate hoog risico heeft dat er volgens de gangbare richtlijnen medische of professionele behandeling geïndiceerd is;
- 2 de motivatie van het individu voor gedragsverandering verhoogd kan worden;

³ Van Soest, F. en Kraaijenhagen, R.A., in: Persoonlijke preventie verbindt en ontzorgt (Boom Lemma, 2012)

¹ Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), en drie gezondheidsfondsen samenwerkend onder de naam LekkerLangLeven: het Diabetes Fonds, de Hartstichting en de Nierstichting.

⁵ Van Soest, F. en Kraaijenhagen, R.A., in: Persoonlijke preventie verbindt en ontzorgt (Boom Lemma, 2012)

- 3 een groot deel van de deelnemers daadwerkelijk actie onderneemt ter bevordering van hun gezondheid ; en
- 4 dat dit ook resulteert in afname van het cardiometabool risico en een positief effect heeft op verzuim.

Persoonlijke preventie in de wijk

In de wijk Leidsche Rijn wordt geëxperimenteerd met een persoonlijke preventie-aanpak. 800 wijkbewoners hebben een uitnodiging van hun huisarts ontvangen om hun gezondheid online te testen. Als blijkt dat er een verhoogd risico is op een chronische ziekte dan kan iedere bewoner beslissen of men de eigen gezondheidsconditie wil verbeteren. Vervolgens kan elk individu kiezen uit een palet van lokale en online preventie-arrangementen.

Het project is een initiatief van Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, GG en GD Utrecht, AGIS zorgverzekeraar, NIPED, UMC Utrecht en Vita Valley en vindt plaats in het kader van het convenant 'Utrecht Gezond'. Voorafgaand aan het project zijn de zorggegevens en de gezondheidsproblemen in de wijk Leidsche Rijn geanalyseerd. Daaruit bleek dat overgewicht, bewegingsarmoede en psychosociale problematiek de belangrijkste gezondheidsbedreigingen in de Utrechtse wijk zijn (Preventweb.nl, 2011).

In de eerste pilot verwacht men 800 wijkbewoners over te halen tot participatie. Na de testfase worden in totaal 10.000-20.000 deelnemers uitgenodigd. Er wordt stapsgewijs toegewerkt naar een duurzaam en sluitend regionaal netwerk. Door de wijkgerichte insteek kunnen behoeften van wijkbewoners individueel worden gekoppeld aan leefstijl- en fitnessprogramma's van buurtcentra, sportverenigingen, zorginstellingen en gezondheidscentra in Leidsche Rijn.

Tot slot

Persoonlijke preventie is een uitdaging voor alle betrokkenen. Inmiddels is er voldoende kennis, onderzoek en praktijkvoorbeelden voorhanden om de implementatie ervan in de regio verder vorm te geven. Vandaar de Masterclass Persoonlijke Preventie. Om u vertrouwd te maken met deze nieuwe zienswijzen en ook de nieuwe werkwijzen die hierbij horen. U ontvangt als deelnemer het boek 'Persoonlijke preventie verbindt en ontzorgt' en ontmoet tijdens de masterclass de koplopers. Zij stellen graag praktische documenten beschikbaar waarmee u zelf voortvarend in de eigen regio met persoonlijke preventie aan de slag kunt.

Jan van Es Instituut

Het Jan van Es Instituut richt zich specifiek op de organisatie van de geïntegreerde eerste lijn.

Het is een onafhankelijk expertisecentrum dat een brug slaat tussen wetenschap en praktijk. Het richt zich op het continu verzamelen, verrijken en verspreiden van kennis over de organisatie van de geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte gezondheidszorg.

Doel is het bereiken van een betere samenhang in de zorg. Met het oog op het verkrijgen van betere uitkomsten voor patiënt, professional en samenleving.

We leveren een bijdrage aan het verspreiden van bestaande en nieuwe kennis, gebaseerd op wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek. Ervaringen uit de praktijk worden vertaald naar nieuwe kennisvragen. De gegenereerde kennis wordt praktisch vertaald in instrumenten voor zorgaanbieders, inkopers van zorg, beleidsmakers en patiënten/consumenten.

Het Jan van Es Instituut wil:

- de samenwerking tussen wetenschap en praktijk van geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte zorg verbeteren
- de academische basis van geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte zorg vergroten
- kennis over proces van geïntegreerde eerstelijns- en wijkgerichte zorg verwerven en verspreiden.

Meer informatie over de Masterclass Persoonlijke Preventie: [Informatie Masterclass](#)

Meer informatie over de Wijk- en Praktijkscan: [Wijk- en Praktijkscan](#)

Contact:

Jan van Es Instituut
Randstad 2145-a
1314 BG Almere
T.036 – 7670360

E.info@jvei.nl

www.jvei.nl