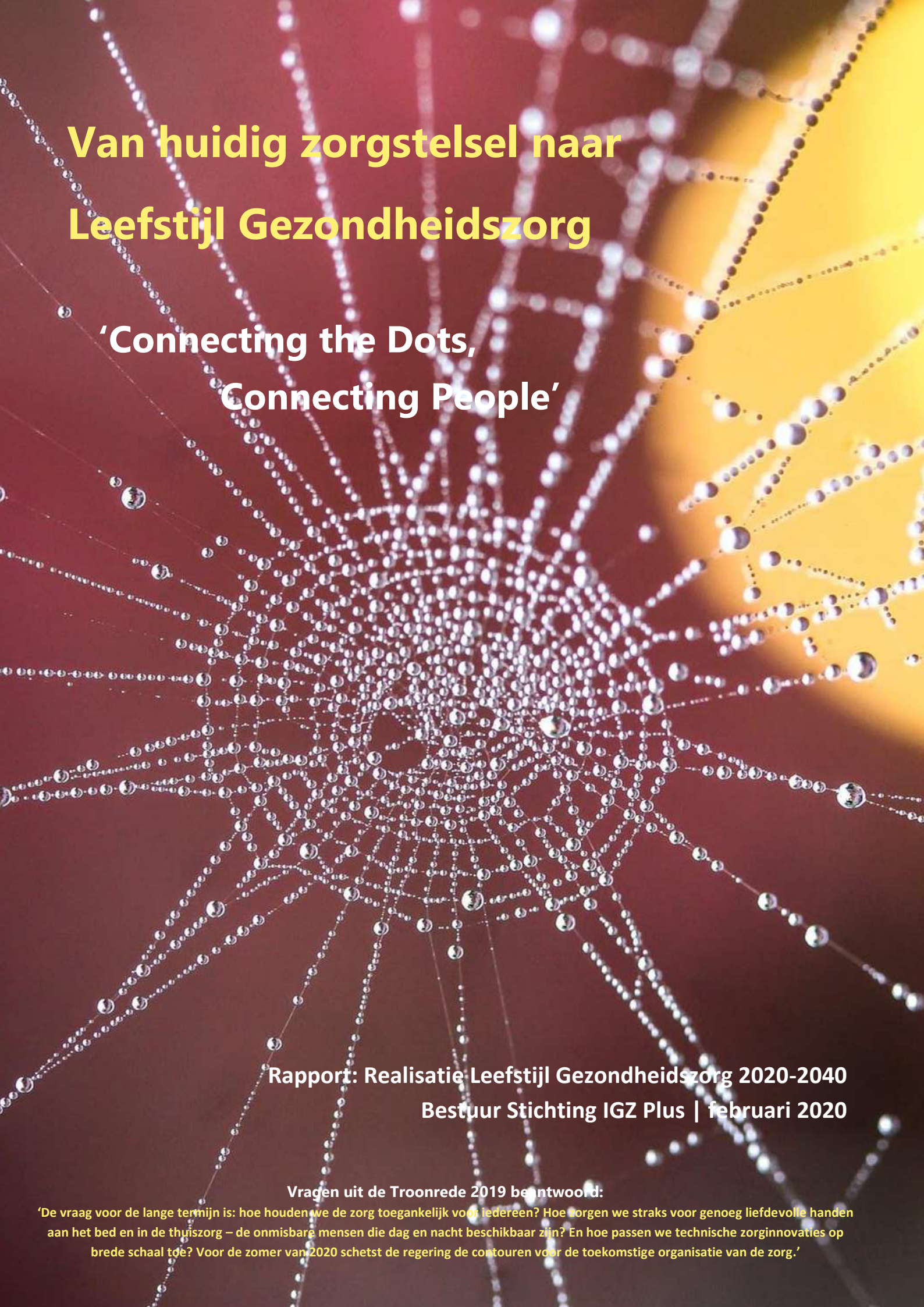




Van huidig zorgstelsel naar Leefstijl Gezondheidszorg

**'Connecting the Dots,
Connecting People'**

Rapport: Realisatie Leefstijl Gezondheidszorg 2020-2040
Bestuur Stichting IGZ Plus | februari 2020

Vragen uit de Troonrede 2019 beantwoord:

'De vraag voor de lange termijn is: hoe houden we de zorg toegankelijk voor iedereen? Hoe zorgen we straks voor genoeg liefdevolle handen aan het bed en in de thuiszorg – de onmisbare mensen die dag en nacht beschikbaar zijn? En hoe passen we technische zorginnovaties op brede schaal toe? Voor de zomer van 2020 schetst de regering de contouren voor de toekomstige organisatie van de zorg.'

VOORWOORD

Ontstaan Leefstijl Gezondheidszorg

Leefstijl Gezondheidszorg gaat terug naar het jaar 2012, het jaar waarin Orange Monday Foundation werd opgericht. De stichting had als doelstelling: *‘de behartiging van mensen met psychische klachten, zowel qua begeleiding als behandeling en binnen en buiten de GGZ (complementaire hulp- en dienstverlening)’*. Orange Monday Foundation is in 2017 opgegaan in Stichting IGZ Plus.

Kettingreactie klachten

Orange Monday Foundation/Stichting IGZ Plus heeft gedurende de periode 2012 tot heden veel contact (gehad) met zorgconsumenten, zorgverleners en organisaties. De rode draad in deze periode is dat zorgconsumenten, vaak van de ene op de andere dag, hun leven ‘kwijt’ raakten doordat zij een psychische klacht of -diagnose hadden. Een kettingreactie van klachten (mentaal, fysiek en qua omgeving) was het gevolg. Zorgverleners waren hier niet op voorbereid. Het gevolg: sociaal isolement, scheiding, verlies van werk, uitkeringssituatie, financiële problemen et cetera.

De samenhang tussen mentale en fysieke gezondheid en de invloed daarop van de vele (dagelijkse) omgevingsfactoren werd steeds duidelijker. Het viel op dat binnen de hulpverlening voornamelijk gevolg bestrijdend werd (en wordt) gewerkt en te weinig (of niet) naar oorzaken werd en wordt gekeken, noch dat hierop wordt geanticipeerd. De gezondheidszorg/hulpverlening gaat uit van ‘de klacht’ van de cliënt of patiënt en staat nauwelijks stil (of weet niet) van andere problemen die de klacht (meestal negatief) beïnvloeden.

1

Gezondheidszorg: eilanden in een oceaan

Onderzoek wijst uit dat lichamelijke gezondheidszorg (Zorg) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nauwelijks of geen informatie delen of samenwerken. Welzijn en overige complementaire hulp- en dienstverlening delen hun informatie niet of nauwelijks met Zorg en GGZ. Dit geldt ook andersom.

De huidige reguliere gezondheidszorg (Zorg, GGZ en Welzijn) en complementaire hulp- en dienstverlening werken op eilanden in een oceaan van 17 miljoen zorgconsumenten. Het resultaat: onvolledige/onjuiste diagnoses, inadequate behandeling en begeleiding, draaideurpatiënten en ‘van het kastje naar de muur’ worden gestuurd.

Uitbreiding onderzoek naar: mentaal & fysiek

Na het opgaan van Orange Monday Foundation in de Stichting Integrale Gezondheidszorg Plus werd het onderzoek wat reeds was gedaan, uitgebreid naar lichamelijke gezondheidszorg. Mensen met (ernstige) lichamelijke klachten (kanker, hart, nieren et cetera), kennen een vergelijkbaar beeld als mensen met psychische klachten.

Zij ervaren mentale klachten en ook problemen in sociaal-maatschappelijke optiek (eenzaamheid bv.), sociaaleconomisch (werk en inkomen) en financieel-juridisch (schulden). Ogenscheinlijk is er dus geen verschil tussen de ervaringen van mensen met psychische of lichamelijke klachten, de insteek is anders.

Dynamische omgeving grote invloed

Vervolgens bleek het volgende ook het geval. Ogenscheinlijk gezonde mensen (geen ernstige psychische of lichamelijke klachten), die in een situatie komen dat hun leven of sociaal-maatschappelijk, en/of sociaaleconomisch en/of financieel-juridisch niet meer verliep zoals zij wenselijk achten (scheiding, ontslag, schulden et cetera). Wanneer deze klachten maar ernstig genoeg worden, krijgen deze mensen last van psychische en/of lichamelijke klachten. De cirkel is rond.

De gezondheidszorg anno 2020 voldoet niet meer aan de (ervaren) eisen die onze maatschappij stelt aan mensen. Het aantal burn-outklachten stijgt, op de gezondheidszorg is meer bezuinigd dan goed is, de gezondheidszorg werkt symptoomgericht en is op hoofdgebieden gescheiden. Last but not least; er zijn 'te weinig handen aan het bed'.

Rapport: Realisatie Leefstijl Gezondheidszorg 2020-2040

De gezondheidszorg staat op een point-of-no-return. Lijmen van de zorg is niet langer functioneel. De gezondheidszorg moet anders worden georganiseerd. De scheiding tussen Zorg, GGZ en Welzijn moet worden opgeheven, de zorgconsument moet meer duidelijkheid krijgen hoe zijn zorgpad er komt uit te zien en wat de gevolgen zijn als hij van het (zorg-)pad afwijkt.

Het VitaliteitQuotiënt biedt hier uitkomst. Zowel voor de zorgconsument als voor de zorgverlener wordt een compleet beeld gegeven van zijn Mentale en Fysieke Vitaliteit en van zijn Dynamische Omgeving. Door middel van een dynamische, algoritmische VQ-app wordt zijn gezondheidssituatie bijgehouden en kan, indien nodig, worden ingegrepen. De zorgverlener en zorgconsument (onder eigen regie en verantwoordelijkheid) bepalen samen het zorgpad. De huisarts is op de hoogte en kan het proces beheren, zodat de zorgconsument naar een optimale kwaliteit van leven gaat, met of zonder ziekte of beperking.

2

(R)evolutie in Gezondheidszorg

Is het een revolutie of een evolutie binnen gezondheidszorg? Wellicht allebei. Het is in ieder geval noodzakelijk dat er verandering komt. Leefstijl Gezondheidszorg is een nieuwe vorm van gezondheidszorg, die voortkomt uit een gezondheidszorg die wij al meer dan 100 jaar kennen. Het revolutionaire karakter van Leefstijl Gezondheidszorg zit niet in het feit dat wij de baricaden op moeten, maar over de baricaden, die de afgelopen 100 jaar zijn opgeworpen, moeten kijken. Leefstijl Gezondheidszorg betekent door bewustzijn te kiezen voor optimaal welbevinden.

Revolutie of evolutie, het samengaan van lichamelijke gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en welzijn is een must om te komen tot een duurzame, inclusieve, betere en betaalbare gezondheidszorg.

Martin Jan Melinga, voorzitter Stichting IGZ Plus

's-Hertogenbosch - 18 februari 2020

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	1
Samenvatting	8
Inleiding	14
Hoofdstuk 1 Geschiedenis en stand van zaken gezondheidszorg	15
▪ Nieuw zorgstelsel	15
▪ Geschiedenis en huidige situatie gezondheidszorg in Nederland	16
▪ Toekomst gezondheidszorg in Nederland	16
▪ Domeinen gezondheidszorg nu en in de toekomst	16
▪ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	17
▪ Zorgstelsel sinds 2006	18
▪ Kosten gezondheidszorg (2018)	18
▪ Gezondheidszorg hoogste kostenpost Rijksbegroting	19
Hoofdstuk 2 Gezondheidszorg richting 2040	20
▪ Toename (wetenschappelijke) kennis	20
▪ Stijging gemiddelde levensverwachting	20
▪ Toename investering in onderzoek en IT-mogelijkheden gezondheidszorg	21
▪ Te veel gevolg bestrijdend	22
▪ Preventie schiet te kort	23
▪ Huidige preventie ten opzichte van preventie Leefstijl Gezondheidszorg	24
▪ Preventie rode draad	24
Hoofdstuk 3 Leefstijl Gezondheidszorg in vogelvlucht	25
▪ Definitie sociale euro	25
▪ Leefstijl Gezondheidszorg bestaat uit 3 hoofd- en 11 deelgebieden	25
▪ De drie-eenheid van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ)	26
▪ Vitaliteit: containerbegrip	27
▪ Ruim 17 miljoen mensen hebben recht op maatwerk Leefstijl Gezondheidszorg	27
▪ Zorgconsumenten verdienen duurzame gezondheidszorg, nu en in de toekomst	28
▪ Breed kader zorg voor duurzame gezondheidszorg	30
▪ Waarom Leefstijl Gezondheidszorg in plaats van de huidige, reguliere gezondheidszorg	31
Hoofdstuk 4 De beoogde wijzigingen van Stichting IGZ Plus op een rij	32
▪ Primair doel: organisatorische verandering gezondheidszorg	32
▪ Kernpunten (voorwaarden) voor Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ)	37
▪ Secundair doel: inhoudelijke verandering gezondheidszorg	37
▪ Tertiair doel: financiering van Leefstijl Gezondheidszorg	37

Hoofdstuk 5 Mentale Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ)	38
▪ GGZ toen en nu	38
▪ Van GGZ naar Mentale Leefstijl Gezondheidszorg	39
▪ Drie-eenheid: Mentaal – Fysiek – Omgeving	39
▪ Voorkomen is beter dan genezen	41
▪ Mentale Leefstijl Gezondheidszorg vervangt GGZ	42
▪ Verhouding mentale en fysieke klachten	43
▪ Nadere beschouwing kosten GGZ (en sociale euro)	43
▪ Mentale gezondheidszorg binnen Leefstijl Gezondheidszorg	49
▪ Duidelijkheid voor zorgconsumenten – zorgplanning	49
▪ Wat is zorgplanning	49
▪ Vraag om andere inrichting GGZ (Mentale Leefstijl Gezondheidszorg)	49
▪ Mentale gezondheidszorg onlosmakelijk onderdeel van Leefstijl Gezondheidszorg	51
▪ Kinderen, volwassenen en ouderen	51
 Hoofdstuk 6 Fysieke Leefstijl Gezondheidszorg	 52
▪ Huidige lichamelijke gezondheidszorg	53
▪ Huisarts – poortwachter gezondheidszorg	54
▪ Verschil tussen mentale en fysieke gezondheid/gezondheidszorg	54
▪ Trend de afgelopen 50 jaar	54
▪ De gezondheidseuro kan maar één keer worden uitgegeven	55
▪ Definities binnen de gezondheidszorg	55
▪ Optimalisatie van gezondheid	56
▪ Praktische invulling optimalisatie van gezondheid	58
▪ Mentale klachten of invloed omgeving bij fysieke klachten	59
▪ Wedloop goede doelen is gezondheid gerelateerd	60
▪ Ziek zijn kost tijd en geld	60
 Hoofdstuk 7 Omgevingsfactoren beïnvloeden mentale en fysieke gezondheid	 61
▪ Dynamische omgevingsfactoren	61
▪ De sociale euro	62
▪ Invloed vanuit onze omgeving	63
▪ Controle op onszelf en onze omgeving	63
▪ Leefstijl Gezondheidszorgplanning	66
▪ Samengaan van 11 deelgebieden	67
▪ Mantelzorgers	67
 Hoofdstuk 8 Zorg voor gezondheid en welzijn niet te scheiden	 68
▪ Optimalisatie welzijnsniveau door structurele samenwerking	69
▪ De mens is niet zijn ziekte	70
▪ Zorgverleners zijn zich bewust van samenhang	74
▪ Samenleving en gezondheid	74
▪ Mentale klachten en omgevingsfactoren	76
▪ Omgevingsfactoren	77

Hoofdstuk 9 Universeel meetinstrument Leefstijl Gezondheidszorg	80
▪ Waarom is het VitaliteitQuotiënt ontwikkeld	80
▪ Universeel intake-instrument (Leefstijl Gezondheidszorg)	80
▪ Relatie tussen de 3 hoofd- en 11 deelgebieden	81
▪ Relatie zorgverlener en zorgconsument	82
▪ VQ-specialist breed inzetbaar	82
▪ Driehoeksverhouding binnen Leefstijl Gezondheidszorg	82
▪ Werkende zorgconsument (en/of met uitkering)	83
▪ VitaliteitQuotiënt voor alle leeftijden	84
▪ VitaliteitQuotiënt groeit mee	84
▪ VQ-app (en berekening) in basiszorgverzekering	85
▪ Complexiteit vraagt om pragmatische houding	85
▪ Referentiegemeenten Leefstijl Gezondheidszorg	86
 Hoofdstuk 10 Juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment	 87
▪ De juiste zorg	88
▪ De juiste zorg en de juiste plek	88
▪ De juiste zorg op de juiste plek en op het juiste moment	89
▪ Leefstijl Gezondheidszorg vraagt om universeel intake-instrument	90
 Hoofdstuk 11 Realisatie Leefstijl Gezondheidszorg 2020-2040 (9 fases)	 91
▪ De veranderingen samengevat	91
▪ Leerproces decentralisatie gemeenten	91
▪ Rapport Duurzame gezondheidszorg in 2040	92
▪ Fase 1 2020-2021 Leefstijl Gezondheidszorg op politieke agenda	92
▪ Fase 2 2020-2025 Voorlichting [bewustzijn] zorgverleners	93
▪ Fase 3a 2021-2023 LGZ-opleiding huisartsenpraktijk (inclusief POH)	93
▪ Fase 3b 2021-2023 LGZ-opleiding zorgverleners referentiegemeenten en LGC's	94
▪ Fase 4 2023-2025 Referentiegemeenten (LGZ) en LGC's	94
▪ Fase 5 2024-2030 Realisatie Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's)	95
▪ Fase 6 2024-2040 Voorlichting [bewustzijn] zorgconsumenten	96
▪ Fase 7 2024-2040 Opleiding alle zorgverleners binnen Leefstijl Gezondheidszorg	96
▪ Fase 8 2025-2040 Ontmanteling GGZ en integratie Leefstijl Gezondheidszorg	98
▪ Fase 9 2025-2040 Vernieuwde opleidingen LGZ-zorgverleners	99
 Hoofdstuk 12 Praktische realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg 2020-2040	 102
▪ Wat heeft prioriteit	102
▪ Bewustzijn van politiek, beleidsmakers en zorgverleners	103
▪ Hoe ziet Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) eruit	103
▪ Cure & Care	106
▪ Multidisciplinaire (multi-) Expertise Leefstijl Gezondheidscentra (MEC's)	106
▪ De praktische invulling 2020-2040	107
▪ Samenvatting praktische realisatie Leefstijl Gezondheidszorg	112
▪ 2020-2023 Wetenschappelijk onderzoek en doorrekenen Algemene Rekenkamer	113

Hoofdstuk 13 Zorgplanning vraagt aanpassing Zorgwet	114
▪ Organisatorische zorgstelselwijziging Leefstijl Gezondheidszorg	115
▪ Toelichting organisatorische zorgstelselwijziging Leefstijl Gezondheidszorg	116
Hoofdstuk 14 Leefstijl Gezondheidszorg resulteert in zorgplanning	118
▪ Zorgplanning binnen Leefstijl Gezondheidszorg	119
▪ Zorgplanning gaat verder dan preventie	119
▪ Hoe werkt zorgplanning (2040)	120
▪ Verschillende vormen van Leefstijl Gezondheidszorgplanning	121
▪ Definitie van Leefstijl Gezondheidszorgplanning	122
▪ Van gemeentelijke naar provinciale LGZ-planning	123
▪ Twaalf provincies en zorg	123
▪ Landelijke Leefstijl Gezondheid-zorgplanning	124
▪ Ministeries betrokken bij Leefstijl Gezondheid-zorgplanning	124
▪ Het huidige zorgstelsel in combinatie met Leefstijl Gezondheidszorgplanning	125
▪ Zorgverzekeraars en VitaliteitQuotiënt (VQ)	126
▪ Referentiegemeenten in samenwerking met huisartsenpraktijk	126
▪ LGZ-gemeenten voorlopers binnen Leefstijl Gezondheidszorg	126
▪ Iedereen recht op gelijke zorg	127
Hoofdstuk 15 Huisartsenpraktijk spil van de Leefstijl Gezondheidszorgcentra	128
▪ Generalistisch medisch centrum (huisartsenpraktijk)	128
▪ Familiedokter, multimorbiditeit en Leefstijl Gezondheidszorg	129
▪ De huisarts en gezondheidscentra in Nederland	130
▪ Zorggroepen en huisartsenpraktijken	130
▪ Van poortwachter naar procesmanager	130
▪ De poortwachter wordt LGZ-procesbeheerder	131
▪ Rol LGZ-procesbeheerder (huisarts en POH)	132
▪ Stroomschema POH-LGZ	132
▪ Huisartsenpraktijk als LGZ-procesbeheerder	132
▪ Huisartsenpraktijk (LGZ-procesbeheerder) als spil Leefstijl Gezondheidscentra	133
▪ De Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH)	133
▪ POH Omgevingsfactoren	134
▪ Taken POH in de huisartsenpraktijk	134
▪ Huisartsenpraktijk volgens LGZ-werkwijze	135
▪ Samenstelling praktijk	137
Hoofdstuk 16 Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC) spil lokale samenleving	138
▪ Huidige stand van zaken gezondheidscentra	138
▪ Toekomst gezondheidscentra (2020-2040)	139
▪ Gezondheidscentra: vooral lichamelijke gezondheidszorg	139
▪ Eerste stappen Leefstijl Gezondheidszorg eerstelijnszorg	139
▪ Multifunctioneel Leefstijl Gezondheidscentrum	140
▪ Huisartsenpraktijk LGZ-procesbeheerder	140

▪ Hoe ziet een multifunctioneel Leefstijl Gezondheidscentrum eruit	141
▪ De basis van elk multifunctioneel Leefstijl Gezondheidscentrum	141
▪ Kwadrant 1 Basis-LGZ binnen (multifunctioneel) Leefstijl Gezondheidscentrum	142
▪ Kwadrant 2 Mentale Leefstijl Gezondheidszorg	144
▪ Kwadrant 3 Fysieke Leefstijl Gezondheidszorg	145
▪ Kwadrant 4 Omgevings-Leefstijl Gezondheidszorg	146
▪ Keuzemogelijkheid (eigen regie)	146
▪ Regionale Leefstijl Gezondheidscentra	147
▪ Realisatie samenwerking binnen Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's)	147
▪ Eerstelijnszorg binnen Leefstijl Gezondheidscentra	148
▪ Hoe functioneert een Leefstijl Gezondheidscentrum voor de zorgconsument	148
▪ Rol Leefstijl Gezondheidscentra bij realisatie landelijke Leefstijl Gezondheidszorg	149
▪ Nederland telt al 250 gezondheidscentra	150
▪ (Multifunctionele) Leefstijl Gezondheidscentra en tweede- en derdelijnszorg	150
▪ Tenslotte: Leefstijl Gezondheidszorg draait om mensen	151
Hoofdstuk 17 Praktijkvoorbeelden LGZ binnen huidige problematiek gezondheidszorg	152
▪ Causaal verband mentale en fysieke gezondheid en onze omgeving	152
▪ Causaal verband tussen oorzaak en gevolg wordt niet gezien	152
▪ Personeelstekort gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening	
▪ (LGZ-zorg)	153
▪ Ouderenzorg	153
▪ Jeugdzorg (0-18 jaar)	154
▪ Stigma en discriminatie binnen en buiten gezondheidszorg ook in 2019 actueel	155
▪ Regelgeving	155
▪ Medicijngebruik	156
▪ Schuldhelpverlening	156
▪ Gesubsidieerde rechtsbijstand	157
▪ Wachtlijsten GGZ en Jeugdwet	157
▪ Wedloop goede doelen	158
▪ Wetenschappelijk onderzoek: aandachtsgebieden 2020	158
▪ De praktijk toont aan	159
Hoofdstuk 18 Conclusies en oplossingen Stichting IGZ Plus	160
▪ Algemene conclusie	161
▪ Stellingen en oplossing Stichting IGZ Plus	162
▪ Stellingen Leefstijl Gezondheidszorg Manifest	163
▪ Gezondheidszorg en de sociale euro	163
Nawoord	164
Bronvermelding	166
Verklarende woordenlijst	167

SAMENVATTING

Dit rapport van Stichting IGZ Plus brengt u van het ontstaan van de gezondheidszorg ruwweg 4.000 jaar geleden in Babylonië tot de realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg in het jaar 2040 (of zoveel eerder als mogelijk is). Het rapport bestaat uit 3 secties en telt in totaal 18 hoofdstukken:

Sectie één: van geschiedenis, heden naar de toekomst van gezondheidszorg (hoofdstuk 1 t/m 4)

Hoe is gezondheidszorg ontstaan, hoe is het ontwikkeld de afgelopen 4.000 jaar en vooral hoe is het ontwikkeld sinds de invoering van de Gezondheidswet in 1956 en het ontstaan van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in 1994, het huidige VWS. In hoofdstuk 1 leest u ook dat tot 2000 gezondheidsklachten vooral een lichamelijke oorzaak hadden en dat dit de laatste decennia meer verschuift naar psychische klachten (en oorzaken) en dat werkgevers anno 2019 melden dat meer dan 50% van de ziektemeldingen een mentale reden heeft. Uiteraard wordt ook het zorgstelsel beschreven en het functioneren van de diverse ministeries die linksom of rechtsom met gezondheid te maken hebben.

Hoofdstuk 2 heeft de titel 'Gezondheidszorg richting 2040'. Mensen worden gemiddeld steeds ouder en hebben (aan het eind van het leven) meer zorg nodig. Mensen worden om allerlei redenen ouder, maar vooral de ontwikkeling van de wetenschap heeft hier invloed op. Anno 2019 overleeft bijvoorbeeld 65% kanker. De gezondheidszorg is wel (nog) te veel gevolg bestrijdend en is er te weinig aandacht voor preventie én nazorg. Er wordt veel geklaagd over de gezondheidszorg, ondanks dat onze gezondheidszorg tot één van de beste van de wereld behoort. Ook de beste kan zich verbeteren.

'Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) in vogelvlucht' is de titel van hoofdstuk 3. Hier wordt aangegeven wat de grote verschillen zijn tussen de huidige, reguliere gezondheidszorg en Leefstijl Gezondheidszorg. LGZ is overigens in eerste instantie een organisatorische verandering. De meeste mensen blijven op dezelfde plek werken in dezelfde functie. Dit is bij reorganisatie vaak een geruststelling. LGZ is geen aanpassing van inhoudelijke processen.



In dit hoofdstuk wordt tevens uitgelegd waarom Stichting IGZ Plus de term 'zorgconsument' gebruikt in plaats van cliënt of patiënt. De zorgconsument is opgedeeld in 3 leeftijdsgroep, tot 18 jaar, van 18-65 jaar en 65 jaar en ouder (of pensioengerechtigde leeftijd). De zorgconsument wordt begeleid of behandeld door LGZ-zorgverleners in de mentale en fysieke gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening.

Het laatste hoofdstuk van deze sectie (hoofdstuk 4) staat in het teken van wat nodig is om Leefstijl Gezondheidszorg in 2040 te realiseren. Het primaire doel is een andere organisatorische opzet van de gezondheidszorg. Geen reorganisatie dus, een opbouw van een nieuwe, duurzame en inclusieve gezondheidszorg, die bovendien betaalbaar is en betaalbaar blijft. Dit hoofdstuk is de basis voor de hoofdstukken 11 t/m 16 waarin de realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg wordt beschreven.

Een stap voor stap realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg binnen 20 jaar, waarbij opleiding, samenwerking en Leefstijl Gezondheidscentra de kernelementen zijn.

Sectie twee: Leefstijl Gezondheidszorg & het VitaliteitQuotiënt (VQ)

Wat is Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ), wat zijn de hoofdgebieden die zo anders zijn ten opzichte van de huidige, reguliere gezondheidszorg. Waarom is LGZ zoveel duurzamer, inclusiever en betaalbaarder dan de huidige gezondheidszorg. De hoofdgebieden van LGZ zijn: Mentale Gezondheid (hoofdstuk 5), Fysieke Gezondheid (hoofdstuk 6) en Dynamische Omgeving (hoofdstuk 7). Elk hoofdgebied telt een aantal deelgebieden, in totaal 11.

Mentaal | Te beginnen met Mentale Gezondheid of gezondheidszorg. Leefstijl Gezondheidszorg is tripartite. Mentale Gezondheidszorg is net zo verbonden aan LGZ als Fysieke Gezondheid en Omgevingsfactoren. Mentale gezondheid is op de laatste twee ook van invloed, zowel positief als negatief. Dat geldt ook andersom. GGZ zou moeten worden opgeheven en moeten worden geïntegreerd in LGZ. Geen GGZ-diagnose, maar een LGZ-diagnose. Juist mentale klachten worden beïnvloed door onze dynamische omgeving en onze fysieke gezondheid. Het realiseren van optimaal welbevinden is juist voor mensen met psychische klachten binnen de huidige GGZ een terugkerende vraag. LGZ biedt de oplossing.

Fysiek | Wat voor mentale klachten geldt, geldt ook voor fysieke klachten. De invloed van de dynamische omgeving en mentale klachten op onze fysieke klachten zijn groter dan nu wordt gedacht of waarmee wordt gewerkt binnen de gezondheidszorg. Vooral (miljoenen) ex-patiënten hebben moeite met het bereiken van optimale kwaliteit van leven. Stichting IGZ Plus pleit dan ook voor een grotere rol van de huisarts, als poortwachter van de huidige gezondheidszorg. Om bij die rol te komen, wordt in dit hoofdstuk ook gekeken naar bestaande en nieuwe definities aangaande gezondheidszorg, gezondheid en vitaliteit. LGZ heeft als doel om gezondheid én welbevinden te optimaliseren voor iedere zorgconsument, jong of oud. Ziek zijn kost geld (voor zorgconsument en zorgverlener).



9

Omgevingsfactoren | De invloed van onze dynamische omgeving is veel groter dan waar nu in de gezondheidszorg aandacht voor is. Sociaal-maatschappelijke, sociaaleconomische en financieel-juridische factoren hebben dagelijks, positieve of negatieve, invloed op ons leven. Mensen die ziek zijn (of worden) krijgen met deze factoren te maken en kunnen binnen de huidige gezondheidszorg nergens terecht, terwijl onzekerheid binnen deze factoren van grote invloed is op (herstel van) gezondheidsklachten.

Hier komt ook de 'sociale euro' in beeld. Net als gezondheidszorg vallen uitkeringen, maatschappelijk werk en andere zaken onder deze sociale euro. De gezondheidszorg, onderdeel van de sociale euro kost € 100 miljard. Overige onderdelen die invloed hebben op onze gezondheid kosten nog eens geschat € 100 miljard, gezamenlijk 200 miljard. Het huidige beleid van VWS houdt onvoldoende rekening met deze sociale euro en het gevoel (lees: welbevinden) van de zorgconsument. Leefstijl Gezondheidszorg staat voor optimalisatie van welbevinden en denkt een besparing van 5 tot 10% te kunnen realiseren op deze sociale euro.

Scheiding van Zorg, Welzijn en GGZ (ministerie van VWS) is onwenselijk en onacceptabel. De zorgconsument, iedere Nederlander van jong tot oud, krijgt niet de zorg die hij verdient (en nodig heeft). De mens is niet zijn ziekte en zorgverleners en maatschappij zijn nog niet voorbereid op de LGZ-zorgconsument. Hoofdstuk 8 maakt onder andere duidelijk waarom door toepassing van LGZ binnen één generatie stigma en discriminatie zal verdwijnen.

VitaliteitQuotiënt: universeel meetinstrument Leefstijl Gezondheidszorg (hoofdstuk 9)

In de deze sectie is de onderlinge invloed beschreven tussen mentale en fysieke gezondheid en onze dynamische omgevingsfactoren. Om deze invloed zichtbaar te maken is een universeel intake-instrument nodig dat binnen de 11 deelgebieden kan worden gebruikt. Vitaliteit Groep Nederland heeft dit instrument ontwikkeld, verfijnd en een naam gegeven: VitaliteitQuotiënt (VQ). Stichting IGZ Plus heeft dit instrument omarmt in het kader van de realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg.

Het VitaliteitQuotiënt stelt geen gezondheidsdiagnose, maar de vitaliteit van de zorgconsument vast. Een persoonlijk cijfer dat niet is te vergelijken met dat van andere zorgconsumenten. Waarom vitaliteit meten? Dit is de definitie waar Stichting IGZ Plus en Vitaliteit Groep Nederland mee werken:

“Vitaliteit is de mentale en fysieke veerkracht en weerbaarheid om de kwaliteit van leven te optimaliseren, zowel qua privé als werk”

Hoofdstuk 9 beschrijft de werkwijze van het VitaliteitQuotiënt (VQ), de relatie met de 3 hoofd- en 11 deelgebieden, wie er mee kan werken en hoe het werk van de zorgverlener hierdoor beter wordt en de kwaliteit van leven (welbevinden) van de zorgconsument optimaliseert. Het VitaliteitQuotiënt is essentieel voor iedere Nederlander, van jong tot oud, en dient zo spoedig mogelijk, bij voorkeur 01-01-2022 te worden opgenomen in de basiszorgverzekering bij alle zorgverzekeraars.

10

 VITALITEITQUOTIËNT  Universeel instrument voor Integrale Leefstijl Gezondheidszorg			
Disbalans Ongelukkig Zinloos	MENTAAL	Psychisch Welzijn Zingeving	MENTAAL
Ziek Futloos Eenzijdig	FYSIEK	Lichamelijk Beweging Voeding	FYSIEK
Stress Chaos Tekort Isolement Buitengesloten	OMGEVING	Werk Juridisch Financieel Sociaal Maatschappij	OMGEVING
			Vitaal Gelukkig Zinvol Gezond Fit Uitgebalanceerd Plezier Orde Voldoende Erkend Acceptatie
VQ.2020.1.1. Integrale Leefstijl Gezondheidszorg © Stichting IGZ Plus en Vitaliteit Groep Nederland			

Deze sectie wordt afgesloten met hoofdstuk 10. Op 1 maart 2019 presenteerde een Taskforce van VWS het rapport ‘De Juiste Zorg Op de Juiste Plek’ afgekort JZOJP. Stichting IGZ Plus sluit zich graag aan bij de beweging en de filosofie, maar voegt graag toe ‘op het juiste moment’. Preventie en nazorg staat in Nederland nog in de kinderschoenen, het VQ biedt ook hier oplossingen. Daarnaast, veel gezondheidsklachten worden (te) laat geconstateerd of helemaal niet. De introductie van Leefstijl Gezondheidszorg zorgt voor ‘De juiste zorg, op de juiste plek en het juiste moment’.

Sectie drie: Realisatie Leefstijl Gezondheidszorg

In de eerste helft van het rapport heeft u kunnen lezen hoe onze gezondheidszorg zich heeft ontwikkeld de afgelopen 4.000 jaar en hoe het zich vanaf dit jaar zou moeten ontwikkelen om duurzaam, inclusief en betaalbaar te kunnen zijn de komende decennia. Leefstijl Gezondheidszorg ontwikkelt in de tijd mee met de omstandigheden, schakelt snel en is klaar voor de 21^e eeuw.

Volgens het rapport 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning - VTV2018' ziet onze gezondheidszorg er niet rooskleurig uit. Een stijging van de kosten naar € 174 miljard in 2040 en een verdubbeling van het aantal mensen dat werkzaam is in de gezondheidszorg, nu 1,2 miljoen. Wanneer dit wordt vermeerderd met het aantal mensen (geschat 800.000) dat werkzaam is in complementaire hulp- en dienstverlening (omgevingsfactoren) werken anno 2020 zo'n 2 miljoen mensen in deze branche. Volgens het VTV-rapport stijgt het aantal zorgverleners van 1:7 naar 1:4, een onverantwoorde situatie. Met Leefstijl Gezondheidszorg wordt deze situatie voorkomen.

Realisatie Leefstijl Gezondheidszorg in 9 fases

De grootste branche van Nederland waar Leefstijl Gezondheidszorg wordt toegepast telt 17,4 miljoen zorgconsumenten, 2 miljoen LGZ-zorgverleners en 385 gemeenten. De realisatie van LGZ vraagt om een goede planning, bewustzijn bij zorgconsumenten en zorgverleners en een plan in fases. De 9 fases zijn verdeeld over de periode van 2020 – 2040. De belangrijkste elementen zijn:

- Leefstijl Gezondheidszorg op politieke agenda
- Realisatie 50 referentie gemeenten met Leefstijl Gezondheidscentra
- LGZ-opleidingen van zorgverleners, w.o. huisarts en POH-LGZ
- Voorlichting consumenten en zorgverleners
- Realisatie LGC's, Regionale LGC's en MEC's
- Aanpassing wetgeving
- Vernieuwing huidige opleiding zorgverleners



11

Omdat de transformatie van huidige, reguliere gezondheidszorg naar Leefstijl Gezondheidszorg veelomvattend is, zijn er twee hoofdstukken aan gewijd. In hoofdstuk 11 wordt weergegeven hoe de 9 fases er gaan uitzien. In hoofdstuk 12 de praktische realisatie Leefstijl Gezondheidszorg.

De realisatie is in hoofdlijnen ontwikkeld, geeft ruimte voor aanpassing en het schema is terughoudend opgezet, zodat realisatie van LGZ in 2040 haalbaar is en blijft.

Ook wanneer bijvoorbeeld fase 1 vertraging oploopt vanwege de verkiezingen van 17 maart 2021. Het is in het belang van de overheid, zorgconsumenten en zorgverleners dat het schema van realisatie Leefstijl Gezondheidszorg wordt gehaald.

Leefstijl Gezondheidszorg vraagt aanpassing Zorgstelsel

Het huidige zorgstelsel voldoet niet volledig om Leefstijl Gezondheidszorg te kunnen realiseren. Ondanks dat het om kleine aanpassingen gaat, moeten de gezondheidswetten worden aangepast en het zorgstelsel gelijk worden geschakeld met LGZ. Logische veranderingen zijn de benamingen van de diverse soorten zorg. Stichting IGZ Plus stelt de volgende benamingen voor:

LGZ-basiszorg

- huisarts (+POH-LGZ), apotheek, tandarts, mantelzorger
(informatie, eerste hulp, voorlichting, preventie)
- gemeente
(consultatiebureau, pgb, Wmo, schuldhulpverlening)
- juridisch loket
(juridisch advies)

Generalistische LGZ-zorg

- eerstelijnszorgverleners binnen mentale en fysieke gezondheid en hulp- en dienstverleners uit de dynamische omgevingsfactoren (sociaal-maatschappelijk, sociaaleconomisch (werk & inkomen) en financieel-juridisch).

Expertise LGZ-zorg

Expertise LGZ-zorg is onderverdeeld in de volgende 3 expertises, waartussen een wisselwerking bestaat:

- Specialistische LGZ-zorg
(medisch) specialisten (mentaal, fysiek en omgeving) veelal gevestigd in een ziekenhuis of andere instelling
- Curatieve LGZ-zorg
medisch specialisten, die door middel van een medische ingreep of behandeling, zorgconsumenten genezen van hun klachten
- Chronische LGZ-zorg
beschikbare (levens-)lange zorg (begeleiding) bij chronische (Leefstijl Gezondheids-) ziekte of klacht.

Doel van deze nieuwe indeling van de gezondheidszorg is dat iedere Nederlander (zorgconsument) de zorg krijgt die hij nodig heeft, zowel mentaal, fysiek als vanuit de omgevingsfactoren. Duidelijkheid in de gekozen trajecten binnen Expertise LGZ en optimale bereikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het grootste deel van de zorgverleners blijft op dezelfde vertrouwde werkplek.

Zorgplanning

In de laatste 3 hoofdstukken van sectie 3 wordt omschreven hoe zorgplanning ontstaat, wat de nieuwe, centrale rol van de huisarts wordt. Het nieuwe Leefstijl Gezondheidscentrum speelt daarin een belangrijke rol en wordt de spil van de lokale samenleving op het gebied van Leefstijl Gezondheidszorg

in de meest brede zin van het woord, van jong tot oud en professionals op het gebied van Mentale en Fysieke Gezondheid en onze Dynamische Omgeving.

Door gebruik te maken van het VitaliteitQuotiënt in combinatie met toegankelijke LGC's met LGZ-Basiszorg en Generalistische professionals kan samen met de individuele zorgconsument gewerkt worden aan individuele Zorgplanning of collectieve Zorgplanning.

Huisarts spil van de gezondheidszorg

De huisarts is nu de spil van de gezondheidszorg, door toepassing van Leefstijl Gezondheidszorg wordt deze rol groter. Van poortwachter naar procesbeheerder. De rol van poortwachter (portier) is niet juist, de rol is groter dan de benaming. Wanneer een zorgconsument meer dan basiszorg nodig heeft komt hij vaak in een doolhof terecht waarin hij verdwaalt (onjuiste of onvolledige diagnoses). De huisarts heeft dan nog onvoldoende grip op de situatie. Wanneer de huisarts (samen met POH-LGZ en/of derden) het VitaliteitQuotiënt laat afnemen en de zorgconsument wordt begeleid door de LGZ-coördinator wordt het proces dat de zorgconsument start bij de huisarts goed in beeld gebracht en kan de huisarts (samen met POH-LGZ) dit proces beheren en wordt daarmee de LGZ-procesbeheerder. Van preventie tot nazorg. Hoofdstuk 15 is geheel gewijd aan deze rol, die inhoudt dat het aantal POH-LGZ'ers de komende 20 jaar gaat verdubbelen.

Leefstijl Gezondheidscentra (LGC)

De huisarts is ook de spil van elk Leefstijl Gezondheidscentrum, aangevuld met LGZ-Basiszorg en Generalistische LGZ-professionals op het gebied van Mentale en Fysieke Gezondheid en de Dynamische Omgeving. Een Leefstijl Gezondheidscentrum is multifunctioneel, heeft een ontmoetingsruimte voor zorgconsumenten (en zorgverleners) en kan worden gecombineerd met een bibliotheek, wijkcentrum of andere sociaal-maatschappelijke faciliteiten.

13

Het Leefstijl Gezondheidscentrum is de spil van de lokale samenleving, laagdrempelig voor iedere inwoner van stad, gemeente of wijk. Preventie, begeleiding/behandeling en nazorg staan binnen deze centra centraal waardoor Leefstijl Gezondheidszorg optimaal tot haar recht komt. Hoofdstuk 16, niet voor niets het laatste hoofdstuk van sectie 3, beschrijft het LGC nauwkeurig. De LGC's (binnen de referentiegemeenten) spelen een belangrijke rol bij de start van de realisatie van LGZ de komende jaren.

In hoofdstuk 17 wordt aan de hand van praktijkvoorbeelden een relatie gelegd tussen de huidige gezondheidszorg en LGZ. Het laatste hoofdstuk van dit rapport bevat 11 stellingen, tevens de conclusies en oplossing van Stichting IGZ Plus, die gepubliceerd worden als Manifest Leefstijlgezondheidszorg

Tenslotte

Het rapport wordt afgesloten met het beeld dat stichting IGZ Plus heeft van de toekomst van onze gezondheidszorg. Welke stappen moeten worden genomen om te zorgen voor een duurzame en inclusieve gezondheidszorg voor de huidige en toekomstige generaties. Adequaat, betaalbaar en vooral met het bewustzijn dat gezondheid iedere Nederlander aangaat. Preventie, goede behandeling en/of begeleiding en adequate nazorg. Alles vanuit een menselijke gedachte en ondersteunt met alle digitale hulpmiddelen die mogelijk zijn of worden.

INLEIDING

Troonrede en Algemene Beschouwingen 2019

De Troonrede en Algemene Beschouwingen 2019 waren niet de aanleiding om dit rapport te schrijven, wel de opeenstapeling van problemen die de afgelopen decennia steeds groter in plaats van kleiner zijn geworden. Wachtlijsten, tekort aan personeel, bezuinigingen binnen GGZ, ouderenzorg, jeugdzorg en de gezondheidssituatie (toename burn-outklachten) van mensen die werken in de gezondheidszorg. De vraag die gesteld wordt in de Troonrede van 2019 (zie voorblad) is alleen te beantwoorden met een totaal andere aanpak van de gezondheidszorg, zoals wij die nu kennen.

Huidig zorgstelsel vervangen door Leefstijl Gezondheidszorg

De titel van dit rapport geeft de oplossing om de gezondheidszorg duurzamer, inclusiever en betaalbaar te maken en te houden. In dit rapport wordt beschreven wat Leefstijl Gezondheidszorg inhoudt en wordt aangegeven hoe deze nieuwe vorm van gezondheidszorg gerealiseerd kan worden. Leefstijl Gezondheidszorg is besparend (in plaats van bezuinigend) en leidt tot een betere kwaliteit van zorg voor de zorgconsument. De zorgverlener, die nog steeds een roeping heeft, gaat weer meer plezier krijgen in zijn of haar vak.

Leefstijl Gezondheidszorg vraagt om 'het omzetten van een knop', het creëren van bewustzijn in de samenleving, bij de zorgconsument, de zorgverlener en vooral de beleidsbepalers binnen en buiten de huidige, reguliere gezondheidszorg, die nu nog verdeeld is, volgens de definitie van VWS in Zorg, GGZ en Welzijn.

14

Scheiding van zorg achterhaald

De reden dat veel mensen zich zorgen maken om de zorg is het feit dat de verschillende domeinen binnen gezondheidszorg, zijnde Zorg, GGZ en Welzijn, nauwelijks met elkaar samenwerken. Psychische en lichamelijke klachten hebben een groot raakvlak. Dit gegeven wordt onvoldoende onderkend binnen de huidige gezondheidszorg. Complementaire hulp- en dienstverlening worden al helemaal niet meegerekend, terwijl is aangetoond dat omgevingsfactoren (o.a. sociaal-maatschappelijke problemen, zoals schulden, verlies van werk, woonsituatie et cetera), invloed hebben op (het ontstaan en/of verergeren van) psychische en lichamelijke klachten.

In dit rapport wordt aangetoond dat het samengaan van mentale en fysieke gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening een win-winsituatie is voor zorgconsumenten, zorgverleners, zorgverzekeraars en de overheid.

Dit rapport wordt dan ook in het kader van de organisatie van de gezondheidszorg, dat op de politieke agenda staat, aangeboden aan Premier Rutte, ministers en staatssecretarissen van het Kabinet (w.o. VWS), fractieleiders Tweede Kamer, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), belangenorganisaties van zorgconsumenten en zorgverleners, beleids- en opiniemakers binnen en buiten de gezondheidszorg en de nationale (sociale) media.

1. Geschiedenis en stand van zaken gezondheidszorg in vogelvlucht

Veel is bekend over de oorsprong van onze huidige gezondheidszorg. In dit rapport worden alleen de hoofdlijnen van het ontstaan en de ontwikkeling van de gezondheidszorg besproken.

2000 v. Chr. (Babylonië) wordt gezien als de tijd waarin gezondheid en het voorkomen en genezen van klachten werd geïntroduceerd en beschreven. De witte kleur van de kleding van artsen, verpleegkundigen en andere medici stamt uit die tijd, alles vanuit het oogpunt van hygiëne. Ook in Egypte en Israël werden de eerste stappen in de geneeskunde gezet.

Noemenswaardig is de periode rond 500 v. Chr. waarin de Vader der Geneeskunde wordt geïntroduceerd: Hippocrates. Nu nog bekend door de Eed van Hippocrates, die door medici wordt afgelegd. De esculaap, die ook nu nog wordt gebruikt, is afkomstig van de God van de Geneeskunde, Asklepios. Plato en Aristoteles zijn grondleggers, via filosofie, van de huidige psychologie. Plato vond dat *“lichaam en geest niet gescheiden mogen worden door artsen”* (vrij vertaald).



In de middeleeuwen (500 – 1100 n. Chr.) werd gezondheidszorg voornamelijk binnen kloosters bedreven. In deze periode ontstond veel bijgeloof, waaruit ‘medische’ behandelingen voortkwamen, zoals aderlatingen. In de periode van 1600 – 1950 werden steeds meer ontdekkingen gedaan binnen de medische wetenschap, zoals de thermometer (1630), microscoop (1676), erfelijkheidsleer (1865) en penicilline (1928). Mede door Florence Nightingale werd Hippocrates herontdekt. De eerste stappen naar een moderne gezondheidszorg na de Tweede Wereldoorlog.

15

Na bijna 4.000 jaar kleine stappen te hebben gezet, ging na de Tweede Wereldoorlog de ontwikkeling van de gezondheidszorg in de hoogste versnelling. De Gezondheidswet uit 1956 was een uniek feit in onze geschiedenis. Gezondheidszorg was tot die tijd voornamelijk in particuliere handen. Voor het eerst kreeg de overheid invloed op de gezondheidszorg. In de opvolgende jaren werden de Ziekenfondswet (1964) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967) van kracht. Na onder andere ministeries te hebben gevallen, ontstond pas in 1971 een ministerie met ‘volksgezondheid’ in de naam (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne). Na verschillende naamswijzigingen werd de huidige naam van het ministerie ‘Volksgezondheid, Welzijn & Sport’ (VWS), waar sinds 1994 gezondheidszorg onder valt.

Nieuw zorgstelsel in 2006

De laatste grote beleidsmatige (lees: financiële) vernieuwing van onze gezondheidszorg dateert uit 2006. De Ziekenfondswet werd afgeschaft en vervangen door een nieuw zorgstelsel. De Zorgverzekering of Basisverzekering (Zvw: Zorgverzekeringswet) maakte haar entree. In 2015 werd dit gevolgd door het opheffen van de AWBZ, hetgeen vervangen is door Wlz (Wet langdurige zorg), Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) en de Jeugdwet. Decentralisatie van deze taken naar gemeenten, om zorg dichterbij de cliënten te brengen, is nog niet succesvol gebleken (2019).

Geschiedenis en huidige situatie gezondheidszorg in Nederland

Sinds de 19^e en 20^e eeuw is de beleving van gezondheid en gezondheidszorg in Nederland veranderd. Tot aan 1956 lag de nadruk op lichamelijke klachten, veelal veroorzaakt door lichamelijke arbeid. Gezondheidszorg werd vooral particulier (o.a. vanuit bedrijven of kerken) aangeboden. Een gezonde medewerker was immers een goede medewerker. De overheid speelde (nog) geen grote rol.

Aangezien de Algemene Bijstandswet pas in 1965 van kracht werd, was het ook noodzaak om 'gezond' te zijn, er was tenslotte geen vangnet. Zieke mensen werden volledig buitengesloten door de samenleving (tenzij je een goede werkgever had). Rond 1900 werden Nederlanders gemiddelde 44 jaar. Rondom de introductie van de Gezondheidswet (1964) steeg de gemiddeld levensverwachting naar 73 jaar en anno 2018 naar gemiddeld 82 jaar. De levensverwachting van nieuwgeborenen uit de 21^e eeuw ligt, volgens deskundigen, gemiddeld rond de 100 jaar. Dit heeft vooral te maken met verbetering van de zorg, verbetering van arbeids- en woon- en leefomstandigheden en algemene welvaart.

Toekomst gezondheidszorg in Nederland

Tot en met de 20^e eeuw was arbeid vooral fysiek, dat zal in de 21^e eeuw anders zijn. Mentale arbeid staat voorop. Medewerkers zijn over het algemeen hoog opgeleid, zitten het grootste deel van de dag en ervaren steeds meer druk vanuit de maatschappij. Klachten als burn-out, die ruwweg 50 jaar geleden nauwelijks voorkwamen, treffen nu jaarlijks 10% van de beroepsbevolking. De maatschappij wordt steeds meer digitaal, sociale media (die pas 15 jaar bestaan) zijn niet meer weg te denken uit ons leven en de maatschappij. Digibeten worden buitengesloten.

16

Logisch dat steeds meer druk komt te liggen op mentale gezondheid en op hoe de omgeving hiermee omgaat. Het wordt tijd voor een nieuwe gezondheidszorg, (integrale) Leefstijl Gezondheidszorg. Hoe eerder, hoe beter. Voor de zorgconsument, de zorgverlener en iedereen die op welke manier dan ook te maken heeft met gezondheid. Preventie (en goede nazorg) en samenwerking zijn noodzakelijk.

Domeinen gezondheidszorg nu en in de toekomst

Gezondheidszorg valt formeel onder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een breed departement dat door drie bewindslieden wordt bestuurd. Voor jeugdhulp en jeugdzorg bestaat een directe relatie met het Ministerie van Justitie. Dit geldt ook voor tbs-klinieken.

Tevens zijn er directe verbanden met het Ministerie van Sociale Zaken & Werkgelegenheid. Steeds meer mensen komen door hun ziekte in een uitkeringssituatie en het contact met Sociale Zaken & Werkgelegenheid is logisch. Tevens zijn er raakvlakken met Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (zoals speciaal onderwijs, wetenschappelijk onderzoek) en het Ministerie van Algemene Zaken (premier Rutte) en het Ministerie van Financiën. De laatste twee vanwege het grote bedrag aan kosten aangaande gezondheidszorg en aangrenzende domeinen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Het Ministerie van VWS draagt de zorg voor de volksgezondheid. Dit betreft onder andere het beleid met betrekking tot ziekenhuizen, geneesmiddelen, ziektekosten en huisartsen. Ook het welzijnsbeleid, zoals ouderenzorg, jeugdbeleid, verslaafdenzorg en maatschappelijke dienstverlening behoren tot het taakveld. Daarnaast is dit ministerie verantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van sport.

Diensten die onder het Ministerie van VWS vallen zijn: College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Inspectie Jeugdzorg (IJZ), Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). De taken binnen VWS zijn op dit moment als volgt verdeeld over drie bewindslieden:

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; (Hugo de Jonge) verantwoordelijk voor: verzorging en verpleging (care), langdurige zorg (Wlz), maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en mantelzorg, jeugdbeleid, Jeugdwet, jeugdgezondheidszorg, wijkverpleegkundige zorg, persoonsgebonden budget (pgb) en medisch-ethische vraagstukken.

Minister voor Medische Zorg en Sport; (Bruno Bruins) verantwoordelijk voor ziekenhuizen (cure), Zorgverzekeringswet, zorgtoeslag en pakketbeheer, curatieve zorg, drugs, voedselveiligheid, genees- en hulpmiddelen, gezondheidsbescherming, infectieziektebestrijding, medische (bio-) technologie en sportbeleid.

Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; (Paul Blokhuis) verantwoordelijk voor oorlogsgetroffenen en verzetsdeelnemers, GGZ, maatschappelijke opvang en beschermd wonen, preventie, gezondheidsbevordering (leefstijl), VWS-domein voor BES-eilanden en maatschappelijke diensttijd.

Stichting IGZ Plus krijgt te maken met alle drie de bewindslieden. Met minister Hugo de Jonge over jeugdbeleid, Wmo, pgb en de wijkverpleging. Minister Bruno Bruins wat betreft LGZ, zorgverzekering en de ziekenhuizen. Eerste gesprekspartner zal minister Paul Blokhuis zijn. Hij heeft belangrijke LGZ-punten in zijn portefeuille: preventie, GGZ en gezondheidsbevordering (leefstijl).

Ook via andere ministeries zal draagkracht worden gevonden voor een duurzame en inclusieve gezondheidszorg door invoering van Leefstijl Gezondheidszorg uiterlijk in 2040.

Dit rapport is eveneens verstrekt aan alle fractieleiders van de politieke partijen in de Tweede Kamer. Tenslotte dient het parlement samen met het Kabinet (of toekomstige Kabinetten) de nieuwe wetgeving te realiseren.

Leefstijl Gezondheidszorg is geen kant-en-klare dienst of kant-en-klaar product. Het is een zienswijze waarbij ruim 17 miljoen zorgconsumenten, van wie 2 miljoen zorgverleners, betrokken zijn. Vandaar ook het advies om een Landelijk Platform Gezondheidszorg op te richten, waarin alle betrokkenen zijn vertegenwoordigd en een bindend advies kan worden gegeven aan Kabinet en Parlement.

Zorgstelsel sinds 2006

Tot 2006 gold de Ziekenfondswet (van 1964) en ontstond een nieuw zorgstelsel. Er dreigde een 'klassenverschil' tussen eerste- en tweedeklaszorg. De (grote) groep mensen met middeninkomens waren degenen die betaalden. Solidariteit stond op het spel, de wachtlijsten waren lang en door ziekenhuizen en artsen werd niet vanuit de patiënt gedacht. Het nieuwe zorgstelsel is een poldermodel waarvan de basis reeds in 1987 ontstond na advies door de toenmalige commissie Dekker.

Het zorgstelsel wordt als volgt gefinancierd:

1. Basiszorgverzekering voor iedere Nederlander (2018: gemiddeld € 118,- per maand)
2. Aanvullende zorgverzekering individueel naar behoefte in te vullen
3. Voor werkenden; eigen bijdrage Zorgverzekeringswet (Zvw) - 5,7% van het inkomen
4. Voor werkgevers; werkgeversheffing Zvw - 6,95% van het inkomen werknemer
5. Eigen risico verzekerden (2020: € 385,- per jaar).

Zorgverzekeraars incasseren de zorgpremie (basis- en aanvullende verzekering) en de belastingdienst incasseert het werknemers- en werkgeversaandeel in het kader van de Zvw. Mensen met een (relatief) laag inkomen hebben recht op zorgtoeslag, die wordt uitgekeerd door de belastingdienst. De afgelopen jaren stijgt de zorgtoeslag (nagenoeg) gelijk met de basiszorgpremie.

Zorgverzekeraars krijgen een bijdrage uit het Algemene Zorgverzekeringsfonds. Dit dient als risicovereffening voor de zorgverzekeraar. Criteria zijn: chronische aandoeningen, aard van het inkomen, leeftijd, farmaciekosten en regionale verschillen.

18

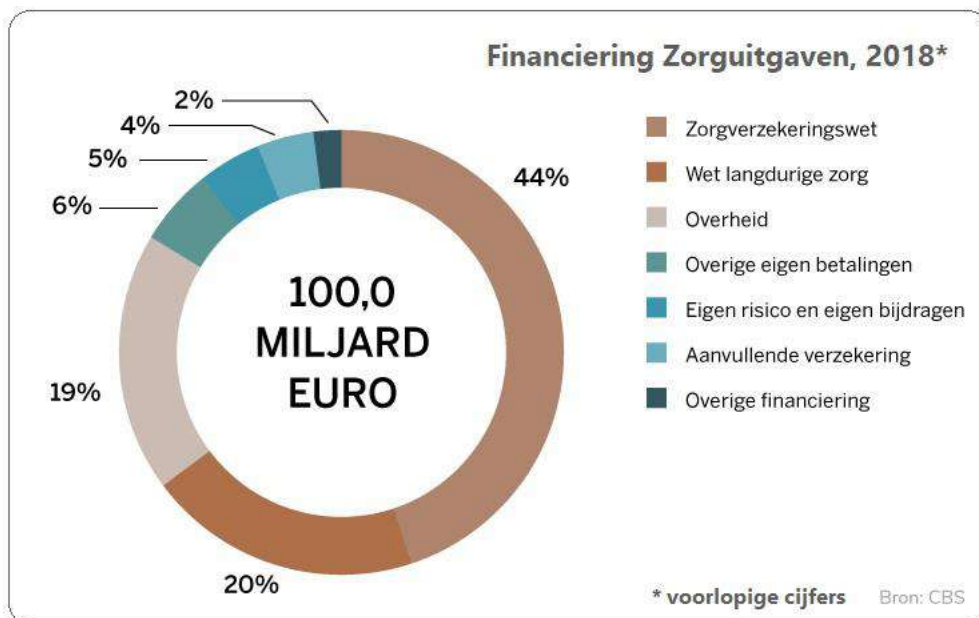
Kosten gezondheidszorg (2018)

De cijfers betreffende de gezondheidszorgkosten zijn lastig te interpreteren, aangezien sinds 2015 een (groot) deel van de uitvoer van gezondheidszorg (en dus de kosten) gedecentraliseerd zijn naar de gemeenten, zoals jeugdzorg en zorg aan langdurig zieken en ouderen (Jeugdwet, inclusief pgb, Wlz, Wmo). Deze kosten vallen binnen CBS niet onder gezondheidszorgkosten, voor 2015 wel.

De kosten van de gedecentraliseerde taken (t.o.v. de algemene gezondheidskosten) zijn ondoorzichtig en niet goed controleer- en vergelijkbaar. De kosten worden uitgegeven door 355 gemeenten (2019), waarbij regionale invloeden een grote rol spelen (randstad t.o.v. regiogebieden), maar ook de financiële draagkracht van gemeenten.

Gezondheidszorg hoogste kostenpost Rijksbegroting

Tot 2018 was het een nek-aan-nekrace tussen de kosten van sociale zekerheid en die voor gezondheidszorg. Door het (nieuwe) recordbedrag van ruim € 100 miljard kosten aan zorg (exclusief de gedelegeerde taken aan de gemeenten) is vanaf 2018 duidelijk dat onze gezondheidszorg per hoofd van de bevolking steeds meer gaat kosten, ondanks alle bezuinigingen (€ 5.805,- : een stijging van € 140,- t.o.v. 2017).



19

De verdeling van de kosten, hierboven in beeld van 2018, laat zien dat de Zorgverzekeringswet (zorgpremie) 'slechts' 44% van de totale kosten bedraagt.

Extrapolatie van deze kosten laat zien dat deze ruim vóór het jaar 2040 verdubbelen en het aandeel binnen het BNP (Bruto Nationaal Product) zal oplopen van 13% in 2018 naar zo'n 20% in 2040 (of eerder). Dit gaat uiteraard ten koste van andere uitgaven binnen de Rijksbegroting, aangezien het niet waarschijnlijk is dat de komende decennia het BNP van Nederland zal verdubbelen.

Wanneer hierbij ook nog eens de kosten van Jeugdwet, pgb, Wlz en Wmo worden opgeteld, zal de verdubbeling eerder een feit zijn. Daar komen de gezondheidszorg gerelateerde kosten bij (particulier of door de overheid gedragen), die navenant mee gaan stijgen, zoals sociaal- maatschappelijke hulp- en dienstverlening, financiële en juridische hulp- en dienstverlening, kosten van diensten die niet vallen onder de Zvw (o.a. coaching) en kosten rondom werk en inkomen, zoals Wia, bijstand, UWV en kosten re-integratie. Een zorgwekkende situatie ontstaat (of ontstond al jaren geleden) waarvoor niet of nauwelijks aandacht is binnen Kabinet en Parlement. Tijd voor een nieuwe koers.

2. Gezondheidszorg richting 2040

In 2012 kwamen de eerste verontrustende berichten van de WHO (World Health Organization) over de gezondheid van mensen in de westerse wereld (o.a. Nederland).

Volgens een rapport van de WHO zullen de doodsoorzaken in 2040 totaal andere zijn dan in 2012 en 2018. Psychische klachten, waaronder dementie, zijn te zijner tijd doodsoorzaak nummer één, gevolgd door hart- en vaatziekten en kanker. Laatstgenoemde is nu nog de meest voorkomende doodsoorzaak (CBS 2018).

Aandachtspunten:

1. Toename (wetenschappelijke) kennis
2. Stijging gemiddelde levensverwachting stijgt
3. Toename investeringen in onderzoek en IT-mogelijkheden
4. Te veel gevolg bestrijdend
5. Preventie schiet tekort



Wat hier echter scheefloopt, is dat onvoldoende wordt ingespeeld op deze veranderende omstandigheden. De reguliere gezondheidszorg is (nog) niet klaar voor deze veranderingen.

Ad 1. Toename (wetenschappelijke) kennis

Het grootste pluspunt voor de gezondheidszorg is dat hierover steeds meer kennis wordt verkregen. De ontwikkelingen van de laatste 50 jaar zijn opvallend te noemen. Ruim 50 jaar geleden werd de eerste openhartoperatie door dr. Barnard live op tv uitgezonden. Nu worden in de Nederlandse ziekenhuizen jaarlijks ruim 20.000 hartoperaties uitgevoerd.

In weerwil van alle vooruitgang binnen de gezondheidszorg en de beschikbaarheid van middelen, is dit nog steeds onvoldoende. Doordat nieuwe (varianties van) ziekten ontstaan, zijn en blijven nieuwe middelen en methodieken nodig. Naar verwachting van de WHO zal in 2040 dementie doodsoorzaak nummer één zijn. Nu is nog nauwelijks bekend wat de oorzaak van (vormen van) dementie is en hoe dit voorkomen kan worden. Dit is maar één voorbeeld.

Ad 2. Stijging gemiddelde levensverwachting

Zoals eerder vermeld: mensen worden ouder. Van gemiddeld 44 jaar in 1900, naar gemiddeld 82 jaar in 2018, naar een geschatte leeftijd van gemiddeld 100 jaar voor nieuwgeborenen. Dit is deels toe te schrijven aan goede gezondheidszorg. Daarnaast hebben mensen in 2019 een totaal ander leven dan in 1900. Toen lag de nadruk op lichamelijke arbeid, terwijl nu vooral 'met het hoofd' wordt gewerkt. De Nederlandse welvaart is met honderden procenten toegenomen. Van paard en wagen naar elektrische auto. Nagenoeg iedere Nederlander heeft een huis met cv. Iedere Nederlander heeft passende kleding (voor elk seizoen), kan op vakantie en cetera. Kortom: Nederland is een welvarend land.

Hoe hoger de welvaart, hoe hoger het welzijn en de gezondheid van de inwoners. Echter, welvaart gaat gepaard met welvaartsziekten.

Ondanks de stijging van de gemiddelde levensverwachting blijft het feit dat ons lichaam aan slijtage onderhevig is. Er is sprake van een zekere 'houdbaarheid' van ons lichaam en onze geest. Denk hierbij aan slijtage als gevolg van werk, zowel mentaal (o.a. stress) als fysiek (o.a. rug en knieën). Doordat wij gemiddeld ouder worden, moeten hersenen, hart en vaten e.d. langer meegaan, waardoor de kans op ziekte van organen groter wordt.

Nader onderzoek inzake de gevolgen van het steeds ouder worden van de Nederlander is op zijn plaats. Met name wat betreft gezondheidszorg, welzijn, zingeving, huisvestingsmogelijkheden, sociaal-maatschappelijke ondersteuning en financiële en juridische begeleiding. Te denken valt o.a. aan het tot op hoge leeftijd in de eigen woning kunnen blijven wonen.

Ad 3. Toename investeringen in onderzoek en IT-mogelijkheden binnen gezondheidszorg

De uitgaven aan onderzoek door overheid gerelateerde organisaties (zoal UMC's) en particuliere initiatieven (KWF) hebben veel positieve resultaten opgeleverd. In september 2019 maakte KWF bekend dat in 2019 ruim 65% van de kankerpatiënten (te) genezen is. Dit soort resultaten wordt ook genoemd door de Hartstichting, het Longfonds, de Nierstichting en andere particuliere fondsen. Regelmatig worden via de media baanbrekende resultaten van de 8 UMC's en onderzoeksinstituten in Nederland bekendgemaakt.

21

De kosten van klinisch en ander onderzoek op het gebied van gezondheidszorg zijn weinig transparant, evenmin als de totstandkoming van de keuze in welke onderzoeken wordt geïnvesteerd. Universitaire ziekenhuizen (UMC's) ontvangen (grote) bedragen voor klinisch onderzoek. Net als onafhankelijke instituten, zoals het Trimbos Instituut en het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Juist onderzoekskosten zouden net zo transparant moeten zijn als andere kosten binnen de gezondheidszorg. De goede doelen stichtingen, zoals KWF, zijn wel transparant. Het KWF gaf in 2018 ruim € 130 miljoen uit aan onderzoek.

Voor de goede doelen stichtingen lijkt echter te gelden dat voor de ziekte, die het meeste 'aanspreekt' en waarvoor de beste/meeste campagne wordt gevoerd, het meeste wordt gedoneerd. De indruk van een 'wedloop tussen ziekten' ontstaat om zoveel mogelijk geld te ontvangen van donateurs. Door de publiekscampagnes wordt ingespeeld op de gevoelens van mensen en het verkregen 'emotiegeld' wordt besteed aan onderzoek.

Stichting IGZ Plus vindt het opmerkelijk dat particulieren moeten betalen voor onderzoek binnen de gezondheidszorg. Onderzoek, en zeker klinisch onderzoek, is een taak van de overheid en zou jaarlijks, op prioriteit, gebudgetteerd moeten worden. Het KWF zou het aan haar gedoneerde geld dan kunnen besteden aan bijvoorbeeld de leefomstandigheden van (ex-)kankerpatiënten, de nazorg voor patiënt en gezin en re-integratie naar werk.

Robots en andere digitale toekomstmogelijkheden binnen gezondheidszorg

In de 21^e eeuw zijn er meer mogelijkheden om robots en digitale middelen in te zetten binnen de gezondheidszorg. Veel ziekenhuizen beschikken bijvoorbeeld over de Da Vinci Robot die ondersteunend is bij open operaties. De vraag is of deze toevoegingen (nu) al de beste oplossingen zijn.

Marouska Rovers, hoogleraar Evidence-based Chirurgie aan het Radboud UMC, gaf in mei 2019 aan dat operaties twee tot drie keer zo duur worden door het gebruik van de Da Vinci Robot en dat het grootste deel van de tijd ongeveer driekwart van de robots stilstaat. Zij is van mening dat het beter was geweest wanneer minder robots waren aangeschaft en meer was geïnvesteerd in (verder onderzoek voor de) verdere ontwikkeling van robots.

Voor toepassingen binnen IT, e-Health, apps en e-communities geldt hetzelfde als de robot. Binnen de gezondheidszorg is de afgelopen 20 jaar miljarden uitgegeven aan automatisering, voornamelijk voor digitalisering van personeelsdossiers en andere vormen van gegevensregistratie. Evenwel hebben werknemers binnen de gezondheidszorg als gevolg van regelgeving en protocollen steeds meer te maken met administratieve handelingen. Iemand die in de gezondheidszorg werkt, doet dit om mensen te 'helpen' en niet om (veel) administratief bezig te zijn.

Tenslotte een voorbeeld van hoe registratie volledig mis kan gaan. De afgelopen 10 jaar is ROM (Routine Outcome Monitoring) een heet hangijzer in de GGZ. De zorgverzekeraars zouden te veel mee profiteren van de informatie en deze kunnen misbruiken tegen instellingen. Zij betaalden ook mee aan Stichting Benchmark GGZ (SBG). In augustus 2019 stopt de opvolger van SBG, Akwa GGZ, met het gehele project en introduceert een nieuwe vorm van registratie. Volgens psychiater Jim van Os, jarenlang tegenstander van ROM, heeft het ROM-traject de GGZ zo'n 100 miljoen gekost.

22

Net als bij elk onderzoek zal voor de toekomst een gedegen beleid ontwikkeld moeten worden wat de gezondheidszorg doet met het aanbod van IT-oplossingen en andere digitale mogelijkheden. Rekening houdend met de zorgconsument, zorgverlener en gemeente. Doel: veiligheid, rekening houdend met AVG en met de werkdruk van de zorgverlener, de gemeenten en de grote zorginstellingen.

Ad 4. Te veel gevolg bestrijdend

Gevolgbestrijding is logisch te verklaren, de gezondheidszorg werkt al 4.000 jaar op deze manier. Wanneer het gevolg bestreden is, is de oorzaak vaak nog niet weg of ontstaan andere gevolgen door dezelfde of nieuwe oorzaken, denk hierbij aan de gestegen overlevingskans van kankerpatiënten en hoe hun leven er uitziet na de 'vijfjaarsoverleving'.

Door de veranderende maatschappij is er daarnaast een grote verschuiving van fysieke klachten naar mentale klachten. Werkgevers melden al jaren dat meer dan 50% van de ziektemeldingen mentale klachten betreft. Juist bij dit laatste is de oorzaak van de klachten van het grootste belang voor herstel van de klachten en het voorkomen van nieuwe klachten. Het thema 'oorzaak en gevolg' komt in bijna alle komende hoofdstukken terug, aangezien dat één van de basispilaren is van Leefstijl Gezondheidszorg.

Ad 5. Preventie schiet te kort

Al zo'n 4.000 jaar houden geneesheren en artsen zich bezig met het oplossen van gezondheidsklachten en, steeds meer, met het voorkomen van klachten. In 2018 werd door VWS (naar schatting) zo'n 100 tot 200 miljoen uitgegeven aan allerlei vormen van preventie. Te denken valt aan rookontmoedigingsbeleid, bevolkingsonderzoeken (kanker) en het stimuleren van gezond eten en bewegen. Wanneer dit wordt afgezet tegen de totale kosten van de gezondheidszorg, zijnde 100 miljard, betekent dit 1 tot 2 promille van alle kosten. Daarmee is preventie het 'stiefkindje' van de gezondheidszorg.

ZonMW (De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) is de drijvende kracht achter preventie in Nederland, maar heeft de afgelopen 20 jaar ook nog te weinig bereikt. Zij heeft als twee hoofdpodrachtgevers het Ministerie van VWS (staatssecretaris Blokhuis) en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO). Interessant is nu om naar de definitie en aanpak van het Ministerie van VWS te kijken:

"Doel is gezond blijven en gezondheid te bevorderen en te beschermen"

Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Er zijn grofweg vier indelingen van preventie in gebruik, namelijk naar: (1) doelgroep, (2) fase van de ziekte, (3) type maatregel en (4) methode van uitvoering. Deze zijn hieronder achtereenvolgens beschreven. Preventieve maatregelen worden op verschillende locaties (settings) uitgevoerd, vooral in de zorg, op school, in de wijk en op de werkplek. Bij een integrale benadering richten preventiemaatregelen zich zowel op het gedrag van de personen als op de fysieke en sociale omgeving." (Bron: Volksgezondheidszorg.info-preventie.)

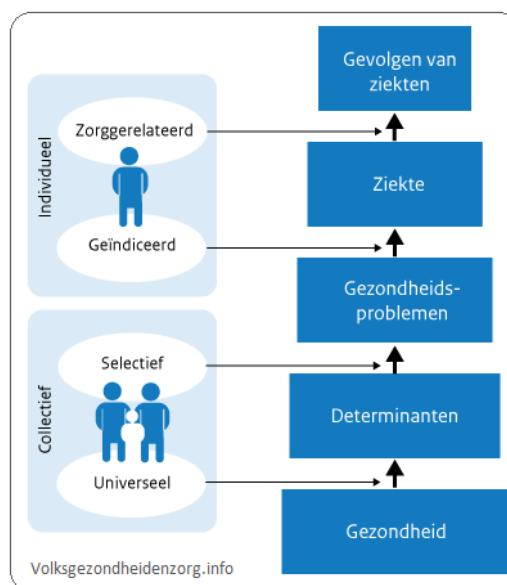
23

Toelichting op de informatie van VWS:

"Doelgroep"

Doelgroep varieert van gezonde bevolking tot chronisch zieke mensen. Preventie is vaak gericht op een specifieke doelgroep van mensen die extra bescherming nodig hebben, of meer risico lopen ziek te worden.

Een doelgroep kan ook bestaan uit mensen die tot eenzelfde leeftijdsgroep horen (ouderen, jongeren), of op een andere manier een groep vormen (zwangere vrouwen, mensen met een lage sociaaleconomische status).



De doelgroepen worden vaak onderscheiden naar het ziektestadium: van de gezonde bevolking tot mensen met een ziekte."

Volledige gegevens, als referentie t.o.v. de visie van Stichting IGZ Plus, zijn te vinden via: www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie.

Huidige preventie t.o.v. preventie Leefstijl Gezondheidszorg

Met de presentatie van het Preventieakkoord van VWS in 2018 (staatssecretaris Blokhuis) werd een interessante stap gezet inzake preventie in Nederland. Net als bij gezondheidszorg in het algemeen wordt symptomatisch gekeken naar preventiebeleid. Zoals al eerder aangegeven, een logisch gevolg van hoe nog steeds naar ziekte wordt gekeken. Voor LGZ een druppel op een gloeiende plaat.

Voorbeelden: Iemand die verslaafd is, kan een ontwenningprogramma volgen. Wanneer de sociaal-maatschappelijke situatie niet verandert, is de kans op terugval echter groot.

Afvallen heeft pas echt zin wanneer de oorzaak van het overgewicht is achterhaald.

De aanpak van psychische problemen is pas blijvend effectief wanneer de oorzaak van de klachten wordt gevonden.

Onderstaand een overzicht van de programma's van VWS. De programma's zijn goed, de invulling kan en moet anders. Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) komt helaas (nog) niet voor.

▼ Preventie in Volksgezondheidszorg.info

In onderstaande tabel staan verwijzingen naar informatie over preventie die in deze website is opgenomen.

Determinant	Kanker	Infectieziekten	Psychische (on)gezondheid	Zwangerschap en geboorte	Overig
Alcoholgebruik	Baarmoederhalskanker	Infectieziekten	Afhankelijkheid van alcohol	Borstvoeding	Astma
Antimicrobiële resistentie (AMR)	Borstkanker	Influenza	Stemmingsstoornissen	Gehoortstoornissen	Diabetes Mellitus
Arbeidsomstandigheden	Dikkedarmkanker	Soa	Zelftoegebracht letsel	Sterfte rond de geboorte	COPD
Druggebruik	Huidkanker		Psychische gezondheid	Zorg rond de geboorte	Gebitsafwijkingen
Fysieke omgeving	Kanker				Gezichtsstoornissen
Overgewicht	Longkanker				Hart- en vaatziekten
Roken	Prostaatkanker				Integrale Jeugdgezondheidszorg
Seksueel gedrag					Osteoporose
Sport en bewegen					Vaccinaties
Voeding					

24

Preventie wordt binnen andere domeinen steeds meer toegepast (o.a. beveiliging van huizen). Binnen de gezondheidszorg kan preventie de grootst denkbare rol spelen. "Voorkomen is beter dan genezen", is nog steeds actueel.

De gezondheidszorg moet zijn voorbereid op de toekomst (preventie). Of het nu om mentale of fysieke klachten gaat of om sociaal-maatschappelijke problematiek. Voorbeelden hiervan zijn bloedonderzoek en echoscopisch onderzoek zwangere vrouwen, screening op o.a. Syndroom van Down, hieprikscreening, screening gehoor- en gezichtsvermogen, (bevolkings-)onderzoek naar diverse vormen van kanker. Op veel meer gebieden zouden preventieve onderzoeken gedaan moeten worden. Binnen LGZ wordt dit mogelijk.

Preventie rode draad

Preventie is de rode draad binnen Leefstijl Gezondheidszorg. Preventie om te voorkomen dat zorgconsumenten ziek worden of klachten/problemen krijgen en/of deze verergeren en hier meer gevolgen uit voortkomen. Hierbij is goede nazorg essentieel, onder andere om terugval te voorkomen.

Zorgconsumenten die (ernstige) gezondheidsklachten hebben (gehad), worden vaak geconfronteerd met een maatschappij die geen rekening houdt met het feit dat zij ziek zijn (geweest), bijvoorbeeld bij terugkeer naar of het vinden van werk, het afsluiten van verzekeringen, in relaties. De zorgconsument verdient een goede begeleiding na ziekte: (preventieve) LGZ-nazorg.

3. Leefstijl Gezondheidszorg in vogelvlucht

De gedachte van (integrale) Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) is ontstaan in 2014. Het bestuur van Stichting Orange Monday Foundation (nu Stichting IGZ Plus) had een gesprek met de Raad van Bestuur van GGZ Friesland. Wat toen ter sprake kwam, de sociale euro, heeft geleid tot één van de grondslagen van de nieuwe definitie voor gezondheidszorg: Leefstijl Gezondheidszorg.

Definitie sociale euro

De sociale euro is in de meest brede zin van het woord het vangnet voor de Nederlandse burger, die net als gezondheidszorg, onderwijs, politie, brandweer en andere overheidsdienstverlening, wordt betaald door de Nederlandse burger. De kosten van de gezondheidszorg hebben, inclusief jeugdzorg, in 2018 (weer) de magische grens van € 100 miljard overschreden en zullen jaarlijks met, naar schatting, 5 tot 10%, blijven toenemen. Ook de zorgpremie en het eigen risico zullen blijven stijgen. Door deze stijgingen is (of wordt) gezondheidszorg onbetaalbaar. Gezondheidszorg zal exclusief worden, terwijl het de taak van de overheid is om betaalbare gezondheidszorg te bieden aan alle Nederlanders.

Bij gezondheidszorg ontstaan (meestal) veel meer kosten dan alleen te betalen vanuit het Ministerie van VWS. Wanneer een zorgconsument ziek wordt, kan hij niet altijd meer (fulltime) werken en komt (deels) in de Ziektewet. Na twee jaar wordt dat de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). De Ziektewet en de WIA vallen onder het Ministerie van Sociale Zaken. De Jeugdwet valt (deels) onder het Ministerie van Justitie en zo zijn meer voorbeelden te noemen. Ziek zijn heeft niet alleen te maken met gezondheidszorg. Naast de sociale euro worden ook kosten gemaakt door werkgevers. Denk aan de Ziektewet (eigen risico), boetes in het kader van de WIA, re-integratie en ontslagprocedures. Bij ziek zijn kan dus niet alleen naar gezondheidszorg worden gekeken. In de volgende hoofdstukken wordt dit nader toegelicht.

Leefstijl Gezondheidszorg bestaat uit 3 hoofd- en 11 deelgebieden

De drie hoofdgebieden van LGZ zijn:

1. Mentale gezondheid en gezondheidszorg
2. Fysieke gezondheid en gezondheidszorg
3. Dynamische omgevingsfactoren (sociale euro).



Ad 1. Mentale gezondheid en gezondheidszorg

Mentale of psychische gezondheid en gezondheidszorg binnen LGZ zijn in de basis te vergelijken met de huidige GGZ en JGZ (nu nog tussen de 10 en 20 miljard aan kosten). Behoud van een goede mentale (psychische) gezondheid is het doel. Zorgconsumenten dienen maximaal te worden ondersteund om deze doelstelling te behalen. De drie instrumenten zijn: preventie, behandeling en/of begeleiding en nazorg.

Onder mentale gezondheid vallen de volgende drie deelgebieden: psychische gezondheid, welzijn en zingeving. In hoofdstuk 5 'Mentale Leefstijl Gezondheidszorg' van dit rapport wordt dieper ingegaan op de materie en organisatie van hoe zorgconsumenten de diensten ontvangen. Tevens wordt de onderlinge relatie tussen mentale gezondheid, fysieke gezondheid en de omgevingsfactoren toegelicht. De drie-eenheid van Leefstijl Gezondheidszorg.

Ad 2. Fysieke gezondheid en gezondheidszorg

Fysieke gezondheid en gezondheidszorg zijn binnen Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) in de basis te vergelijken met de huidige zorg en welzijn (huisarts, ziekenhuizen, ouderenzorg, jeugdzorg, gehandicaptenzorg e.a.). Nu nog zo'n 90% van het financiële budget van het Ministerie van VWS (90 miljard). Lichamelijke gezondheidszorg begint meestal bij de huisarts (poortwachter van de gezondheidszorg). De huidige gezondheidszorg is nog te veel gericht op symptoombestrijding. In hoofdstuk 1 is beschreven hoe dit is ontstaan. Wanneer iemand ziek was, moest diegene zo snel mogelijk weer aan het werk, omdat hij anders geen inkomen had.

De huisarts heeft ook (of juist) binnen LGZ de rol van poortwachter. Iedere huisarts zou een POH-LGZ moeten hebben om een zo goed mogelijke diagnose te kunnen stellen en de juiste doorverwijzingen te kunnen doen. Door regelgeving wordt de huisarts daarin nu belemmerd. Onder andere bij ouderen is goede, integrale diagnostiek noodzakelijk om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te realiseren. Hierbij worden zaken als eenzaamheid en sociaal vangnet meegenomen.

Onder fysieke gezondheid vallen de volgende drie deelgebieden: lichamelijke gezondheid, beweging en voeding.

26

In hoofdstuk 6 'Fysieke Leefstijlgezondheidszorg' wordt in dit rapport dieper ingegaan op de materie en organisatie van hoe zorgconsumenten de diensten ontvangen. Tevens wordt de onderlinge relatie tussen fysieke en mentale gezondheid en de omgevingsfactoren toegelicht. De drie-eenheid van LGZ.

Ad 3. Dynamische omgevingsfactoren (sociale euro)

Onder dit hoofdgebied vallen de volgende vijf deelgebieden: werk (en inkomen), sociale en maatschappelijke dienstverlening, financiële en juridische dienstverlening. Deze vijf deelgebieden worden binnen de huidige gezondheidszorg (zorg, welzijn en GGZ) zwaar onderbelicht.

Voorbeeld: Iemand heeft een psychiatrische stoornis, is gescheiden en heeft 2 kinderen. Door de stoornis kan (voorlopig) niet worden gewerkt en moet de woning worden verkocht. Een sociaal en maatschappelijk isolement dreigt, schulden nemen toe. De fysieke conditie en mentale vitaliteit gaan snel (verder) achteruit. Voor de juiste, integrale begeleiding is een LGZ-coördinator nodig.

In bovengenoemd voorbeeld komen alle 11 deelgebieden voor.

In hoofdstuk 7 'Omgevingsfactoren beïnvloeden mentale en fysieke gezondheid' wordt dieper ingegaan op de materie en organisatie van hoe zorgconsumenten de diensten ontvangen. Tevens wordt de onderlinge relatie tussen de omgevingsfactoren en mentale en fysieke gezondheid toegelicht. De drie-eenheid van LGZ.

De drie-eenheid van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ)

De drie-eenheid van LGZ wordt weergegeven in de drie elkaar overlappende cirkels. De dynamische omgeving heeft invloed op mentale en fysieke gezondheid. Mentale gezondheid is voortdurend onderhevig aan invloeden uit de dynamische omgeving en fysieke gezondheid. Fysieke gezondheid wordt beïnvloed door mentale gezondheid en invloeden uit de dynamische omgeving. Het leven is een continu proces van veranderingen in een dynamische omgeving, die de mentale en fysieke gezondheid of vitaliteit beïnvloeden.



Vitaliteit: containerbegrip

Vitaliteit is in de 21^e eeuw een containerbegrip geworden en dat vraagt om een duidelijke definitie. Vitaliteit is meer dan voldoende bewegen en gezond eten. De definitie van vitaliteit, basis voor het VitaliteitQuotiënt, is door stichting IGZ Plus (i.s.m. Vitaliteit Groep Nederland) als volgt gedefinieerd:

"Vitaliteit is de mentale en fysieke veerkracht en weerbaarheid om de kwaliteit van leven te optimaliseren, zowel privé als qua werk."

Ruim 17 miljoen zorgconsumenten hebben recht op maatwerk Leefstijl Gezondheidszorg

Voordat in de volgende hoofdstukken wordt ingegaan op de 3 hoofdgebieden (+ 11 deelgebieden) in de 3 cirkels wordt ook gekeken welke invloed de invoering van LGZ heeft op de huidige gezondheidszorg. Rekening houdend met de 11 deelgebieden krijgen zorgconsumenten de juiste zorg, op de juiste plaats en het juiste moment (maatwerk). Door het preventieve karakter van LGZ is eerder ingrijpen (behandeling of begeleiding) mogelijk.

Iedereen is een zorgconsument, een leven lang. De één heeft meer zorg nodig dan de ander. Vandaar dat Nederland een zorgstelsel kent dat iedere inwoner van Nederland zorg garandeert. Ondanks dat iedereen een zorgconsument is, zijn binnen Leefstijl Gezondheidszorg drie verschillende levensfasen van toepassing:

- Leeftijd van 0 – 18 jaar
- Leeftijd van 18 – 65 jaar
- Leeftijd van 65 jaar en ouder¹

¹ Hier wordt uitgegaan van 65 jaar, ofwel: de pensioengerechtigde leeftijd. Dit kan ook eerder of later zijn dan de genoemde leeftijd.

Zorgconsument 0-18 jaar

Binnen deze groep zijn drie verschillende levensfasen te onderscheiden, die een andere aanpak vragen:

- 0-4 jaar | Van baby naar peuter en kleuter
- 4-12 jaar | Basisschoolleeftijd, van kleuter naar puber
- 12-18 jaar | Periode van voortgezet onderwijs en werk.

Van 0-4 jaar, en zelfs voor de geboorte, is de preventie wat betreft gezondheid zeer goed te noemen. Zwangerschapsbegeleiding staat op hoog niveau en na de bevalling staat het consultatiebureau klaar voor baby en ouders. Kindergezondheidszorg staat op hoog niveau en geeft perspectief voor een goede gezondheid of gezondheidsbehandeling. Zo staat het Prinses Maxima kinderziekenhuis in Utrecht tot ver over onze landsgrenzen bekend.

Van 4-12 jaar zijn het consultatiebureau en de schoolarts (GGD) in beeld. Op 5- en 10-jarige leeftijd vindt een preventief onderzoek door de schoolarts plaats. De meeste scholen hebben een schoolmaatschappelijk werker. Ogenscheinlijk lijkt dit goed. Echter, de verantwoording van de ouders wordt van de ene op de andere dag veel groter. Ouders dienen zich goed te informeren over wat met kinderen in deze leeftijdsgroep kan gebeuren. Betere LGZ-voorlichting is noodzakelijk, zeker gezien de vele kinderen met een 'rugzakje'.

Van 12-18 jaar vervalt het consultatiebureau en neemt de GGD het over. Deze periode is voor alle kinderen anders. De puberteit gaat een rol spelen, ander onderwijs dan voorheen en kennismaking met 'de grote wereld'. Het voorportaal van volwassen worden en zijn. Zelf beslissingen nemen en een steeds kleinere rol voor de ouders. LGZ-voorlichting is ook hier op zijn plaats, aangepast aan de huidige situatie.

Zorgconsument 18-65 jaar (of pensioengerechtigde leeftijd)

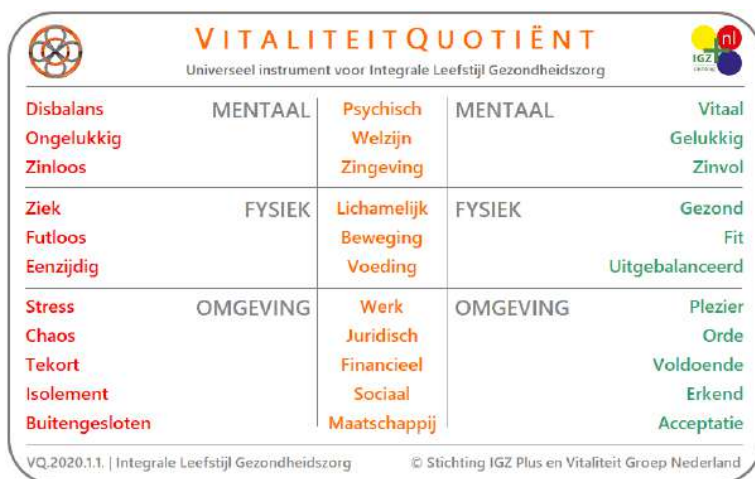
Vanaf ongeveer 18 jaar gaan jongeren studeren of werken (of allebei). In beide gevallen krijgen zij te maken met een nieuwe levensfase. Zelfstandig wonen, relaties, medestudenten of werkcollega's, een eigen inkomen en onafhankelijkheid van ouders.

Tot 18 jaar wordt gezien als ontwikkel- en leerfase, vanaf 18 jaar als leer- en werkfase. De meeste Nederlanders werken circa 40 jaar en hebben meerdere werkgevers, relaties, woningen et cetera. De mens staat in deze periode in de kracht van zijn leven en zijn vitaliteit is hoog. Totdat er strubbelingen komen. De meeste mensen hebben meerdere keren te maken met 'life events' en zijn daar meestal niet goed op voorbereid wat verstrekken gevolgen kan hebben op allerlei gebied. Sommige mensen komen door ziekte in de WIA en vervolgens de AOW.

Zorgconsument van 65 jaar en ouder (of pensioengerechte leeftijd)

Om gezond en langdurig van het pensioen te kunnen genieten, is het van belang in de periode tussen 18 en 65 jaar een goede basis te leggen, zowel wat betreft mentale als fysieke gezondheid, maar ook sociaal-maatschappelijk en financieel.

Bij het ouder worden komen steeds meer mensen tot de conclusie dat zij minder energie hebben, activiteiten meer moeite kosten en dat zij moeten (leren) omgaan met ongemakken en/of ziekte, met het verlies van werk en/of verlies van een partner of andere geliefde. Tot nu toe wordt weinig of geen aandacht besteed aan het leren omgaan met veranderingen in deze levensfase. LGZ voorziet in informatie (cursussen, workshops) om vroegtijdig en zinvol invulling te geven aan de ontstane vrije tijd en leert mensen omgaan met verlies en ziekte.



Zorgconsumenten verdienen duurzame gezondheidszorg, nu en in de toekomst

Duurzame gezondheidszorg is bedoeld voor ruim 17 miljoen zorgconsumenten, onderverdeeld in de eerdergenoemde drie verschillende (leeftijds-)groepen. Zij verdienen, ondanks de grote verschillen qua zorgbehoefte, maximale zorg op het juiste moment en de juiste plaats. Gezondheidszorg tegen een goede (en duurzame) prijs, oftewel: betere en betaalbare gezondheidszorg.

29

De gezondheidszorg en de domeinen binnen de sociale euro doen een toenemend beroep op het BNP van Nederland en op een steeds groter percentage van de overheidsuitgaven. Dit is zorgwekkend. Doordat de kosten van de gezondheidszorg harder stijgen dan het inflatiecijfer, stijgen de zorgpremie en het eigen risico mee.

Voor veel individuele zorgconsumenten is een deel van de zorg onbereikbaar, doordat zij te weinig financiële middelen hebben of juist te veel eigen geld hebben, maar niet genoeg om de zorgkosten te betalen. Gezondheidszorg is een individuele zaak. Iedere zorgconsument krijgt zijn eigen (maatwerk-) behandeling, de financiering van de huidige gezondheidszorg sluit daar niet op aan.

Als voorbeeld de chronisch zieke die binnen een paar maanden zijn eigen risico soupeert en mensen die nooit gebruik maken van hun eigen risico. Gezond of ziek zijn is, over het algemeen, geen eigen keuze.

Het meest zorgwekkende binnen de huidige gezondheidszorg is dat 'domeingericht' wordt gewerkt. Wanneer we naar de geschiedenis van de gezondheidszorg kijken wellicht logisch (hoofdstuk 1). De opleiding van artsen en iedereen die werkzaam is binnen de gezondheidszorg is daarop gericht. Wanneer een zorgconsument wordt getroffen door een ernstig ongeluk, dient de 'eerste hulp' vanzelfsprekend per direct worden gegeven. Iemand met een bloedend hoofd laten lopen, is niet

logisch. Echter, voor een groot deel (naar schatting 2/3 van alle gezondheidsklachten) is het zaak om die 'eerste hulp' wellicht toe te passen en vervolgens in een breder kader te kijken naar de omstandigheden van de zorgconsument. Welke invloed hebben de klachten op iemand nu en in de toekomst, voor een partner, gezin, werk- en financiële situatie.

Breed kader zorg voor duurzame gezondheidszorg

In de komende hoofdstukken wordt verduidelijkt hoe deze duurzame en inclusieve gezondheidszorg wordt bereikt, waar de besparingen (i.p.v. bezuinigingen) liggen en wat de zorgconsument én de zorgverlener, zorgverzekeraar en overheid (inclusief gemeente) daar beter van worden.

Waarom Leefstijl Gezondheidszorg in plaats van de huidige, reguliere gezondheidszorg

Niemand wil ziek zijn, daar is iedereen het over eens. Bijna 2 miljoen mensen werken aan de LGZ-gezondheid van 17 miljoen zorgconsumenten. Dat gaat vaak naar wens. Nederlanders beoordelen 'hun' gezondheidszorg veelal positief.

Er zijn echter verbeterpunten binnen de gezondheidszorg die besparingen opleveren. Het bespaarde kan worden geïnvesteerd binnen de gezondheidszorg, ook binnen het huidige zorgstelsel.

De belangrijkste punten:

- A. Weinig tot geen aansluiting tussen mentale (psychische) en fysieke (lichamelijke) gezondheidszorg en de complementaire hulp- en dienstverlening binnen de sociale en maatschappelijke domeinen en het financiële en juridisch domein. Dit wordt verder toegelicht in de hoofdstukken 5 t/m 8. Op de geldstromen tussen de 11 LGZ-deelgebieden kan door bewustzijn en aanpassing van regelgeving veel worden bespaard binnen de 'sociale euro'.
- B. Oorzaken van gezondheidsklachten liggen vaak buiten het oorspronkelijke domein. Aangezien behandelaars en/of begeleiders (meestal) alleen binnen hun eigen domein (en soms slechts een deel van dat domein) worden opgeleid, 'zien' zij de oorzaken vanuit een ander domein niet of mogen zich daar niet mee 'bemoeien'. Omdat er te veel specialisten zijn, zijn LGZ-generalisten nodig om overzicht te krijgen met betrekking tot de eigenlijke oorzaken van de gezondheidsklachten. Bij deze belangrijke aanpassingen hoort een nieuwe regelgeving voor een goed functionerende Leefstijl Gezondheidszorg.
- C. Behandeling en/of begeleiding van de zorgconsument vindt nu vooral serieel plaats. Dat wil zeggen dat de belangrijkste klacht eerst wordt behandeld, dan de volgende en zo verder. Voor veel zorgconsumenten is het beter om, naar draagkracht van de zorgconsument, tegelijkertijd met behandeling of begeleiding te beginnen. Juist binnen Leefstijl Gezondheidszorg is daar winst te behalen. Zowel qua tijd voor de zorgconsument als qua geld voor zorgverlener en zorgverzekeraar of andere financier van Leefstijl Gezondheidszorg.

Deze drie belangrijkste punten lopen als een rode draad door Leefstijl Gezondheidszorg in de volgende hoofdstukken. Te beginnen met 'Mentale Leefstijl Gezondheidszorg' (hoofdstuk 4).

NB: Voor Stichting IGZ Plus staat het belang van positieve definities voorop. De woorden 'ziekte' en 'diagnose' representeren een negatief beeld, van waaruit stigma en discriminatie ontstaat. Bovendien leiden een positieve benadering en een positieve 'mindset' eerder tot herstel en/of oplossing voor problemen. Door te spreken van de vitaliteit van mensen ontstaat een positief beeld, ondanks dat sprake is van gezondheidsklachten.

*"Vitaliteit is de mentale en fysieke veerkracht en weerbaarheid
om de kwaliteit van leven te optimaliseren, zowel privé als qua werk."*

Door te bouwen aan de hoogst mogelijke vitaliteit ontstaat een grotere kans op genezing bij (ernstige) ziekten. Iemand met een hoge vitaliteit kan beter tegen de tegenslagen in het leven, in welk domein dan ook. Deze definitie van vitaliteit geldt dan ook voor iedere Nederlander.

4. De beoogde wijzigingen van Stichting IGZ Plus op een rij

Het doel van (integrale) Leefstijl Gezondheidszorg is primair gericht op de verandering van de organisatie van de huidige, reguliere gezondheidszorg. Secundair doel is een eventuele aanpassing van de inhoudelijke invulling van de gezondheidszorg naar LGZ. Tertiair wordt de financiering van de gezondheidszorg in de vorm van LGZ beschreven, inclusief (mogelijke) toekomstige resultaten.

In dit hoofdstuk worden de instrumenten voor reorganisatie van de gezondheidszorg benoemd en kort beschreven. In de volgende hoofdstukken spelen de kernpunten van Leefstijl Gezondheidszorg een grote rol.

Primair doel: organisatorische verandering gezondheidszorg

Er is te weinig aansluiting tussen mentale (psychische) en fysieke (lichamelijke) gezondheidszorg en de complementaire hulp- en dienstverlening binnen het sociaal en maatschappelijk domein en het financieel en juridisch domein. (Dit wordt verder toegelicht in de hoofdstukken 5 t/m 8.)

De huidige gezondheidszorg is te veel gericht op bezuiniging, terwijl door een aantal organisatorische aanpassingen in de Zorgwet miljarden is te besparen. De gezondheidszorg moet op een aantal belangrijke punten worden gewijzigd:

1. Huisarts – van poortwachter naar procesbeheerder LGZ
2. Van gevolg naar oorzaak en gevolg
3. Parallele aanpak i.p.v. serieel
4. Grotere rol preventie i.s.m. goed functionerende e-Health
5. Samenwerkende zorgverleners binnen 11 domeinen
6. Een anticiperende en participerende overheid.
7. Zorgplanning
8. Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's)

Ad 1. Huisarts

In Nederland werken bijna 12.000 huisartsen, waardoor iedere Nederlander (gemiddeld) binnen 15 minuten bij een huisarts terecht kan. Op de afbeelding hiernaast (van LHV en NHG) de visie voor 2022. De huisarts als poortwachter en samenwerkend, zowel lokaal als regionaal, met hulp- en dienstverleners in de regio.



Rapport Toekomstvisie 2022 Huisartsen van LHV & NHG

“Op wijk- of dorpsniveau werkt het lokaal huisartsensamenwerkingsverband, op basis van gezamenlijk opgestelde richtlijnen en afspraken, samen met andere eerstelijns professionals, zoals apothekers, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, verloskundigen, jeugdartsen, artsen arbeid & gezondheid, tandartsen, psychologen en maatschappelijk werkers.

Deze samenwerking verloopt het best in een beperkte kring van zorgverleners die elkaar kennen, weten wat zij van elkaar kunnen verwachten en elkaar kunnen aanspreken op basis van vertrouwen. De nauwe samenwerking met wijkverpleegkundigen is hersteld, waarmee de keten van ‘care’ en ‘cure’ is gegarandeerd. Hierdoor en dankzij het intensieve gebruik van zorg op afstand door de wijk- en dorpsgerichte teams van verpleegkundigen en verzorgenden kan de oudere, hulpbehoevende patiënt zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

Als familiedokters signaleren huisartsen tijdig wanneer patiënten en mantelzorgers extra ondersteuning nodig hebben. Samen met teams van verpleegkundigen en verzorgenden bevorderen zij de zelfredzaamheid van patiënten en hun omgeving. Voor integrale zorg aan chronisch zieken en kwetsbare ouderen met multimorbiditeit investeert het regionale huisartsennetwerk in multidisciplinaire samenwerking met de regionale medisch specialisten (bijvoorbeeld internisten, longartsen, gerieters, psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde), apothekers, psychologen, verpleegkundig specialisten, wijkverpleegkundigen en paramedici.” (Uit het rapport Toekomstvisie 2022 Huisartsen van LVH en NHG: pag.16).

Familiedokter, multimorbiditeit en integrale aanpak

Punten die passend zijn bij de introductie van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) zijn o.a. de 3 bovengenoemde punten. De familiedokter is de huisarts die weet wat speelt in een gezin, niet alleen wat betreft de patiënt of mantelzorger, maar ook kent hij andere omstandigheden die kunnen zorgen dat een gezin (systeem) overbelast raakt en hulp behoeft. De huisarts (of POH-LGZ) kan, naast huisbezoeken, telefonisch het gezin monitoren. (Na introductie ook via de VQ-app.)



33

Ad 2. Van gevolgbestrijding naar oorzaak en gevolg

Binnen de gezondheidszorg (GGZ, Welzijn en Zorg) wordt veelal symptoom(gevolg)gericht gewerkt. Zo werken artsen al 4.000 jaar. Echter, met een veranderende maatschappij veranderen de klachten. Er komen nieuwe klachten bij, (sommige) oude worden opgelost. Meer dan 50% van de gezondheidsklachten bij werknemers zijn gerelateerd aan mentale klachten.

Bij fysieke gezondheidsklachten is vaak primair aandacht nodig voor directe actie op het symptoom, denk aan een gebroken been of een acute blindedarmontsteking. Bij mentale klachten is per definitie, naast het symptoom, de oorzaak van belang. Wanneer alleen het symptoom wordt behandeld, zal meestal de oorzaak niet anders worden. Terugval is waarschijnlijk.

Het vinden van een oorzaak is bij fysieke klachten veelal geen prioriteit, ondanks dat ook bij fysieke klachten veelal een oorzaak is aan te wijzen, denk aan kanker, hart- en vaatziekten etc. Ook hierbij is veelal sprake van onderliggende oorzaken die leiden tot het gevolg. Daarnaast is de nazorg bij veel fysieke klachten onvoldoende, waardoor mentale klachten (kunnen) ontstaan. Denk aan het verband tussen mentale en fysieke klachten en omgevingsfactoren. In de hoofdstukken 5 t/m 8 wordt dit verder beschreven.

Ad 3. Parallele aanpak

Parallele aanpak ontstaat wanneer meerdere klachten (inclusief die uit omgevingsfactoren) worden omvat in Leefstijl Gezondheidszorgplanning en klachten zoveel mogelijk tegelijkertijd worden aangepakt naar draagkracht van de zorgconsument. De zorgconsument heeft hier eigen regie (en verantwoordelijkheid) om samen met de zorgverlener(s) tot die zorgplanning te komen die hem het beste helpt bij klachten. LGZ-planning is niet statisch en kan en moet gedurende de behandeling en/of begeleiding worden aangepast.

Belangrijk bij parallelle aanpak is de scheiding tussen de uitvoering van feitelijke, directe 'zorg' en het werken aan de vitaliteit van zorgconsumenten. Het uitvoeren van directe zorg heeft veelal noodzakelijkerwijs voorrang. Bij het werken aan de verschillende onderdelen uit het VitaliteitQuotiënt is (het tempo van) de directe zorg leidend.

Aangezien deze aanpak, voor het grootste gedeelte, nieuw is in de gezondheidszorg, is het belangrijk dat een goed opgeleide VQ-specialist² de coördinatie regelt voor de zorgconsument en de betrokken behandelaars, begeleiders en/of andere hulp- en dienstverleners. In hoofdstuk 12 'Praktische realisatie Leefstijl Gezondheidszorg 2020-2040' wordt dit nader toegelicht.

Ad 4. Grotere rol preventie (inclusief goed werkende e-Health)

De begroting van VWS toont een totaalbedrag van € 82 miljard euro voor gezondheidszorg (exclusief de uitvoering van de zorgtaken door de gemeenten). Het bedrag dat is begroot voor preventie bedraagt € 657 miljoen (0,7%). Dit percentage is hoger dan 10 jaar geleden, maar nog steeds een druppel op een gloeiende plaat. Overigens, wat wordt uitgegeven, mede door het Preventieakkoord 2018, lijkt nuttig en staat hier niet ter discussie.

In het vervolg van dit rapport wordt aangetoond dat door binnen de huidige gezondheidszorg op brede schaal aandacht voor preventie te hebben nu al miljarden zijn te besparen. De vraag is: hoe financier je deze preventie. In hoofdstuk 18 'Conclusies en oplossing Stichting IGZ Plus' wordt hier op teruggekomen. Hier een duidelijk voorbeeld van hoe het wel of niet kan of moet:

Voorbeeld: Iemand met een 10 jaar oude auto brengt de auto alleen naar de garage voor de APK en wanneer er wat 'mis' is. Een grote beurt vindt alleen plaats als het financieel uitkomt. De eigenaar komt stil te staan en de auto wordt afgesleept naar de garage. De kosten zijn 3 keer zo hoog als een jaarlijkse grote beurt.

Dit geldt ook voor mensen. Onze gezondheidszorg is zodanig ingericht dat de dokter alleen wordt bezocht wanneer dat echt nodig is, wat logisch lijkt. Wanneer (te) lang wordt gewacht om naar de huisarts te gaan, kan de schade soms groot zijn. Historisch is onze gezondheidszorg symptoom (gevolg)gericht en niet oorzaakgericht. Dat is één van de grote veranderingen van Leefstijl Gezondheidszorg ten opzichte van de huidige gezondheidszorg.

² Een VQ-specialist of Vitaliteit Expert is opgeleid om het VQ te kunnen berekenen en interpreteren en aan de hand hiervan een rapportage/behandelplan te schrijven. Binnen LGZ is een VQ-specialist een Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH), psychodiagnostisch medewerker (PDW) of toegepast psycholoog (TP). Een Vitaliteit Expert is veelal een zzp'er.

Goede en doordachte preventie (mensen zijn eigenwijs) is daarom nodig. Een app kan uitkomst bieden. Waarom wel een app voor bankzaken, werk of school, hobby's of andere zaken en niet voor onze eigen gezondheid. Eenvoudig weten waar je aan toe bent. Met een app behoudt een zorgconsument eigen regie en verantwoordelijkheid. Middels deze app kan de zorgconsument zijn gezondheid op alle 11 domeinen monitoren. Net zoals zijn banksaldo, de afspraken voor het werk of de agenda van school. De kosten van een app zijn (relatief) laag, het rendement voor zorgconsument, zorgverleners, zorgverzekeraars en de overheid groot.

Ad 5. Samenwerkende zorgverleners binnen de 11 deelgebieden

Er zijn drie vormen van samenwerking binnen de gezondheidszorg:

- a. Verticale samenwerking
- b. Horizontale samenwerking
- c. Cross samenwerking



Ad 5a. Binnen een deel van de gezondheidszorg wordt verticaal samengewerkt. Denk aan verpleegster, arts, OK-assistent en chirurg die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de behandeling/operatie. Binnen de huidige zorg zijn meer voorbeelden te noemen van verticale samenwerking.

Ad 5b. Van horizontale samenwerking is sprake wanneer meerdere zorgverleners (meestal binnen één domein van de gezondheidszorg), samenwerken bij meer ingewikkelde, complexe gezondheidsklachten.

Ad 5c. Kruisverband (cross) samenwerking is nog een stap verder dan bovengenoemde vormen van samenwerking. Zorgverleners uit meerdere domeinen binnen LGZ werken met elkaar samen om het beste resultaat te bereiken voor zorgconsumenten. In de hoofdstukken 5 t/m 8 wordt hierop teruggekomen en worden de drie hoofdgebieden binnen LGZ besproken.

Cross-samenwerking is noodzakelijk om een parallelle aanpak van gezondheidsklachten te bereiken binnen Leefstijl Gezondheidszorg. Dit vraagt om aanpassing van de huidige regelgeving en definities.

Ad 6. Een anticiperende en participerende overheid

Het invoeren van Leefstijl Gezondheidszorg betekent dat de overheid rekening houdt met een snel veranderende maatschappij en daar tijdig op inspeelt of, beter nog, is voorbereid op die veranderende toekomst. Gezondheidszorg is een branche van ruim 1 miljoen zorgverleners en de kosten bedragen 15 tot 20% van het overheidsbudget. Anticipatie en participatie van de overheid leidt tot substantiële besparingen binnen de gezondheidszorg.

Bij zorgconsumenten leeft het misverstand dat zij de kosten van gezondheidszorg rechtsreeks betalen via de zorgpremie. Niets is minder waar. Belastinggeld wordt voor het grootste gedeelte aangewend om de gezondheidskosten te betalen, inclusief de (extra) kosten binnen de sociale euro. Een goed participerende overheid (zowel rijk als gemeenten) is dan ook noodzakelijk binnen een goed functionerende Leefstijl Gezondheidszorg. Met een actieve deelname van de overheid wordt hier bedoeld, dat de overheid verantwoordelijk is voor de gezondheid van de Nederlanders.

De transitie van de Jeugdwet naar de gemeente verdient geen schoonheidsprijs. Dit had anders gekund en moet nog steeds anders. Het sluiten van ziekenhuizen (a.g.v. wanbeleid) mag niet betekenen dat de afstand tot en voor de burger onoverkomelijk wordt en ziekenhuizen onbereikbaar worden.

De overheid zou een actieve rol kunnen (moeten) spelen in efficiënte preventie, een goed e-Health-netwerk (volgens AVG-normen) et cetera. De gezondheidszorg is te los komen te staan van de overheid en haar verantwoordelijkheid wat betreft het bieden van zorg.

Ad 7. Zorgplanning

De huidige, reguliere gezondheidszorg kent nauwelijks een vorm van zorgplanning, alleen de palliatieve zorg houdt zich hiermee bezig. Zorgplanning zou een onderdeel moeten zijn van de gezondheidszorg. Leefstijl Gezondheidszorg heeft zorgplanning als basis. Iedereen, van de wieg tot het graf, heeft zorg nodig. Omdat de zorgconsument niet weet wanneer hij zorg nodig heeft, heeft hij een instrument nodig: het VitaliteitQuotient (VQ-app).

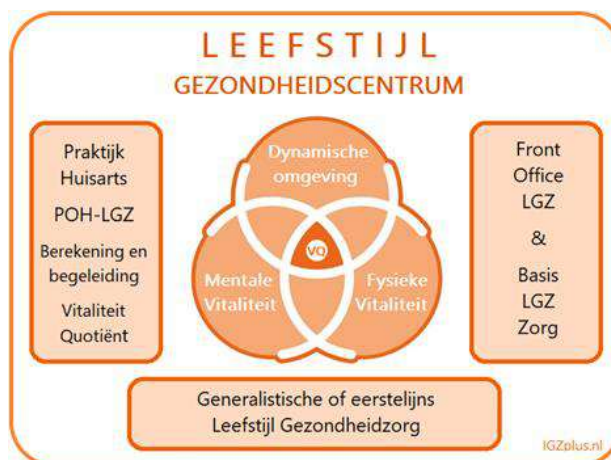
Door de realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) weet de zorgconsument hoe hij samen met de zorgverlener een zorgplanning kan maken op de drie hoofdgebieden van LGZ. Hierdoor weet hij waar hij aan toe is, krijgt hij de zorg die nodig is en is het herstel effectief en snel. Een win-winsituatie voor iedere Nederlander. Zorgplanning vraagt om een wijziging van het zorgstelsel, vandaar dat hoofdstuk 13 hieraan is gewijd. Leefstijl Gezondheidscentra spelen hierbij een centrale rol.

Ad 8. Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's)

De zorgconsument heeft een locatie nodig waar hij voor alle voorkomende klachten en problemen terecht kan. Toegankelijk en laagdrempelig, deels vergelijkbaar met de huidige gezondheidscentra. Meer dan een gezondheidscentra is een Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC) de spil van de lokale samenleving (dorp, wijk, stadsdeel).

Het Leefstijl Gezondheidscentrum biedt, naast Leefstijl Gezondheidszorg (mentale en fysieke gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening) voorlichting, preventie en nazorg. Het LGC heeft tevens een multifunctionele functie die per gemeente kan verschillen. Denk aan koppeling aan een sportschool, een buurthuis en/of een bibliotheek. Ook de gemeente heeft een loket en is in het centrum een de apotheek gevestigd.

De huisartsenpraktijk, als spil van de gezondheidszorg, is het middelpunt van het centrum. De huisartsenpraktijk wordt ondersteund door een front-office waar iedere burger uit de gemeente terecht kan.



Kernpunten (voorwaarden) voor Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ)

De bovengenoemde kernpunten zijn de basis van een nieuwe, duurzame en inclusieve gezondheidszorg. Dit betekent een rigoureuze wijziging in de organisatie van de gezondheidszorg. Het resultaat is positief voor zorgconsumenten, zorgverleners en andere belanghebbenden. Een visie op de toekomst. Bovendien wordt de gezondheidszorg goedkoper door besparing in plaats van willekeurige bezuinigingen.

Secundair doel: inhoudelijke verandering gezondheidszorg

Door toepassing van LGZ verandert de organisatie van de zorg, niet de inhoudelijke behandeling en/of begeleiding. Wel voorziet Stichting IGZ Plus dat behandeling en/of begeleiding in de toekomst aangepast moet worden aan de nieuwe aanpak (parallel t.o.v. serieel en oorzaak- i.p.v. gevolggericht). Op het moment van schrijven van dit rapport is dit nog niet te voorzien.

Tertiair doel: financiering van Leefstijl Gezondheidszorg

Uit dit rapport blijkt dat veel kan worden bespaard (in plaats van worden bezuinigd) op de gezondheidszorg. Het door besparingen vrijgekomen budget kan worden ingezet voor (nog) betere dienstverlening naar zorgconsument, betere betaling zorgverleners en investeringen in techniek (apparatuur, e-Health) en ontwikkeling van behandelmethoden. Sommige van deze bedragen dienen te worden voorgefinancierd. De Algemene Rekenkamer kan de voordelen (besparingen), die oplopen van 10 tot 20% van de huidige kosten van de sociale euro, berekenen en hoe en wanneer deze vrijkomen. Het tijdpad voor realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg loopt tot 2040.

5. Mentale Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ)

Op dit moment is de GGZ een geïsoleerd gedeelte of domein binnen de gezondheidszorg. Op de site van de Rijksoverheid – GGZ is de volgende tekst te lezen:

*“Ruim 4 op de 10 Nederlanders krijgen in hun leven te maken met psychische problemen.
De overheid wil dat mensen met psychische problemen passende hulp krijgen
via de huisarts, basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.”*

Stichting IGZ Plus stelt haar vraagtekens bij “4 op 10 Nederlanders”, tenslotte zijn dit alleen de zorgconsumenten die zijn aangemeld bij GGZ-hulpverlening, in welke vorm dan ook.

Stichting IGZ Plus is van mening dat GGZ geïntegreerd dient te worden in de gezondheidszorg (Leefstijl Gezondheidszorg). Op de site van de Rijksoverheid staat omschreven hoe de huidige GGZ is geregeld (rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg).

GGZ toen en nu

De geschiedenis heeft ons geleerd dat scheiden (meestal) geen positief gevolg heeft, zeker niet op de lange termijn. Het gezegde ‘van scheiden komt lijden’ is dan ook van toepassing op de GGZ. Meer dan 100 jaar geleden gescheiden van de lichamelijke gezondheidszorg, terwijl dat zeker nu is achterhaald.

Omdat toen nog veel onbekend was over psychische klachten, leek het wellicht logisch om somatische en psychische gezondheidszorg te scheiden. Anno 2019 is deze scheiding meer dan ooit overbodig en bovendien stigmatiserend. Voor een blindedarmontsteking gaan we naar het ziekenhuis, met psychische klachten naar een GGZ-instelling of -inrichting. Stigma dateert uit de tijd dat mensen nog ‘verdwenen’ in een inrichting, in een tijd waar ‘gek’ betekende dat iemand niet kon functioneren in de maatschappij. Dat was de realiteit en is dat (helaas) nog steeds.

De GGZ staat anno 2019 meer onder druk dan ooit. Er zijn (te) veel bezuinigingen en reorganisaties toegepast (decentralisatie Jeugdwet gemeente), waardoor de GGZ als instituut steeds ondoorzichtiger wordt. Ouders weten niet waar zij terecht kunnen met kinderen met psychische klachten, zorgconsumenten krijgen (verkeerde) diagnoses, die later weer worden veranderd. De GGZ heeft impact op miljoenen Nederlanders. Gezegd kan worden dat iedere Nederlander te maken heeft (gehad) met een GGZ-diagnose of wel iemand kent die dit heeft (gehad).

Gelukkig zijn er organisaties zoals MIND en Samen Sterk Zonder Stigma, stichting Orange Monday Foundation en andere organisaties, die actief bezig zijn het stigma, dat rust op psychische klachten, te bestrijden. Het lijkt vechten tegen windmolens. Dit komt mede doordat GGZ geen onderdeel uitmaakt van de somatische gezondheidszorg. In tegenstelling tot psychische klachten worden lichamelijke klachten ‘normaal’ gevonden, geaccepteerd. Dat dit op korte termijn moet veranderen om verdere groei van stigma te voorkomen, moge duidelijk zijn.

Van GGZ naar Mentale Leefstijl Gezondheidszorg

De term 'psychische klachten' lijkt een voor de hand liggende (vrij vertaald: 'klachten met betrekking tot de menselijke geest'). De term 'geestelijke gezondheidszorg', veelal afgekort tot GGZ, lijkt dan ook vanzelfsprekend. 'Psychisch' of 'geestelijk' wordt het tegenovergestelde van somatisch (lichamelijk) beschouwd.

Wanneer we naar de Angelsaksische landen kijken (UK, VS, Australië bijvoorbeeld), worden termen als 'Mental Health' en 'Mental Healthcare' gebruikt. Een stuk vriendelijker en meer zeggender dan het woord 'psychisch'. Dit geldt eveneens voor het woord 'fysiek'. Vandaar de keuze van Stichting IGZ Plus voor de termen 'Mentale Gezondheid' en 'Fysieke Gezondheid'.

Zich ervan bewust dat het niet alleen gaat om woordkeuze, is Stichting IGZ Plus van mening dat het een stap in de goede richting is, zeker wanneer GGZ opgaat in de 'grote' gezondheidszorg en ook als daarin geïntegreerd wordt gezien. Wanneer organisatorisch wordt gekeken naar de huidige reguliere gezondheidszorg is één ding duidelijk; huisartsen zijn de poortwachters. Of je nu jong of oud bent, of je mentale of fysieke klachten hebt, je gaat eerst naar de huisarts, die eventueel kan doorverwijzen:

- Bij ernstige fysieke klachten -> naar een ziekenhuis
- Bij ernstige mentale klachten -> naar een GGZ-instelling (volwassenen)
- Bij kinderen met (ernstige) mentale klachten -> naar de gemeente (Jeugdwet).

Maar wat nu als er fysieke én mentale klachten zijn? Dan wordt de zorgconsument heen en weer geslingerd tussen ziekenhuis en GGZ-instelling of gemeente. Dit is verwarrend en tijdrovend voor de zorgconsument. Dit kan worden opgelost door herstructurering van het gezondheidszorglandschap, (zo veel mogelijk) gebruikmakend van de huidige middelen. Hier wordt in hoofdstuk 16 op teruggekomen.

Van GGZ naar Mentale Vitaliteit binnen LGZ is een kleine stap. Zoals eerder aangegeven, is het de vraag of 'slechts' 4 op de 10 Nederlanders te maken hebben met psychische klachten. Deze cijfers zijn namelijk gebaseerd op het aantal mensen dat daadwerkelijk hulp heeft gezocht. De mensen die in meer of mindere mate mentale klachten hebben en geen hulp hebben gezocht, zijn niet meegenomen in de cijfers.

Stichting IGZ Plus spreekt liever van 'Mentale Stabiliteit' of beter nog: 'Mentale Vitaliteit'. Mensen hebben hun hele leven te maken met mentale 'ups en downs', de één wat meer, de ander wat minder. Deze ups and downs hebben weer invloed op de Fysieke Gezondheid en de Dynamische Omgeving. Juist bij mentale gezondheid is het dan ook van het grootste belang om dit periodiek te meten via het universele intake-instrument VitaliteitQuotiënt.

Mentale Vitaliteit heeft alles te maken met de Fysieke Vitaliteit en de Dynamische Omgeving waarin wij leven. Een minder stabiele Mentale Gezondheid is geen psychische stoornis of aandoening, maar een fase in het leven, waarin een zorgconsument (tijdelijk) uit balans is. Dit kunnen DSM-5 diagnoses betreffen of een dusdanige mentale instabiliteit dat een zorgconsument (tijdelijk) niet het leven kan leiden of deel kan nemen aan de maatschappij, zoals hij wil.

Drie-eenheid: Mentaal – Fysiek – Omgeving

De afgelopen zeven jaar heeft Vitaliteit Groep Nederland, samenwerkingspartner van Stichting IGZ Plus, gewerkt aan de ontwikkeling en toetsing van het universele intake-instrument voor Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ), het VitaliteitQuotiënt (VQ). Het VitaliteitQuotiënt is universeel te noemen, omdat het op en voor iedereen toepasbaar is, wereldwijd. Wanneer LGZ in Nederland wordt toegepast, zal Nederland uniek zijn in de wereld en een leidende positie verkrijgen wat betreft de toepassing van gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening.

De drie-eenheid vraagt om uitleg, in dit hoofdstuk vanuit de Mentale Gezondheid bekeken.

In de afbeelding hiernaast worden de drie hoofdgebieden van Leefstijl Gezondheidszorg (en het VitaliteitQuotiënt) gerepresenteerd door drie cirkels. Door overlapping van de drie cirkels, ontstaat een ruimte waarin de letters 'VQ' staan, het LGZ-instrument voor de individuele zorgconsument.



Het VitaliteitQuotiënt wordt berekend voor alle drie de cirkels en de cirkels tezamen (totaal VQ). Wanneer een zorgconsument op alle drie de hoofdgebieden (Mentaal, Fysiek, Omgeving) eenzelfde (voldoende) score behaalt, is hij in balans.

Wanneer de zorgconsument te maken krijgt met mentale instabiliteit zal het cijfer voor Mentale Vitaliteit binnen het VQ lager worden. In het meest gunstige geval blijven de scores voor Fysieke Vitaliteit en Omgeving gelijk, maar meestal niet. Wanneer de Mentale Vitaliteit daalt (t.o.v. de balanssituatie), dalen de scores voor Fysiek en Omgeving, vroeg of laat, mee.

De drie cirkels kunnen worden gezien als draaischijven, waarmee de balans of disbalans in onze vitaliteit wordt weergegeven (Mentaal, Fysiek, Omgeving). Onze vitaliteit binnen de 3 hoofdgebieden (en 11 deelgebieden) wordt negatief beïnvloed door (negatieve) omstandigheden binnen de 3 hoofdgebieden. Positieve invloeden bij mentale instabiliteit zijn bijvoorbeeld:

- Begeleiding van de zorgconsument op mentaal gebied (psychisch, welzijn, zingeving)
- Versterken van de fysieke conditie (sport, beweging, voeding)
- Versterken van de sociale omgeving (gezin, familie, vrienden)
- Versterken van de maatschappelijke omgeving (werk, studie etc.).

Bij (de eerste) signalen van mentale instabiliteit kan de VQ-specialist (POH-LGZ) samen met de zorgconsument een zorgplanning maken aan de hand waarvan begeleiding/behandeling wordt gegeven en de zorgconsument zo snel mogelijk weer kan deelnemen aan de maatschappij. Dit alles (zoveel mogelijk) onder eigen regie en eigen verantwoordelijkheid van de zorgconsument.

Voorkomen is beter dan genezen

Juist bij mentale instabiliteit is voorkomen beter dan genezen absoluut geen cliché. Ook bij Leefstijl Gezondheidszorg wordt, net zoals binnen de GGZ, onderscheid gemaakt tussen verschillende psychische/mentale klachten en stoornissen.

“Iedereen is wel eens druk, angstig of somber. Dat is op zich niets bijzonders. Pas als een psychische klacht uw dagelijks leven belemmert, spreken we van een stoornis.” (www.NVvP.net).

“Psychische klachten hebben te maken met gevoelens, gedachten en gedrag. U voelt zich bijvoorbeeld somber, gespannen, eenzaam of moe. U maakt zich misschien veel zorgen, denkt steeds aan angstige situaties of bent snel geïrriteerd. U kunt zich moeilijk concentreren, bent verward of slaapt slecht. Bij een bepaalde combinatie van psychische klachten, ernst en duur kan sprake zijn van een psychische aandoening of stoornis. Voorbeelden van psychische aandoeningen en verdeling volgens de DSM-5 is als volgt:

1. *Ontwikkelingsstoornis | Autisme (ASS), ADHD, Dyslexie en ODD*
2. *Stemmingsstoornis | (postnatale) depressie, dysthymie, bipolaire-stoornis e.d.*
3. *Persoonlijkheidsstoornis | borderline, narcisme, OCD e.d.*
4. *Angststoornis | paniekstoornis, agorafobie, sociale-angststoornis e.d.*
5. *Psychotische stoornis | schizofrenie*
6. *Trauma | PTSS*
7. *Verslaving | alcohol, drugs e.d.*
8. *Stoornis niet nader omschreven | bv. PDD-nos*

41

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis op basis van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten. Het is nadrukkelijk géén diagnose-handboek. Het stellen van een diagnose gebeurt door uitgebreid en nauwkeurig psychiatrisch onderzoek volgens de daarvoor geldende richtlijnen.

De invoering van de DSM-5 (Nederlandse versie 2014) heeft geen directe gevolgen voor de behandeling van patiënten. Het kan zijn dat bepaalde classificaties uit de DSM-IV niet meer gebruikt worden en dat patiënten met dezelfde soort klachten nu een iets gewijzigde classificatie krijgen. Omdat het hier gaat om een classificatie en niet om een diagnose met inhoudelijke betekenis voor de behandeling, hoeft de patiënt hier weinig van te merken.

Anders wordt het als de betaling van de behandeling door de zorgverzekeraar afhankelijk is van een DSM-classificatie. Hierover gaat het Zorginstituut Nederland, dat met de minister bewaakt wat er in het verzekerd pakket is opgenomen en onder welke voorwaarden.” (Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie | www.NVvP.net).

Dit rapport gaat primair over organisatorische veranderingen binnen de gezondheidszorg volgens de definitie van VWS. Dit geldt (voor nu) ook voor de psychiatrie.

Mentale Leefstijl Gezondheidszorg vervangt GGZ

De DSM-5 kwalificeert de mogelijke psychische klachten (aandoeningen of stoornissen), zodat de zorgconsument weet wat hij heeft en hoe de zorgverlener hem kan behandelen. Zoals de NVvP weergeeft is de DSM-5 geen 'diagnoseboek', maar de zorgverzekeraar vraagt wel om de DSM-code om dit te verwerken in een DBC (diagnose behandel combinatie).

In dit rapport wordt ervan uitgegaan dat alle huidige behandelingen binnen de GGZ van actueel niveau zijn. Daarentegen is het stellen van diagnoses wel problematisch. Anders dan bij fysieke gezondheid is een mentale diagnose lastig(er) te stellen (veel overlappingen tussen de diverse stoornissen) en krijgen zorgconsumenten de diagnose die het beste past bij hun klachten/symptomen (en het best binnen de DBC). De diagnose wordt gesteld door een psychiater, GZ- of klinisch psycholoog of vergelijkbaar.

Een psychologisch onderzoek kan onderdeel zijn van de diagnostiek. Aangezien in 2012/2013 als gevolg van bezuinigingen in een groot deel van de GGZ afscheid is genomen van de psychodiagnostisch werkende (PDW), worden psychologische onderzoeken nu veelal uitgevoerd door psychologen (i.o.) of orthopedagogen (i.o.). Het moge duidelijk zijn dat door het verdwijnen van de PDW minder en kortere psychologische onderzoeken worden uitgevoerd, met name omdat het duurder is geworden. Een slechte zaak voor de geestelijke gezondheidszorg. In revalidatiecentra, instellingen voor gehandicapten en ouderencentra wordt onverminderd gebruik gemaakt van ondersteunende diagnostiek, evenals binnen de Jeugdwet en in tbs-klinieken.

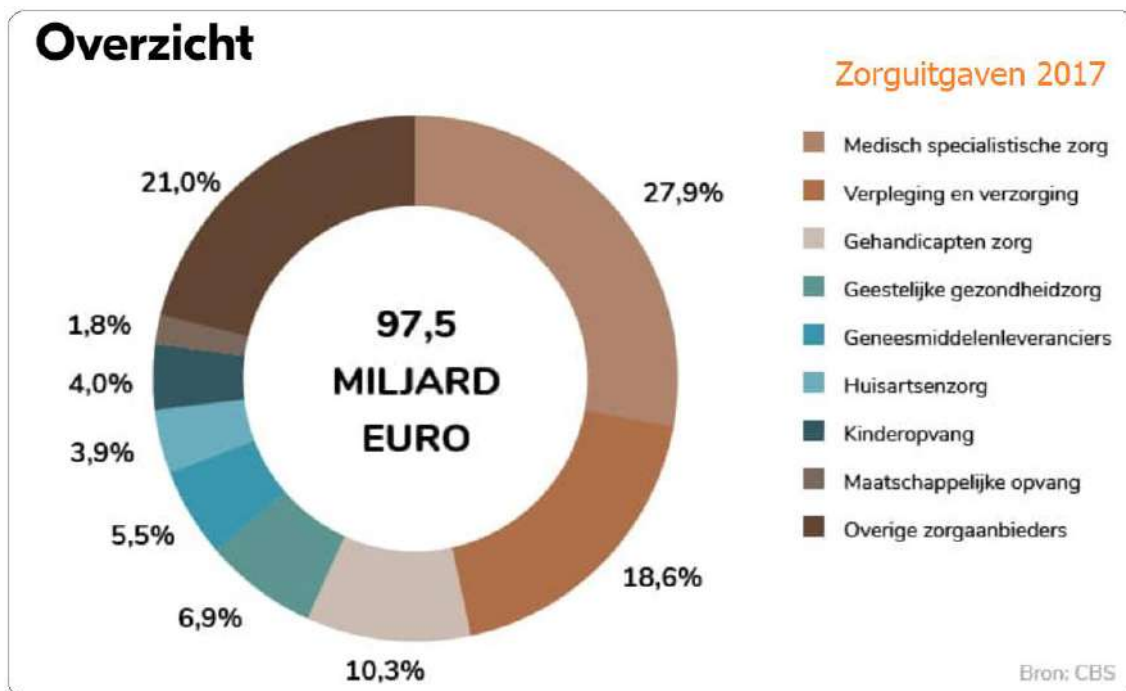
LGZ-diagnose of GGZ-diagnose

Stichting IGZ Plus stelt dat als ondersteuning van de GGZ-diagnose (volgens DSM-5), iedere zorgconsument met mentale instabiliteit een intake volgens Leefstijl Gezondheid krijgt middels het VitaliteitQuotiënt. Deze intake geldt als vervanging van het intakegesprek bij de (huidige) basis-GGZ. Naar aanleiding van het rapport van de VQ-specialist (POH-LGZ) wordt daarna de intake bij gespecialiseerde GGZ vervolgd. Indien nodig vinden psychologische onderzoeken (psychodiagnostiek) plaats, waardoor een zo nauwkeurig mogelijke diagnose kan worden gesteld. Gelijktijdig wordt door de psychiater en VQ-specialist ook naar de Fysieke Vitaliteit en Omgevingsfactoren gekeken en wordt (waar mogelijk in overleg met de zorgconsument) bepaald hoe de zorgconsument middels parallelle behandeling en/of begeleiding wordt geleid naar herstel of stabiliteit van zijn situatie (zorgplanning).

GGZ Nederland en haar partners zijn al jaren bezig met veranderingen in de GGZ. Om te denken de GGZ in één alinea te kunnen veranderen, is een illusie. Bovendien is niet alleen de GGZ gescheiden van de somatische gezondheidszorg, maar wordt ook onderscheid gemaakt in de zorg voor kinderen en jeugd (Jeugdwet), volwassenen en senioren. Mede door bezuinigingen lijkt de huidige GGZ geen bestaansrecht meer te hebben. Niets is minder waar. Wanneer GGZ Nederland samen met haar partners in gesprek gaat en een 'fusie' aangaat met de somatische zorg ontstaat een mooi toekomstbeeld, mentale en fysieke gezondheidszorg als één organisatie.

Verhouding mentale en fysieke klachten

Uitgaven binnen de gezondheidszorg laten de volgende verdeling zien:



De GGZ is de vierde zorgaanbieder in geld/omvang (6,9%). Binnen de GGZ werd in 2017 bijna 7 miljard uitgegeven tegen ruim 27 miljard voor medisch specialistische zorg en ruim 18 miljard aan verpleging en verzorging. In de gehandicaptenzorg (deels GGZ) ging ruim 10 miljard om, meer dan in de GGZ. Overigens wordt in de gehandicaptenzorg al (deels) LGZ toegepast. Het is geen wedloop, maar het budget voor gezondheidszorg kan maar één keer worden verdeeld.

43

Nadere beschouwing kosten GGZ (en sociale euro)

In het rapport/onderzoek 'Screeningsfase Systematische Analyse GGZ', uitgevoerd door het Zorg Instituut en aangeboden aan minister Bruins op 5 juli 2018, wordt veel informatie weergegeven, die (deels) in dit rapport wordt bevestigd. Het onderzoek richt zich specifiek op de DSM-diagnoses psychose en PTSS, maar verstrekt ook andere belangrijke algemene cijfers over GGZ en psychische klachten en stoornissen.

1. De kosten van ziekteverzuim bij mensen met psychische klachten en stoornissen wordt geschat op bijna € 3 miljard (Zorg Instituut).

Alarmerend bericht van de Arbo Unie (Persbericht oktober 2019):

"Werkstress en burn-out worden veel te vaak verkeerd behandeld. Dit kan effect hebben op de economische groei. Arbo Unie bepleit een meer doeltreffende aanpak gericht op het voorkomen en verhelpen van de oorzaken van stress. Zonder ingrijpen, stijgt het percentage van de beroepsbevolking dat in 2030 thuis zit of beduidend minder functioneert naar 25% en gaan deze kosten nog sterk stijgen in de toekomst."

2. Naast bovenstaand ziekteverzuim (Ziektewet) komen veel mensen met (ernstige) psychische klachten in de WIA (WAO) en Wajong. Psychische klachten en stoornissen kunnen ertoe leiden dat werken deels of geheel onmogelijk is. Voor circa 40% van de mensen die in 2016 instroomden in de WIA is een psychische stoornis de belangrijkste reden. Ook mensen die gebruik maken van een Wajong-regeling hebben vaak psychische klachten (circa 20%) (bron: Zinnige Zorg juli 2018 – Zorg Instituut).
3. Mensen met psychische klachten maken naast behandeling en begeleiding regelmatig gebruik van pgb en Wmo wat leidt tot een kostenpost van € 4 miljard (bron: Zorg Instituut – Zinnige Zorg – juli 2018). Het exacte bedrag dat kan worden toegewezen aan GGZ kan niet worden berekend. Een schatting van 40% is niet onredelijk gezien het percentage dat instroomt in WIA en Wajong.
4. Onder 1.1 van het rapport 'Zinnige Zorg GGZ' van het Zorg Instituut wordt het vermoeden van stichting IGZ Plus bevestigd door harde cijfers: 43% van de Nederlandse bevolking heeft of krijgt te maken met psychische stoornissen (meer dan alleen 'klachten').

“Veel mensen maken in hun leven periodes mee waarin zij te maken hebben met psychische klachten en problemen, zoals angst, depressiviteit, slapeloosheid of chronisch alcoholgebruik. Bijna de helft (43 procent) van de Nederlanders krijgt in zijn leven te maken met een psychische stoornis. Van een stoornis is volgens de DSM-5 sprake wanneer psychische klachten tot gevolg hebben dat er sprake is van klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren.”
(Bron: Zinnige Zorg juli 2018 – Zorg Instituut)

44

Terug naar het begin van dit hoofdstuk. De website van VWS spreekt van 4 op de 10 Nederlanders die te maken krijgen met psychische problemen. Dit cijfer is significant hoger (hoeveel moet nader onderzoek uitwijzen). Wanneer 43% (ruim 4 op de 10) al te maken krijgt met psychische stoornissen, is het aantal mensen met psychische klachten en/of problemen een flinke factor hoger. 6 van 10 Nederlanders (60%) is realistisch te noemen.

5. Onderstaande cijfers bevestigen de stelling dat veel meer mensen last hebben van psychische klachten dan tot nu toe (publiekelijk) werd aangenomen (cijfers 2015):
 - Bij de huisarts stonden 550.000 patiënten ingeschreven met psychische klachten zonder specifieke DMS-diagnose. Ruim 400.000 mensen bezochten een POH-GGZ.
 - Bij de huisarts stonden circa 230.000 mensen geregistreerd met een DSM-diagnose.
 - Op basis van declaraties werden 750.000 mensen behandeld in de generalistische GGZ of gespecialiseerde GGZ.
“In de algemene bevolking tussen de 19 en 64 hebben jaarlijks ongeveer 1,9 miljoen mensen een psychische stoornis. Het gaat hierbij om mensen met angststoornissen, stemmingsstoornissen, middelenstoornissen (verslaving) en aandachtstekort- of gedragsstoornissen.”

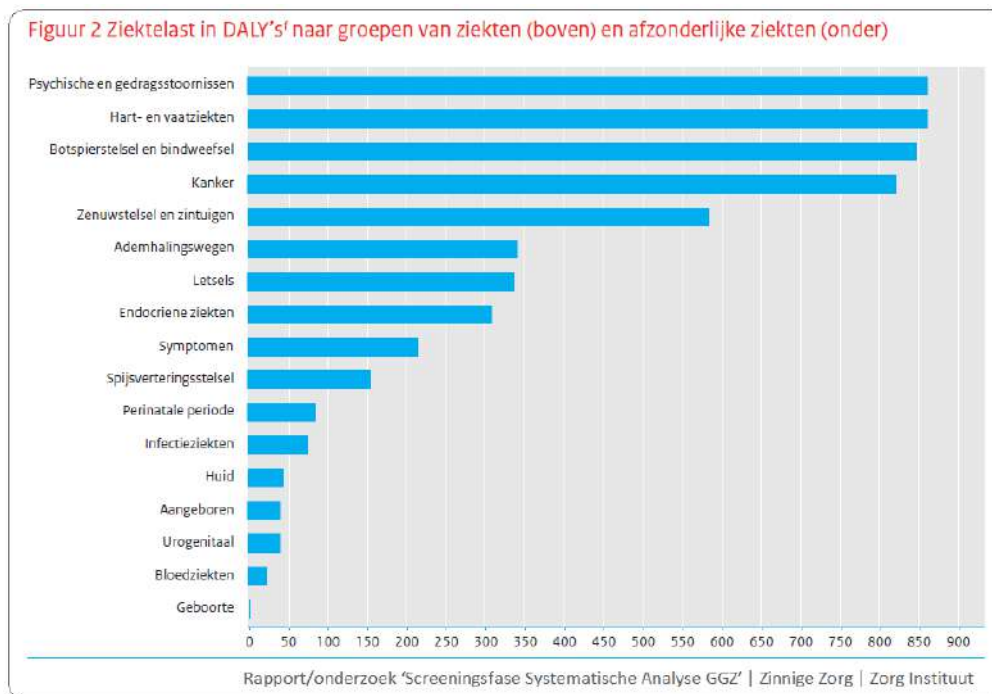
In deze NEMESIS-cijfers zijn de gegevens van psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen niet opgenomen. Deze 1,9 miljoen mensen melden zich niet allemaal bij een zorgaanbieder, en hun stoornis is ook niet altijd gediagnostiseerd.

6. Zoals al aangegeven; mensen met psychische klachten hebben vaker hulp nodig via pgb of Wmo, worden eerder werkloos en of komen in een uitkeringssituatie. Al deze zaken hebben een grote impact op sociaal-maatschappelijke en persoonlijke relaties.

Mensen met psychische klachten komen eerder in de schulden, scheiden vaker dan gemiddeld en hebben vaker dan gemiddeld geen of nauwelijks een omgangsregeling met hun kinderen. Juridische hulp is in alle drie de gevallen noodzakelijk, veelal middels een toegevoegde advocaat. Aangezien de focus ligt op medische behandeling of begeleiding en de sociaal-maatschappelijke omstandigheden worden verwaarloosd, verergert de situatie van mensen met psychische klachten gemakkelijk. Reden te meer om Leefstijl Gezondheidszorg toe te passen.

7. Het stigma dat rust op het hebben van psychische klachten neemt toe door de gescheiden behandeling/begeleiding. Historisch is iemand met psychische klachten 'gek' en iemand met lichamelijke klachten niet. Het grootste deel van de mensen met psychische klachten is echter 'niet gek'. Het samengaan van GGZ en de andere domeinen binnen Leefstijl Gezondheidszorg zal het stigma sterk verminderen, omdat psychische klachten dan eerder als 'gezondheidsklachten' worden gezien en, in meer dan één opzicht, minder 'apart' zijn.
8. Van alle gezondheidsklachten wordt bij psychische klachten de meeste ziektelast ervaren en is de kans groot om psychische stoornissen te ontwikkelen (43%). De gezondheidszorg is er nog niet op ingericht om adequaat met deze ontwikkelingen om te gaan.

Na psychische stoornissen wordt de meeste ziektelast ervaren bij hart- en vaatziekten, botspierletsel, bindweefselziekten en kanker. Op kleine afstand is dit het geval bij ziekten aan het zenuwstelsel en ziekten van de zintuigen. Bij overige ziekten neemt de ervaren ziektelast sterk af ten opzichte van 'de grote 5'.



46

Ziektelast kan voor een groot deel worden aangemerkt als psychische klacht(en). Elke ziekte, zeker in de ranglijst van doodsoorzaken, heeft psychische klachten als neveneffect.

Gekeken naar de vervolgrafiek van het Zorg Instituut, wordt ook inzicht verkregen in de ziektelast van de verschillende DSM-diagnoses:



De drie eerstgenoemde psychische stoornissen vormen de top drie reden voor bezoek aan de huisarts. Dementie is sterk groeiend (in 2040 doodsoorzaak nummer 1), door stijging van de gemiddelde leeftijd.

Opvallend is dat burn-out in dit overzicht 'slechts' op de vijfde plaats staat, terwijl dit bij werknemers op de eerste plaats staat.

De ziektelast bij psychische klachten en stoornissen is groot, doordat:

- veel mensen een dergelijke aandoening hebben. Dit wordt mede verklaard doordat de aandoeningen vaak lang duren (de gemiddelde behandelduur is circa 17,5 maand). Psychische klachten en stoornissen ontstaan vaak al op jonge leeftijd en keren veelal weer terug. Angststoornissen en depressieve stoornissen behoren tot de top 5 van aandoeningen die jaarlijks het meest voorkomen in Nederland.
- de gevolgen van psychische klachten en stoornissen relatief ernstig zijn, zoals bij schizofrenie. Schizofrenie gaat gepaard met het grootste verlies van kwaliteit van leven van alle 45 psychische en lichamelijke aandoeningen waarvoor het RIVM de collectieve ziektelast heeft bepaald. (Zinnige Zorg – GGZ).

In het rapport van het Zorg Instituut (juli 2018) komt duidelijk naar voren dat de gevolgen van psychische klachten en stoornissen relatief ernstig zijn. Stichting IGZ Plus heeft niet kunnen constateren dat het beleid wat betreft GGZ, betreffende deze zaken, is gewijzigd.

Uitgaande van 1,9 miljoen mensen met psychische stoornissen en een gemiddeld huishouden van 2,2 personen, betekent dit dat ruim 4 miljoen mensen met deze ziektelast te maken hebben. Dit is 25% van onze Nederlandse bevolking (2015). Zorgwekkende cijfers die, zeker gezien het (sterk) stijgend aantal mensen met angststoornissen, burn-out en dementie, een andere aanpak vragen.

47

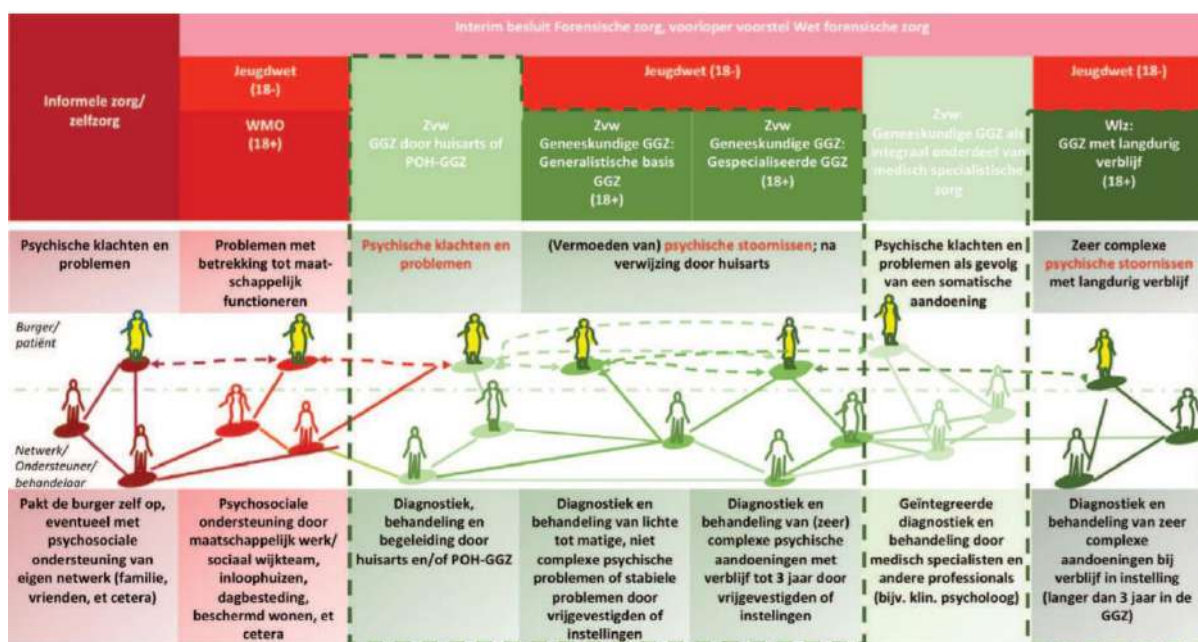
Veel zorgverleners en financieringsvormen GGZ

In hetzelfde rapport 'Screeningsfase Systematische Analyse GGZ' staat ook 'figuur 3' (zie volgende pagina). Dit figuur met toelichting is integraal overgenomen uit het rapport 'Screeningsfase Systematische Analyse GGZ'.

Figuur 3 geeft duidelijk aan dat de zorgconsument met veel zorgverleners (inclusief mantelzorg) te maken krijgt en dat er verschillende financieringsvormen zijn. Ten behoeve van het welbevinden van de zorgconsument is het nodig de financiering te vereenvoudigen tot de Zorgverzekeringswet, inclusief de langdurige GGZ-zorg.

Tenslotte; behandeling van psychische klachten valt voor jongeren tot 18 jaar onder de Jeugdwet en vanaf de 18^e verjaardag onder de Zorgverzekeringswet. Hierdoor vallen veel jongeren tussen het wal en het schip en wordt gepleit voor een overgangperiode of een verhoging van de leeftijd voor de Jeugdwet naar 21 jaar.

Figuur 3 | Het zorgnetwerk voor mensen met psychische klachten en stoornissen (Zorg Instituut)



Toelichting bij Figuur 3:

- Afhankelijk van hun zorgvraag kunnen mensen met psychische klachten en stoornissen te maken hebben met veel verschillende hulpverleners en mantelzorgers, die steeds vaker in zorgnetwerken opereren.
- Daarnaast leveren ook andere eerstelijnszorgverleners zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen, zoals apothekers, verpleegkundigen, verzorgers en paramedisch personeel.
- Huisartsen vormen in de regel voor mensen met psychische klachten en stoornissen de centrale spil; de huisartsenzorg, inclusief de zorg die door de POH-GGZ wordt geleverd, wordt voor alle Nederlanders vergoed op grond van de Zvw.
- Huisartsen kunnen mensen waarbij zij een psychische stoornis vermoeden zo nodig verwijzen naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Deze zorg wordt geleverd door instellingen of vrijgevestigde GGZ-professionals. Voor mensen van 18 jaar en ouder wordt deze zorg vergoed in het kader van de Zvw of de Wlz wanneer sprake is van GGZ-behandeling met verblijf langer dan drie jaar.
- Voor de organisatie en de bekostiging van de jeugdhulp inclusief GGZ (18-) zijn sinds 2015 de gemeenten verantwoordelijk.
- Gemeenten dragen in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet ook zorg voor psychosociale ondersteuning aan mensen met psychische klachten (18+); zij zetten daarvoor onder andere maatschappelijk werk/sociale wijkteams, inloophuizen, dagbesteding en beschermd wonen in.
- Forensische zorg bestaat uit GGZ voor mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd of daarvan worden verdacht. Deze zorg wordt georganiseerd en bekostigd door het Ministerie van Justitie en Veiligheid (Dienst Justitiële Inrichtingen).
- In deze systematische doorlichting staat de GGZ die geleverd wordt in het kader van de Zvw en de Wlz centraal; geneeskundige GGZ als integraal onderdeel van (soma) medisch specialistische zorg is daarbij buiten beschouwing gelaten (zie kader). Dat geldt even zo voor de algemene dienstverlening en zorg waar mensen met psychische klachten en stoornissen gebruik van kunnen maken.

Mentale gezondheidszorg binnen Leefstijl Gezondheidszorg

Psychische klachten komen nooit enkelvoudig voor, evenmin als fysieke klachten of problematiek vanuit de omgeving. Gezondheidszorg volgens LGZ betekent een integrale aanpak van alle drie de hoofdgebieden (en de 11 deelgebieden), waardoor alle Leefstijl Gezondheidsklachten gelijkwaardig worden behandeld. Met een aanpak via LGZ is stigma (inzake psychische klachten) binnen één generatie verdwenen door een gelijke behandeling van alle klachten binnen Leefstijl Gezondheid.

Duidelijkheid voor zorgconsumenten - zorgplanning

Waar het om draait is duidelijkheid. Niemand wil ziek zijn, niemand wil (vrijwillig) naar een ziekenhuis of andere instelling. Los van psychische klachten heerst er nog steeds een taboe op 'ziek zijn'. Historisch verklaarbaar en niet meer nodig in de 21^e eeuw. Mensen worden (nu) gemiddeld steeds ouder en dat betekent dat investering in een gezonde geest en een gezond lichaam steeds belangrijker wordt. Wanneer zorgconsumenten net zo goed voor zichzelf zouden zorgen als voor hun huis of auto, zou dat veel geld besparen binnen de gezondheidszorg. Dat is (nog) niet zo. Door zorgplanning gaat dat anders, zeker wanneer hiermee vanaf de geboorte wordt gewerkt.

Wat is zorgplanning

Net zoals pensioen of de aankoop van een huis wordt gepland, is planning van zorg noodzakelijk voor een lang, gezond en, liefst gelukkig, leven. Iedereen heeft kwetsbaarheden, iedereen ervaart (weleens) mentale of fysieke problemen of heeft last van, oncontroleerbare, omgevingsfactoren. Wanneer tijd kan worden ingeschat wanneer iemand hiermee wordt geconfronteerd, kan hierop worden geanticipeerd en actie worden ondernomen. Wanneer dat taboeloos kan gebeuren ('iedereen heeft wel iets'), kan sneller worden ingegrepen, waardoor de kans op een (snel) herstel wordt vergroot.

49

In hoofdstuk 13 wordt zorgplanning binnen Leefstijl Gezondheid uitgebreid besproken en uitgelegd. Op deze plek de belichting van Mentale Leefstijlzorgplanning. Leefstijlzorgplanning is een nieuwe vorm van preventie. Na behandeling en/of begeleiding wordt dit gevolgd door (preventieve) nazorg.

Mentale Leefstijl Gezondheidszorgplanning

Iedereen kan op elk moment een zorgplanning maken. Na berekening van het VitaliteitQuotiënt wordt ingezet op behandeling/begeleiding. Berekening van het VQ wordt periodiek in overleg met de VQ-specialist (POH-LGZ) herhaald om de effecten van behandeling/begeleiding te monitoren en nieuwe klachten (zoveel mogelijk) te voorkomen of tijdig te kunnen ingrijpen. De VQ-specialist is een (minimaal) hbo-opgeleide binnen Leefstijl Gezondheidszorg, bij voorkeur de POH-LGZ. In dit geval wordt de focus gelegd op de mentale vitaliteit van de zorgconsument (in combinatie met fysieke vitaliteit en omgevingsfactoren).

Het VitaliteitQuotiënt (VQ) kan op elk moment worden berekend, wanneer iemand geen klachten heeft (of denkt te hebben), wanneer er wel klachten zijn of wanneer de klachten langdurig zijn en er geen oplossing lijkt te zijn. Het VQ legt bloot waar de zwakke en vooral de sterke punten van iemand liggen. Met de uitkomst van het VQ kan de VQ-specialist samen met de zorgconsument een planning maken en aan de hand daarvan de mentale vitaliteit (blijvend) verbeteren.

De 21^e eeuw geeft een totaal ander beeld van onze samenleving en het functioneren van onze maatschappij. Meer dan ooit is 'eigen verantwoordelijkheid' belangrijk. In onze neoliberale maatschappij wordt dat ook verwacht. Dat geldt zowel in onze privé- als onze werksituatie. Sociale media hebben mensen dicht bij elkaar gebracht, maar hebben ook afstand gecreëerd. Het (ontbreken van) persoonlijk contact leidt tot omstandigheden die in de 20^e eeuw minder voorkwamen. Te denken valt aan eenzaamheid, werk- en prestatiedruk (stress).

De huidige GGZ is hier (onvoldoende) op ingericht. De komst van de POH-GGZ leek een goede oplossing, maar pakt het probleem van mentale instabiliteit onvoldoende aan. De huidige GGZ functioneert, door bezuinigingen, onvoldoende om de problematiek op te lossen en is vooral gericht op de meer ernstige stoornissen.

Vraag om andere inrichting GGZ (Mentale Leefstijl Gezondheidszorg)

Zoals eerder aangegeven, wordt in de gezondheidszorg vooral naar symptomen gekeken, net zoals de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) dat doet. Juist bij mentale gezondheidsklachten zou de nadruk moeten liggen op oorzaken in plaats van alleen naar het gevolg. Wanneer mensen niet gaan roken, raken zij niet verslaafd. Datzelfde geldt voor drugs, alcohol en andere verslavingen. Onderzoeken wat de oorzaak van het beginnen met roken, drinken, drugs of gokken is derhalve noodzakelijk.

Even belangrijk is om in een zo vroeg mogelijk stadium de mentale klachten te ontdekken, te herkennen en te erkennen dat dit gevolgen heeft voor alle levensgebieden, maar ook creëren van het bewustzijn dat wanneer geen behandeling/begeleiding volgt, de klachten zullen verergeren. Hoe meer mentale klachten verergeren, hoe groter de schade voor zorgconsumenten (en hun omgeving) en hoe hoger de kosten voor behandeling en begeleiding.

Gekeken naar een nieuwe organisatorische manier van mentale gezondheid, is de volgende volgorde van belang:

1. Huisarts + POH-LGZ (met specialisaties) + VitaliteitQuotiënt berekening
2. LGZ-coördinator
3. Generalistische Mentale LGZ (Leefstijl Gezondheidscentrum)
4. Mentale gezondheidszorg afdeling binnen ziekenhuis (voorheen specialistische GGZ)
5. Specialistische mentale gezondheidszorg inclusief opname
6. VQ-specialist (POH-LGZ) in verband met preventieve nazorg.

De lijnen worden door deze opzet korter, overzichtelijker en zijn bij problematiek rondom fysieke gezondheid en invloed van omgevingsfactoren beter te combineren. Zorgconsumenten hebben en houden eigen regie en hebben één aanspreekpunt (VQ-specialist/POH LGZ). Door te werken volgens Leefstijl Gezondheidszorg worden alle problematieken zoveel mogelijk parallel aangepakt. Door LGZ-nazorg (zoals opgenomen in de zorgplanning) houden zorgconsumenten, samen met hun behandelaars/begeleiders, zicht op hun gezondheid. Door de korte lijnen is aanzienlijke besparing op kosten en ziektelast mogelijk. In dit hoofdstuk wordt specifiek aandacht besteed aan mentale gezondheidszorg als één van de onderdelen van Leefstijl Gezondheidszorg.

Mentale gezondheidszorg onlosmakelijke onderdeel van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ)

Zoals het rapport van het 'Screeningsfase Systematische Analyse GGZ' van het Zorg Instituut aangeeft, ervaren mensen met psychische klachten een hoge ziektelast. Dit geldt overigens ook voor mensen met fysieke klachten of voor mensen met ernstige klachten veroorzaakt door/vanuit de omgeving.

Wanneer iemand mentaal ziek is, bestaat de o.a. volgende ziektelast:

1. Mentaal (somberheid, stress of één van de DSM-V-diagnoses)
2. Fysiek (nek-/schouderklachten, buikklachten, hoofdpijn et cetera)
3. Omgeving (schulden, verlies van werk, relationele problemen et cetera)

Bij het bepalen van behandeling of begeleiding moet naar het volledige plaatje worden gekeken. Mentale gezondheid staat niet op zichzelf. Sterker nog, wellicht is het noodzakelijk om eerst de omgevingsfactoren stabiel te krijgen voordat behandeling of begeleiding op mentaal gebied kan worden ingezet. Dat kan ook zo zijn wanneer (ernstige) fysieke klachten optreden. Soms is het zelfs het beste om alle problemen gelijktijdig aan te pakken, dus parallelle behandeling of begeleiding.

Wanneer het hoofdgebied Mentale Gezondheid apart wordt gezien, zal het herstel per definitie langer duren. Worden klachten op het gebied van fysieke gezondheid en problemen binnen de omgevingsfactoren niet serieus meegenomen in de behandeling, wordt een potentiële 'draaideurpatiënt' gecreëerd en is de kans op herhaling van klachten, op welk vlak dan ook, aanwezig en aannemelijk. De ziektelast van de zorgconsument in alle drie de hoofdgebieden dreigt hierdoor alleen maar groter te worden.

Dit rapport van Stichting IGZ Plus gaat over een andere manier van organiseren van de gezondheidszorg als geheel. De inhoudelijke behandeling en/of begeleiding van zorgconsumenten met mentale klachten wordt hier niet beoordeeld of veroordeeld. Gezien het feit dat de afgelopen decennia veel onderzoeksgeld is besteed aan fysieke ziekten, zou het goed zijn om een deel van de besparingen op de toekomstige kosten van gezondheidszorg te besteden aan (onderzoek naar) mentale gezondheid, zoals dementie en het functioneren van onze hersenen in het algemeen.

Kinderen, volwassenen en ouderen

Kinderen, volwassenen en ouderen vragen om een andere benadering. Zij hebben veelal andere mentale klachten en bevinden zich in een andere levensfase. Binnen Leefstijl Gezondheidszorg is de procedure voor alle leeftijdsgroepen hetzelfde. Het VitaliteitQuotiënt is geschikt voor kinderen, volwassenen en ouderen. Ieder met een eigen, op de doelgroep afgestemde vragenlijst, juist omdat elke doelgroep andere behoeften heeft en specifieke behandelaars nodig heeft. De volgorde (het proces) is voor elke doelgroep echter hetzelfde.

Overigens, tijdens het debat van de begroting voor 2020 heeft premie Rutte toegezegd aan de fractieleider van Groen Links dat er specialistische centra voor kinderen gaan komen.

6. Fysieke Leefstijl Gezondheidszorg

Lichamelijke gezondheidszorg functioneert, net als de GGZ, als zelfstandig domein, onderverdeeld naar leeftijdsgroep, te weten: kinderen, volwassenen en ouderen. Ziekenhuizen bieden volwassen- en geriatrische zorg en hebben een kinderafdeling. Bekend voorbeeld is het UMC Utrecht, het Wilhelmina kinderziekenhuis en het Prinses Maxima Centrum (gespecialiseerd in kinderkanker).

Met name de lichamelijke gezondheidszorg, staat in Nederland op hoog niveau. Zowel de zorg als het zorgstelsel worden in Europa en de rest van de wereld hooggewaardeerd, waardoor Nederland stevast op een top vijf notering kan rekenen. Nederland is vooruitstrevend in techniek, apparatuur en behandelmethoden. Jaarlijks worden miljarden uitgegeven aan onderzoek (o.a. via de verschillende patiëntenverenigingen).

Voortdurende verbetering van onze gezondheidszorg is de enige manier om voorop te blijven lopen. In dit rapport wordt het zorgstelsel als gegeven beschouwd en niet in de organisatieverandering meegenomen. Op dit moment (2019) is er geen Kamermeerderheid om het zorgstelsel te veranderen.

Huidige lichamelijke gezondheidszorg

De huidige gezondheidszorg, zeker wat betreft lichamelijke klachten, loopt via de huisarts (poortwachter), spoedeisende hulp (SEH) of acute zorg (o.a. ambulance). De SEH is een speciale afdeling binnen het ziekenhuis waar zorgconsumenten terecht kunnen voor acute hulp of zorg. Acute zorg verdraagt geen uitstel en de patiënt dient binnen 45 minuten passende zorg te krijgen op de juiste plek (meestal SEH van het ziekenhuis). De SEH wordt voor nu buiten beschouwing gelaten. Dit komt in hoofdstuk 16 'Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC) spil lokale samenleving' ter sprake.

52

Huisarts – poortwachter gezondheidszorg

Omdat zorgconsumenten met gezondheidsklachten (meestal) eerst naar de huisarts gaan, wordt de huisarts als 'poortwachter' van de gezondheidszorg gezien. In 2016 heeft ruim driekwart van de Nederlanders (12 miljoen mensen) de huisarts bezocht. Het gemiddeld aantal bezoeken neemt de afgelopen jaren licht toe en ligt nu op 4,4 bezoeken per jaar per persoon. Voornamelijk ouderen boven de 65 jaar en kinderen onder de 4 jaar gaan naar de huisartsenpraktijk. (Bron: Nivel)

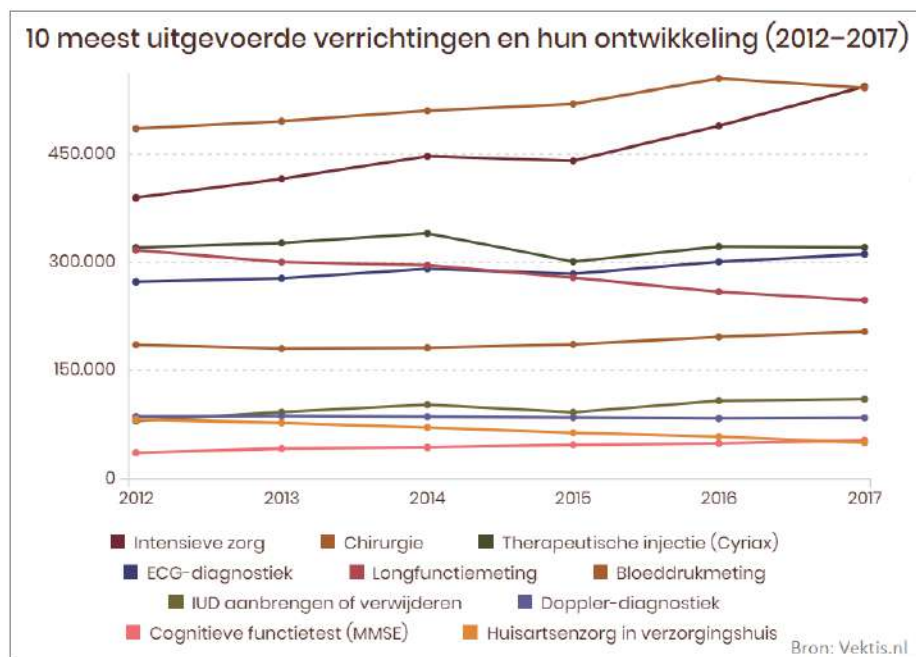
De rol van de huisarts, sinds 2015 veelvuldig bijgestaan door POH-GGZ en POH-Somatiek, is veelomvattend en van invloed op de rest van het pad naar eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnszorg.

Er is een toename in lange en telefonische consulten. Vrouwen gaan vaker naar de huisarts dan mannen. Er is een toename van vrouwelijke huisartsen te zien. Een praktijk heeft gemiddeld rond de 2.000 patiënten (verzekerden). In 2017 had 79% van de huisarts(en)praktijken een POH-GGZ en 62% een POH-Somatiek.

Binnen huisartsenpraktijken worden in toenemende mate (kleine) medische ingrepen verricht, intensieve zorg verleend, ECG-diagnostiek uitgevoerd, therapeutische injecties en (eenvoudig) longonderzoek gedaan. De kosten van de huisartsen waren in 2017 ruim 2,7 miljard, de multidisciplinaire zorg (eerstelijnszorg) 500 miljoen. Bloeddruk regulerende middelen,

cholesterolverlagers en maagzuurremmers vormen de meest voorgeschreven medicatie. (Bron: Vektis 'Inzicht in de huisarts(en)praktijk')

Opvallend is dat van de 10 meest uitgevoerde verrichtingen er 9 fysiek georiënteerd zijn en slechts 1 mentaal (Cognitieve functietest, MMSE bij dementie). De rol van de huisarts is dan ook (nog steeds) voornamelijk fysiek gericht, terwijl het aantal mensen met psychische klachten stijgende is.



Het verlenen van multidisciplinaire zorg neemt (samen met andere eerstelijnszorg hulp-, dienst- en zorgverleners) sterk toe. Deze vorm van huisartsenzorg is sterk stijgend. In 2012 bedroegen de kosten 334 miljoen en in 2017 529 miljoen. Een stijging van 58% in 5 jaar.

Huisarts als doorverwijzer

De huisarts kan veel zelf binnen de praktijk (inclusief diagnostiek), maar vaak is een verwijzing nodig naar tweede- of derdelijnszorg. In de praktijk is dat meestal naar de tweedelijnszorg, een specialist in een ziekenhuis, verzorgingshuis of andere specialistische instelling.

Huisarts spil van de gezondheidszorg

Aangezien de huisarts als poortwachter wordt gezien en binnen Leefstijl Gezondheidszorg een grotere rol krijgt als LGZ-procesbeheerder wordt in dit rapport in hoofdstuk 15 uitgebreid ingegaan op de huidige en toekomstige rol van de huisarts.

Verschil tussen mentale en fysieke gezondheid/gezondheidszorg

Ogenschojnlijk is er een groot verschil tussen mentale en fysieke gezondheidsklachten. Fysieke klachten zijn over het algemeen zichtbaar (te maken), concreet en meestal relatief eenvoudig te traceren en te onderzoeken (denk aan diagnostiek bloed en urine). Vervolgens is na diagnostiek (meestal) een behandeling voor handen (operatie, medicatie). In Nederland staan fysieke ziekten bovenaan in de top 10 van doodsoorzaken en hebben ook in het totale cijfer doodsoorzaken nog een ruime meerderheid.

Mentale klachten zijn onzichtbaar, totdat een merkbaar verschijnsel ontstaat. Denk hierbij aan verslaving, eetstoornis, depressie. Ook met behulp van bijvoorbeeld hersenscans is lastig te definiëren waar de oorzaak van mentale klachten is gelegen. De kennis ontbreekt. Daarnaast zijn deze scans relatief duur en worden dan ook weinig of niet gebruikt. Hierdoor is het bij mentale klachten minder gemakkelijk tot een (juiste) diagnose te komen dan bij fysieke klachten het geval is. Mentale diagnoses zijn veelal minder 'exact'.

Er overlijden relatief weinig mensen aan psychische klachten. Ongeveer 10% van alle mensen die overlijden als gevolg van een ziekte. Het grootste deel van dit percentage betreft mensen met een vorm van dementie (bijvoorbeeld Alzheimer).

Trend de afgelopen 50 jaar

Opvallend aan de cijfers is dat sinds 1980 meer mensen overleden aan fysieke ziekten. Sinds 2000 daalt dit aantal. In meer recente jaren wordt consolidatie van deze trend gezien (zie afbeelding).

Het grootste deel van de ziekten is 'te wijten' aan de groei van de welvaart sinds de jaren 60 van de vorige eeuw. Door o.a. onderzoek, ontwikkeling van techniek en medicatie was en is het mogelijk het aantal ziektegevallen terug te dringen. Bij veel vormen van kanker (nieuwvorming) is de overlevingskans inmiddels

meer dan 50% of zelfs bijna 100% geworden. Een prachtige ontwikkeling, waardoor de Nederlandse gezondheidszorg (mede) aan de top staat in de wereld.

Opvallende uitzondering in bovenstaand overzicht; het aantal mensen met dementie is ruim verdubbeld sinds 1980 en stijgt de afgelopen jaren exorbitant. Tijd voor onderzoek.

Trends in de gestandaardiseerde sterfte naar doodsoorzaak over de periode 1980-2017

Ziekte/aandoening	Mannen	Vrouwen
Dementie (1996-2017)	Ruime verdubbeling. Stijging het grootst rond 2000.	Verdubbeling. Stijging het grootst rond 2000.
Longkanker	Daling met ruim 50%.	Bijna een verviervoudiging.
Beroerte	Daling met ongeveer 70%. Vanaf 2010 vrijwel constant.	Daling met ongeveer 60%. Vanaf 2010 vrijwel constant.
Coronaire hartziekten	Daling met ongeveer 85%.	Daling met ruim 80%.
Hartfalen	Grillig verloop tot 1996, daarna licht gedaald.	Grillig verloop tot 1996, daarna licht gedaald.
COPD	Stijging tot 1990 met circa 35% en vanaf 1995 een ruime halvering.	In de jaren tachtig en negentig verdubbeling, daarna vrijwel constant.
Dikkedarmkanker	Daling met ongeveer 25%.	Daling met bijna 35%.
Accidentele val	Tot 2000 een daling met 20% en vanaf 2000 een stijging met 50%.	Tot 2000 een daling met ruim 40% en vanaf 2000 een stijging met 50%.
Longontsteking	Stijging met ongeveer ruim 50% in de jaren negentig. Na 2000 daling tot het onder niveau van 1980. Vanaf 2013 vrijwel constant	Stijging met ongeveer 50% in de jaren negentig. Na 2000 daling tot onder het niveau van 1980. Vanaf 2013 vrijwel constant.
Borstkanker		Eerst vrijwel constant, vanaf 2000 daling met 35%.

Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek, gegevens bewerkt door het RIVM

De gezondheidseuro kan maar één keer worden uitgegeven

De positieve resultaten van de afgelopen jaren hebben wel een prijskaartje. De grootste oorzaak van sterfte door ziekte is nog steeds kanker. De kosten in 2011 waren hoog, € 4,3 miljard, ongeveer 5% van de totale kosten van de gezondheidszorg in dat jaar (bron: CBS).

Uit het overzicht 'Trends in de gestandaardiseerde sterfte naar doodsoorzaak' wordt duidelijk dat in relatie tot de kosten, dat wanneer wordt geïnvesteerd in een (onderzoek naar een specifieke) ziekte, deze beter is te behandelen en meer mensen de ziekte overleven. Ziek zijn kost geld, genezen kost geld en overleven ook. Op de juiste manier 'investeren' in behandeling en onderzoek is dan ook van groot belang. In zowel fysieke als mentale ziekten en zo eerlijk mogelijk verdeeld.

Definities binnen de gezondheidszorg

Zoals in hoofdstuk 5 aangegeven, hebben mensen met (ernstige) psychische (mentale) klachten per definitie ook fysieke klachten. Door de scheiding van lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg wordt dit gemakkelijk vergeten. Reden om dit rapport te schrijven en te gaan naar Leefstijl Gezondheidszorg. Eerst een drietal definities:

"Genezing (Latijn: curatie) is het proces waarbij de verschijnselen van een ziekte, spontaan of door een behandeling verdwijnen, waardoor de gezondheid hersteld wordt. Soms zijn er ook na genezing nog restklachten, restverschijnselen of beperkingen. Bij verwonding vindt wondgenezing plaats, bij infectieziekten eliminatie van de veroorzaker en herstel van de aangetaste weefsels. Een belangrijk proces bij wondgenezing is angiogenese, de aanmaak van nieuwe bloedvaten door het lichaam." (Bron: Wikipedia)

"Ziekte is een schadelijke lichamelijke of psychische afwijking van een organisme. Meer specifiek is het een verstoring van de homeostase, het zelfregulerend proces waarbij biologische systemen hun stabiliteit bewaren door zich aan te passen aan de omstandigheden. Dit gaat vaak gepaard met symptomen die wijzen op de abnormale toestand. Gezien de vele verschillende ziekten is een eenduidige definitie echter niet goed mogelijk en is een scherpe afbakening tussen ziekte en gezondheid niet altijd duidelijk. Daarbij speelt ook een rol dat het begrip ten dele cultureel is bepaald, wat bijvoorbeeld blijkt uit de medicalisering van de samenleving." (Bron: Wikipedia)

Definitie 'Health' volgens WHO

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

Vrij vertaald: "Gezondheid is een toestand van volkomen lichamelijk, geestelijk en sociaal-maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekte of handicap (beperking)."

Het bibliografische citaat voor deze definitie is: Preambule van de grondwet van de WHO, zoals aangenomen door de International Health Conference, New York (19 juni-22 juli 1946), ondertekend door vertegenwoordigers van 61 landen op 22 juli 1946 en van kracht gegaan op 7 april 1948. Sindsdien is deze definitie niet aangepast. (Bron: WHO/Wikipedia.)

Nederland is sinds 1947 officieel lid van de WHO en heeft in 1946 het verdrag medeondertekend.

De Wereldgezondheidsorganisatie geeft met haar definitie aan dat er problemen/klachten kunnen zijn op fysiek gebied, mentaal gebied of binnen de omgevingsfactoren, maar sluit het bestaan van gezonde mensen feitelijk uit.

Artseneed (variatie Hippocrates) volgens KNMG en VNSU 2003:

“Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheimhouden wat mij is toevertrouwd.

Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk.

Ik zal zo het beroep van arts in ere houden. Dat beloof ik. Of: Zo waarlijk helpe mij God almachtig.”

De taak van artsen is derhalve om mensen (zo goed mogelijk) te genezen van ziekten, waarbij een, zo optimaal mogelijke toestand van volkomen lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden wordt bereikt. Het overgaan van de huidige reguliere gezondheidszorg (lichaam en geest) naar Leefstijl Gezondheidszorg is dan ook een evolutionaire stap die nu gemaakt moet worden.

Net als de eed van arts Hippocrates (400 v. chr.) door de eeuwen is aangepast, dient de gezondheidszorg zich ook aan te passen aan de tijdgeest, in dit geval van de 21^e eeuw. Wanneer ervan wordt uitgegaan dat mensen niet 100% gezond kunnen zijn (WHO), is optimalisatie van gezondheid het enig haalbare. Stichting IGZ Plus stelt dan ook de volgende, geactualiseerde WHO-definitie voor:



56

“Gezondheid is de individuele situatie waarin de fysieke, mentale en sociaal-maatschappelijke kwaliteit van leven, zoveel mogelijk onder eigen regie en verantwoordelijkheid, is geoptimaliseerd en niet slechts de afwezigheid van ziekte of beperking.”

Optimalisatie van gezondheid

Aangezien ‘volkomen’ niet is te realiseren, wordt gekozen om de staat van gezondheid te optimaliseren. De definitie van de WHO is in 1948 ontstaan en de huidige gezondheidszorg werkt wat betreft aanpak niet of nauwelijks volgens deze 70 jaar oude definitie.

Zolang in Nederland (en daarbuiten) fysieke en mentale gezondheidszorg gescheiden blijven en onvoldoende aandacht is voor de (positieve en negatieve) omgevingsfactoren die invloed hebben op gezondheid en ziekteproces, kan gezondheid (zoals gedefinieerd door de WHO) niet worden geoptimaliseerd. Wat hierbij eveneens een rol speelt, is de doelstelling van behandeling en/of begeleiding. In hoeverre wordt voldoende rekening gehouden met de behoeften en wensen van zorgconsumenten?

Optimalisatie gezondheid is haalbaar

Gechargeerd lijkt de fysieke gezondheidszorg (uitzonderingen daargelaten) als doel te hebben één of meerdere symptomen aan te pakken en voor maximaal herstel te gaan bij zorgconsumenten. Een mooi doel. De vraag is of hierbij (voldoende) rekening wordt gehouden met de definitie van de WHO van 'gezondheid'. De vraag die gesteld moet worden, is: "leidt oplossen van symptomen tot optimale gezondheid".

Doordat minder mensen sterven aan (fysieke) ziekten, een ziekte overleven, wordt het van steeds groter belang te kijken naar de kwaliteit van leven na ziekte, welke invloed de ziekte op een zorgconsument (en gezin/omgeving) heeft gehad. Steeds meer patiëntenorganisaties besteden hier aandacht aan en bevestigen daarmee de filosofie van Stichting Integrale Gezondheidszorg Plus.

Het rapport 'Kankerzorg in beeld | over leven met en na kanker' gepubliceerd in april 2019 door IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) en het NFK (Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties) geeft aan dat op grote schaal (ongeveer 800.000) ex-patiënten na het overleven van kanker onvoldoende steun krijgen op mentaal en sociaal-maatschappelijk gebied en daardoor optimale gezondheid niet (meer) bereiken. Zij hebben te maken met stigma, discriminatie en hebben moeite met het afsluiten van een (nieuwe) hypotheek en bijbehorende verzekeringen. De Tweede Kamer sprak in oktober 2019 over laatstgenoemde onderwerp.

Behalve bij kanker is dit bij veel andere ziekten ook het geval. Een (ernstige) fysieke ziekte betekent dan ook meer dan alleen de (medische) behandeling. De gevolgen van een ziekte beginnen veelal voordat zorgconsumenten naar de dokter gaan en eindigen niet bij het verlaten van het ziekenhuis.

57

Het cynische van bovenstaande ontwikkeling is feitelijk dat onze gezondheidszorg door de kwalitatieve verbetering op het gebied van kennis, techniek en onderzoek, (zie hoofdstuk 2) op een dusdanig niveau is gekomen dat meer mensen een ziekte overleven. Het is nu tijd om te anticiperen op deze ontwikkeling.

Metafoor: Vervoer over water heeft geleid tot de industriële revolutie waardoor vervoer over de weg, voor een groot deel, het vervoer over water overnam. Het vervoer over de weg leidt anno de 21^e eeuw tot het CO2-probleem, waardoor weer een alternatief gekozen moet worden voor fossiele brandstof.

Onze gezondheidszorg heeft een kantelpunt bereikt. Veel fysieke ziekten worden steeds beter genezen en dat resulteert in steeds meer overlevenden van die ziekten. Ondertussen ontstaan nieuwe ziekten of combinaties van ziekten, die steeds meer dodelijke slachtoffers eisen, zoals dementie en accidenteel vallen. Daarnaast hebben zorgconsumenten steeds vaker psychische klachten, die niet per se dodelijk hoeven zijn, maar wel zorgen voor een leven dat niet voldoet aan de definitie van WHO inzake gezondheid. Dit kantelpunt vraagt om een andere aanpak in deze eeuw.

Praktische invulling optimalisatie van gezondheid

Terug naar de definitie van de WHO uit 1948. Gezondheid, volgens deze definitie, kan in de 21^e eeuw worden gerealiseerd, of op zijn minst het streven naar optimale gezondheid (welbevinden, zowel lichamelijk, geestelijk als sociaal-maatschappelijk).

Door het samentrekken van mentale en fysieke gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening ontstaat Leefstijl Gezondheidszorg waardoor werken naar optimalisatie van gezondheid, volgens de definitie van de WHO, meer dan mogelijk wordt.

Het lijkt ogenschijnlijk hetzelfde, 'genezen' of 'realiseren van optimale gezondheid'. Wanneer iemand ziek is, wordt hij behandeld en kan weer gezond verder leven. Deze denkwijze is al 4.000 jaar oud en lijkt logisch. Iemand is ziek, hij wordt beter gemaakt. Wat ontbreekt aan deze stelling is preventie, voorlichting, bewustzijn en nazorg. Gezond zijn en blijven, is in de 21^e eeuw geen sinecure. Wanneer het huidige gezondheidssysteem gehandhaafd blijft, zal nooit sprake zijn van de realisatie van de WHO-definitie van gezond zijn.



Zoals aangegeven, staat onze gezondheidszorg in de top 5 beste van de wereld. Dat moet zo blijven (of nog verbeteren), maar om dat te bewerkstelligen, is een andere zienswijze, van zorgconsument, zorgverlener en iedereen die betrokken is bij gezondheidszorg (sociale euro) noodzakelijk. Ziek zijn (mentaal of fysiek) is nog steeds één van de grootste taboes. Mensen praten daar liever niet over. Wanneer sprake is van een 'levenslange' monitoring, kan worden ingespeeld op situaties die ons leven, in meer of mindere mate bedreigen.

58

***Metafoor:** Na aankoop van een auto wordt deze in de daaropvolgende jaren voor onderhoud en APK naar de garage gebracht. In tijden van economische crisis wordt de APK niet overgeslagen (anders boete), wel wordt bespaard op het onderhoud. Duurt de crisis te lang dan kan dat het einde van de auto betekenen.*

Een auto heeft uiteraard geen eigen verantwoordelijkheid en is 'een product in dienst van de mens'. Echter, om risico (boete) te voorkomen en voor onderhoud wordt de auto voor de APK naar de garage gebracht. Mensen neigen door te gaan totdat zij 'mentaal en/of fysiek vastlopen' of problemen ondervinden in de maatschappij. Het gedrag van de mens lijkt hierdoor destructief, terwijl geen wezen zo vasthoudt aan het leven als de mens.

Met fysieke klachten wordt sneller naar de huisarts gegaan dan met mentale klachten. Wellicht heeft dit te maken met het stigma dat rust op mentale klachten of het 'onzichtbare/on(be-)grijpbare' ervan.

Mentale klachten of invloed omgeving bij fysieke klachten

Gezondheidsklachten anno de 21^e eeuw gaan veel verder dan de klachten van 100 jaar of langer geleden. Diagnosticeren gaat aan de ene kant gemakkelijker (meer kennis) en is aan de andere kant moeilijker, omdat klachten elkaar overlappen (DSM). In dit hoofdstuk wordt gekeken naar fysieke klachten die het leven moeilijker maken en die 'een staat van welbevinden' in de weg staan.

Zoals het rapport van IKNL en NFK laat zien, hebben 800.000 ex-kankerpatiënten uiteenlopende klachten na succesvolle behandeling tegen kanker. Dit geldt in het algemeen voor zorgconsumenten die een ernstige ziekte hebben overleefd.

De stelling van Stichting IGZ Plus is dat fysieke klachten (bijna) altijd gepaard gaan met mentale klachten en/of een negatieve invloed vanuit de omgeving. Ons lichaam reageert, net als onze geest, op (ernstige) ziekten zoals op gevaar (vechten, vluchten, verstijven). Andere situaties, die als 'gevaar' worden beschouwd en een reactie kunnen veroorzaken en waarbij stresshormonen worden aangemaakt (adrenaline en cortisol), zijn bijvoorbeeld echtscheiding, ontslag, gevangenschap en financiële problemen.

Wanneer ons lichaam kwetsbaar is, heeft dit invloed op onze mentale gezondheid en sociaal-maatschappelijke omstandigheden. Ook in 2020 is 'ziek' zijn nog niet 100% geaccepteerd, omdat weerbaarheid en veerkracht individueel en door omstandigheden zijn bepaald. Ziek zijn is bovendien slecht voor de carrière (en financiële situatie), heeft invloed op sociale contacten, zeker als de ziekte langer duurt. Bij bijna elke ziekte geldt dat hoe eerder deze wordt ontdekt en daarbij de invloed (positief of negatief) die dit heeft, wordt aangepakt, hoe beter. Diagnostiek, zoals met het VitaliteitQuotiënt, waarbij zoveel mogelijk (relevante) informatie wordt verkregen, is dan ook onontbeerlijk.

Wanneer zorgconsumenten te maken krijgen met ernstige fysieke klachten kan samen met de zorgconsument, gezin en collega's, gewerkt worden aan maximaal herstel, waarbij het welbevinden van de zorgconsument voorop staat. Werken naar en behouden van gezondheid volgens de definitie van Stichting IGZ Plus. Werken aan een optimaal perspectief na behandeling, (eventuele) begeleiding van gezin en, samen met de LGZ-coördinator, (re-)integratie naar werk. Een ideale situatie en realiseerbaar met Leefstijl Gezondheidszorg.

Wedloop goede doelen is gezondheid gerelateerd

Stichting IGZ Plus is van mening dat (nog) meer geïnvesteerd moet worden in onderzoek binnen de gezondheidszorg. Hiervoor is het kabinet, samen met de UMC's en individuele onderzoekscentra, verantwoordelijk. Vandaag de dag lijkt tussen de honderden patiëntenverenigingen een wedloop ontstaan naar onderzoeksgeld. Dat betekent dat voor de 'ziekte' die op dat moment de hoogste bekendheid heeft en het meest tot de verbeelding spreekt het meeste geld wordt opgehaald.

Stichting IGZ Plus pleit ervoor dat de patiëntenverenigingen het geld dat zij via donateurs en sponsors verkrijgen, juist gebruiken om de gezondheid van zorgconsumenten naar een hoger plan te tillen wat betreft mentaal, fysiek en sociaal-maatschappelijk welbevinden. Dat is de belangrijkste taak van deze verenigingen. Onderzoek zou betaald moeten worden door de minister van VWS en/of de zorgverzekering en/of andere vormen van financiering en niet vanuit donor- en sponsorgelden.

Bij voorkeur wordt in overleg met patiëntenverenigingen bepaald waaraan het gedoneerde geld wordt besteed. Zij weten tenslotte wat hun leden nodig hebben. De minister van VWS zou hierdoor ook sneller kunnen beslissen in welk soort onderzoek (in welke ziekten) wordt geïnvesteerd, zonder dat de populariteit van de patiëntenvereniging hierin doorslaggevend is. Specifieke ziekten zijn bijvoorbeeld: dementie, ALS en andere ziekten waarvan de oorzaak nog niet of nauwelijks bekend is en waarvoor derhalve nog geen adequate behandeling is. Hierbij heeft internationale samenwerking de voorkeur. Zoals nu al vaak het geval is.

Ziek zijn kost tijd en geld

Zoals al eerder gesteld: ziek zijn kost geld en tijd, los nog van het zorgstelsel. Zorgconsumenten realiseren zich dat de gezondheidszorg tijd kost. Wanneer het om gezondheid gaat, wordt meer stress ervaren dan bij de meeste andere zaken die kunnen spelen.

Dat de gezondheidszorg € 100 miljard kost, is bij veel mensen wel bekend door (sociale) media en platforms van zorgverzekeraars. Dat de kosten voor hulp- en dienstverlening in het gebied van de sociale euro ook nog eens tussen de € 50 en 100 miljard bedraagt, is minder bekend. Wanneer 5 tot 10% bespaard kan worden, kan meer worden geïnvesteerd in onderzoek, behandelingen en in de (salarissen) van zorgverleners binnen Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ).

Absolute voorwaarde om deze besparingen te kunnen doorvoeren, is het bewustzijn dat mentale en fysieke gezondheid elkaar (positief en negatief) beïnvloeden en dat omgevingsfactoren daarbij een (positieve of negatieve) rol spelen. Dit leidt vanzelfsprekend tot Leefstijl Gezondheidszorg, ofwel: een samenvoeging van mentale en fysieke gezondheidszorg én complementaire hulp- en dienstverlening met als resultaat een betere, duurzame, inclusieve en betaalbare gezondheidszorg voor nu en in de toekomst.

7. Omgevingsfactoren beïnvloeden mentale en fysieke gezondheid

In de hoofdstukken 5 en 6 zijn respectievelijk mentale en fysieke gezondheidszorg toegelicht, hoe het nu is en hoe het kan zijn. Mentale (psychische) en fysieke (lichamelijke) gezondheidszorg zijn bekende begrippen. Het is wellicht ook niet nieuw dat Stichting IGZ Plus deze twee domeinen binnen de gezondheidszorg wil samenvoegen. De invloed van omgevingsfactoren, waaronder klimaat, woon- en werkomstandigheden, inkomen, zijn bekend, maar welke invloed hebben deze factoren op onze gezondheid en de gezondheidszorg.

Stichting IGZ Plus ziet omgevingsfactoren als de hefboom om tot een betere en betaalbare gezondheidszorg te komen. De wens van ons Kabinet is een gezondheidszorg die in de pas loopt met de begroting. Dat is al lang niet meer zo en zal, als op de huidige weg wordt doorgegaan, ook de komende 10 jaar niet lukken. In 10 jaar tijd zijn de kosten van de gezondheidszorg bijna verdubbeld. De afgelopen decennia zijn verschuivingen geweest, zoals decentralisatie van de Jeugdwet. Zorg dichterbij de zorgconsument, maar niet (per se) goedkoper of beter.

Het hefboomeffect is vooral zichtbaar in de kosten van de sociale euro, het stellen van betere diagnoses (door het VitaliteitQuotiënt) en de invoering van parallelle aanpak van gezondheidsklachten volgens de filosofie van Stichting Integrale Gezondheidszorg Plus.

Dynamische omgevingsfactoren

Het leven van iedere Nederlander wordt door verschillende (individuele) omgevingsfactoren beïnvloed. Het hangt o.a. af van woonplaats/woonsituatie, wel of geen betaald werk hebben, leeftijd, burgerlijke staat, gezinssamenstelling, het hebben van een sociaal netwerk of lid zijn van een sportvereniging of kerkgenootschap. Hier zijn individueel nog veel meer factoren in te vullen.

Het VitaliteitQuotiënt (VQ) is een universeel intake-instrument dat uitgaat van Mentale en Fysieke Gezondheid en Dynamische Omgevingsfactoren. Deze 3 hoofdgebieden zijn opgedeeld in 11 deelgebieden.

De 5 deelgebieden binnen de omgevingsfactor zijn:

1. Werk (en inkomen)
2. Maatschappij
3. Financieel
4. Sociaal
5. Juridisch



Het VitaliteitQuotiënt is zodanig ontwikkeld dat voor iedere Nederlander, ongeacht leeftijd, een universeel instrument is ontstaan. In hoofdstuk 9 worden deze 3 leeftijdsgroepen (kinderen, volwassenen en ouderen) nader toegelicht.

Eerst wordt de invloed van en tussen de omgevingsfactoren beschreven en de invloed op onze mentale en fysieke gezondheid.

Ad 1. Werk (en inkomen)

Volgens CBS heeft Nederland (per 01-01-2018) een beroepsbevolking van bijna 8,7 miljoen mensen en hadden 371.000 mensen geen betaald werk. Het gaat hier om de leeftijdsgroep van 15 – 75 jaar. Deze cijfers zijn afhankelijk van hoog- of laagconjunctuur. De grootste groep mensen heeft momenteel betaald werk. Werk hebben (vast, flex of zzp) geeft een bepaalde vorm van welvaart, zekerheid van inkomen, regelmaat en zingeving. Daarnaast is sprake van een bepaalde vorm van sociale verbondenheid en maatschappelijke status.

Werk geeft, naast eerdergenoemde zaken, ook de mogelijkheid tot ontwikkelen, (verder) studeren en carrièrekansen. Het onvrijwillig verliezen van werk, heeft een enorme impact. Nederland kent een goed sociaal stelsel, maar een uitkering betekent altijd een daling in inkomen en aanpassingen in uitgaven voor een individu of gezin en daarmee ook de sociaal-maatschappelijk status.

NB: Bij werk en inkomen zijn o.a. de volgende organisaties/professionals actief: gemeente, UVW, werkgevers.

Ad 2. Maatschappij

Iedereen maakt (onbewust) deel uit van de maatschappij. Een kind gaat naar school, een volwassene (veelal) naar werk en een oudere heeft na een arbeidzaam leven een andere rol en doet bijvoorbeeld vrijwilligerswerk. De maatschappelijke omstandigheden veranderen continu, een leven lang.

Welke rol iemand ook heeft in de maatschappij, ieder doorloopt zijn eigen proces. Iedereen heeft steeds te maken met de maatschappij, zoals die op dat moment is. Dit kan plezierig zijn, bijvoorbeeld wanneer iemand geaccepteerd wordt, maar kan ook leiden tot zich buitengesloten voelen en eenzaamheid.

NB: Bij maatschappij zijn o.a. de volgende organisaties/professionals actief: gemeente, sociaal- en maatschappelijk werk, thuiszorg.

Ad 3. Financieel

De financiële omstandigheden van Nederlanders lopen sterk uiteen. Van bijstand tot topsalaris en alles wat daartussen zit. In Nederland hebben de meeste mensen een redelijke balans tussen inkomen en uitgaven. De mensen met de laagste inkomens hebben recht op toeslagen (zorgtoeslag, huurtoeslag e.d.) om de zorgverzekering en de huur te kunnen betalen.

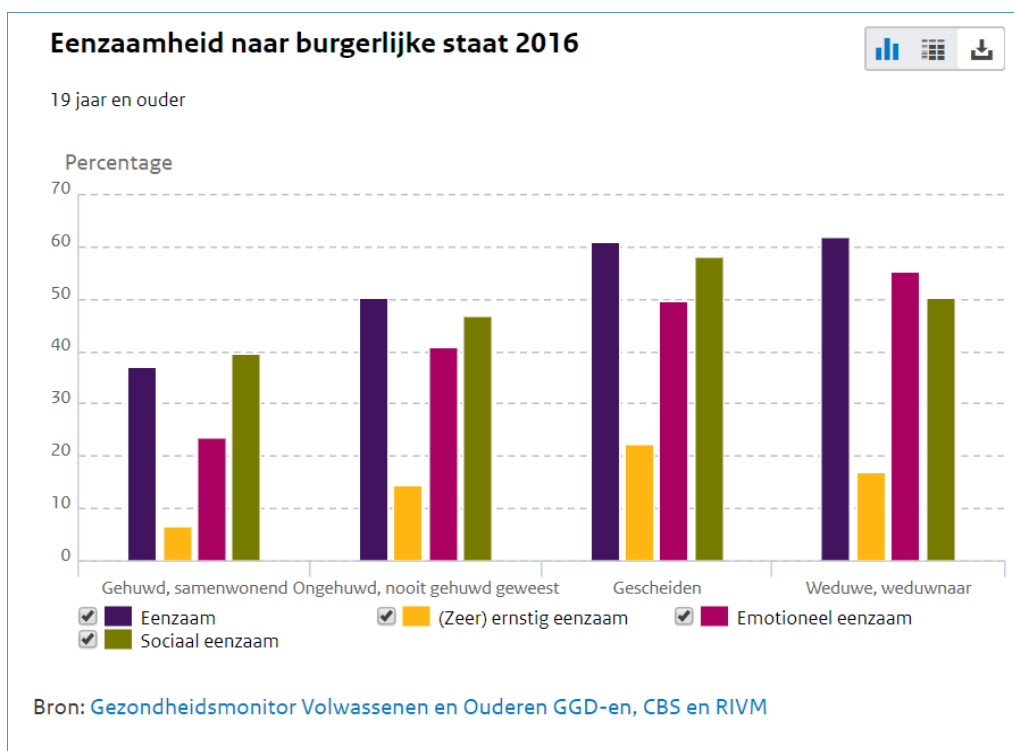
Volgens het NIBUD heeft begin 2018, net als in 2015, 1 op de 5 huishoudens (1,35 miljoen) betalingsproblemen. Opvallend is dat 62% van de werkgevers aangeeft medewerkers met schulden te hebben. De nadelige resultaten voor deze werkgevers zijn: minder productiviteit (20%), meer ziektedagen (gemiddeld 7 dagen) en, bij loonbeslag, 3 uur administratietijd. De financiële situatie van mensen heeft invloed op hun leven. Zeker als het anders loopt dan verwacht en er geen reserves zijn.

NB: Bij financiële omstandigheden zijn o.a. de volgende organisaties/professionals actief: werkgevers, gemeente (WSNP), sociaal- en maatschappelijk werk.

Ad 4. Sociaal

Het hoofdgebied Sociaal heeft veel te maken met het hoofdgebied Maatschappij. Met Maatschappij wordt hier de meer institutionele kant van een samenleving bedoeld, terwijl Sociaal slaat op het individuele bestaan en de (inter-) menselijke samenleving. Bij Maatschappij horen de kernwoorden ‘acceptatie’ en ‘buitengesloten’. Bij Sociaal de kernwoorden ‘erkend’ en ‘isolement’.

Een liedje klinkt: “*Als je wilt heb je vrienden, echte vrienden*”. Waarmee wordt gesuggereerd dat die ‘echte’ vrienden er bij tegenslag waarschijnlijk niet meer zijn. Ondanks activiteit op sociale media (dat er tien jaar geleden nog niet was) geeft 43% van de volwassen bevolking aan eenzaam te zijn, 10% zelfs in ernstige mate.



In bovenstaande grafiek is duidelijk zichtbaar dat eenzaamheid het meest voorkomt onder Nederlanders die gescheiden of weduwe/weduwnaar zijn. Alle balkjes boven de 50% zijn zorgwekkend te noemen. Eenzame mensen zijn kwetsbaarder voor en bij ziekte/tegenslag. Als zorgconsumenten binnen deze groepen ziek worden, is veelal geen sprake van een (sociaal) vangnet. Zodra bij de groep eenzame mensen sprake is van langdurig ziek zijn en bijvoorbeeld kinderen deel uitmaken van het gezin ontstaat een ‘red flag’-situatie.

Het gebrek aan een sociaal vangnet is in de steeds meer individualistische maatschappij een zorg, zowel bij (met name) ziekte als bij andere ingrijpende ‘life events’.

NB: Bij sociale omstandigheden zijn o.a. de volgende organisaties/professionals actief: maatschappelijk werker, jeugd- en jongerenwerker, ouderenadviseur, vrijwilligerscoördinator, mantelzorgconsulent, begeleider.

Ad. 5 Juridisch

Net als de vier andere Omgevingsfactoren, speelt Juridisch een grote rol. Juist ook omdat steeds minder mensen voor een 'toegevoegde advocaat' in aanmerking komen en/of de eigen bijdrage steeds hoger wordt. Echtscheiding, werk gerelateerde conflicten, schulden, huurconflicten en ziekte zijn een paar voorbeelden van gebeurtenissen die invloed hebben op onze juridische positie. Goed regelen is dan ook belangrijk. Daar zitten echter haken en ogen aan. Hoe hoger de opleiding en het inkomen, hoe beter zaken (meestal) geregeld (kunnen) zijn (rechtsbijstandverzekering).

Een echtscheiding is binnen alle inkomens- en opleidingsgroepen een voorkomende gebeurtenis. Werden in 1950 nog ruim 6.000 huwelijken ontbonden, in 1980 waren dat er 25.745 en in 2018 zelfs 33.723. Van 3 echtscheiding per 1.000 naar 10 per 1.000 echtparen nu. Het cijfer stabiliseert, maar er moet rekening mee worden gehouden dat een huwelijk (waarschijnlijk) eindig is. Van tevoren e.a. juridisch laten vastleggen, kan veel problemen voorkomen. Zeker wanneer kinderen deel uitmaken van het gezin. Daarnaast zal de wetgeving geactualiseerd moeten worden. Veel wetten stammen uit de vorige eeuw of zijn zelfs nog ouder.

Ook bij schulden (meestal ontstaan door een overeenkomst) zijn zaken veelal onvoldoende vastgelegd. De Wet Schuldhulpverlening (WSNP) is vaak (te) laat van toepassing. WSNP is een ingrijpende maatregel. Niet zelden komen mensen na schulden (inclusief WSNP) opnieuw in de schulden met alle consequenties van dien. Zeker als in een schuldensituatie één van de gezinsleden ziek wordt, is er al snel geen financiële marge meer. De zorgverzekering dekt veelal niet alle kosten, waardoor een eigen bijdrage noodzakelijk is, die weer niet te betalen is.

NB: Bij juridische omstandigheden zijn o.a. de volgende organisaties/professionals actief: advocaat, jurist, juridisch loket, notaris, bewindvoerder.

De sociale euro

Het moge duidelijk zijn dat bovenstaande vijf deelgebieden direct of indirect van invloed zijn op de sociale euro, zodra sprake is van (ernstige) gezondheidsklachten. Die invloed wordt bepaald door de 'draagkracht' van de zorgconsument en zijn omgeving. Omgevingsfactoren zijn hiermee een belangrijk onderdeel van Leefstijl Gezondheidszorg en het VQ, waarmee o.a. de 'draagkracht' van de zorgconsument wordt berekend.



Meer onderzoek is nodig om te bepalen welk hoofdgebied (Mentaal + Fysiek + Omgeving) het meest van invloed is op de algemene vitaliteit (lees: LGZ-gezondheid). Hiervoor moet meer onderzoek worden gedaan binnen de 11 deelgebieden. Per deelgebied is (wetenschappelijk) onderzoek gedaan, maar hierbij is (te) weinig rekening gehouden met de relatie tussen de 11 deelgebieden en de invloed op onze gezondheid.

Wel is vast te stellen, dat de drie hoofdgebieden zijn verbonden en elkaar (dagelijks) beïnvloeden. Eén deelgebied heeft direct invloed op alle andere deelgebieden. Bijvoorbeeld mentale of fysieke ziekte.

Invloed vanuit onze omgeving

Bekend is dat onze omgeving invloed heeft op het gevoel van welzijn/welbevinden. Wanneer een positieve bijdrage kan worden geleverd op het werk, er een goede werksfeer is en het inkomen naar wens is, wordt het werk met plezier gedaan, is sprake van een positieve instelling en is het VitaliteitQuotiënt ruim voldoende. Iedere werkende Nederlander bevindt zich graag in deze situatie.

Wanneer de werksituatie verandert (nieuwe collega's, ziekte, faillissement organisatie), heeft dit direct gevolgen in het leven van een werknemer. Met plezier naar het werk verandert in tegenzin, problemen gaan mee naar huis en wellicht volgt ontslag. Het VitaliteitQuotiënt verandert binnen enkele weken op alle 11 deelgebieden.

Komt iemand zonder werk te zitten, vallen kleine fysieke klachten meer op. Vaak is sprake van verandering in beweeg- en eetpatroon. (Ook) mentaal heeft dit gevolgen. De sfeer thuis wordt minder goed en mogelijk wordt getwijfeld aan de zin van het bestaan. De maatschappelijke positie verandert, inkomsten nemen af, de (werk-) erkenning is weg. Het VitaliteitQuotiënt zakt. Soms ontwikkelt een (ex-)werknemer serieuze mentale klachten.

Een voorbeeld van wat elke dag kan gebeuren bij één van de ruim acht miljoen werkende mensen, zelfs in een hoogconjunctuur. In tijden van crisis zal het aantal situaties, zoals hier geschetst, verveevoudigen met alle consequenties van dien.

Controle op onszelf en onze omgeving

Ieder mens wordt, in meer of mindere mate, zowel positief als negatief beïnvloed door de 11 deelgebieden van het VitaliteitQuotiënt. Dit is een gegeven. De mate van invloed is deels voorspelbaar, deels niet. De mate van invloed is gedeeltelijk eigen verantwoordelijkheid en wordt voor een ander deel volledig door de omgeving bepaald. De invloed kan genetisch zijn, gedragsmatig of worden veroorzaakt door derden. Alle vormen van invloed hebben echter één overeenkomst, ze zijn altijd kwantificeerbaar.

Vaak wordt gedacht dat mensen geen invloed en al helemaal geen controle hebben op hun leven en hun gezondheid. Natuurlijk komt dit voor, maar het grootste deel van het leven is maakbaar, werkend met het gegeven dat iemand op een bepaalde plek is geboren, bepaalde genetische waarden heeft (geslacht, gezondheid, intelligentie, talenten et cetera). Met deze basisbagage begint het leven.

Onder andere erfelijkheid, opvoeding en omgeving bepalen hoe iemand functioneert binnen de maatschappij en daarbinnen omgaat of kan omgaan met eigen verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid om keuzes te maken, richting te kiezen, een passende baan te vinden, een partner te vinden, kinderen te krijgen en het gewenste leven te leiden binnen de gegeven mogelijkheden.

Kink in de kabel

Zoals hiervoor geschetst, lijkt het een ideale wereld. Dat is niet per definitie zo. Wanneer het leven loopt zoals bedoeld, lijkt het op die wereld. Het probleem is dat er in het leven van miljoenen zorgconsumenten, vroeg of laat, een kink in de kabel ontstaat. Een leven dat voor een groot deel zelf (of samen met partner en/of gezin) is gecreëerd.

Voorbeeld: In 2016 bezochten 12 miljoen mensen de huisarts één of meer keer. Van ouderen boven de 75 jaar bezocht 80% de huisarts en ook kinderen onder de 4 jaar komen relatief vaak bij de huisarts. 4- tot 16-jarigen komen het minst vaak bij de huisarts. (Bron: CBS)

Een bezoek aan de huisarts is altijd een signaal. Een signaal dat de gezondheid (even) minder goed is. In 2017 overleden ruim 150.000 mensen als gevolg van ziekte. Iedere Nederlander heeft dus elk jaar 1% kans te overlijden als gevolg van ziekte. Dat is buitengewoon laag te noemen.

De kans dat iemand te maken krijgt met de volgende zaken is (waarschijnlijk) groter: problematische schulden, ontslag (vooral in laagconjunctuur), eenzaamheid, echtscheiding, (chronische) ziekte.

De kink in de kabel ontstaat wanneer iemand getroffen wordt binnen één of meer van de 11 deelgebieden. Of dit nu mentaal, fysiek of omgevingsfactoren zijn. Geleerd moet worden ermee te leven, de levensstandaard wordt aangepast.

Een ziekte heeft invloed op een partner, gezin en familie. Omdat niemand is voorbereid op dit soort 'life-events' is onbekend hoe hiermee om te gaan. Ontwrichting voor korte, midden of lange termijn is het gevolg.



66

Leefstijl Gezondheidszorgplanning

In Nederland zijn tientallen vormen van planning (vaak in de vorm van een verzekering) voor een huis, pensioen, inboedel, auto, fiets en vakantie. Veel wordt gepland om controle op het leven te hebben. Een planning of verzekering voor de gevolgen van mentale, fysieke of omgevingsfactoren, die ons leven hard en negatief kunnen beïnvloeden, is echter onbekend. Dat is vreemd te noemen.

Worden werkenden ziek dan kunnen zij terugvallen op de Ziektewet (X% van het salaris). Na 24 maanden wordt dit omgezet in een vorm van WIA, wat een lager inkomen betekent. Dit kan leiden tot problemen op sociaal-maatschappelijk en sociaaleconomisch gebied. Veel van deze problematiek kan worden voorkomen met Leefstijl Gezondheidszorgplanning. Aan dit onderwerp is hoofdstuk 13 gewijd.

Samengaan van 11 deelgebieden

Het structureel samengaan van de drie hoofdgebieden Mentale en Fysieke Gezondheidszorg en Omgevingsfactoren is noodzakelijk om de gezondheidszorg en de bijbehorende sociale euro budgettair onder controle te houden.

Dit omdat gezondheidszorg niet alleen staat voor 'genezing'. Het gaat om de kwaliteit van leven van zorgconsumenten voor en na de (gezondheids-)klachten. Gelijkaardige aandacht voor en acceptatie van fysieke en mentale klachten en het bewustzijn dat omgevingsfactoren van grote invloed zijn op de kwaliteit van leven.

Het samengaan van de 11 Leefstijl-deelgebieden om tot het VitaliteitQuotiënt te komen, is voorwaarde voor een duurzame, inclusieve en betaalbare gezondheidszorg vanaf 2040 (of zoveel eerder als mogelijk). Juist op de omgevingsfactoren kunnen zorgconsumenten (positieve) invloed uitoefenen en daarmee de kwaliteit van leven verbeteren, ook als sprake is van

(ernstige) mentale of fysieke gezondheidsklachten. Hiervoor ligt bij de overheid een belangrijke taak aangezien 'de sociale euro' binnen het kabinet verdeeld is over meerdere ministeries (hoofdstuk 1) en over veel overheidsinstanties, zoals 355 gemeenten, provincies en centrale overheid (inclusief UWV).

 VITALITEITQUOTIËNT Universeel instrument voor Integrale Leefstijl Gezondheidszorg 			
Disbalans Ongelukkig Zinloos	MENTAAL	Psychisch Welzijn Zingeving	MENTAAL
Ziek Futloos Eenzijdig	FYSIEK	Lichamelijk Beweging Voeding	FYSIEK
Stress Chaos Tekort Isolement Buitengesloten	OMGEVING	Werk Juridisch Financieel Sociaal Maatschappij	OMGEVING
			Vitaal Gelukkig Zinvol Gezond Fit Uitgebalanceerd Plezier Orde Voldoende Erkend Acceptatie
VQ.2020.1.1. Integrale Leefstijl Gezondheidszorg © Stichting IGZ Plus en Vitaliteit Groep Nederland			

Mantelzorgers

Een deel van de taken binnen Leefstijl Gezondheidszorg wordt uitgevoerd door mantelzorgers. Volgens de website mantelzorg.nl geven 750.000 mensen in Nederland zowel langdurige (langer dan 3 maanden) als intensieve zorg (8 uur per week of meer). In totaal gaven 4,4 miljoen mensen mantelzorg. Van deze groep geeft 8,6% aan dat mantelzorg een zware belasting is. 5 van de 6 mantelzorgers geniet van de mooie momenten. 1 op de 4 mantelzorgers combineert betaald werk met mantelzorg. (Bron: SCP 2015.)

Mantelzorgers bieden echter geen structurele oplossing om gezondheidszorg deels onder te brengen bij informele gezondheidszorg, waar mantelzorgers onder vallen. Nederland kent een structuur van vrijwilligerswerk, maar door de vergrijzing komt deze groep (ernstig) onder druk te staan. Op dit moment is 77% van de mantelzorgers 45 jaar of ouder en 34% ouder dan 65 jaar. De druk op mantelzorgers die werk en mantelzorg combineren, is te groot. Mantelzorgers kunnen uiteraard een grote rol spelen bij de invulling van LGZ, maar dit mag nooit vanzelfsprekend zijn (zoals nu). Stichting IGZ Plus is bovendien van mening dat mantelzorgers (een kleine) vergoeding moeten krijgen voor hun inzet.

NB: Omgevingsfactoren hebben invloed op het VitaliteitQuotiënt en zijn gemakkelijker te beïnvloeden dan de factoren die mentale of fysieke gezondheid bepalen.

8. Zorg voor gezondheid en welzijn niet te scheiden

In de afgelopen drie hoofdstukken is weergegeven hoe Mentale Gezondheidszorg, Fysieke Gezondheidszorg en de Dynamische Omgevingsfactoren werken binnen LGZ. Uit deze hoofdstukken, die gaan over de samenstelling van Leefstijl Gezondheidszorg, wordt een aantal zaken duidelijk, waaronder de titel van dit hoofdstuk: 'Zorg voor gezondheid en welzijn niet te scheiden'.

Waarom zou gezondheidszorg moeten worden gescheiden, zeker wanneer wordt gekeken naar de definitie van gezondheid volgens de WHO. Al lijkt de definitie van de WHO onmogelijk, wanneer het woord 'volkomen' wordt vervangen door het woord 'optimaal', is één en ander wel realiseerbaar volgens de filosofie en definitie van Stichting Integrale Gezondheidszorg Plus.

“Gezondheid is de individuele situatie waarin de fysieke, mentale en sociaal-maatschappelijke kwaliteit van leven, zoveel mogelijk onder eigen regie en verantwoordelijkheid, is geoptimaliseerd en niet slechts de afwezigheid van ziekte of beperking.”

Het scheiden van zorg is niet mogelijk, omdat welbevinden altijd met alle drie de hoofdgebieden te maken heeft. Wanneer deze worden gesplitst, zijn o.a. de volgende situaties denkbaar:

1. Een van de andere (hoofd-/deel-) gebieden wordt, door splitsing, over het hoofd gezien
2. Zorgdomeinen werken elkaar tegen ten koste van het welbevinden van de zorgconsument
3. De zorgconsument krijgt niet de juiste behandeling (incomplete diagnose) of medicatie
4. Zorgconsumenten komen (onnodig) in een uitkeringssituatie
5. De behandeltijd van de zorgconsument neemt steeds meer toe (wachtlijsten)
6. Er ontstaan 'draaideurpatiënten' die in een vicieuze cirkel zijn terechtgekomen
7. Zorgconsumenten worden ongewild 'buiten' de maatschappij geplaatst.

68

Alle genoemde punten komen binnen de huidige, reguliere gezondheidszorg (te) vaak voor en leiden tot verlaging van het welbevinden van zorgconsumenten. Zij voelen zich onvoldoende gehoord, moeten genoeg nemen met een (te) lange hersteltermijn met alle sociaal-maatschappelijke en financieel-juridische gevolgen van dien.

Het lijkt soms of mensen die werkzaam zijn binnen de gezondheidszorg (van de werkvloer tot de directie) zich onvoldoende realiseren (door opleiding en ervaring) dat 'ziekte' een tijdelijke zaak zou moeten zijn, dat zorgconsumenten net zo'n leven hebben als zorgverleners zelf en dat zij na ziekte graag weer verder willen met hun leven. Zorgverleners zijn zelf ook zorgconsumenten en willen ook een maximale behandeling en/of begeleiding wanneer zij gezondheidsklachten hebben.

De definitie van gezondheid van de WHO spreekt over 'welbevinden'. Vandaag de dag wordt veelal gesproken over het 'welzijn' van zorgconsumenten en niet alleen over ziekte of beperking. Welzijn komt tot stand door LGZ-begeleiding bij de eerste klachten tot en met nazorg. Zowel qua ziekte (mentaal en/of fysiek) als qua sociaal-maatschappelijke omstandigheden, door Stichting IGZ Plus gedefinieerd als Dynamische Omgevingsfactoren.

Optimalisatie welzijnsniveau door structurele samenwerking

De reden dat een optimaal welzijnsniveau voor zorgconsumenten nu niet wordt bereikt, is gelegen in het feit dat alles wat met gezondheid en welzijn van zorgconsumenten te maken heeft, is opgesplitst. Het splitsen (verdelen) van de reguliere gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening maakt het verlenen van gezondheidszorg nodeloos ingewikkeld. Wanneer daarbij ook nog complexe regelgeving vanuit overheid (inclusief gemeenten) en zorgverzekeraars wordt opgeteld, ontstaat een gezondheidszorg die continu onder spanning staat. Zowel qua werkzaamheden als qua financiën als de gezondheid en het welzijn van zorgverleners en zorgconsumenten.

In de hoofdstukken 5 t/m 7 is besproken welke plek Mentale Gezondheid, Fysieke Gezondheid en Dynamische Omgevingsfactoren in de reguliere gezondheidszorg hebben en welke rol deze hebben binnen Leefstijl Gezondheidszorg. Samenhang, waardoor evenwicht in het welzijn van de zorgconsument, is hierbij de sleutel. De sleutel naar een gezonde samenleving waarin de mens centraal staat en niet zijn ziekte.

Bij constatering van een ziekte of na behandeling en/of begeleiding heeft iemand één van onderstaande 'classificaties':

1. Overleden
2. Genezen
3. Hersteld (stabiel).

69

Ad 1. Overleden

Zoals eerder aangegeven overlijden jaarlijks ongeveer 150.000 mensen aan de gevolgen van een fysieke of mentale ziekte (kans van 0,9% voor iedere Nederlander, hoe ouder, hoe groter de kans). Ten opzichte van andere EU-landen staat Nederland in de middenmoot.

Veelal is bij het diagnosticeren nog niet te voorspellen of iemand wel of niet aan de ziekte overlijdt. Gaandeweg het ziekteproces wordt duidelijk dat behandeling en/of begeleiding geen positief resultaat oplevert. Het overlijden van een naaste, eerste of tweede graad, vrienden, kennissen en collega's heeft impact op het leven van de mensen die achterblijven. Achterblijvers zijn (te) vaak niet goed voorbereid op een toekomst zonder de naaste. Gevolgen kunnen zijn (verergering van): eenzaamheid, psychische klachten, fysieke klachten, sociaal-maatschappelijke en financieel-juridische problemen.

NB: Wat opvalt in de sterftecijfers van het CBS is, dat (in verhouding) weinig mensen overlijden als gevolg van ouderdom, terwijl dit met het stijgen van de gemiddelde levensverwachting wel de verwachting zou zijn. Elke sterfte wordt toegewezen aan een ICD-10 Code (Code van International Classification of Diseases).

Ad 2. Genezen

De meest gunstige situatie nadat een ziekte is geconstateerd, is genezing. Helaas zijn er onvoldoende cijfers over genezing van ziekten beschikbaar, maar is duidelijk dat bij de '5 grote ziekten' het overlevingspercentages sterk is gestegen de afgelopen 20 jaar (zie tabel 'Trends naar doodsoorzaken' hoofdstuk 6; pag. 56). Het overleven van een ziekte is niet synoniem aan genezen. Bij kanker wordt rekening gehouden met de 5-jaarsoverleving. Is men na 5 jaar nog kankervrij, is sprake van genezing. Bij hart of nieren is dit weer anders. De websites over alle specifieke ziekten geven duidelijke informatie.

Genezing is echter niet altijd genezing van de welzijnspositie van zorgconsumenten. Onder Ad 3. 'Hersteld' wordt hier verder op ingegaan, aangezien de welzijnspositie voor 'Genezen' en 'Hersteld' min of meer gelijkwaardig is.

Het verschil tussen genezen en hersteld betekent (extra) onzekerheid voor de zorgconsument wat betreft welzijnstoekomst.

Ad 3. Hersteld (stabiel)

De meest onzekere situatie voor zorgconsumenten (gezondheid en welzijn) ontstaat wanneer gezegd wordt dat 'stabiliteit' van de ziekte het maximaal haalbare is. Deze situatie heeft gevolgen voor de manier van leven van zorgconsumenten en hun toekomst.

Heden ten dage zijn nog (te) veel ziekten bekend, waarbij, (afhankelijk van de ernst en het stadium van de ziekten) stabiliteit het hoogst haalbare is. Denk hierbij aan COPD, dementie, (vormen) van kanker en hartziekten, nierziekten, Parkinson, reuma en nagenoeg alle (ernstige) psychische stoornissen, bijvoorbeeld bipolaire stoornis en psychosegevoeligheid.

Bij deze ziekten is een groot verschil in de overlevingstijd. Feit blijft dat een levenslange diagnose is gesteld, die met behandeling stabiel gehouden wordt, waarbij het welzijn van de zorgconsument in het gedrang komt. Mensen kunnen niet meer werken, moeten wekelijks (of vaker) naar een zorgverlener, vereenzamen etc.

NB: Over een aantal ziekten, is nog te weinig bekend (o.a. ALS en Alzheimer) en is veelal geen sprake van stabiliteit.

De mens is niet zijn ziekte

Binnen de gezondheidszorg is al 4.000 jaar aandacht voor 'ziekten' van de mens. De laatste eeuwen hebben wij veel ziekten kunnen 'uitroeien', 'bedwingen' en genezen. Niet minder belangrijk is 'de mens achter de ziekte'. Ruim 17 miljoen Nederlandse zorgconsumenten hebben recht op gezondheidszorg, die nu wordt verstrekt volgens de definitie van VWS. Het begrip 'gezondheid' zou moeten worden gegeven volgens de definitie van gezondheid van Stichting IGZ Plus. Ondanks of los van hun ziekte of beperking verdienen zorgconsumenten een maximaal welzijnsniveau.

Zorgconsument: het proces van ziek worden

Ziek zijn of worden, kan gepaard gaan met een gevoel van controleverlies over het leven. Dit gevoel kan al ontstaan bij minder ernstige klachten, zoals griep, voorhoofdsholteontsteking of overspannenheid.

Gezond zijn in de definitie van 'niet ziek zijn of geen beperking hebben' is een gemeengoed. Opvallend is dat mensen die gezond zijn 'gezondheid' vaak niet als top-10 waarden noemen. Pas wanneer iemand geconfronteerd wordt met ziek zijn, van zichzelf of iemand uit de omgeving, wordt gezond zijn weer belangrijk of zelfs het belangrijkste.

Ziek zijn is binnen onze samenleving dan ook geen onderwerp dat graag besproken wordt op de werkvloer, de vrijdagmiddagborrel of een feestje. Maar ook met naasten wordt ziek zijn en de gevolgen daarvan niet altijd gemakkelijk besproken. Ziek zijn betekent kwetsbaar en onzeker zijn en daar wordt niet mee te koop gelopen.

Mensen met een (chronische) ziekte krijgen gedurende een bepaalde periode ondersteuning, begrip, aandacht e.d. Deze aandacht neemt snel af als de ziekte langer aanhoudt en verdwijnt niet zelden helemaal. De zieke kan gaandeweg in een isolement komen, een negatief zelfbeeld krijgen en de toekomst donker gaan inzien.

Afhankelijk van de (mentale of fysieke) ziekte is de rol in het gezin of met de partner van belang. Wanneer iemand niet meer de rol kan vervullen, die voor de ziekte werd ingenomen, kan dit o.a. een negatief zelfbeeld versterken. Vragen die gesteld worden, zijn: "Wat heeft het allemaal nog voor zin?", "Heeft mijn relatie nog toekomst?".

71

Zorgconsument: niemand is voorbereid op problemen/klachten/ziekte

De illusie bestaat dat ziekte 'alleen anderen overkomt'. En dan nog. Veel ziekten zijn 'onder controle' en niet meer dodelijk. Zorgconsumenten gaan steeds bewuster om met hun gezondheid en zijn daardoor gezonder dan ooit. De gemiddelde levensverwachting is hoger dan ooit en de waardering voor de kwaliteit van leven en de gezondheidszorg is hoog.

Hiermee is men echter niet voorbereid op fysiek of mentaal (ernstig) ziek worden of problematiek voortgekomen uit de dynamische omgeving(sfactoren). Financiële problemen (o.a. schulden), relationele problemen (o.a. scheiding) en werk gerelateerde problematiek (o.a. werkloosheid) kunnen ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid.

Geboren en opgevoed in een vrij en veilig land, gaat men studeren en/of werken. Kortom: het leven wordt geleefd. Nergens in het (levens-)plan wordt rekening gehouden met (ernstig) ziek worden. Totdat men hiermee wordt geconfronteerd. Dan (pas) ontstaan zorgen over de toekomst.

Wanneer gezondheid of vitaliteit (definitie Stichting IGZ Plus) zou worden gepland, zou dit leiden tot minder ernstige gevolgen, omdat wij er al op voorbereid zouden zijn. Het inschakelen van de benodigde hulp om weer gezond te worden en het welzijnsniveau weer op niveau te krijgen, of beter nog; te behouden, zou een stuk eenvoudiger zijn. Ziekte zou voor het grootste deel slechts een (tijdelijke) trendbreuk in onze tijdlijn hoeven te zijn.

Met de juiste zorgplanning ontstaat optimale gezondheid en een gevoel van optimale kwaliteit van leven bij zorgconsumenten. Bijkomend voordeel is dat zorgplanning financieel en organisatorisch voordelig is voor zorgverleners, zorgverzekeraars, overheid (inclusief gemeenten) en alle betrokkenen bij LGZ.

Voorwaarde is het bewustzijn van zorgverleners en zorgconsumenten dat ziekte (op een relatief klein percentage na) veelal niet dodelijk is, een situatie van genezing of herstel (stabiliteit) ontstaat en het leven niet alleen overleven hoeft te zijn. Streven naar maximaal welzijn (op welke manier dan ook) voor zorgconsumenten en hun directe omgeving.

Zorgverlener is nog niet voorbereid op LGZ-consument

Zorgverleners zijn om meerdere redenen niet voorbereid op de toepassing van LGZ. Dit komt door de huidige (complexe) regelgeving (inclusief opleidingsregels) en protocollen binnen reguliere gezondheidszorg en complementaire dienstverlening én het gebrek aan kennis in het kader van de toepassing van Leefstijl Gezondheidszorg. Voorlopig moet met deze regelgeving worden gewerkt. Dit hoeft toepassing van LGZ binnen bepaalde delen van de gezondheidszorg niet tegen te houden, evenmin als toepassing van het VitaliteitQuotiënt en parallelle behandeling en/of begeleiding.

72

Zorgverleners in de reguliere gezondheidszorg werken hard, zijn zo empathisch mogelijk en stellen alles in het werk (binnen hun mogelijkheden) om het zorgconsumenten naar de zin te maken gedurende hun ziek zijn. Door een tekort aan 'handen aan het bed' in de gezondheidszorg worden zij hierbij ernstig belemmerd. Hen valt dan ook niets te verwijten. Het verminderen van de (overbodige) administratieve rompslomp, zoals Stichting IGZ Plus voorstelt, bespaart geld dat kan worden besteed aan extra krachten.

Zorgverzekeraars zijn evenmin toe aan Leefstijl Gezondheidszorg (regelgeving), maar kunnen wel (kleine) stappen zetten. Bijvoorbeeld door het VitaliteitQuotiënt in het basispakket van de zorgverzekering op te nemen. Dat LGZ nu nog niet breed is toe te passen, heeft vooral met opleiding en ervaring te maken. Over 30 jaar is er een nieuwe generatie LGZ-zorgverleners die Leefstijl Gezondheidszorg als 'de norm' ervaren.

Stichting IGZ Plus houdt rekening met een tijdpad van 2020 – 2040, waardoor er meer dan genoeg tijd is om zorgverleners op te leiden binnen Leefstijl Gezondheidszorg, regelgeving en protocollen aan te passen en te snijden in de (overbodige) administratieve rompslomp.



De mens achter de ziekte

Op het moment dat iemand zorg nodig heeft, verwordt hij van meneer X tot patiënt X met een patiëntnummer. Voor zorgverleners normaal, want zij zijn gericht op het oplossen van de gezondheidsklacht en niet op het aangaan van een 'persoonlijke relatie' met de zorgconsument.

De werkdruk, regelgeving en protocollen zorgen ervoor dat deze relatie ook niet ontstaat tussen zorgverlener en zorgconsument, anders dan de voor de hand liggende. Veel zorgverleners willen ook geen 'persoonlijke relatie' met de zorgconsument. Zorgverleners hebben te maken met een zware werklast, hebben beperkte tijd en kunnen zich dit soort relaties niet veroorloven. Zorgverleners weten hierdoor echter (te) weinig van de achtergrond van zorgconsumenten.

Bijkomende reden zijn de opleidingen en/of de regels binnen de gezondheidszorg. Binnen de psychiatrie is lichamelijk contact met de cliënt zelfs niet toegestaan, terwijl de zorgconsument daar soms wel behoefte aan heeft (troostende arm, aanraking van een hand).

Zorgverleners in de huidige, reguliere gezondheidszorg zijn door hun opleiding hoofdzakelijk gericht op het herstel of de genezing van de zorgconsument en niet zozeer op intermenselijk contact. Gezien de historie niet zo vreemd, maar tijden veranderen. Een organisatorische verandering, zoals voorgesteld door Stichting IGZ Plus, zal niet snel binnen de gezondheidszorg zelf ontstaan. Om de gezondheidszorg organisatorisch te veranderen is een objectieve visie, een frisse blik nodig. Er zijn wel al initiatieven, vooral in de eerstelijnszorg, waarbij meestal de huisarts de spil is in de samenwerking.

73

Relatie zorgverlener en zorgconsument i.p.v. patiënt/cliënt

Een LGZ-zorgverlener heeft een (professionele) relatie met een zorgconsument voor korte of lange duur. De zorgconsument heeft een naam en die naam is de enige aanspreektitel. De afgelopen decennia zijn verschillende benamingen ontstaan (patiënt, cliënt, zorgconsument). Stichting IGZ Plus ziet iedereen als (zorg-)consument die zorg, begeleiding of behandeling nodig heeft binnen het brede spectrum van Leefstijl Gezondheidszorg.

Patiënt/cliënt of zorgconsument

De termen 'patiënt' en 'cliënt' zouden zijn ontstaan door de marktwerking, door het zorgstelsel, de zorgverzekeraar of de overheid. Na research kan worden vastgesteld dat binnen het ziekenhuis bijna altijd de term 'patiënt' wordt gebruikt, omdat de zorgconsument daar is voor een specifieke ziekte en behandeling. Dit gebeurt eigenlijk altijd wanneer sprake is van opname in een ziekenhuis of instelling.

Binnen de eerste- en tweedelijnszorg spreekt men van 'cliënt', met name als het om begeleidingstrajecten gaat. De huisarts en fysiotherapeut hebben patiënten, een psycholoog cliënten. Bij de verloskundige is een zwangere vrouw 'cliënt', maar gaat zij naar een gynaecoloog (in het ziekenhuis) wordt zij 'patiënt'. Binnen revalidatiecentra en verpleegtehuizen worden de patiënten/cliënten meestal 'bewoners' genoemd.

Onduidelijkheid troef voor zorgverleners en voor zorgconsumenten. Het verschil tussen patiënt en cliënt is voornamelijk gelegen in de beleving van de woorden, waarbij het woord 'patiënt' een zwaardere (heftigere) lading heeft dan 'cliënt'. Het woord 'zorgconsument' is duidelijk en dekt de lading, zoals omschreven in onderstaande definitie:

“Een zorgconsument is eenieder die behandeling of begeleiding behoeft in de vorm van genezende, verzorgende en/of ondersteunende hulp- en/of dienstverlening op fysiek, mentaal of sociaal-maatschappelijk, financieel en/of juridisch gebied.”

Volgens deze definitie van Stichting Integrale Gezondheidszorg Plus is iedereen derhalve zorgconsument vanaf (voor) de geboorte tot aan de dood.

NB: Definitie Stichting IGZ Plus van gezondheid: *“Gezondheid is de individuele situatie waarin de fysieke, mentale en sociaal-maatschappelijke kwaliteit van leven, zoveel mogelijk onder eigen regie en verantwoordelijkheid, is geoptimaliseerd en niet slechts de afwezigheid van ziekte of beperking.”*

Uitgaande van bovenstaande definitie is een zorgconsument iemand die zich ervan bewust is, dat zijn gezondheid (drie-eenheid) belangrijk is en bereid is daarnaar te leven. Hij weet dat het verkrijgen van zorg een onderdeel van zijn leven is en daarmee voorbereid op eventuele tegenslag in één van de drie hoofddomeinen (Mentaal, Fysiek of Omgeving).

Zorgconsumenten kunnen uiteraard geen diagnoses stellen, maar zij kunnen wel samen met een LGZ-coördinator het VitaliteitQuotiënt laten berekenen, idealiter door de POH-LGZ binnen elke huisartsenpraktijk, voordat de zorgconsument naar de huisarts gaat. Dat het VitaliteitQuotiënt moet worden vergoed vanuit de basiszorgverzekering moge duidelijk zijn.

74

Zorgverleners zijn zich bewust van samenhang

Grote groepen zorgverleners zijn, bewust of onbewust, al bezig met Leefstijl Gezondheidszorg. Bijvoorbeeld een huisarts, die tijdens een consult direct contact opneemt met een andere hulpverlener of instelling ten behoeve van de zorgconsument.

Voorbeeld: *De fysiotherapeut die er na één of meerdere behandelingen achter komt dat iemand niet alleen een fysieke, maar ook een mentale klacht heeft. De zorgconsument wordt teruggestuurd naar de huisarts, die wellicht verwijst naar POH-GGZ en/of de generalistische GGZ. Wanneer de huisarts meteen had doorgevraagd (waar te weinig tijd voor is), of beter: het VitaliteitQuotiënt was berekend, was een andere situatie ontstaan. In dit voorbeeld heeft de zorgconsument namelijk tijdens of na de GGZ-behandeling toch de fysiotherapeut nodig.*

Binnen ouderenzorg is een toenemend aantal verpleegtehuizen dat een soort van Leefstijl Gezondheidszorg toepast; Integrale Ouderenzorg. Sinds het Manifest 'Scherp op ouderenzorg' van Hugo Borst en Carin Caemers (2017) heeft het kabinet € 2 miljard euro extra toegezegd voor de ouderenzorg. De ouderenzorg ligt onder een vergrootglas en maakt grote veranderingen door, o.a., waar mogelijk, minder 'overbodige' administratie.

Overigens is op dit moment sprake van een wachtlijst van 18.600 ouderen voor een plekje in een verzorgingstehuis. Gezien het sterk stijgend aantal ouderen is het geen goed idee geweest om bejaarden-en verpleegtehuizen te sluiten. Er moet worden gekeken naar nieuwe woonvormen voor 65-plussers, die niet meer thuis kunnen of willen wonen.

Binnen zowel verplichte als vrijwillige jeugdzorg wordt door zorgverleners steeds vaker erkent dat omgevingsfactoren, zoals schulden, echtscheiding et cetera, een sterke invloed hebben op kinderen met (of zonder) mentale en/of fysieke problematiek. Wijkteams die zorgdragen voor zorg in de wijk zouden sowieso integraal moeten werken. Elke wijk is anders evenals de problematiek. Een LGZ-centrum, dat als 'filter' fungeert, zou veel problematieken bij jeugdzorgorganisaties kunnen oplossen. Niet alleen inhoudelijk of organisatorisch, maar ook financieel. In oktober 2019 werd bericht dat 25% van de jeugdzorgorganisaties financiële problemen heeft. Zorgwekkend!

Binnen zowel de mentale als fysieke gezondheidszorg voor volwassenen, wordt nog nauwelijks integraal gewerkt. Met een 'marktaandeel' van 75% van de kosten voor gezondheidszorg zou Leefstijl Gezondheidszorg juist hier moeten worden toegepast om een zo'n groot mogelijke besparing in tijd en geld te realiseren. Een groot deel van de volwassenen werkt of studeert. Door ziekte wordt de bijdrage aan de economie (sociale euro) verlaagd. Binnen de huidige hoogconjunctuur staat er wel iemand anders klaar, maar wat als de dreigende recessie ons echt raakt binnen een paar jaar?

Tenslotte; Nederland kent ruim 1,2 miljoen studenten (wo 292.000, hbo 455.000, mbo 486.000: van wie 120.000 BBL). In toenemende mate is sprake van mentale klachten bij deze studenten, tijdens en kort na de studie. Juist bij deze jonge doelgroep (17-30 jaar) is het van belang bewustzijn te creëren in het kader van de definitie van gezondheid van de Stichting IGZ Plus. Het voordeel van deze groep is dat zij digitaal onderlegd zijn, veel gebruik maken van sociale media en allemaal een telefoon hebben. Deze groep wordt dan ook voorbereid op een betere toekomst wat betreft hun gezondheid door gebruik te maken van de VQ-app.

75

Samenleving en gezondheid

Nederland telt ruim 17,4 miljoen inwoners en dus even zoveel zorgconsumenten. Eerder is de definitie van 'zorgconsument' gegeven, wie worden bedoeld met zorgverleners en hoe zij met elkaar omgaan. Een zorgconsument is niet graag ziek en wordt zeker niet graag geconfronteerd met een ziekte of mentale klacht uit de top 5 van doodsoorzaken.

Fysieke klachten zijn 'algemeen' geaccepteerd. Nog geen 50 jaar geleden werd kanker aangeduid als 'de ziekte met de grote K'. Mensen ontweken de echte naam van de ziekte. COPD was als 'groepsnaam' nog niet bekend. Juist patiëntenorganisaties hebben grote veranderingen teweeggebracht wat betreft de acceptatie van deze ziekten.

In 2018 werd de 'Elfsteden Zwemtocht' van Maarten van der Weijden (deels) live uitgezonden. Friesland stroomde vol met honderdduizenden Nederlanders alsof het een echte schaats Elfstedentocht was.

Mooi dit bewustzijn; de man genezen van kanker zwemt voor kankeronderzoek van anderen. Zoals eerdergenoemd, lijkt het wel een 'wedloop' tussen de honderden patiëntenorganisaties. Zwemmen, fietsen, hardlopen et cetera. Bekende Nederlanders zwemmen, fietsen of lopen hard voor het goede doel. De Alpe d'HuZes (KWF-fietsactie) is bekender dan Alpe d'Huez in de Tour de France.

Het ziek-zijn zelf wordt belicht in televisieprogramma's waarbij de kijkers thuis een kijkje krijgen in het leven van mensen die ziek zijn. Een moment denken wij 'wat erg', maken een bedrag over aan het goede doel en ons leven gaat weer verder. Wij hebben als gezonde zorgconsument geen enkel idee wat het is om (langdurig ziek) te zijn, fysiek of mentaal. Dat bewustzijn ontbreekt en wordt niet bereikt door een bedrag over te maken naar een goed doel.

Het bewustzijn over ziekten en ziek-zijn blijft ernstig achter bij andere ontwikkelingen, zoals verbetering van de websites van patiëntenorganisaties, ex-patiënten die als ervaringsdeskundige anderen terzijde staan, mantelzorgers etc.

Beseffen dat het jou ook kan overkomen, je ziek kunt worden en daardoor vaker de telefoon pakt om iemand te bellen die ziek is of op bezoek gaat bij iemand die eenzaam is. Lastig wellicht in onze individualistische samenleving, niet onmogelijk. Zeker niet met invoering van Leefstijl Gezondheidszorg.

Mentale klachten en omgevingsfactoren

In schril contrast tot fysieke klachten staat de aandacht en het bewustzijn rondom mentale klachten en onze dynamische omgeving. Duidelijk is dat de 'marketing' rondom psychische klachten tekort is geschoten. Evenmin als mensen met fysieke klachten zijn mensen met mentale klachten 'zwak'. Een aantal grote verschillen tussen de benadering van fysieke en mentale klachten zijn toegelicht in hoofdstukken 5 en 6.

De belangrijkste factoren zijn:

1. Stigma mentale klachten is onderdeel samenleving
2. Mensen met mentale klachten worden gescheiden behandeld
3. Mentale klachten sterk onder invloed van omgevingsfactoren en/of fysiek conditie.

Overigens geldt bovenstaande feitelijk ook voor invloeden uit onze omgeving. Denk aan schulden, echtscheiding of verlies van werk.

Ad 1. Stigma mentale klachten is onderdeel samenleving

Stigma en mentale klachten zijn één zolang binnen onze samenleving niets verandert. Zo'n twee miljoen mensen hebben 'de ziekte met de grote P' (psychische klachten). Geleerd kan worden van het proces waardoor de 'de ziekte met de grote K' voluit kanker werd genoemd, waarmee een bewustzijn is ontstaan en mensen zich gingen inzetten om geld in te zamelen voor onderzoek. Om het stigma rondom mentale klachten te laten verdwijnen, is een soortgelijk proces nodig. Bewustzijn, begrip en acceptatie. Dat kan met invoering van Leefstijl Gezondheidszorg.

Wanneer het besef ontstaat dat iedereen mentale klachten kan krijgen en dat iemand met mentale klachten meestal 'normaal' kan blijven functioneren, dat mentale klachten een genetische oorsprong kunnen hebben en dat de reactie van de omgeving op iemand met mentale klachten deze klachten kunnen verbeteren of verergeren, dan worden psychische klachten aanvaard als 'ziekte' en wordt niet langer gesproken van een stoornis. Na invoering van Leefstijl Gezondheidszorg zal stigma omtrent mentale klachten binnen één generatie kunnen verdwijnen.

Ad 2. Mensen met mentale klachten worden gescheiden behandeld

Dit heeft direct te maken met ad 1. Ernstige psychische klachten worden over het algemeen behandeld door de specialistische GGZ, verborgen op één van de 20 GGZ-landgoederen in Nederland. Een prachtige omgeving om te herstellen van mentale klachten, maar volledig buiten het zicht van de maatschappij. Niet in een ziekenhuis, maar in een inrichting of instelling. Voorstelbaar bij mensen die een gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen. In 99% van de gevallen is hier echter geen sprake van. Dat de GGZ nagenoeg geen bemoeienis heeft met lichamelijke gezondheidszorg en al helemaal niet met complementaire hulp- en dienstverlening is al in hoofdstuk 5 beschreven.

Ad 3. Mentale klachten sterk onder invloed van omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren hebben, net als fysieke klachten, een grote invloed op de zorgconsument. Mentale klachten vaak nog meer. Bij mensen met mentale ziekten komen schulden, verlies van werk en echtscheiding vaker voor dan gemiddeld. Door niet of onvoldoende de omgevingsfactoren mee te wegen, dreigen deze mensen in een vicieuze cirkel terecht te komen, waardoor nog meer hulp nodig is. De oorzaken worden namelijk niet aangepakt. Mensen met mentale klachten hebben vaak meer problemen dan aanvankelijk lijkt.

77

Omgevingsfactoren

De drie hoofdgebieden Fysiek, Mentaal en Omgeving worden met elkaar vergeleken. Wanneer wordt gekeken naar de drie omgevingsfactoren met de grootste invloed op mentale en fysieke gezondheid (schulden, scheiding, ontslag), worden grote verschillen gezien wat betreft acceptatie.

Schulden

Mensen met schulden praten er niet of te laat over, waardoor de schulden veelal verder oplopen. Op het hebben van schulden rust een taboe, ondanks dat Nederland 1 miljoen huishoudens telt met een problematische financiële situatie. Volgens Nibud hebben ruim 550.000 huishoudens ernstige betalingsproblemen. Slechts 95.000 huishoudens hebben de weg naar schuldhulpverlening gevonden.

Het (structureel/langdurig) hebben van schulden heeft een negatieve invloed op alle 11 deelgebieden van het VitaliteitQuotiënt, wat veelal leidt tot mentale en fysieke klachten en problemen binnen de deelgebieden Sociaal en Maatschappelijk. Deze klachten/problemen worden vaak niet of te laat behandeld, waardoor deze over het algemeen verergeren en behandeling/begeleiding langer duurt (en dus meer kost).

Scheiding

In 2018 waren ruim 30.000 kinderen betrokken bij een echtscheiding. Het aantal echtscheidingen (met kinderen) is de afgelopen 5 jaar evenwel met 20% gedaald. De impact voor kinderen en ouders blijft even groot. Een scheiding waarbij kinderen zijn betrokken, kost meestal meer tijd dan een scheiding zonder kinderen. Vaak verlopen deze scheidingen via de rechtbank en soms is inschakeling van jeugdzorg nodig.

Echtscheiding is in de 21^e eeuw meer geaccepteerd dan in de 20^e eeuw. Sinds 2000 zijn meer dan 500.000 echtscheidingen uitgesproken en dat betreft ruim 1 miljoen mensen. Het geschatte aantal kinderen dat sinds 2000 gescheiden ouders heeft, betreft ruim 400.000 kinderen. De samenleving verandert hierdoor snel, 'traditionele' gezinnen veranderen in éénouder- of samengestelde gezinnen. Dit verandert de positie van kinderen sterk. Steeds meer kinderen hebben 4 'ouders', waardoor dit 'normaler' wordt (gevonden).

Het taboe rust vooral op de periode vóór de scheiding. Minimaal één van de partners praat liever niet over de scheiding en hoopt wellicht op een doorstart. Mensen in scheiding ervaren meer stress, al is het alleen maar door de ontstane onzekerheid over de situatie na de scheiding. Wie voedt de kinderen op? Hoe zien de financiën eruit? Wie blijft in de woning wonen? Ondanks dat de meeste ouders op voorhand op een 'goede manier' uit elkaar willen gaan, eindigt menig scheiding in een vechtscheiding. Kortom, een scheiding heeft grote gevolgen voor alle betrokkenen. Eenzaamheid, mentale en fysieke klachten en andere klachten uit het LGZ-palet zijn het resultaat. Binnen onze samenleving is echtscheiding geaccepteerd, maar is er nog onvoldoende steun bij de gevolgen van een scheiding.

78

Kerncijfers

Bron: Nederlands Jeugdinstituut

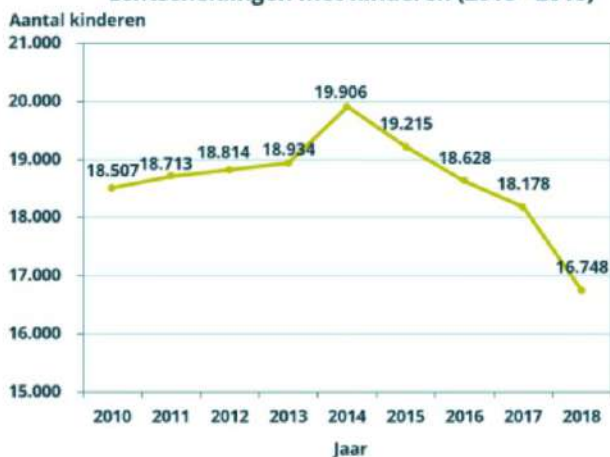
Landelijk

Het aantal officiële huwelijksontbindingen (echtscheidingen) bij gezinnen met minderjarige kinderen is, evenals het totaal aantal echtscheidingen, in 2018 opnieuw gedaald. In 2018 zijn er 16.748 echtscheidingen waarbij minderjarige kinderen betrokken zijn. In 2017 ging het om 18.178 echtscheidingen.

In 2018 waren 30.267 minderjarige kinderen betrokken bij een echtscheiding van hun ouders. In 2017 ging het om bijna 33.000 kinderen. Aangezien het aantal echtscheidingen is gedaald, is de daling van het aantal minderjarige kinderen betrokken bij een echtscheiding een logisch gevolg.

Het aantal geregistreerde partnerschappen en ook het aantal beëindigde partnerschappen blijft stijgen. In 2018 zijn 19.830 partnerschappen gesloten en 2.432 beëindigd. In 2017 waren het respectievelijk 17.866 en 2.252 partnerschappen.

Echtscheidingen met kinderen (2010 - 2018)



Ontslag

Op het moment van schrijven van dit rapport is Nederland in een fase van hoogconjunctuur. Dat betekent dat het aantal ontslagen flink is afgenomen. In 2010 hebben 22.000 rechtszaken rondom ontslag plaatsgevonden tegenover 8.600 in 2015 (cijfers CBS).

In 2018 hadden ruim 3 miljoen mensen (15-75 jaar) een flexcontract: 2 miljoen flexibele werknemers en ruim 1,1 miljoen zzp'ers. Deze flexwerkers zijn niet zeker van hun inkomen en van hun arbeidsovereenkomst. Overeenkomsten kunnen gemakkelijk worden ontbonden. De arbeidsvoorwaarden zijn meestal minder gunstig dan bij mensen met een vast contract. Al met al leidt dit tot veel onzekerheid bij deze zorgconsumenten met klachten tot gevolg, zowel fysiek als mentaal als binnen de (sociaal-maatschappelijke) omgeving. Flexwerkers kunnen moeilijker een hypotheek afsluiten en hebben meer risico op werkloosheid.

NB: Nederland telt 1 miljoen mensen met een uitkering, van wie ruim 800.000 een arbeidsongeschiktheidsuitkering en 230.000 een WW-uitkering ontvangen. Deze mensen zijn niet door bovengenoemde omgevingsfactoren (schulden, echtscheiding en ontslag) in deze situatie gekomen. Juist een LGZ-aanpak kan (een deel van) deze mensen uit deze uitkeringssituatie krijgen. Zowel UWV als de gemeenten kunnen hier een grotere rol in spelen in samenwerking met Stichting IGZ Plus.

9. Universeel meetinstrument Leefstijl Gezondheidszorg

In de hoofdstukken 5 t/m 8 is de onderlinge invloed van de 3 hoofdgebieden van LGZ, Mentale Gezondheid, Fysieke Gezondheid en Omgevingsfactoren, beschreven. Om deze invloed zichtbaar te maken, is een universeel intake-instrument nodig dat binnen alle 11 deelgebieden kan worden gebruikt. Vitaliteit Groep Nederland heeft dit instrument ontwikkeld, verfijnd en een naam gegeven: VitaliteitQuotiënt (VQ). Stichting IGZ Plus heeft dit instrument omarmt in het kader van Leefstijl Gezondheidszorg.

Waarom is het VitaliteitQuotiënt ontwikkeld

De afgelopen 8 hoofdstukken is beschreven welke ontwikkeling de gezondheidszorg de afgelopen 4.000 jaar en vooral de laatste 75 jaar heeft doorgemaakt. De vraag is nu: hoe gaat de gezondheidszorg zich de komende 75 jaar ontwikkelen. Hierbij is de scheiding van de huidige gezondheidsdomeinen (Zorg, Welzijn en GGZ) opvallend te noemen. De benaming complementaire hulp- en dienstverlening is het tweede dat opvalt. Complementair (letterlijk: aanvullend) geeft aan dat het bij iets hoort. In het geval van Leefstijl Gezondheidszorg bij de huidige, reguliere gezondheidszorg, maar met andere regelgeving.

Wanneer wordt gekeken naar de drie hoofdgebieden, die zorgvuldig zijn gedefinieerd, ziet Stichting IGZ Plus een samenhang tussen deze verschillende hoofdgebieden. De hoofdgebieden (met hun deelgebieden) hebben continu invloed op elkaar. Deze invloed verschilt bij iedere individuele zorgconsument, omdat de persoon anders is, de omstandigheden anders zijn en deze omstandigheden met een zekere regelmaat ook weer veranderen. Omdat vragen uit de vragenlijst van het VitaliteitQuotiënt anders worden beantwoord bij verandering van de situatie, is een lijn te ontdekken in de vitaliteit/gezondheid van de zorgconsument.

Universeel intake-instrument (Leefstijl Gezondheidszorg)

Het VitaliteitQuotiënt stelt geen gezondheidsdiagnose, maar stelt de vitaliteit van de zorgconsument vast, weergegeven in een cijfer (VQ). Dit is een persoonlijk cijfer dat niet is te vergelijken met dat van andere zorgconsumenten. De definitie van vitaliteit, basis voor het VitaliteitQuotiënt, is door Vitaliteit Groep Nederland en Stichting IGZ Plus als volgt gedefinieerd:

"Vitaliteit is de mentale en fysieke veerkracht en weerbaarheid om de kwaliteit van leven te optimaliseren, zowel qua privé als werk."

De drie kernwoorden, 'veerkracht', 'weerbaarheid' en 'kwaliteit' (van leven), zijn de basis voor de berekening van het VitaliteitQuotiënt. Veel Nederlanders hebben te maken met mentale en/of fysieke gezondheidsklachten en problemen binnen de omgeving. Deze worden in kaart gebracht en de samenhang wordt zichtbaar. Los van inhoudelijke geneeskunde is van belang duidelijk te krijgen wat de invloed is van een gezondheidsklacht binnen de drie hoofdgebieden en op de veerkracht, weerbaarheid en kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven, juist veel in het nieuws gekomen in verband met de vergrijzing van Nederland, is van toepassing op iedereen, van jong tot oud, gezond of ziek. Kwaliteit van leven is subjectief, maar wel meetbaar.

Relatie tussen de 3 hoofd- en 11 deelgebieden

Naast de kwaliteit van leven wordt ook voor iedereen zichtbaar hoe het leven er op een bepaald moment uitziet. Is er voldoende veerkracht en weerbaarheid of heeft de zorgconsument hulp nodig om deze te verbeteren. Hoe beter de veerkracht en weerbaarheid, hoe groter de kans op herstel (genezing), hoe beter de kwaliteit van leven. Behandeling en/of begeleiding wordt afgestemd op de mentale en financiële draagkracht van de zorgconsument.

Bijkomstig voordeel van het instrument is dat, na invullen van de digitale vragenlijst (VQ), zowel de preventie- als nazorgbehoefte zichtbaar wordt. Het doel is om een VQ-app te ontwikkelen waarbij dagelijks, wekelijks of maandelijks gegevens ingevuld kunnen worden en het VQ wordt herberekend. Door gebruik van algoritmen krijgt het VQ een voorspellend karakter, waardoor nog meer wordt ingespeeld op de actuele situatie van de zorgconsument. Omdat het leven snel kan veranderen, zowel positief als negatief, is actualisatie voor zorgconsument en zorgverlener van het grootste belang om behandeling en/of begeleiding te optimaliseren. De VQ-app is een onderdeel van het e-Health-programma van Vitaliteit Groep Nederland/Stichting IGZ Plus.

Hoe werkt het intake-instrument VitaliteitQuotiënt

Het ontwikkelde VitaliteitQuotiënt³ bestaat uit 3 stappen:

1. De zorgconsument vult een digitale vragenlijst van ca. 70 vragen in, hieruit wordt het VQ berekend
2. De zorgverlener interviewt de zorgconsument aan de hand van de gegeven antwoorden
3. De zorgverlener geeft de zorgconsument een gedegen individueel advies (en evt. begeleiding).



81

Het verhoudingsgetal ontstaat na het invullen van de vragenlijst met 70 vragen waarna een berekening volgt, het resultaat is het VitaliteitQuotiënt (VQ). Het interview wordt afgenomen door een VQ-specialist, die vervolgens een rapport schrijft. Een VQ-specialist is een zorgverlener binnen Leefstijl Gezondheidszorg die de LGZ-basisopleiding heeft gevolgd en de licentie tot het afnemen van het VQ heeft verkregen.

Het VitaliteitQuotiënt dekt 11 belangrijke levensgebieden. De test (in combinatie met het interview) is uniek in Nederland en vormt de basis voor de introductie van Leefstijl Gezondheidszorg. De test is bedoeld als intake voor iedere zorgconsument.

Aan de hand van de vragenlijst wordt een rapport gegenereerd waaruit blijkt welke hulp de zorgconsument nodig heeft. Idealiter wordt het VitaliteitQuotiënt aan het begin van de gezondheidsketting afgenomen, bijvoorbeeld door een POH-LGZ (VQ-specialist).

³ Het VitaliteitQuotiënt is een universeel intake-instrument, ontwikkeld door Vitaliteit Groep Nederland.

Relatie zorgverlener en zorgconsument

Door het VitaliteitQuotiënt ontstaat bijna vanzelfsprekend een vertrouwensrelatie tussen de zorgconsument en de zorgverlener (VQ-specialist). Binnen de huisartsenpraktijk zou dit bijvoorbeeld de POH-functie(s) kunnen zijn. De VQ-specialist kan het VQ berekenen, doet het interview en schrijft het VQ-rapport. De VQ-specialist kan ook functioneren als LGZ-coördinator.

De LGZ-coördinator is het aanspreekpunt van de zorgconsument op het gebied van alle 11 deelgebieden en kan werkzaam zijn in alle 3 de hoofdgebieden van Leefstijl Gezondheidszorg (Mentaal, Fysiek, Omgeving). De coördinator weet wat er speelt, communiceert met specialisten en bespreekt de voortgang met de zorgconsument. De LGZ-coördinator is bij voorkeur werkzaam in het Leefstijl Gezondheidscentrum aangezien alle eerstelijnszorgverleners aanwezig zijn. Door het inpassen van deze nieuwe functie wordt de hoge druk bij de huisarts weggenomen en wordt de meest adequate behandeling en/of begeleiding gerealiseerd voor de zorgconsument.

Op deze plek vindt een groot deel van de besparing plaats binnen de sociale euro. Een belangrijke voorwaarde is dat de zorgconsument en de LGZ-coördinator een sluitende AVG-overeenkomst hebben in verband met de vertrouwelijkheid van de gegevens. De LGZ-coördinator is minimaal hbo-opgeleid en heeft bij voorkeur de opleiding medische basiskennis of meer uitgebreide medische opleiding gevolgd

VQ-specialist breed inzetbaar

De VQ-specialist (bij voorkeur POH-LGZ) is in de basis een generalist die een helicopterview heeft over de mentale en fysieke gezondheid van de zorgconsument, aangevuld met de invloed vanuit de omgevingsfactoren. Het uitvoeren van een test is niet uniek in Nederland, wel uniek is het (gestructureerde) vraaggesprek dat de VQ-specialist heeft met de zorgconsument.

Dit gesprek verloopt anders dan de meeste intakegesprekken en wordt 'interview' genoemd. Een interview, zoals door bijvoorbeeld een journalist wordt gehouden, heeft als doel zoveel mogelijk betrouwbare informatie te verkrijgen. Dit is bij het VQ hetzelfde. De gegeven antwoorden op de vragenlijst worden nagegaan en, waar nodig, uitgediept. Er wordt doorgevraagd op bepaalde antwoorden/situaties, waardoor de VQ-specialist een zo'n zuiver mogelijk beeld krijgt van de zorgconsument. Deze gegevens zijn voor de huisarts (samen met de eigen beoordeling) de basis voor het wel of niet doorverwijzen van de zorgconsument. Binnen het rapport dat de huisarts krijgt, wordt al aangegeven welke hulpvraag de zorgconsument heeft.

Driehoeksverhouding binnen Leefstijl Gezondheidszorg

De huisarts vormt samen met de VQ-specialist en/of LGZ-coördinator en LGZ-zorgverleners binnen de drie hoofdgebieden een driehoek die voor zorgconsumenten duidelijkheid en vertrouwen geeft. Zorgconsumenten weten waar zij aan toe zijn, de huisarts en de LGZ-zorgverleners ook. Hierdoor ontstaat een duurzame en inclusieve gezondheidszorg met een waarborg voor kwaliteit, duidelijkheid en de juiste zorg, op de juiste plek en het juiste moment. Een win-winsituatie voor zorgconsumenten en LGZ-zorgverleners.

Werkende zorgconsument (en/of met uitkering)

Omdat Leefstijl Gezondheidszorg laagdrempelig en daarmee toegankelijk is voor zorgconsumenten kan het VitaliteitQuotiënt (VQ) ook worden toegepast bij werkgevers en uitkeringsinstanties. In 2020 start Vitaliteit Groep Nederland (VGNL)⁴ de eerste projecten bij werkgevers op. Inmiddels heeft VGNL contacten bij uitkeringsorganisaties i.v.m. re-integratie op de arbeidsmarkt.

Werkgevers

Voor een werkgever is het belangrijk dat zijn medewerkers zo gezond mogelijk zijn om hun werk naar behoren te kunnen doen. De werksfeer binnen een organisatie kan de arbeidsproductiviteit verlagen of verhogen. Daarnaast is werkverzuim een belangrijk item, zowel in laag- als hoogconjunctuur. Omdat medewerkers niet graag met hun werkgever praten over (aanstaande) ziekte en sociaal-maatschappelijke of sociaaleconomische problemen (schulden, scheiding etc.) wordt (de reden voor) ziekteverzuim (vaak) te laat gesignaleerd. Het VQ is voor werkgevers dan ook het ideale instrument om een beeld te krijgen van de organisatie in het algemeen en van de individuele medewerker.

NB: Een werkgever ontvangt alleen de individuele gegevens van de medewerker na toestemming van de werknemer (AVG).

De werkgever en de werknemer zijn beiden zorgconsument, dat is tenslotte iedere Nederlander. Voor werkgevers gelden echter andere belangen dan voor zorgconsumenten. Wanneer de huisarts als pootwachter functioneert en de werknemer is (nog) niet naar de huisarts gegaan, is nog weinig bekend over deze zorgconsument. Een werknemer met klachten kan het VQ, afgenomen bij de werkgever, meenemen naar de huisarts. Het VQ is een universeel instrument.

83

Uitkeringsinstanties

Net als bij de werkgever kan het VQ als universeel instrument worden ingezet bij (mogelijke) herintreding van degenen die een uitkering hebben. Of dit nu een werkloosheidsuitkering (WW) is, WIA of bijstand, uitkeringsontvangers kunnen met dit instrument (VQ), of het nu gaat om ziekte of werkloosheid, sneller en beter aan hun herstel werken en/of een baan vinden. Het inzetten van het VQ bespaart op de uitgaven van uitkeringsinstanties, o.a. op uitkeringen.

Nog veel belangrijker is dat zorgconsumenten weer sneller aan het arbeidsproces kunnen deelnemen, waardoor de kwaliteit van leven toeneemt. Veel mensen met een uitkering hebben te maken met een combinatie van klachten op het gebied van mentale en fysieke gezondheid en klachten binnen het hoofdgebied Omgevingsfactoren. Voor de meeste mensen is een baan gekoppeld aan een (betere) persoonlijke welvaart, gevoel van welzijn en zingeving.

Nederland telde per december 2017 bijna 5 miljoen mensen met een uitkering. Het grootste deel hiervan betreft mensen met AOW (ruim 3,4 miljoen), gevolgd door WW (300.000), bijstand (510.000), arbeidsongeschiktheidsuitkering; verdeeld over WAO, WIA en Wajong (750.000). De Wajong betreft ruim 200.000, vooral jonge, mensen.

⁴ Voor meer informatie over Vitaliteit Groep Nederland zie: www.vitaliteitgroep.nl

VitaliteitQuotiënt voor alle leeftijden

Het VitaliteitQuotiënt is een universeel instrument voor iedere zorgconsument en dus voor alle leeftijden. Op het moment van schrijven van dit rapport kent het VQ drie hoofdgroepen:

1. Kinderen, jongeren en jongvolwassenen van 0 – 18 jaar
2. Volwassenen van 18 – 65 jaar (of pensioengerechtigde leeftijd)
3. Ouderen van 65 jaar (pensioengerechtigde leeftijd) en ouder.

Ad 1. De groep kinderen is onderverdeeld in 3 subgroepen: 0 - 8 jaar, 8 - 12 jaar en 12 - 18 jaar. De vragenlijsten voor de laatste 2 leeftijdsgroepen zijn gedigitaliseerd. Het VQ voor kinderen tot 8 jaar wordt op een andere manier verkregen.

Ad 2. Voor de groep volwassenen zijn twee vragenlijsten beschikbaar: met betaald werk en zonder betaald werk.

Ad 3. Bij de vragenlijsten voor senioren (65+) wordt onderscheid gemaakt tussen ouderen met AOW en ouderen die nog werkzaam zijn.

NB: Kinderen en jongeren tot 18 jaar | Juist voor jonge mensen is de VQ-app ideaal. Bijna iedereen onder de 18 jaar is digitaal onderlegd, heeft (of de ouders hebben) een mobiele telefoon, tablet, laptop of pc. Kinderen kunnen spelenderwijs kennis maken met LGZ en wat dit in de toekomst voor hen kan betekenen. Kinderen die al gezondheidsklachten hebben (mentaal en/of fysiek) kunnen samen met hun ouders en de LGZ-coördinator zorgen dat hun kwaliteit van leven optimaal is. Hier hoort o.a. schoolkeuze bij.

84

VitaliteitQuotiënt groeit mee

De filosofie van Stichting IGZ Plus staat voor een gezondheidszorg van de wieg tot het graf. Jonge mensen die nu al met het VQ aan het werk gaan, kunnen deze meenemen voor de rest van hun leven. Er zijn (op dit moment) twee verandermomenten, bij 18 jaar en bij 65 jaar. Er zijn echter meer interventiemomenten mogelijk. Denk aan verlies van werk, echtscheiding, financiële problemen of andere gebeurtenissen in het leven van zorgconsumenten.

Deze veranderingen op het levenspad kunnen worden ingevoerd in de dynamische en algoritmische VQ-app, waardoor een nieuw VQ wordt berekend. Hierdoor kan de LGZ-coördinator of VQ-specialist anticiperen op de nieuwe situatie van de zorgconsument en de juiste zorg (preventie, behandeling en/of begeleiding, nazorg) geven op het juiste moment.

De VQ-vragenlijst en het -interview zijn gericht op de leeftijdsdoelgroep. De vragen zijn per leeftijdsgroep aangepast aan de levensfase die bij deze leeftijdsgroep hoort. Deze levensfasen zijn voor iedereen anders en groeien als het ware met de zorgconsument mee. De frequentie van afname kan per zorgconsument verschillen en is afhankelijk van veranderingen in de omstandigheden (gemiddeld viermaal per jaar).

VQ-app (en berekening) in basiszorgverzekering

De ontwikkeling van de VQ-app staat gepland voor het jaar 2020. Door de ontwikkeling van de VQ-app kan Leefstijl Gezondheidszorg als nieuwe vorm van gezondheidszorg sneller worden ingezet en sneller een groot bereik krijgen. Overleg met VWS en de zorgverzekeraars is hierbij noodzakelijk in verband met de financiering van de VQ-app. Het is belangrijk dat alle zorgverzekeraars de berekening van het VQ door de VQ-specialist (zowel zzp als loondienst) vergoeden vanuit de basiszorgverzekering om rechtsongelijkheid tussen zorgconsumenten te voorkomen.

In het tijdspad van de realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg wordt rekening gehouden met 2040 als jaar, waarin een volledig functionerende LGZ is gerealiseerd. Het opleiden van zo'n 2 miljoen LGZ-zorgverleners (Mentaal | Fysiek | Omgeving) is hier van belang. Echter, Leefstijl Gezondheidszorg kan (deels) binnen korte tijd worden ingevoerd.

In de planning wordt ervan uitgegaan dat het voor iedereen, die werkzaam is binnen Leefstijl Gezondheidszorg vanaf 2021 mogelijk is de daarvoor benodigde LGZ-opleidingen binnen de bestaande opleidingsinstituten, zowel mbo, hbo als universitair, te volgen. Dit vraagt om het herschrijven van bestaande opleidingen voor verpleegkundigen, artsen, POH etc. en dat kost tijd. De periode 2024-2040 geldt voor alle opleidingen. Sommige opleidingen, zoals geneeskunde, zullen moeilijker zijn aan te passen dan bijvoorbeeld die tot maatschappelijk werker. Het kan ook zijn dat bepaalde opleidingen al vóór 2030 geschikt zijn voor LGZ.

Complexiteit vraagt om pragmatische houding

Stichting IGZ Plus schat in dat verandering tot Leefstijl Gezondheidszorg zo'n 20 jaar in beslag neemt. De stichting ziet een belangrijke (poortwachters-)rol voor de huisarts als LGZ-procesbeheerder om Leefstijl Gezondheidszorg de komende decennia te realiseren.

Gekeken naar het opleiden van zorgverleners, gaat het in eerste instantie om circa 11.000 huisartsen en zo'n 5.000-10.000 POH's. Deze zorgprofessionals vormen met 20.000 mensen ongeveer 1% van het totaal (geschatte) aantal professionals binnen Leefstijl Gezondheidszorg. Door huisartsen en POH's op te leiden binnen Leefstijl Gezondheidszorg ontstaat een solide basis waarop Leefstijl Gezondheidszorg lokaal doorgevoerd kan worden. De LGZ-basisopleiding voor huisartsen beslaat ongeveer 1 tot 3 dagen (per jaar) en die van de POH's (inclusief werken met het VitaliteitQuotiënt) 5 tot 10 dagen plus jaarlijkse nascholing. Dit scholingstraject kan, na toestemming van VWS, op korte termijn worden gerealiseerd in maximaal 1 tot 3 jaar (zie ook 'Realisatie Leefstijl Gezondheidszorg 2020-2040').

Van belang is dat de functie van LGZ-procesbeheerder zo snel mogelijk wordt ingevuld door de huisarts omdat in de huisartsenpraktijk (inclusief POH) veel winst is te behalen, het een basis voor voorlichting naar collega-zorgverleners en de zorgconsument is en omdat belangrijk is dat zorgconsumenten en zorgverleners vertrouwen krijgen in de nieuwe vorm van gezondheidszorg, de nieuwe vorm van samenwerking en parallelle zorgverlening.

Referentiegemeenten Leefstijl Gezondheidszorg

Stichting IGZ Plus heeft dit rapport geschreven om toegang te krijgen tot middelen waarmee het mogelijk wordt gemaakt om lokale en regionale referentiegemeenten te verwezenlijken. Dit om binnen een bepaald gebied een aantal voordelen van Leefstijl Gezondheidszorg en het VQ te kwantificeren in tijd en geld (overheden, zorgverzekeraars), maar ook in gevoel van welzijn e.d. (zorgconsumenten). Naar verwachting is een trialperiode van tussen één jaar voldoende om de benodigde kwantificeerbare data te verzamelen.

De referentiegemeenten, bij voorkeur in elke provincie, kunnen zonder aanpassing van wet- en regelgeving worden gerealiseerd. Na akkoord van VWS is dit binnen één jaar te bewerkstelligen. Hiervoor is wel nodig, dat alle LGZ-zorgverleners, werkzaam binnen het referentiegebied, minimaal de LGZ-basisopleiding hebben gevolgd, dit omdat LGZ nieuw is en zodat zorgverleners zich de nieuwe filosofie eigen kunnen maken. De opzet van referentiegemeenten kan een aanvulling zijn op het initiatief van de beweging 'De Juiste Zorg, op de Juiste Plek', dat voortkomt uit het veld van zorgverleners, en kan daar als accelerator de beweging versnellen en completerend werken.

De data, verkregen in de referentiegemeenten, worden vergeleken met data uit gemeenten waar LGZ nog niet is ingezet. De parameters worden samen met belanghebbenden (VWS, zorgverleners, gemeenten, uitkeringsinstanties) vastgesteld om tot de meest effectieve en betaalbare zorg te komen.

Voorbeeld:

1. *Zorgconsumenten:* Zorgconsumenten krijgen meer grip op en inzicht in hun gezondheid/vitaliteit (eigen regie). Hun behandeling en/of begeleiding gaat sneller en beter door parallelle aanpak. Op de drie hoofdgebieden wordt een hogere score behaald (VQ). Klachten binnen LGZ worden door actieve preventie binnen de drie hoofdgebieden minder of verdwijnen.
2. *Zorgverleners:* Zorgverleners ervaren voordelen door de multidisciplinaire samenwerking binnen de drie hoofdgebieden van LGZ. Zorgverleners krijgen door LGZ meer tijd voor zorgconsumenten (cliënten/patiënten). Zorgverleners ervaren een LGZ-coördinator als positieve toevoeging. Zorgverleners merken dat zorgconsumenten op alle gebieden van de sociale euro worden begeleid.
3. *Financieel en efficiëntie:* Na de controleperiode is vast te stellen dat er minder 'onnodige' behandeling en/of begeleiding is gegeven. De beoogde besparing binnen de sociale euro wordt gerealiseerd en bekend is waardoor dit wordt bewerkstelligd. De vraag hoe de regelgeving kan worden aangepast, zodat LGZ nog beter functioneert, wordt beantwoord.
4. *Zorgverzekeraar en gemeente:* Ondanks opname van het VitaliteitQuotiënt in de basiszorgverzekering is sprake van lagere declaraties. In kostengroepen (mentaal en fysiek) is een verschuiving zichtbaar. Gemeenten hebben minder uitgaven in het kader van de Jeugdwet, Wmo e.d. De werkdruk bij gemeenten, met name wijkteams, is afgenomen.
5. *De LGZ-procesbeheerder:* De nieuwe functie van LGZ-procesbeheerder is een positieve toevoeging. De LGZ-coördinator zorgt voor betere en snellere behandeling/begeleiding. Bekend is wat kan/moet worden aangepast om Leefstijl Gezondheidszorg te verbeteren.

10. De juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment

Op 1 maart 2019 werd door de Taskforce van VWS het rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) gepresenteerd⁵, een rapport van 113 pagina's en het lezen waard. JZOJP wordt ondertussen op meerdere plekken in Nederland gerealiseerd. De beweging komt uit het veld van zorgverlening en dat maakt het rapport nog waardevoller. Mensen uit de praktijk die vinden dat de gezondheidszorg anders kan.

Het geeft ook aan dat de onderwerpen in dit rapport (deels al) leven in de samenleving, bij gemeenten, zorgverleners en alle andere stakeholders binnen het grote domein van gezondheidszorg en complementaire dienstverlening.

Stichting IGZ Plus is helaas niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van JZOJP. Dit heeft ook voordelen. Stichting IGZ Plus gaat nog een grote stap verder dan JZOJP en heeft een universeel intake-instrument geadopteerd, waardoor samenwerking tussen alle domeinen mogelijk en duidelijk wordt en daardoor grote besparingen kan opleveren.

In het rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) wordt aangegeven dat zorgverleners een grote wil hebben om samen te werken. In een aantal gevallen wordt dit nu nog belemmerd door regelgeving en protocollen, reden voor onvrede bij zorgverleners, zeker over zorgverzekeraars. Regels kunnen en moeten worden aangepast.

Naast de wil zijn kennis en ervaring belangrijk. Het is eenvoudig om LGZ-zorgverlener te worden. De relatie tussen mentale gezondheid, fysieke gezondheid en omgeving(sfactoren) is logisch, waardoor de visie van Stichting IGZ Plus gemakkelijk is eigen te maken. 'Wanneer je doet wat je altijd hebt gedaan, krijg je wat je altijd hebt gekregen' is een gevleugelde uitspraak. Leefstijl Gezondheidszorg vraagt om anders denken en doen. Samenwerking tussen de 11 deelgebieden leidt tot uitwisseling van kennis en ervaring met werken volgens de IGZ Plus-filosofie.



Leefstijl Gezondheidszorg is meer dan JZOJP. LGZ gaat uit van 'De juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment'. Doordat (intensieve) samenwerking (nog) ontbreekt in de gezondheidszorg wordt te vaak voorbijgegaan aan 'het juiste moment'. Om dit uit te leggen breken wij de lange slogan op.

⁵ Het rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) is te downloaden via www.zonmw.nl.

De juiste zorg

Om zo goed en zo snel mogelijk tot (volledig) herstel te komen (definitie Stichting IGZ Plus) hebben zorgconsumenten de juiste zorg nodig. Onze gezondheidszorg is inhoudelijke van hoog niveau. Met inhoudelijk wordt het volgende bedoeld:

- Individueel (kwalitatief) hoog opleidingsniveau van zorgverleners, zowel binnen Zorg & Welzijn als Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
- Hoog kwaliteitsniveau van zorgverleners binnen ziekenhuizen en andere zorginstellingen in vergelijking met andere Europese landen
- Door de LGZ-procesbeheerfunctie van de huisarts krijgt een groot deel van alle patiënten de juiste zorg.

Het ontbreken van Leefstijl Gezondheidszorg in de huidige reguliere gezondheidszorg betekent dat die 'juiste zorg' op dit moment nog niet is gemaximaliseerd. De zorgconsument krijgt niet (altijd) alle zorg die nodig is om optimaal te kunnen herstellen. Dit is geen tekortkoming van zorgverleners, dit is een tekortkoming van hoe de gezondheidszorg nu is georganiseerd. Het VitaliteitQuotiënt draagt zorg voor een maximalisatie van 'de juiste zorg' en een maximalisatie van de kwaliteiten van zorgverleners, die nu nog worden belemmerd door onnodige regelgeving. Met alle digitale mogelijkheden van nu is het voor iedere behandelaar mogelijk in een korte tijd alle relevante informatie over een zorgconsument te verkrijgen, waardoor iemand wel de juiste zorg krijgt. Een grotere rol voor huisarts en POH-LGZ is daarbij noodzakelijk, zoals omschreven in het hoofdstuk 'Huisarts als spil van de gezondheidszorg'.

88

De juiste zorg en de juiste plek

Nederland kent een fijnmazige dekking wat betreft het aanbod van gezondheidszorg. Binnen een kwartier is een huisarts beschikbaar, binnen 45 minuten een ziekenhuis.

Een voorbeeld van 'de juiste plek' is dat de huisarts (eenvoudige) diagnostische handelingen kan verrichten (o.a. bloed, urine) en goed bereikbaar, laagdrempelig, is voor zorgconsumenten. Ook de ontwikkeling van huisarts(en)praktijken binnen een gezondheidscentrum (zie hoofdstuk 16 'Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC) spil lokale samenleving') en het ontstaan van wijkteams (mits deze goed functioneren) zijn voorbeelden van 'zorg op de juiste plek'.

Zorg op de juiste plek betekent toegankelijk qua afstand en een uitgebreid(er) dienstenpakket (huisarts). De volgende stap is zorg bij de consument thuis, digitaal of huisbezoek. Deze combinatie van zorg op locatie, zorg thuis en digitale zorg is de meest ideale situatie. Aan ambulante zorg zit uiteraard een kostenplaatje (denk aan de thuiszorg) en een beperking (tijd), omdat een zorgverlener op zijn eigen locatie meer zorgconsumenten kan zien dan bij ambulante zorg. Digitale mogelijkheden kunnen dit gat wellicht verkleinen. Door ambulante zorg is een sneller (en beter) herstel mogelijk en is sprake van een win-winsituatie.

Door collectieve toepassing van het VitaliteitQuotiënt (VQ) is echter nog meer mogelijk. Bijvoorbeeld in de ouderenzorg. Veel verpleegtehuizen staan door onderbezetting zwaar onder druk. Veel ouderen krijgen vaak niet de zorg op de juiste plek en zeker niet het juiste moment.

Door het collectieve VQ toe te passen binnen een verpleegtehuis heeft de verpleeghuisarts (specialist ouderengeneeskunde) samen met de LGZ-coördinator een overzicht van de wensen en behoeften van de oudere zorgconsument. De LGZ-coördinator kan samen met de zorgverleners binnen het verpleegtehuis adequate oplossingen bedenken en efficiënt gebruik maken van het aanbod van externe LGZ-zorgverleners, zodat hun ambulante tijd zo goed mogelijk wordt benut. Juist bij ouderen komt welzijn en zingeving regelmatig in het geding. Dit kan worden opgelost met het VQ.

Bovenstaand voorbeeld geldt ook voor andere instellingen op het gebied van Zorg & Welzijn en GGZ.

De juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment

Stichting IGZ Plus sluit zich voor het grootste deel aan bij het rapport van de Taskforce (VWS). Er ontbreekt echter een belangrijk item in de slogan: 'op het juiste moment'. Hiermee bedoelen wij niet de aanrijtijden van de ambulance of de wachttijd bij een zorgverlener. Die zijn goed tot zeer goed te noemen, zeker vergeleken met andere Europese landen.

Het juiste moment betekent binnen Leefstijl Gezondheidszorg dat de klacht gesignaleerd wordt, voordat de zorgconsument dat zelf doet. Gezondheidsklachten zijn per definitie complex en doordat de zorgverlener die het eerste contact heeft met de zorgconsument, prioriteit geeft aan de 'ergste' klacht in de ogen van de zorgverlener, worden andere klachten niet gezien of laag op de prioriteitenlijst gezet.

Stichting IGZ Plus stelt dat fysieke klachten (bijna) altijd samengaan met en/of worden gevolgd/worden voorafgegaan door mentale klachten en problemen in de omgeving van de zorgconsument. Dit geldt ook voor mentale klachten die (bijna) altijd samengaan en/of worden gevolgd/worden voorafgegaan door fysieke klachten en klachten binnen de omgevingsfactoren. Invloeden vanuit de omgevingsfactoren gaan (bijna) altijd samen met en/of worden (bijna) altijd gevolgd/worden voorafgegaan door mentale en fysieke klachten. Voorbeelden zijn al eerder gegeven in dit rapport. Veel zorgverleners erkennen deze situatie, maar kunnen hier niets of weinig mee als gevolg van de huidige regelgeving en protocollen binnen de gezondheidszorg (VWS).

Veel zorgconsumenten hebben het gevoel dat zij 'van de regen in de drup komen' en dat zij niet 'serieus' worden genomen. Geen fout van de zorgverleners, wel een zorg. Zorgconsumenten krijgen dus niet 'De juiste zorg, op de juiste plek en het juiste moment'. Het fenomeen 'draaideurpatiënt' geeft al aan, dat het niet ongevoel is dat zorgconsumenten, meer dan nodig, binnen de gezondheidszorg worden behandeld of begeleid.

Een (zo mogelijk) volledig herstel wordt gemaximaliseerd door invoering van Leefstijl Gezondheidszorg. Zorgconsumenten krijgen maximale zorg, zorgverleners krijgen meer tijd voor zorgconsumenten en ervaren voldoening uit het resultaat. De gezondheidszorg wordt duurzaam, inclusief en beter betaalbaar op de korte en lange termijn. Een win-winsituatie voor iedereen.

Leefstijl Gezondheidszorg vraagt om universeel intake-instrument

Leefstijl Gezondheidszorg vraagt om een universeel intake-instrument om het verhoudingsgetal (quotiënt) goed te kunnen berekenen tussen de hoofd- (en deel-) gebieden van LGZ, zijnde Mentale Vitaliteit, Fysieke Vitaliteit en Omgevingsfactoren: het VitaliteitQuotiënt.

Stichting IGZ Plus stelt dat door optimalisatie van de individuele vitaliteit van de zorgconsument, de zorgconsument minder gezondheidsklachten heeft en wanneer er klachten zijn de zorgconsument hier beter mee kan omgaan door zijn optimale vitaliteit. De definitie van vitaliteit is onderstaand geformuleerd:

"Vitaliteit is de mentale en fysieke veerkracht en weerbaarheid om de kwaliteit van leven (welbevinden) te optimaliseren, zowel privé als qua werk."

Door het periodiek berekenen van het VitaliteitQuotiënt wordt tijdig geacteerd op het behouden of verkrijgen van de benodigde mentale en fysieke veerkracht om klachten beter te verwerken. Door het periodieke karakter worden klachten zowel qua mentale als fysieke gezondheidszorg en uit de omgevingsfactoren zoveel mogelijk voorkomen en in ieder geval in een vroeg stadium ontdekt.

Onderzoek VitaliteitQuotiënt

Stichting IGZ Plus gaat (i.s.m. Vitaliteit Groep Nederland), bij voorkeur met hulp van het Minister van VWS, de resultaten de komende jaren wetenschappelijk (laten) onderzoeken en het VitaliteitQuotiënt nog verder ontwikkelen.

Beoogd doel: opname in de zorgverzekering (01-01-2022), zodat het VitaliteitQuotiënt voor iedere Nederlander bereikbaar wordt en een (algoritische) VitaliteitQuotiënt-app zorgconsumenten bijstaat voor, tijdens en na het ontstaan van gezondheidsklachten.



90

In de hoofdstukken 5 t/m 9 heeft u meer kunnen lezen over deze unieke werkwijze waar de onderlinge invloed van Mentale Gezondheidszorg, Fysieke Gezondheidszorg en onze Dynamische Omgeving is omschreven en wordt samengebracht in Leefstijl Gezondheidszorg.

Het instrument VitaliteitQuotiënt (VQ) is meerdere keren genoemd. Het VitaliteitQuotiënt is bedoeld als intake-instrument binnen Leefstijl Gezondheidszorg en is ontwikkeld voor alle leeftijden. Voor kinderen en jongeren van 8-18 jaar, volwassenen van 18-65 jaar en ouderen (65+). Omdat kinderen van 0 – 8 niet voldoende goed kunnen lezen is het VQ voor deze groep nog niet digitaal.

In hoofdstuk 9 is de werkwijze van het VitaliteitQuotiënt uitgebreid omschreven.

11. Realisatie Leefstijl Gezondheidszorg 2020 – 2040 (9 fases)

Volgens het rapport van het RIVM ‘Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018’ is de gezondheidszorg een ‘snelkookpan’ waar bijna maximale druk op staat. Dit neemt de komende 20 jaar nog toe, waardoor het zorgstelsel verder onder druk komt te staan. Het aantal ouderen (75+) verdubbelt ruim, de kosten van de gezondheidszorg stijgen de komende 20 jaar naar 174 miljard euro (verdubbeling t.o.v. 2018) en het aantal medewerkers dat nodig is in de zorg stijgt van 1:7 nu (van het totaalaantal werkenden) naar 1:4 in 2040. In 2020 werken 1,2 miljoen professionals in de gezondheidszorg en naar schatting nog eens 800.000 binnen complementaire hulp- en dienstverlening.

De veranderingen samengevat

In dit rapport is in de eerste 10 hoofdstukken beschreven waar volgens Stichting IGZ Plus de oorzaak ligt van de problemen in de huidige gezondheidszorg (Zorg, GGZ en Welzijn) en wordt aangegeven hoe de gezondheidszorg zonder verdere stijging van de kosten (inflatieniveau) gereorganiseerd kan worden. Een (r)evolutionaire aanpak, toekomstgericht en toekomstbestendig voor iedere Nederlander, die ook na 2040 nog gezondheidszorg nodig heeft.

Invoering van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) is gericht op een organisatorische verandering van de gezondheidszorg, maar (nog) niet op (per vakgebied) inhoudelijke verandering. Wel met een toevoeging aan het zorgstelsel, namelijk de regionale, lokale en wijkgerichte Leefstijl Gezondheidscentra (LGC’s).

Aanpassingen in de regelgeving en protocollen en het verbeteren van de werksituatie van zorgverleners gaan garant staan voor meer werkplezier, waardoor werken in de gezondheidszorg weer populair wordt. Uit dit rapport is duidelijk geworden dat ruime vermeerdering van preventie en preventieve nazorg nodig is.



91

Naast opleiding van zorgverleners naar LGZ-zorgverleners (voor een directe invoering van LGZ) dient binnen de huidige, aan gezondheid gerelateerde, opleidingen (mbo-, hbo- en universitair niveau) de filosofie van Stichting IGZ Plus te worden geïntegreerd. Er moet worden uitgegaan van gezondheid (of: vitaliteit) en niet van ziek zijn. Mensen die nu nog werken binnen complementaire hulp- en dienstverlening dienen dezelfde basisopleiding als gezondheidszorgverleners te volgen, zodat ook zij het bewustzijn omtrent LGZ krijgen. Ook hier doorvoering in de algemene en specialisatieopleidingen.

Leerproces decentralisatie gemeenten

Invoering van Leefstijl Gezondheidszorg heeft een grote invloed, zowel op zorgverleners als zorgconsumenten, en dient daarom gefaseerd en uitgekiend geïntroduceerd te worden. Een voorbeeld van hoe het niet moet, is de decentralisatie van jeugdzorg naar de gemeente, nu vijf jaar geleden. Naar schatting is bij slechts een derde van de gemeenten de transitie naar tevredenheid van zorgconsumenten en zorgverleners verlopen. Hierop verder bouwen is dan ook risicovol. Daarvan akte nemend, is deze decentralisatie te zien als leerproces.

Rapport Leefstijl Gezondheidszorg in 2040

Dit rapport heeft als doel om het Kabinet, in het bijzonder de minister van VWS, de Tweede Kamer en directies en beleidsbepalers bij organisaties binnen en buiten de gezondheidszorg en belangenorganisaties van zorgverleners én zorgconsumenten te doen beseffen dat een betere, duurzame, inclusieve en betaalbare gezondheidszorg mogelijk is en op korte termijn is te realiseren.

Om Leefstijl Gezondheidszorg in Nederland te realiseren, is een planning nodig. Stichting IGZ Plus heeft die tijdsplanning gemaakt, die resulteert in Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) uiterlijk in 2040.

Wat de stichting betreft, is die realisatie gestart in 2020 met het schrijven van dit rapport en de hoop en verwachting dat LGZ op de politieke agenda komt in 2020 (fase 1). Hieronder de faseplanning Leefstijl Gezondheidszorg.

FASE 1 | 2020-2021 | Leefstijl Gezondheidszorg op politieke agenda

Voordat met volgende fases van de realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg kan worden gestart, dient LGZ op de politieke agenda te komen van het Kabinet, het Parlement (Tweede en Eerste Kamer) en dient dit ook nog eens 'kamerbreed' gesteund te worden. Op 17 maart 2021 (of eerder) staan de Tweede Kamerverkiezingen op de agenda met als gevolg een gewijzigde Tweede Kamer en de formatie van een nieuw Kabinet.



92

Leefstijl Gezondheidszorg is te belangrijk om over de verkiezingen te worden getild, omdat het Kabinet, naar verwachting, pas eind 2021 is geïnstalleerd. Aangezien LGZ geen 'grote' wetsveranderingen met zich meebrengt en invoering hiervan vooral een 'organisatorische' verandering betreft en omdat LGZ van belang is voor iedere Nederlander, zou het doel moeten zijn om elke vertraging te vermijden.

Dit rapport wordt daarom gestuurd naar Premier Rutte, ministers en staatssecretarissen van het Kabinet (w.o. VWS), fractieleiders Tweede Kamer en andere beleids- en opiniemakers binnen en buiten de gezondheidszorg en de nationale (sociale) media.

FASE 2 | 2020-2025 | Voorlichting [bewustzijn] zorgverleners

Voorlichting van beleidsmakers (inclusief Kabinet en Tweede Kamer), zorgverleners (met voorrang huisartsen en POH – zie fase 3) en organisaties die de belangen behartigen van zorgverleners en zorgconsumenten. Gezien het feit dat Stichting IGZ Plus nog een jonge stichting is, zal het grootste deel van deze (publieke) voorlichting door de overheid dienen te worden gefinancierd. De invulling van deze campagnes zal uiteraard met de stakeholders worden besproken, het initiatief daarvan ligt bij de minister van VWS en Stichting IGZ Plus. Uiterlijk januari 2022 wordt de VQ-app, en vergoeding hiervan vanuit de basiszorgverzekering, geïntroduceerd middels een campagne.

Doel voorlichting: Introductie van Leefstijl Gezondheidszorg heeft een positieve invloed op zorgconsumenten en zorgverleners. LGZ kan nagenoeg per direct worden toegepast binnen elke organisatie binnen het veld van Leefstijl Gezondheidszorg, mits de basisopleiding LGZ is gevolgd en succesvol afgerond. De voorlichting dient zeker voor de consument te zijn gericht op het ontstaan van het bewustzijn dat bepaalde zaken in het leven van grote invloed zijn op gezondheid (of: vitaliteit) en dat de zorgconsument daar zelf invloed op kan uitoefenen. Dat fysieke en mentale gezondheidsklachten in de basis hetzelfde zijn, maar anders worden behandeld. Dat Leefstijl Gezondheidszorg leidt tot een beter herstel na operatie, therapie of begeleiding of behandeling. Dat begeleiding effectiever is wanneer de zorgverlener meer weet van de zorgconsument.

FASE 3a | 2021 – 2023 | LGZ-opleiding huisartsenpraktijk (inclusief POH)

De landelijke realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg valt of staat bij de opleiding van de basis LGZ-zorgverleners, zoals de huisarts en de POH-LGZ en andere essentiële LGZ-zorgverleners. Juist bij referentiegemeenten is noodzakelijk dat ook de LGZ-zorgverleners, die actief zijn in de lokale Leefstijl Gezondheidscentra (LGC) van die gemeenten, de basisopleiding hebben genoten vóór opening van de centra.

Het functioneren van de huisarts binnen Leefstijl Gezondheidszorg is beschreven in hoofdstuk 15, waarin de huisarts als spil van de gezondheidszorg wordt gezien. De huisarts is ook de spil van de Leefstijl Gezondheidscentra, zoals omschreven in hoofdstuk 16.

Los van wijzigingen in wetgeving kunnen de huisartsen en de POH's na de opleiding werken volgens Leefstijl Gezondheidszorg mits de berekening van het VitaliteitQuotiënt (VQ) en de uitwerking daarvan (interview en rapport) zijn opgenomen in de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2022. Binnen deze fase is het mogelijk, wanneer tijdig kan worden begonnen (september 2020) dat nagenoeg alle 11.000 huisartsen en 6.000 POH's zijn opgeleid vóór 1 januari 2022.



Het is ook niet noodzakelijk dat alle LGZ-zorgverleners al in deze fase zijn opgeleid (fase 7 planning). De huisarts, de POH en de zorgconsument hebben al direct voordeel van het VQ. Van belang is wel dat in elke huisartsenpraktijk zo snel mogelijk één LGZ-coördinator aanwezig is (loondienst of zzp). Vanaf 2024 worden alle zorgverleners (gefaseerd) opgeleid.

FASE 3b | 2021-2023 | LGZ-opleiding zorgverleners referentiegemeenten en LGC's

Zoals in hoofdstuk 16 'Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC's) spil lokale samenleving' is beschreven, zijn Leefstijl Gezondheidscentra lokaal en regionaal gericht. De LGC's staan centraal in de lokale samenleving en zijn bemenst met basis-LGZ-zorgverleners en generalistische LGZ-zorgverleners. Naast de opleiding van de huisarts, POH-LGZ en andere medewerkers van de huisartsenpraktijk, dienen ook de LGZ-zorgverleners (basis + generalistisch) te worden opgeleid.

Stichting IGZ Plus gaat uit van ongeveer 50 referentiegemeenten, bijvoorbeeld verdeeld over de 25 RAV-regio's (Regionale Ambulance Voorziening), waardoor de LGC's op een logische manier zijn verdeeld over heel Nederland en het referentietraject (van één jaar) het best tot zijn recht komt. Binnen deze referentiegebieden werkt ongeveer 10% van het totaal aan LGZ-zorgverleners. Dat betekent dat in deze periode naar schatting 100.000 zorgverleners moeten worden opgeleid. Wanneer dit regionaal wordt aangepakt, is dat goed haalbaar in 2 jaar. Er kan ook worden gekozen voor minder referentiegebieden.

FASE 4 | 2023-2025 | Referentiegemeenten (LGZ) + LGC's

Voor gemeenten (Jeugdzorg, Wlz, Wmo) is Leefstijl Gezondheidszorg een ideale accelerator voor de uitvoer van hun nieuwe taken. Gemeentelijke taken, zoals bijstand, schuldhulpverlening, de uitvoering van de Jeugdwet, ouderenzorg, pgb, Wmo en andere zorg- en sociale taken gaan beter (en sneller) door invoering van het VitaliteitQuotiënt. Binnen elke gemeente zou minimaal één LGZ-coördinator werkzaam moeten zijn. Deze LGZ-coördinator werkt samen met de huisarts en de POH-LGZ, gecombineerd met de eerstelijnszorg. Binnen een lokaal Leefstijl Gezondheidscentrum is idealiter, naast de huisarts (en de POH-LGZ), een afdeling van de gemeente te vinden inzake de zorg- en sociale taken. Voor voorlichting zijn gemeenten primaire stakeholders, die veel zorgconsumenten bedienen.

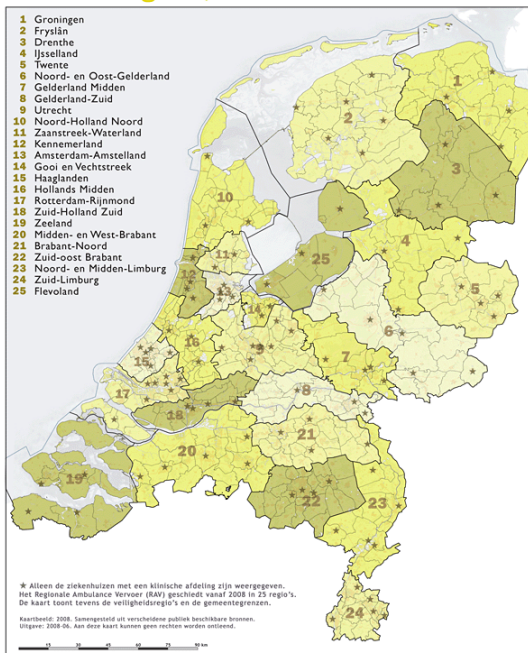
94

Referentiegemeenten

Intensieve voorlichting en het geven van de basisopleiding LGZ is nodig binnen de, in overleg met VWS, huisartsen en gemeenten, aan te wijzen referentiegemeenten. De gemeenten die per 1 januari 2022 deze status hebben, worden in 1 jaar tijd vergeleken met gemeenten die geen (of nauwelijks) Leefstijl Gezondheidszorg toepassen.

De referentiegemeenten zijn evenredig verdeeld over alle 12 provincies (verdeeld in 25 RAV-regio's). Dit zijn kleine, middelgrote en grote gemeenten die onderling ook vergelijkbaar zijn, ondanks geografische ligging. Stichting IGZ Plus schat in dat 10 tot 15% van alle huidige (355) gemeenten als referentiegemeenten kunnen functioneren om een goede vergelijking te verkrijgen met gemeenten die LGZ niet toepassen.

25 RAV regio's, 126 Ziekenhuizen



Uiteraard heeft Stichting IGZ Plus ideeën hoe deze referentiegemeenten vorm te geven, te organiseren en de juiste locaties te kiezen. Stichting IGZ Plus werkt samen met Vitaliteit Groep Nederland, die vergaande ideeën heeft over de inrichting van Leefstijl Gezondheidscentra in Nederland. De Leefstijl Gezondheidscentra dragen eveneens bij aan voorlichting onder de (lokale) bevolking. Voorlichting resulteert uiteindelijk in bewustzijn.

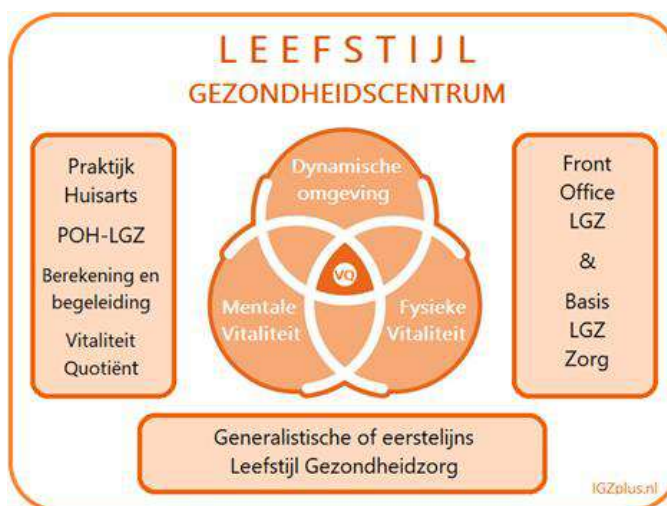
Refererend aan de voorspelling dat in 2040 iedereen een elektrische (of waterstof) auto heeft, is de verwachting en de voorspelling van Stichting IGZ Plus dat in 2040 iedere zorgconsument weet wat zijn VitaliteitQuotient is. Een grote vooruitgang in de gezondheidszorg.

FASE 5 | 2024 – 2030 | Realisatie Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's)

Tegelijkertijd met de realisatie van de Nederlandse referentiegemeenten, worden de eerste 50 Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's) geopend. Deze multifunctioneel ingerichte Leefstijl Gezondheidscentra worden de spil van de lokale samenleving. In hoofdstuk 16 wordt dit uitgebreid toegelicht.

Bij voorkeur worden die gemeenten geselecteerd, waarin al één of meerdere gezondheidscentra zijn gevestigd. Zoals aangegeven, wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande gebouwen en locaties.

Het bestaande gezondheidscentrum (incl. huisartsenpraktijk) in de betreffende gemeente wordt aangepast naar Leefstijl Gezondheidszorg. In de praktijk betekent dit dat LGZ-zorgverleners worden toegevoegd aan de bestaande zorgverleners. Alle LGZ-zorgverleners zijn voor de start van een Leefstijl Gezondheidscentrum opgeleid en worden, gedurende het jaar dat zij referentiegemeente zijn, begeleid.



95

De multifunctionele rol heeft bij de referentiegemeente nog geen prioriteit, maar wel zal worden beoordeeld of die rol mogelijk is en wat nodig is om als multifunctioneel centrum te kunnen fungeren. Momenteel telt Nederland ongeveer 250 gezondheidscentra.

Na succesvolle afronding van fase 4 (referentiegemeenten + LGC's) worden in elke Nederlandse gemeente Leefstijl Gezondheidscentra gerealiseerd, zodat in 2030 in elke gemeente een regionaal Leefstijl Gezondheidscentrum operationeel is.

FASE 6 | 2024 – 2040 | Voorlichting [bewustzijn] zorgconsumenten

De zorgconsument zal stap voor stap kennis maken met Leefstijl Gezondheidszorg. De focus komt in eerste instantie te liggen op de Leefstijl Gezondheidscentra in de referentiegemeenten waar LGZ wordt geïntroduceerd. De landelijke introductie van LGZ dient in één keer te worden gerealiseerd, omdat het gelijkheidsbeginsel geldt voor iedere zorgconsument. Iedereen moet gebruik kunnen maken van Leefstijl Gezondheidszorg.

Doel voorlichting: Introductie van Leefstijl Gezondheidszorg heeft een positieve invloed op zorgconsumenten en zorgverleners. LGZ kan nagenoeg per direct worden toegepast binnen elke organisatie binnen het veld van Leefstijl Gezondheidszorg, mits de basisopleiding LGZ is gevolgd en succesvol afgerond. De voorlichting dient zeker voor de consument te zijn gericht op het ontstaan van het bewustzijn dat bepaalde zaken in het leven van grote invloed zijn op gezondheid (of: vitaliteit) en dat de zorgconsument daar zelf invloed op kan uitoefenen. Dat fysieke en mentale gezondheidsklachten in de basis hetzelfde zijn, maar anders worden behandeld. Dat Leefstijl Gezondheidszorg leidt tot een beter herstel na operatie, therapie of begeleiding of behandeling. Dat begeleiding effectiever is wanneer de zorgverlener meer weet van de zorgconsument.

FASE 7 | 2024-2040 | Opleiding alle zorgverleners binnen Leefstijl Gezondheidszorg

In fase 3 (vanaf 2021) is het LGZ-opleidingstraject gestart met de opleiding van huisartsen, POH's en eerstelijns- of generalistische LGZ-zorgverleners, die werkzaam zijn binnen de eerste 50 Leefstijl Gezondheidscentra. Het opleiden van alle LGZ-zorgverleners vraagt om een strategische (regionale) planning en voldoende LGZ-opleiders. Het gaat tenslotte om ongeveer 2 miljoen zorgverleners binnen en buiten de huidige gezondheidszorg.

96

De opleidingstrajecten zijn te verdelen in omscholing (fase 7 | 2022-2040) en het aanpassen van bestaande opleidingen aan mbo, hbo en universiteit (fase 9 | 2025-2040). De volgende trajecten worden de komende 20 jaar gerealiseerd:

1. LGZ-opleiding zorgverleners binnen de huidige, reguliere gezondheidszorg (fase 7)
2. LGZ-opleiding zorgverleners binnen complementaire hulp- en dienstverlening (fase 7)
3. Toekomstige LGZ-zorgverleners (fase 9)

Ad 1. Zorgverleners binnen de huidige, reguliere gezondheidszorg

De eerste groep die wordt omschoold tot LGZ-zorgverleners betreft zorgverleners binnen de huidige, reguliere gezondheidszorg. De LGZ-basisopleiding is voor hbo- en universitair afgestudeerde zorgverleners. Omdat sprake is van een 'aanvulling' op de genoten opleiding is het mogelijk om de opleiding in 3 tot 10 dagen te volgen en af te ronden. Bij voorkeur wordt de LGZ-basisopleiding gegeven door (interne) LGZ-opleiders, die via Stichting IGZ Plus (i.s.m. Vitaliteit Groep Nederland) zijn opgeleid en gecertificeerd. Hierdoor wordt de kwaliteit van de opleiding gegarandeerd en het tempo om Leefstijl Gezondheidszorg uit te rollen bevorderd.

Omdat het om een organisatorische verandering gaat van het werken binnen de gezondheidszorg is het zaak dat er bij elke organisatie (of gemeente) een LGZ-opleider beschikbaar is. De LGZ-opleider kan onder andere monitoren of wordt gewerkt volgens de visie van Stichting IGZ Plus en het oude 'systeem'

is verdwenen. De LGZ-opleiding is praktijk- en sectorgericht. Toepassing van LGZ bij kinderen, jeugd, volwassenen en ouderen vraagt een andere aanpak, omdat zij in verschillende levensfasen verkeren en (over het algemeen) andere (zorg-)behoeften hebben.

Organisaties die werken binnen de referentiegemeenten hebben, in de periode 2022-2025 (fase 4), professionals nodig, die het VitaliteitQuotiënt (VQ) kunnen berekenen (en interpreteren) en als VQ-specialist (bij voorkeur POH-LGZ) of LGZ-coördinator werken. In hoofdstuk 16 'Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC) spil lokale samenleving' worden deze functies en de referentiegemeenten verder besproken. Rode lijn binnen de LGZ-basisopleiding is de relatie tussen mentale en/of fysieke gezondheid ten opzichte van de negatieve en positieve factoren uit de omgeving.

Binnen LGZ ontstaan nieuwe functies die bij fase 9 worden besproken, zijnde: VQ-specialist (bij voorkeur POH-LGZ), LGZ-coördinator, LGZ-kwaliteitsmanager, LGZ-procesbeheerder (huisarts). Deze functies worden uitgeoefend door bestaande zorgverleners binnen Mentale en Fysieke Gezondheidszorg en (deels) vanuit complementaire hulp- en dienstverlening.

Ad 2. Zorgverleners binnen complementaire hulp- en dienstverlening

De LGZ-basisopleiding is voor zorgverleners binnen en buiten de huidige reguliere gezondheidszorg in grote lijnen hetzelfde. Verschil is dat deze professionals binnen complementaire hulp- en dienstverlening officieel (nog) niet tot de reguliere gezondheidszorg behoren en relatief weinig kennis hebben van basisgezondheidszorg.

Deze kennis is niet noodzakelijk om Leefstijl Gezondheidszorg te kunnen begrijpen en is (meestal) evenmin nodig bij het uitoefenen van specifieke beroepen, zoals schuldhulpverlener of mediator. Gezien het feit dat het VitaliteitQuotiënt wordt vergoed vanuit de zorgverzekering is het niet voor de hand liggend, dat het initiële VitaliteitQuotiënt wordt bepaald/ berekend door de zorgverlener binnen het hoofdgebied Omgevingsfactoren.

Het primaire doel van de LGZ-basisopleiding is om zorgverleners bewust te maken van de consequenties en de positieve en negatieve invloed van omgevingsfactoren op de mentale en fysieke gezondheid en de positieve en negatieve invloed van fysieke en mentale gezondheid op de omgevingsfactoren. Door, bij voorkeur parallel, zowel de fysieke als mentale gezondheid én de problemen vanuit de omgeving-(sfactoren) te behandelen, ontstaat verbetering van de gezondheid, de vitaliteit en het welzijn van zorgconsumenten.

LEEFSTIJL GEZONDHEIDSZORG		
LGZ-zorgverleners Mentaal Fysiek Omgeving		
• Advocaat	• Fysiotherapeut	• POH-GGZ
• Agoog	• Geestelijk verzorger	• Psychiater
• (Huis) Arts	• Jeugdwerker	• Psycholoog
• Bewegingsdeskundige	• Jurist	• Re-integratie deskundige
• Budgetcoach	• Logopedist	• Sociaal werker
• Coach	• Maatschappelijk werker	• SPV'er
• Counselor	• Mediator	• Therapeut
• Diëtist	• Orthomoleculair therapeut	• Trainer
• Ervaringsdeskundige	• Orthopedagoog (generalist)	• Verpleegkundig Specialist
• Financieel adviseur	• LGZ-procesbeheerder (nieuw)	• Voedingsdeskundige
• VQ Specialist (nieuw)	• LGZ-coördinator (nieuw)	• LGZ-kwaliteitsmanager (nieuw)

Vitaliteit Groep Nederland | Kennis- en opleidingsinstituut Leefstijl Gezondheidszorg i.s.m. Stichting IGZ Plus

FASE 8 | 2025 – 2040 | Ontmanteling GGZ en integratie Leefstijl Gezondheidszorg

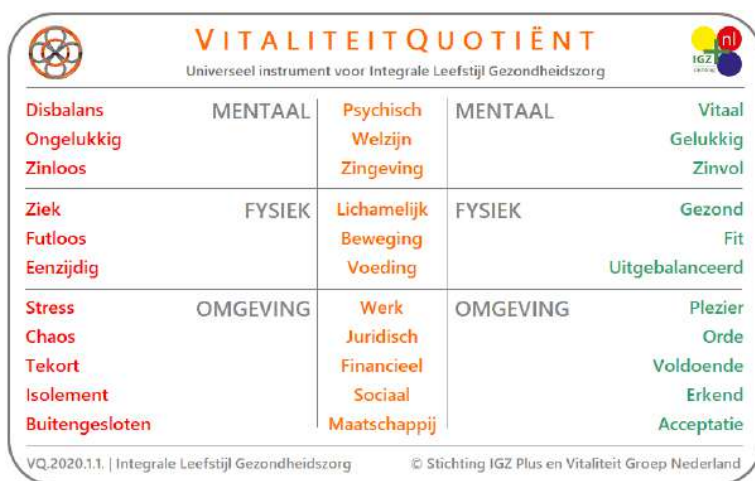
Zoals beschreven in hoofdstuk 5 is de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) op dit moment een geïsoleerd gedeelte of domein binnen de gezondheidszorg. De GGZ is juist dat gedeelte van de gezondheidszorg met de meeste problemen, zowel binnen de Jeugdwet als volwassenen-GGZ, als ouderen-GGZ.

Recente manifesten, zoals ‘Lijm de Zorg’ en het GGZ-Manifest: complement ‘Nieuwe GGZ’ van professor dr. Jim van Os, geven aan dat problemen snel moeten worden aangepakt. De beide manifesten zijn overigens gericht op inhoudelijke veranderingen en niet op organisatorische, zoals Leefstijl Gezondheidszorg.

Opheffen GGZ

Het grootste probleem van de GGZ is dat zij geïsoleerd opereert. Stichting IGZ Plus adviseert om de GGZ in de huidige vorm op te heffen en te integreren binnen Leefstijl Gezondheidszorg in de vorm van Mentale Leefstijl Gezondheidszorg. Hiervoor zou een commissie van personen uit GGZ, lichamelijk gezondheidszorg en Welzijn, zowel zorgconsumenten als zorgverleners, moeten worden benoemd. De minister van VWS is hiervoor (eind-)verantwoordelijke.

GGZ kijkt vooral naar de psychische gesteldheid van mensen, terwijl juist bij zorgconsumenten met mentale (psychische) klachten baat hebben bij begeleiding/behandeling binnen de 11 deelgebieden van het VitaliteitQuotiënt (zie afbeelding), zoals Leefstijl Gezondheidszorg biedt.



VITALITEITQUOTIËNT Universeel instrument voor Integrale Leefstijl Gezondheidszorg			
Disbalans Ongelukkig Zinloos	MENTAAL	Psychisch Welzijn Zingeving	MENTAAL Vitaal Gelukkig Zinvol
Ziek Futloos Eenzijdig	FYSIEK	Lichamelijk Beweging Voeding	FYSIEK Gezond Fit Uitgebalanceerd
Stress Chaos Tekort Isolement Buitengesloten	OMGEVING	Werk Juridisch Financieel Sociaal Maatschappij	OMGEVING Plezier Orde Voldoende Erkend Acceptatie

VQ.2020.1.1. | Integrale Leefstijl Gezondheidszorg © Stichting IGZ Plus en Vitaliteit Groep Nederland

Voor de integratie van Mentale Leefstijl Gezondheidszorg is (maximaal) 15 jaar uitgetrokken, o.a. om zorgverleners op te leiden en de bestemming van alle GGZ-locaties te bepalen. De ruim 100.000 zorgverleners binnen de huidige GGZ behouden in principe hun functie en werkplek.

Integratie GGZ, Welzijn en complementaire hulp- en dienstverlening

Om optimale Leefstijl Gezondheidszorg te kunnen verlenen moeten alle omschreven segmenten binnen en buiten de huidige gezondheidszorg te integreren. Hiervoor is nodig om, naast de GGZ, de gehele gezondheidszorg in kaart te brengen wat betreft locaties, menskracht en middelen. Veel gezondheidszorginstellingen functioneren nu als zelfstandige units, ook deze zullen geïntegreerd moeten worden. Tbs-klinieken blijven zelfstandig functioneren.

FASE 9 | 2025 – 2040 | Vernieuwde opleidingen LGZ-zorgverleners

Van voorlichting, naar bewustzijn naar opleiding. Jaarlijks ontstaan nieuwe studierichtingen, zowel binnen mbo als op hogescholen en universiteiten. Deze opleidingen ontstaan door een veranderende maatschappij en de vraag van werkgevers. Gezondheidszorg is de grootste werkgever in Nederland, zeker wanneer complementaire hulp- en dienstverlening hierbij wordt betrokken (LGZ).

Leefstijlgeneeskunde (universitaire opleiding)

Wat betreft gezondheidszorg is leefstijlgeneeskunde één van de nieuwe opleidingen die binnen enkele jaren wordt gegeven aan de universiteit van Leiden. Prof. dr. Hanno Pijl (UMC Leiden) is één van de grootmeesters van leefstijlgeneeskunde. Als wetenschapper heeft hij als doel van 'care' naar 'cure' te gaan. Een loffelijk streven en qua filosofie te vergelijken met Leefstijl Gezondheidszorg. De opleiding leefstijlgeneeskunde bestaat nog niet, maar dat zal naar verwachting niet lang meer duren. De eerste stap is al gezet met het ontstaan van het Nederlandse Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneeskunde (www.nilg.eu), waarvan TNO en Universiteit Leiden de initiatiefnemers zijn. Inmiddels heeft ook Diabetesfonds zich bij hen aangesloten (onderzoek suikerziekte, dat deels met verandering van leefstijl is te genezen).

LGZ-opleidingen breder dan Leefstijlgeneeskunde

De transformatie van de huidige reguliere gezondheidszorg naar Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) neemt circa 20 jaar in beslag (2020-2040). Om toekomstige Leefstijl Gezondheid-zorgverleners op te leiden volgens LGZ is het nodig dat de huidige opleidingen worden aangepast.

Jaarlijks studeren toekomstige Leefstijl Gezondheid-zorgverleners af binnen mbo, hbo en universiteit in studies binnen complementaire hulp- en dienstverlening (volgens visie Stichting IGZ Plus), zoals rechten, maatschappelijk werk et cetera. Jaarlijks, dus ook in de periode 2020-2030, volgen ongeveer 100.000 studenten een opleiding binnen Leefstijl Gezondheidszorg, zonder dat zij tijdens de studie worden voorbereid op Leefstijl Gezondheidszorg, althans zoals het nu is.

Tienduizenden studenten gaan na voltooiing van hun studie werken binnen Leefstijl Gezondheidszorg, zonder Leefstijl Gezondheidszorg-vakken binnen de opleiding. Deze studenten hebben een achterstand bij indiensttreding ten opzichte van hun nieuwe collega's die wel de Leefstijl Gezondheidszorg-opleiding hebben genoten. Deze nieuwkomers dienen bij indiensttreding (of na afronding van hun opleiding) de basisopleiding Leefstijl Gezondheidszorg te volgen.

Periode 2025 – 2040 (of zoveel eerder als mogelijk)

De opleiding van (toekomstige) LGZ-zorgverleners (nu in totaal 2 miljoen mensen, inclusief zzp'ers) moet nog geschreven of herschreven worden. In samenwerking met onderwijsinstellingen (mbo, hbo en universiteiten) zal een nieuw lesprogramma worden ontwikkeld voor alle studierichtingen en hun afgeleiden binnen mentale en fysieke gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening.

Binnen deze opleidingen is het zaak dat Leefstijl Gezondheidszorg (als vak) wordt opgenomen in de basisopleiding van elke studie. Bijvoorbeeld, als vak binnen de opleiding basisarts. Binnen specialisaties is relevantie van het vak LGZ binnen de specialisatie leidend.

Zoals eerder in dit rapport vermeld, bestaat er een overlap qua ministeries. Voor de inhoud van de opleidingen aan de onderwijsinstellingen is het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap verantwoordelijk, samen met het Ministerie van VWS die het nieuwe vak LGZ inbrengt bij de onderwijsinstellingen, teneinde een betere, duurzame en inclusieve gezondheidszorg te realiseren.

LGZ-basisopleiding

Los van het feit dat alle bestaande opleidingen binnen mentale en fysieke gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening moeten worden aangepast, zijn bij de realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg een aantal nieuwe opleidingen nodig, specialisaties binnen LGZ. Dit zijn opleidingen op minimaal hbo-niveau. Zolang er nog geen studenten afstuderen in deze opleidingen moeten (ook nieuw afstuderende) de LGZ-basisopleiding volgen voordat zij werkzaam kunnen zijn binnen Leefstijl Gezondheidszorg.

Opleiding VQ-specialist (hbo)

De VQ-specialist is een functie die als basis geldt voor Leefstijl Gezondheidszorg. De VQ-specialist berekent het VQ, neemt het interview af en schrijft het LGZ-rapport voor zorgverleners. Zoals aangegeven heeft een VQ-specialist een (para)medische achtergrond. Te denken valt aan de huidige POH, psychodiagnostisch medewerker (pdw) of toegepast psycholoog. Aangezien er veel VQ-specialisten nodig zijn (fulltime of parttime) verdient het aanbeveling bij alle drie de opleidingen kennis van het VQ binnen Leefstijl Gezondheidszorg op te nemen in het studieprogramma van deze opleidingen. Na aanpassing van het studiemateriaal (incl. VitaliteitQuotient) kan het aantal VQ-specialisten binnen drie studie jaren aanzienlijk zijn toegenomen.

100

Opleiding LGZ-coördinator (hbo en universitair)

De functie LGZ-coördinator is een veelzijdige functie die in alle drie de hoofdgebieden (Mentaal, Fysiek en Omgeving) wordt beoefend. De LGZ-coördinator leest het rapport van de VQ-specialist en draagt zorg voor de juiste begeleiding en of behandeling van de zorgconsument. De POH-LGZ kan deze functie vervullen, maar ook veel andere LGZ-zorgverleners binnen mentale en fysieke gezondheidszorg en deels binnen complementaire hulp- en dienstverlening. Te denken valt aan maatschappelijk werker, schuldhulpverlener, het wijkteam van de gemeente.

Per zorgconsument wordt (wanneer nodig) één LGZ-coördinator ingezet, die tevens fungeert als vertrouwenspersoon. De LGZ-coördinator heeft contact met de huisarts en/of POH-LGZ (in verband met de benodigde doorverwijzingen en voor consult). Veel LGZ-coördinatoren zijn werkzaam binnen het lokale Leefstijl Gezondheidscentrum als eerstelijns- of generalistische LGZ-zorgverlener. Zij kunnen ook werkzaam zijn binnen organisaties (bijvoorbeeld gemeente) of instelling binnen LGZ.

Opleiding LGZ-kwaliteitsmanager (hbo+ of universitair)

Binnen de gezondheidszorg is geen behoefte aan nog meer functies, die op het oog, niets toevoegen aan de gezondheid van de zorgconsument. De functie LGZ-kwaliteitsmanager heeft echter toegevoegde waarde bij de introductie, de realisatie en kwaliteitswaarborging van Leefstijl Gezondheidszorg. Afhankelijk van de grootte van de organisatie kan deze functie fulltime of parttime worden vervuld.

Doel: De LGZ-kwaliteitsmanager is verantwoordelijk voor de correcte toepassing van LGZ binnen elke praktijk, organisatie of instelling binnen de definities van Leefstijl Gezondheidszorg. Bijvoorbeeld de praktijkmanager binnen de huisartsenpraktijk. De LGZ-kwaliteitsmanager draagt er zorg voor dat de zorgconsument de optimale begeleiding en/of behandeling krijgt.

Stichting IGZ Plus is van mening dat voor de verdere ontwikkeling van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) ook de realisatie van een universitaire opleiding Leefstijl Gezondheidszorg noodzakelijk is. Dit als equivalent van de opleiding Leefstijl Geneeskunde. De beide opleidingen hebben een andere invulling en sluiten juist daardoor op elkaar aan. Naast onderzoek zal de opleiding inhoudelijk gericht zijn op kwaliteitsmanagement (tot en na 2040). Het VitaliteitQuotiënt zal hiermee in de toekomst steeds verder worden ontwikkeld en uiteindelijk functioneren als (periodieke) graadmeter voor iedere zorgconsument én zorgverlener binnen LGZ.

LGZ-kwaliteitsmanagement is toepasbaar binnen elke zorginstelling (ziekenhuis, instelling voor Mentale Leefstijlgezondheidszorg, verpleeghuizen et cetera) en zal de kwaliteit van de verleende zorg verder verhogen. Zorgverleners kunnen hun werk beter en sneller doen, doordat de juiste informatie continu beschikbaar is, o.a. via de VQ-app. Daardoor komt het werkplezier terug, wordt de zorg betaalbaar en zo duurzaam en inclusief mogelijk.

Een LGZ-kwaliteitsmanager werkt binnen een organisatie samen met de VQ-specialist en de LGZ-coördinator, teneinde LGZ volledig te integreren binnen een organisatie en dit na 2040 te continueren. Door gebruik te maken van de VQ-app en de parallelle samenwerking krijgt de zorgverlener meer tijd voor de zorgconsument. Hierdoor hoeft het doemscenario uit het rapport van het RIVM 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018' niet bewaarheid te worden.

Het aantal medewerkers binnen de gezondheidszorg, nu 1:7, zal zeker geen 1:4 worden, maar eerder gelijkblijvend of maximaal stijgen naar 1:6. Dit laatste heeft vooral te maken met het 'verplaatsen' van een aantal functies van buiten de gezondheidszorg naar de gezondheidszorg, zoals schuldhulpverleners, juristen, mediators et cetera en de toename van zorg door vergrijzing.

Juist in het referentietraject met de 50 gemeenten zijn voldoende LGZ-kwaliteitsmanagers nodig. Dat betekent binnen de LGC's, samenwerkende instellingen of organisaties en de gemeente. In het volgende hoofdstuk wordt dit nader toegelicht.

12. Praktische realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg 2020-2040

In het vorige hoofdstuk is duidelijk geworden wie worden opgeleid en wanneer en hoe de voorlichting naar zorgconsumenten en zorgverleners geschied. Omdat Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) totaal anders is dan de huidige, reguliere gezondheidszorg is de LGZ-basisopleiding uiteindelijk voor iedere LGZ-zorgverlener noodzakelijk.

Een aantal nieuwe functies zijn noodzakelijk voor de realisatie van LGZ, zijnde: VQ-specialist (bij voorkeur POH-LGZ, PDW of Toegepaste psycholoog), LGZ-procesbeheerder (huisarts), LGZ-coördinator en LGZ-kwaliteitsmanager binnen alle drie de hoofdgebieden. De functies zijn deels beschreven in het vorige hoofdstuk. In dit hoofdstuk wordt het traject van realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg in de periode 2020-2040 uit de doeken gedaan.

Wat heeft prioriteit

Dit rapport is de start van het realisatietraject. Prioriteit heeft dat de politiek inziet dat de gezondheidszorg in haar huidige vorm niet langer haalbaar is. Fase 1 is dan ook de fase met de meeste impact op het door stichting IGZ Plus voorgestelde tijdsschema (9 fases).

Het rapport wordt gestuurd naar de betrokken ministers en de fractievoorzitters van alle partijen in de Tweede Kamer, alsmede naar de specialisten gezondheidszorg binnen deze partijen. Een akkoord (op hoofdlijnen) met (nagenoeg) alle partijen in de Tweede Kamer is nodig om het traject te vervolgen. Gezien het feit dat 2020 een pre-verkiezingsjaar is, is het belangrijk dat akkoord voor het einde van 2020 vast te stellen.

102

Op het moment van het akkoord tussen Kabinet en Tweede Kamer hoeft er (nog) geen wetgeving te worden aangepast. Dat is pas nodig wanneer het traject van de referentiegemeenten is afgerond. Na de verkiezingen kan het nieuwe Kabinet buigen over de benodigde wijzigingen in de wetgeving (zorgstelsel, Gezondheidswet, Zorgverzekeringswet et cetera). Aanpassing van wetgeving hoeft het traject binnen de referentiegebieden niet tegen te houden.

Naast Kabinet en Tweede Kamer krijgen ook de zorgverzekeraars het rapport, met het verzoek het VitaliteitQuotiënt op te nemen in de basiszorgverzekering, oftewel beschikbaar voor iedere zorgconsument. Volgens planning zal opname in het basispakket uiterlijk per 1 januari 2022 geschieden. Dit is noodzakelijk om het traject met de referentiegemeenten tot een succes te maken, hetgeen de basis is van realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg in Nederland in de periode 2020-2040.

Politiek is het nu het juiste moment om te kiezen voor een andere vorm van gezondheidszorg. Het (blijven) lijmen van de huidige gezondheidszorg heeft meer het effect van 'brandjes blussen' dan van kiezen voor een andere koers. Wanneer nu wordt gekozen voor Leefstijl Gezondheidszorg is de gezondheidszorg anno 2040 (of zoveel eerder als mogelijk) volledig gezond, betaalbaar en is de hulp- en dienstverlening geoptimaliseerd voor iedere zorgconsument. Te veel segmenten van de huidige gezondheidszorg vallen nu tussen het wal en het schip.

Bewustzijn van politiek, beleidsmakers en zorgverleners

Los van politieke beslissingen is het realiseren van bewustzijn bij iedereen die betrokken is bij de gezondheidszorg nodig. Niet denken in hokjes, het algemeen belang voor ogen houden en realiseren dat alleen al in de huidige gezondheidszorg ongeveer 1,2 miljoen mensen werkzaam zijn en dit jaar ongeveer € 100 miljard wordt uitgegeven. Alleen al in januari 2020 kwamen protesten of alarmmeldingen uit de jeugdzorg, de ouderenzorg en de GGZ. Wanneer segmenten gescheiden zijn en het met vastgestelde budgetten moeten doen, ontstaan tekorten en wachtlijsten.

Het bewustzijn is van belang voor het traject dat hier wordt omschreven. De basis is dat lichamelijke en geestelijke gezondheid, welzijn en complementaire hulp- en dienstverlening niet gescheiden mogen en kunnen zijn. In de eerste tien hoofdstukken van dit rapport is dit duidelijk omschreven.

Wanneer het bewustzijn hiervoor is, is onderstaande traject duidelijk. Het duurt ongeveer 20 jaar om de volledige gezondheidszorg aan te passen naar de filosofie van Leefstijl Gezondheidszorg. Het traject is organisch en duurzaam ingericht. Behoud het goede en vernieuw alles wat niet goed functioneert stap voor stap. Hierbij wordt uitgegaan van een inrichting waarbij de lokale en regionale samenleving centraal staat, van noord tot zuid en van oost naar west.

Hoe ziet Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) eruit

De indeling van Leefstijl Gezondheidszorg is vergelijkbaar met de huidige, reguliere gezondheidszorg, waarbij de volgende verdeling ontstaat:

1. Basis-Leefstijl Gezondheidszorg
2. Generalistische Leefstijl Gezondheidszorg
3. Expertise Leefstijl Gezondheidszorg
 - a. Specialistische Leefstijl Gezondheidszorg
 - b. Curatieve Leefstijl Gezondheidszorg (Cure - genezend)
 - c. Chronische Leefstijl Gezondheidszorg (Care - chronisch)

Ad 1. Basis-Leefstijl Gezondheidszorg

De huisartsenpraktijk, huisarts, POH-LGZ en andere medewerkers, staat hierin centraal. Met ruim 12 miljoen zorgconsumenten (patiënten) per jaar is de huisartsenpraktijk wat betreft stichting IGZ Plus 'de spil van de gezondheidszorg'. De huidige positie van de huisarts wordt versterkt door toevoeging van de VQ-specialist en de LGZ-coördinator. De huisarts kan hierdoor nog beter zijn werk doen. (Zie voor een uitgebreide omschrijving van de nieuwe positie van de huisarts hoofdstuk 15).



De huisartsenpraktijk is gevestigd in een lokaal Leefstijl Gezondheidscentrum (vergelijkbaar met de huidige gezondheidscentra, maar dan uitgebreid met zorgverleners op het gebied van mentale, fysieke LGZ en LGZ binnen de omgevingsfactoren. Hierbij hoort ook de dienstverlening van de gemeente. Ook apotheker, tandarts en mantelzorger vallen onder basis-Leefstijl Gezondheidszorg.

Ad 2. Generalistische Leefstijl Gezondheidszorg

Binnen deze groep van zorg vallen alle eerstelijnszorgverleners die werkzaam zijn binnen jeugdzorg, volwassenzorg en ouderenzorg. Zorgverleners die werkzaam zijn binnen mentale en fysieke gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening (sociaal-maatschappelijk, sociaaleconomisch (werk & inkomen) en financieel-juridisch).

Deze LGZ-zorgverleners zijn (deels) werkzaam binnen het Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC) en werken samen met de huisarts, de VQ-specialist (berekening Vitaliteit Quotiënt) en de LGZ-coördinator. Alle LGZ-zorgprofessionals onder één dak.



De basis- en generalistische LGZ is de basis voor de lokale samenleving. Het LGC is de spil van de lokale samenleving, multifunctioneel en toegankelijk voor de zorgconsument. Op het moment dat de LGZ-klachten niet door deze groep van generalistische zorgverleners kunnen worden behandeld, wordt doorverwezen naar Expertise-LGZ.

Ad 3. Expertise Leefstijl Gezondheidszorg

Expertise LGZ-zorg bestaat uit de volgende drie expertisegebieden, waartussen een wisselwerking bestaat: Specialistische Leefstijl Gezondheidszorg, Curatieve Leefstijl Gezondheidszorg en Chronische Leefstijl Gezondheidszorg.

Ad 3a. Specialistische Leefstijl Gezondheidszorg

Deze vorm van zorg is vergelijkbaar met de huidige gezondheidszorg. Wanneer klachten niet meer kunnen worden behandeld door huisarts of eerstelijnszorgverlener wordt de zorgconsument doorverwezen naar een tweedelijnszorgverlener. Dit kan een ziekenhuis zijn, maar ook organisaties binnen GGZ, jeugd- of ouderenzorg.

Hier krijgt het regionaal Leefstijl Gezondheidscentrum (minimaal één in elke provincie) een belangrijke rol. Het regionaal LGC is namelijk een centrum waar diagnostiek (mentaal, fysiek, omgeving) wordt verricht waar die van de generalistische zorg stopt. Binnen dit centrum is een laboratorium en specialisten op alle gebieden binnen LGZ. Dit regionale LGC kan overigens gevestigd zijn in een ziekenhuis of op het terrein van een ziekenhuis. Binnen dit centrum krijgt de zorgconsument snel te horen wat zijn zorgpad is binnen Leefstijl Gezondheidszorg.

Er zijn dan drie diagnosemogelijkheden: de zorgconsument gaat terug naar de generalistische LGZ, naar Curatieve LGZ of naar Chronische LGZ. Begeleiding of behandeling wordt daar voortgezet. Het regionaal LGC functioneert als een schakelpunt waar wordt bekeken welke zorg het beste past bij de

zorgconsument en welke behandelingen/begeleidingen eventueel gecombineerd kunnen worden (parallele aanpak). Het regionaal LGC werkt immers ook met het VitaliteitQuotiënt.

Ad 3b. Curatieve Leefstijl Gezondheidszorg

Binnen Leefstijl Gezondheidszorg is de definitie van curatieve zorg dat deze zorg erop is gericht de LGZ Gezondheidsklachten te genezen of te verhelpen.

Aangezien LGZ breed is, drie voorbeelden:

- Fysiek – fysieke klachten - operatie
- Mentaal – mentale klachten - therapie
- Omgeving – schulden - schuldsanering.

De meeste mensen kennen curatieve zorg vooral uit het ziekenhuis. Dat klinkt logisch, maar uit het ziekenhuis komen veel zorgconsumenten (ook na operatie) met chronische klachten. Een groot deel van psychische klachten (mentaal) is ook chronisch, soms levenslang. Dat geldt ook voor klachten binnen het hoofdgebied Omgevingsfactoren. Wanneer LGZ-klachten niet zijn te genezen, horen ze thuis bij Chronische LGZ. In het beeld van Leefstijl Gezondheidszorg zal curatieve zorg veelal plaatsvinden in het ziekenhuis waar ook (te genezen/op te lossen) mentale klachten worden behandeld.

Ad 3c. Chronische Leefstijl Gezondheidszorg (Care)

Zoals hierboven al aangegeven, komen chronische ziekten steeds vaker voor. Vooral chronische mentale (psychische) klachten nemen hand over hand toe. Doordat: de wetenschap nog onvoldoende weet over het functioneren van onze brein; ons gedrag behoorlijk is veranderd de laatste 20 jaar en zeker de afgelopen 50 jaar; de maatschappij sneller verandert dan wij kunnen volgen en last but not least, de maatschappij (of wijzelf) zorgt voor stress.

Inmiddels zijn ruim 50% van alle gezondheidsklachten bij werknemers mentaal (burn-out, depressie) gerelateerd. Ook steeds meer lichamelijke klachten worden als chronisch gezien (denk aan allergieën) en de invloed van onze omgevingsfactoren kunnen ook (deels) worden beschouwd als chronisch. Wanneer sprake is van chronische klachten (die nu niet zijn op te lossen), moet de zorgconsument 'leren' omgaan met deze klachten. Deze zorgconsumenten hebben blijvend contact nodig met LGZ-zorgverleners, zodat kan worden geïntervenieerd op het moment dat wel afdoende behandeling beschikbaar is.

Met deze verdeling van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) worden de stappen en wijzigingen vanuit de huidige gezondheidszorg naar LGZ duidelijk. Iedere zorgconsument gaat naar de LGZ-zorgverlener die hij nodig heeft en wordt eventueel doorverwezen naar de Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's).

Cure & Care

Juist door invoering van Leefstijl Gezondheidszorg worden ‘cure’ (genezende behandeling) of ‘care’ (behandeling na ziekte of bij chronische klachten) duidelijker. Volgens de website Volksgezondheidzorg.info telt Nederland bijna 10 miljoen, bij de huisarts gemelde, mensen met chronische klachten. Hiervan zijn ruim 5 miljoen mensen in behandeling via de huisarts. Ongeveer 95% van alle zorgconsumenten boven de 75 jaar heeft chronische klachten.

Ter vergelijking; het aantal zorgconsumenten met curabele (te genezen) klachten (ziekenhuis, fysiotherapie, tandarts et cetera) betreft ongeveer 1 miljoen zorgconsumenten en is al jaren constant. Overigens bedragen de kosten van behandelingen van te genezen klachten ongeveer 32% van de totale zorgkosten.

Zoals in dit rapport al gemeld, is meer (wetenschappelijk) onderzoek nodig naar bijvoorbeeld curabele en chronische klachten, mentale en fysieke klachten en de verbanden daartussen en tenslotte de invloed van omgevingsfactoren op onze gezondheid volgens LGZ. De realisatie van Multidisciplinaire Expertise Centra is vernieuwend in de gezondheidszorg.

Multidisciplinaire (multi-) Expertise Leefstijl Gezondheidscentra (MEC's)

Naast de eerdergenoemde LGC's en regionale LGC's is het van belang om, zoveel mogelijk in elke provincie, Multidisciplinaire Expertise Centra (MEC's) te realiseren, die naast het bieden van behandeling en/of begeleiding bij complexe problematiek ook als LGZ-onderzoekscentra functioneren. Zeker gezien het feit dat Leefstijl Gezondheidszorg een jonge discipline is, is hier veel voordeel te behalen voor specialisten op alle vakgebieden.

106

Bij voorkeur zijn deze centra verbonden aan de bestaande UMC's. Omdat de provincies Friesland, Drenthe, Flevoland, Overijssel, Brabant en Zeeland geen UMC hebben, hebben deze provincies prioriteit. In de provincie Brabant zou het goed zijn wanneer een UMC zou worden gekoppeld aan de Universiteit Tilburg.

De MEC's dragen zorg voor de behandeling van mensen met complexe mentale en fysieke klachten. Ook hier is het VitaliteitQuotiënt basis voor begeleiding en behandeling. Door de onderzoeksmogelijkheden kunnen deze gezondheidsklachten (top 10, maar ook ziekten zoals bijvoorbeeld Alzheimer, ALS, Reuma et cetera) nog beter worden onderzocht dan nu. Eén centraal onderzoekscentrum die alle informatie combineert en die zorgdraagt voor financiering en bemensing. Het welbevinden van de zorgconsument dient centraal te staan in de onderzoeken. De onderzoeken kunnen eveneens een positieve bijdrage leveren aan verdere ontwikkeling van het VitaliteitQuotiënt.

Binnen de MEC's is geen onderscheid tussen jeugd-, volwassen- of ouderenzorg en evenmin wat betreft mentale en fysieke klachten, aangezien Leefstijl Gezondheidszorg uitgaat van de directe invloed van mentale en fysieke gezondheid en onze omgevingsfactoren volgens de definitie van LGZ.

De praktische invulling 2020-2040

In dit traject gaat Stichting IGZ Plus ervan uit dat in 2020/2021 Leefstijl Gezondheidszorg op de politieke agenda is gekomen en dat Kabinet en Tweede (en Eerste) Kamer ermee akkoord zijn dat LGZ de komende jaren het huidige zorgstelsel gaat vervangen. Stichting IGZ Plus gaat er ook vanuit dat het VitaliteitQuotiënt per 01-01-2022 is opgenomen in de basiszorgverzekering van alle zorgverzekeraars. Mocht dit niet zo zijn, dan schuiven alle geplande data op en is er minder tijd om de veranderingen door te voeren en/of wordt 2040 niet gehaald. Stichting IGZ Plus gaat niet van het laatste uit.

Uitgaande van bovenstaande is de praktische realisatie als hieronder beschreven.

NB: In de periode 2021-2040 worden alle LGZ-zorgverleners opgeleid volgens het schema in hoofdstuk 11, te beginnen met de bemensing van de LGC's in de referentiegebieden (huisartsenpraktijk, basis-LGZ-zorg, generalistische LGZ-zorgverleners, alle huidige zorgverleners). In de tussentijd (2025-2040) worden alle opleidingen voor professionals binnen LGZ aangepast of vernieuwd, zodat uiterlijk in 2030 de eerste LGZ-zorgverleners uitstromen via mbo, hbo en universiteit.

2023 – 2025 | Realisatie referentiegemeenten

De basis van de gehele realisatie is de opzet van LGC's in 50 referentiegemeenten. Zoals in hoofdstuk 11 omschreven, zijn referentiegemeenten, gemeenten die één jaar lang werken volgens de methodiek van Leefstijl Gezondheidszorg, zodat de data van deze gemeenten na één jaar zijn te vergelijken met andere, gelijkwaardige, gemeenten elders in de regio en in Nederland.

107

Binnen de 50 referentiegemeenten moeten de volgende zaken zijn gerealiseerd:

- Eén Leefstijl Gezondheidscentrum per 15.000 tot 20.000 inwoners
- Bij grote gemeenten worden wijk LGC's gerealiseerd
- Opleiding alle LGZ-zorgverleners (inclusief huisartsenpraktijk en gemeente)

Bij voorkeur wordt gewerkt met gemeenten die al de beschikking hebben over een gezondheidscentrum of bereid zijn dit op korte termijn te vestigen. Gemeenten kunnen zich per RAV-gebied aanmelden om vrijwillig deel te nemen aan het referentietraject.

Gemeenten

Door de steeds grotere diversiteit binnen de diensten van gemeenten naar de zorgconsument is het van belang dat binnen gemeenten meerdere VQ-specialisten en/of LGZ-coördinatoren beschikbaar zijn. De gemeente heeft steeds meer een sleutelfunctie gekregen, zowel financieel (bijstand, Wmo, pgb, schuldhulpverlening) en zorg (pgb, Wmo, ouderen, Jeugdwet et cetera), waardoor LGZ-coördinatoren juist geen achtergrond in de gezondheidszorg hoeven te hebben, waardoor zij, als tegenhanger van zorgverleners met een gezondheidszorgachtergrond, het ideale team vormen (denk aan de wijkteams die samenwerken met de Leefstijl Gezondheidscentra).

Samenwerkende Zorg-, GGZ- en Welzijnsorganisaties & -instellingen

Behalve dat al deze zorgverleners de LGZ-basisopleiding moeten volgen, dienen binnen deze organisaties (bij meer dan 100-200 medewerkers) medewerkers als VQ-specialisten, LGZ-coördinatoren en LGZ-kwaliteitsmanagers worden opgeleid en worden aangesteld om als referentiegemeente een succes te kunnen zijn. Het ministerie van VWS dient hier een leidende rol in te hebben. Na akkoord van VWS kan in de aangewezen referentiegemeenten de inventarisatie van de instellingen en organisaties worden gestart en de benodigde opleidingen worden ingepland.

Complementaire hulp- en dienstverlening

Uiteindelijk zou iedere professional (LGZ-zorgverlener) de LGZ-basisopleiding moeten volgen. Met de huidige regelgeving is dat (nog) niet te verplichten.

 LEEFSTIJL GEZONDHEIDSZORG 		
LGZ-zorgverleners Mentaal Fysiek Omgeving		
• Advocaat	• Fysiotherapeut	• POH-GGZ
• Agoog	• Geestelijk verzorger	• Psychiater
• (Huis) Arts	• Jeugdwerker	• Psycholoog
• Bewegingsdeskundige	• Jurist	• Re-integratie deskundige
• Budgetcoach	• Logopedist	• Sociaal werker
• Coach	• Maatschappelijk werker	• SPV'er
• Counselor	• Mediator	• Therapeut
• Diëtist	• Orthomoleculair therapeut	• Trainer
• Ervaringsdeskundige	• Orthopedagoog (generalist)	• Verpleegkundig Specialist
• Financieel adviseur	• LGZ-procesbeheerder (nieuw)	• Voedingsdeskundige
• VQ Specialist (nieuw)	• LGZ-coördinator (nieuw)	• LGZ-kwaliteitsmanager (nieuw)
Vitaliteit Groep Nederland Kennis- en opleidingsinstituut Leefstijl Gezondheidszorg i.s.m. Stichting IGZ Plus		

Binnen deze beroeps-groepen is voorlichting en opleiding over (het belang van) LGZ noodzakelijk. Daarnaast is de LGZ-zorgverlener (zie overzicht) zich ervan bewust dat Leefstijl Gezondheidszorg beter is voor alle zorg-consumenten.

108

Een korte toelichting bij enkele van de hier genoemde beroepen.

Een *advocaat of jurist* zal zich beter realiseren wat de belangen van zijn cliënt zijn wanneer hij (met toestemming) inzicht heeft in het VitaliteitQuotiënt. De advocaat kan zich hiermee beter voorbereiden op een zaak, met name in het geval van bijvoorbeeld echtscheiding of schulden.

Een *financieel adviseur of schuldhulpverlener* is in eerste instantie gericht op de schulden van de zorgconsument en niet op hoe de schulden zijn ontstaan. Het niet (kunnen) betalen van rekeningen kan vele redenen hebben. Het VitaliteitQuotiënt (VQ) maakt meer duidelijk hierover, waardoor schulden sneller kunnen worden opgelost. Wanneer daarnaast adequate preventieve nazorg wordt verleend via de LGZ-coördinator wordt het welzijnsgevoel van de zorgconsument vergroot, waardoor samen met de LGZ-zorgverlener gemakkelijker tot oplossingen kan worden gekomen en de kans op terugval wordt verkleind.

Een *re-integratie deskundige* heeft als taak nieuw werk of een andere functie voor de zorgconsument te vinden. LGZ-zorgverleners hebben hier met één miljoen mensen met een uitkering een zware taak aan, zeker in een periode van recessie. Het VitaliteitQuotiënt maakt het werk van de re-integratie deskundige makkelijker, omdat hij meer (relevante) informatie over zijn cliënt heeft, waardoor sneller (ander) werk of een studierichting wordt gevonden.

Het VitaliteitQuotiënt (VQ) is een universeel (intake-)instrument dat resulteert in individueel gemeten vitaliteit op het gebied van mentale en fysieke gezondheid en de invloed van omgevingsfactoren. Het instrument is toepasbaar bij mentale klachten, fysieke klachten of gevolgen uit de omgeving, waarbij (één of meerdere) LGZ-zorgverleners zijn betrokken. Het VitaliteitQuotiënt (VQ) geeft duidelijk de relatie weer tussen mentale gezondheid, fysieke gezondheid en de dynamische omgeving en geeft Leefstijl Gezondheidszorg-zorgverleners alle benodigde informatie om de meest geschikte behandeling of begeleiding te geven, al dan niet parallel.

Complementaire hulp- en dienstverlening kan worden aangeboden via de gemeente, sociaal-maatschappelijke, sociaaleconomische en financieel-juridische organisaties of instellingen. Uit deze organisaties wordt, in overleg met deze organisaties, een selectie gemaakt die in het referentietraject samenwerken met het lokale LGC teneinde Leefstijl Gezondheidszorg lokaal te realiseren. Deze LGZ-zorgverleners volgen, voordat het LGC van start gaat, de LGZ-basisopleiding.

2023 – 2025 | Referentiegemeenten: 50 Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's)

In elke (referentie) gemeente komt een hoofdvesting van een Leefstijl Gezondheidscentrum, bij gemeenten vanaf 15.000 – 20.000 inwoners komen zeer waarschijnlijk ook wijk-LGC's. Binnen het Leefstijl Gezondheidscentrum staat de huisartsenpraktijk (4-8 huisartsen) centraal, aangevuld met LGZ-basiszorg en generalistische LGZ-zorgverleners, zoals omschreven in hoofdstuk 11 van dit rapport. Het LGC is hiermee de spil van de lokale samenleving en biedt tevens diensten aan in de wijken van de gemeente.

109

Wanneer mogelijk wordt (bij voorkeur) gebruik gemaakt van een bestaand gezondheidscentrum, met wanneer nodig, aangrenzende panden (locaties), zodat de zorgconsument op één adres alle basis- en generalistische LGZ kan krijgen.

Aangezien er reeds 250 gezondheidscentra zijn en dit aantal groeit, ligt een tijdige realisatie van 50 referentiegemeenten binnen de lijn der verwachting. In het jaar 2023 gaat het traject van start en wordt gevolgd door evaluatie in het voorjaar van 2025. Van tevoren worden, in overleg met VWS en betrokken partijen, toetsingscriteria vastgesteld. De referentiegemeenten werken mee aan onderzoek in verband met deze toetsing en (waar nodig) verbetering van werkwijze en communicatie.

Dit rapport is een adviesrapport en het dient aanbeveling om een draaiboek (voor elke referentiegemeente) te schrijven, waardoor het voor elke gemeente haalbaar is. Uiteraard kan Stichting IGZ Plus of Vitaliteit Groep Nederland hierin, gezien haar ervaring, een adviserende rol hebben.

2024 – 2030 | Realisatie regionale Leefstijl Gezondheidscentra

De regionale Leefstijl Gezondheidszorgcentra zijn verdeeld over de RAV-regio's. Binnen elke regio zijn een of meer ziekenhuizen beschikbaar om mee samen te werken. De RAV-regio's zijn in 2008 ingesteld en zijn qua grootte verschillend, maar komen qua inwoneraantal dicht bij elkaar.

De eerste functie van het regionale LGC is om als opleidingscentrum te dienen om ruim 1,5 miljoen LGZ-professionals op te leiden in de periode 2024-2040. De regionale LGC's worden kennis- en opleidingscentra voor de RAV-regio's.

De tweede functie van de regionale LGC's is de realisatie mogelijk te maken van de ruim 1.000 LGC's die in de periode 2025-2030 worden geopend in Nederland. Doordat hier de LGZ-zorgverleners, LGZ-kwaliteitsmanagers en LGZ-coördinatoren worden opgeleid, is de realisatie van de lokale LGC's met hun wijk-LGC's een haalbare doelstelling.

De derde functie is de realisatie van top-LGZ in deze regionale LGC's. Omdat iedereen die wordt opgeleid in de desbetreffende RAV-regio, is opgeleid in het regionale LGC kan hierdoor worden geselecteerd, waardoor een team van top LGZ-zorgverleners en leidinggevenden organisch ontstaat. Top-LGZ wordt geboden op alle drie de hoofdgebieden (Mentaal, Fysiek en Omgeving), in samenwerking met specialistische organisaties, instellingen en ziekenhuizen in de RAV-regio.

De omslag van reguliere gezondheidszorg naar Leefstijl Gezondheidszorg is geen grote verandering in werkwijze, maar vooral in bewustzijn. Dit bewustzijn wordt gerealiseerd binnen het regionale LGC en overgebracht naar de lokale LGC's. Het regionale LGC neemt ook de begeleiding van de LGC's in de regio voor haar rekening. Door deze krachtige formule kunnen binnen 5 jaar alle 1.000 LGC's operationeel zijn.

110

2024 – 2030 | Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's)

Na de succesvolle afronding van het referentietraject binnen de 50 gemeenten (25 RAV-regio's), kan vervolgens met de realisatie van alle tussenliggende Leefstijl Gezondheidscentra en de opleiding van alle toekomstige LGZ-zorgverleners worden gestart. Hiervoor worden 25 opgeleide LGC-teams aangesteld om vanuit het regionale LGC zo elke RAV-regio te voorzien van de noodzakelijke LGC's en wijk-LGC's.

Nederland telt 32 gemeenten met meer dan 100.000 inwoners (waarvan enkele zijn voorzien van een LGC). Door het grote aantal inwoners is in deze gemeenten minimaal één hoofd-LGC nodig. In gemeenten met 100.000 inwoners moeten bijvoorbeeld 5 wijk-LGC's worden gerealiseerd.

De 8 grote gemeenten (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht, Eindhoven, Groningen, Almere en Tilburg) hebben meer dan 200.000 inwoners, oplopend tot 866.000 inwoners (Amsterdam). Wellicht moet bij deze gemeenten worden gekeken naar een andere opzet van de locaties van deze LGC's. Bij de grote gemeenten is het mogelijk dat de tijdsperiode van 2025-2030 niet wordt gehaald. Hiernaar kan reeds onderzoek worden gedaan tijdens de referentieperiode 2023-2025.

2025 – 2040 | Opheffen GGZ en Welzijn, integratie binnen LGZ

Zoals aangegeven in dit rapport is het zelfstandig blijven functioneren van GGZ en Welzijnszorg binnen Leefstijl Gezondheidszorg geen optie en niet meer nodig. Het opheffen van de zelfstandige GGZ en Welzijnszorg is allereerst een zaak voor wetgeving. Ondanks dat het grootste deel van de zorgverleners hetzelfde werk blijven doen, verandert de werkwijze. De verandering van de wetgeving ligt bij Kabinet en Parlement.

Na akkoord van het ministerie van VWS (referentiegebieden in 2025) zal landelijk, regionaal en lokaal een inventarisatie worden gemaakt van de GGZ en Welzijnszorg. Binnen de LGC's wordt vanaf 2025-2030 reeds Generalistische Mentale Leefstijl Gezondheidszorg geboden. Het lijkt logisch om de inventarisatie per RAV-regio uit te voeren onder leiding van de 25 Regionale LGC's. Hierdoor kan in 5 jaar tijd met alle organisaties en instellingen worden gesproken.

NB: Beveiligde GGZ-klinieken zijn bekend bij VWS en blijven (voorlopig) buiten LGZ functioneren, totdat hier een oplossing voor is. Tbs-klinieken vallen organisatorisch buiten Leefstijl Gezondheidszorg. Verdere invulling wordt in de periode 2030-2040 bekeken en waar nodig geëvalueerd.

2030 – 2040 | Realisatie Multidisciplinaire Expertise Centra (MEC's)

Nadat de realisatie van regionale LGC's en het netwerk van lokale LGC's is voltooid, worden in alle 12 provincies de MEC's gerealiseerd. Vanuit de regionale LGC's wordt de behoefte aan Expertise-zorg in het kader van Leefstijl Gezondheidszorg (Mentaal, Fysiek en Omgeving) geïnventariseerd.

Samen met de UMC's, universiteiten en hogescholen worden professionals gevonden die de MEC's gaan bemensen. De MEC's bieden zorg die de regionale LGC's (nog) niet bieden, doen (wetenschappelijk) onderzoek en zijn voorlopers op het gebied van preventie en nazorg, waardoor welbevinden wordt geoptimaliseerd. Zowel bestrijding van curabele als chronische ziekten staan hoog op de agenda.

Met de realisatie van de MEC's, uiterlijk voor 2040, komt de realisatie bijna op zijn eind.

2030 – 2040 | Samenvoegen activiteiten ziekenhuizen en andere LGZ-zorgtaken (relocatie)

Met de realisatie van de MEC's, de LGC's en regionale LGC's is het zaak de netwerken binnen Leefstijl Gezondheidszorg met elkaar te verbinden. Zoals aangegeven in dit rapport adviseert Stichting IGZ Plus bij de realisatie van de verschillende Leefstijl Gezondheidscentra het gebruik of hergebruik van bestaande locaties binnen de huidige, reguliere gezondheidszorg (Zorg, GGZ en Welzijn).



Het Leefstijl Gezondheidszorglandschap heeft zijn vormen lokaal en deels regionaal gekregen. Binnen 10 jaar zijn alle zorgverleners omgeschoold tot LGZ-zorgverleners, zodat het inpassen van de diverse organisaties en instellingen realiseerbaar is. Binnen medische centra (ziekenhuizen) wordt ook gewerkt met LGZ en worden afdeling toegevoegd.

Samenvatting praktische realisatie Leefstijl Gezondheidszorg

Wordt 2040 het eerste jaar dat Leefstijl Gezondheidszorg in Nederland voor iedere Nederlander bereikbaar is? Heeft iedere Nederlander (minimaal 1 keer) het VitaliteitQuotiënt laten berekenen? Hebben de huisartsen en POH's-LGZ, die al sinds 2023 actief zijn met LGZ, voordeel bij de nieuwe manier van werken? Honderden vragen die nu niet met 100% nauwkeurigheid zijn te beantwoorden, maar wel gesteld moeten worden.

Ons huidige systeem van gezondheidszorg is achterhaald, wordt jaarlijks duurder en (voor een grote groep zorgconsumenten) voldoet de zorg minder aan hun zorgbehoeften. Vooral de jeugd en ouderen lijken te lijden onder het huidige zorgstelsel en de huidige manier van werken. Wachlijsten lopen op binnen diverse segmenten van de gezondheidszorg, er is een tekort aan huisartsen (spil van de gezondheidszorg) en in bijna de gehele gezondheidszorg zijn te weinig zorgverleners om zorg te kunnen verlenen.

Staatssecretaris Blokhuis zei recent (januari 2020) dat de mogelijkheid bestaat dat instellingen 'complexe GGZ zorg' verplicht moeten bieden. Dit betekent dat, wanneer dat gaat gebeuren, dat ten koste gaat van andere GGZ-zorgconsumenten.

Wijsheid niet in pacht

Stichting IGZ Plus heeft niet de wijsheid in pacht en heeft met haar kennis en ervaring van de laatste zeven jaar dit rapport geschreven. Stichting IGZ Plus verwacht niet dat dit rapport integraal wordt overgenomen door het huidige (of volgende) Kabinet en Parlement. Dit rapport is deels praktijkgericht en deels onderwerp voor gesprek en discussie. Stichting IGZ Plus vindt het haar plicht deze informatie te delen met alle stakeholders binnen de gezondheidszorg en daarbuiten.

112

De 9 fases van realisatie zijn haalbaar en realistisch. Zorgverleners worden in de periode 2023-2040 opgeleid tot LGZ-zorgverleners en vanaf 2030 stromen studenten in met een vernieuwde opleiding.

Leefstijl Gezondheidszorg brengt (LGZ-)zorg dicht bij de zorgconsument. Elke gemeente heeft minimaal één multifunctioneel Leefstijlgezondheidszorg (huisartsenpraktijk, basis-LGZ en generalistische LGZ). LGC's in de gemeenten worden aangestuurd door regionale LGC's waar specialistische LGZ wordt geboden en diagnostiek mogelijk is.

De MEC's, in samenwerking met de 8 UMC's zorgen voor de kroon op Leefstijl Gezondheidszorg. Wetenschappelijk onderzoek wordt in deze MEC's uitgevoerd en met elkaar en het buitenland gecombineerd. Nederland loopt (weer) voorop in gezondheidszorg (ook internationaal). Bovendien zijn de kosten lager (besparing van 5-10% op de sociale euro). Leefstijl Gezondheidszorg is duurzaam, inclusief en voor iedere Nederlander, jong en oud.

Kosten van Leefstijl Gezondheidszorg

Door invoering van Leefstijl Gezondheidszorg hoeft het doemscenario uit het rapport van het RIVM 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018' niet bewaarheid te worden. Het rapport geeft aan dat de kosten van de huidige, reguliere gezondheidszorg in 2040 naar schatting € 174 miljard zullen zijn.

Stichting IGZ Plus heeft een ruwe berekening gemaakt en gaat uit van de geschatte kosten voor 2020 van € 100 miljard. Stichting IGZ Plus gaat uit van een bedrag van geschat € 149 miljard bij uitvoering van realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg per 2022. (Berekening: € 100 miljard vermeerderd met een jaarlijks inflatiecijfer van 2%). De geschatte besparing in het jaar 2040 zal ongeveer € 25 miljard bedragen. In de eerste jaren, van 2022 tot 2030, verwacht Stichting IGZ Plus een besparing van € 5 tot € 10 miljard (2030). Naar mate LGZ meer is ingevoerd, zal de besparing stijgen, zelfs bij toenemende vergrijzing.

Het aantal medewerkers binnen de gezondheidszorg, nu 1:7 patiënten, zal zeker geen 1:4 worden, maar eerder gelijkblijvend of maximaal stijgen naar 1:6. Dit laatste heeft vooral te maken met het 'verplaatsen' van een aantal functies van buiten de gezondheidszorg naar de Leefstijl Gezondheidszorg, zoals schuldhelpverleners, juristen, mediators et cetera en de toename van zorg door vergrijzing. Ten tweede het feit dat onze bevolking groeit van 17,4 miljoen (2020) naar ruim 19 miljoen in 2040. Dit is een aanwas van 100.000 zorgconsumenten per jaar (bron: CBS). Het aantal huisartsen en POH-LGZ zal daarom zeker stijgen met 7.000 zorgverleners per genoemde beroepsgroep.

NB 1: De schatting van de kosten is gebaseerd op de begroting van het jaar 2020 onder gelijkblijvende omstandigheden. Jaarlijkse besparingen door LGZ (sociale euro), in ieder geval tot 2040, dienen te worden aangewend om te investeren in de omschreven doelstellingen, zoals betere arbeidsvoorwaarden voor zorgverleners, opleiding van zorgverleners, minder (onnodige) administratie, veranderde regelgeving, accommodaties voor ouderen en jeugd, meer wetenschappelijk Leefstijl Gezondheidszorgonderzoek en de realisatie van (regionale) Leefstijl Gezondheidscentra in elke gemeente en MEC's in alle provincies.



113

NB 2: Stichting IGZ Plus verzoekt een doorrekening van dit rapport met de bij de Algemene Rekenkamer bekende cijfers, teneinde tot betrouwbare cijfers te komen wat betreft de kosten van de gezondheidszorg en de sociale euro anno 2040. Sommige toepassingen binnen LGZ zijn kostenverhogend (denk aan opleiding), bij de meeste toepassingen is echter sprake van een (grote) besparing.

2020 – 2023 Wetenschappelijk onderzoek en doorrekenen Algemene Rekenkamer

Tenslotte; in de periode 2020-2023 wordt onderzoek gedaan naar het verband tussen Mentale Gezondheid, Fysieke Gezondheid en onze Omgevingsfactoren. De Algemene Rekenkamer kan naar aanleiding van dit rapport en de wetenschappelijke onderzoeken berekenen wat de voordelen zijn van Leefstijl Gezondheidszorg t.o.v. de huidige, reguliere gezondheidszorg.

Naar schatting kan 5 tot 10% van de totale kosten van de gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening worden bespaard. De besparing op de totale kosten van de sociale euro zou (voor 2020) € 5 tot € 10 miljard kunnen zijn. In de toekomst loopt de besparing, door steeds beter functionerende Leefstijl Gezondheidszorg en verhoging van de kosten van de huidige gezondheidszorg, op tot € 10 - € 20 miljard in 2040.

13. Leefstijl Gezondheidszorg vraagt aanpassing Zorgwet

In Nederland is de huidige, reguliere gezondheidszorg verdeeld in de volgende zorgdomeinen:

Nuldelijnszorg: Bij zorg zonder hulpvraag spreken wij van preventieve gezondheidszorg. Dit wordt ook wel nuldelijnszorg genoemd (Mackenbach & Van der Maas, 2008). Deze zorg wordt veelal verleend door de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en).

Eerstelijnszorg: In het Nederlandse stelsel komt doorgaans een hulpvraag in eerste instantie bij de eerste lijn. Via algemene zorg proberen huisartsen, eerstelijnspsychologen, fysiotherapeuten, tandartsen en verloskundigen de klachten te verhelpen. Deze zorg is direct toegankelijk voor alle zorgverzekerden.

Tweedelijnszorg: Als de zorg in de eerste lijn ontoereikend is en meer specialistische zorg noodzakelijk is, verwijzen eerstelijnszorgverleners door naar de tweede lijn. Onder de tweedelijnszorg vallen bijvoorbeeld ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde jeugdzorg.

Derdelijnszorg: Wanneer intramurale specialistische zorg nodig is, zowel voor geestelijke als somatische gezondheidsproblemen, wordt doorverwezen naar (universitaire) instellingen voor topklinische zorg. (Bron: Nictiz.nl)

Geestelijke Gezondheidszorg sinds 2014 afwijkend van algemene zorg

Vanaf 1 januari 2014 is eerstelijnspsychologie komen te vervallen en is de generalistische basis GGZ geïntroduceerd. De tweedelijns-GGZ heet nu gespecialiseerde GGZ en wordt verleend door psychologen en psychiaters die werkzaam zijn in een GGZ-instelling. Voor complexe diagnoses (en meestal opname) bestaat de derdelijns-GGZ (meestal in dezelfde GGZ-instelling waar de 'gespecialiseerde GGZ' plaatsvindt).

Wijzigingen in het stelsel voor GGZ

Met de wijziging van het zorgstelsel in 2006 ging de GGZ van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), oftewel: de zorgverzekering. Nog geen tien jaar later werd het stelsel (voor GGZ) weer veranderd (zie vorige alinea).

De resultaten van deze wijzigingen zijn nog onbekend. Wel blijkt dat ruim 100.000 zorgconsumenten geen gebruik maken van gespecialiseerde GGZ. Of dit een goed of slecht teken is, is niet duidelijk, maar met het stijgend aantal mensen met mentale (psychische) klachten niet logisch. Als klap op de vuurpijl kwam 1 januari 2015 een wijziging in de Jeugdwet. Door decentralisatie werden gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jeugdwet. (Overigens is de transitie van de jeugdzorg voorlopig teruggedraaid door minister Hugo de Jonge - oktober 2019).

Alle veranderingen in de GGZ lijken niet in het voordeel van de zorgconsument en zijn (verkapte) bezuinigingen en geen verbetering van de kwaliteit voor de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, volwassenen en ouderen met psychische klachten.

Organisatorische zorgstelselwijziging Leefstijl Gezondheidszorg

Doelstelling van dit rapport is een visie te realiseren aangaande de gezondheidszorg anno 2040 (of zoveel eerder als mogelijk). De visie van Stichting IGZ Plus is als volgt geformuleerd en dient als basis voor te vormen beleid:

1. Realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg voor kinderen, volwassenen en ouderen. Intake door POH door middel van VitaliteitQuotiënt (VQ) voor iedere Nederlander ongeacht leeftijd in Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's). Deze centra, bij voorkeur gevestigd nabij een medisch centrum (ziekenhuis), bieden eerstelijnszorg op het gebied van mentale en fysieke gezondheid gecombineerd met complementaire hulp- en dienstverlening in het kader van omgevingsfactoren (sociaal-maatschappelijk, financieel-juridisch).
2. (Mentale en fysieke) gezondheid wordt, direct en indirect bepaald door aanleg en gedrag, de invloed hierop door sociaal-maatschappelijk en financieel-juridische omstandigheden en de wisselwerking tussen deze drie hoofdgebieden. Door invoering van LGZ worden alle hoofd- en deelgebieden van het VitaliteitQuotiënt bereikt.
3. Lichamelijke Gezondheidszorg wordt Fysieke Leefstijl Gezondheidszorg en als zodanig opgenomen in de Gezondheidswet (en de Zorgverzekeringswet).
4. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) komt te vervallen en wordt als Mentale Leefstijl Gezondheidszorg opgenomen in de Gezondheidswet (en de Zorgverzekeringswet) en wordt (uitgezonderd tbs-klinieken) gelijkwaardig gezien aan Fysieke LGZ qua regelgeving, locatie en medewerkers.
5. Complementaire hulp- en dienstverlening, zoals omschreven door Stichting IGZ Plus, wordt in de Gezondheidswet (en de Zorgverzekeringswet) opgenomen. Deze diensten vallen ook onder de zorgverzekering in het kader van preventieve LGZ.
6. Jeugdzorg wordt (waar mogelijk) geïntegreerd binnen volwassen Leefstijl Gezondheidszorg, zowel in Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's) als in ziekenhuizen.
7. Ouderenzorg wordt (waar mogelijk) geïntegreerd binnen de volwassen LGZ, zowel in Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's) als tweede- en derdelijnszorg. Ouderen worden (voor zover mogelijk) thuis verzorgd of in ouderenwoonlocaties. Stichting IGZ Plus pleit voor onderzoek naar de terugkeer van bejaardentehuizen.
8. Gehandicaptenzorg wordt verzorgd via Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's) in tweede- en derdelijnszorg.
9. Gelijke behandeling van kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen is, ondanks de verschillende levensfasen en zorgvragen, een eis.
10. Parallele begeleiding/behandeling heeft de voorkeur boven seriële aanpak.

Toelichting organisatorische zorgstelselwijziging Leefstijl Gezondheidszorg

Samengevat kunnen de bovenstaande 10 stellingen in 3 kernpunten worden verdeeld wat betreft de wijzigingen in het zorgstelsel:

1. Gezondheid wordt bepaald door erfelijkheid, gedrag en mentale vitaliteit, fysieke conditie en de invloed van omgevingsfactoren (in de meest brede zin van het woord)
2. GGZ en Welzijn gaan op in Leefstijl Gezondheidszorg
3. Kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen worden op dezelfde manier behandeld (uiteraard passend bij de doelgroep).

Ad 1. Bepaling gezondheid

Zoals uitgebreid beschreven in de hoofdstukken 5 t/m 8 is onze gezondheidszorg onnodig gesplitst in lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg. Door deze scheiding ontstaan (extra) problemen bij zorgconsumenten en worden zorgconsumenten niet goed begeleid of behandeld. Dit is tijdrovend en kostenverhogend. Door gezondheidszorg in een breder perspectief te plaatsen, ontstaat een betere, betaalbare, duurzame, inclusieve en efficiëntere gezondheidszorg. Vooral de toevoeging van complementaire hulp- en dienstverlening is een belangrijke bijdrage aan het herstelproces van mensen met mentale en/of fysieke klachten. Wanneer deze zaken worden gecombineerd en (waar mogelijk) parallel worden aangepakt, is een grote besparing mogelijk binnen de gehele sociale euro (denk aan gezondheidszorg, uitkeringen en andere overheids gelden).

116

Ad 2. GGZ gaat op in Leefstijl Gezondheidszorg

De grootste verandering binnen de Gezondheidswet zal zijn dat Leefstijl Gezondheidszorg wordt toegevoegd aan lichamelijke gezondheidszorg waardoor LGZ ontstaat (mits aangevuld met complementaire hulp- en dienstverlening). Mentale klachten zijn de meest voorkomende gezondheidsklachten die op te veel verschillende manieren (en afgescheiden van de lichamelijke gezondheidszorg) worden behandeld. Basis GGZ en Generalistische GGZ moeten vanuit Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's) worden verleend. Gespecialiseerde GGZ dient via (bestaande) ziekenhuizen te worden verleend, inclusief (langdurige) opnames. Alleen tbs-klinieken functioneren zelfstandig. Oude GGZ-locaties kunnen worden omgebouwd tot LGC's of tot ziekenhuis.

Ad 3. Iedereen wordt behandeld volgens dezelfde visie

Behandeling en/of begeleiding van kinderen, jongeren, volwassenen, ouderen en gehandicapten binnen deze hoofddoelgroepen zijn (nagenoeg) volledig gescheiden van elkaar. In de eerstelijnszorg (Leefstijl Gezondheidscentra) heeft Stichting IGZ Plus de voorkeur voor eenzelfde soort intake voor alle leeftijden (VitaliteitQuotiënt). Tenslotte is iedereen die ziek is gelijk, jong of oud. Nu is sprake van (leeftijds-) discriminatie. Naast het zorgstelsel kennen wij ook de financiering van de gezondheidszorg, jeugdzorg, GGZ, lichamelijke zorg, gehandicaptenzorg en ouderenzorg, die op verschillende manieren worden gefinancierd. Door bundeling van de zorg voor alle leeftijden wordt financiering eenvoudiger en beter stuurbaar. Tevens zijn hier aanzienlijke besparingen te realiseren.

Conclusie: Door de onder 1 t/m 3 genoemde punten te combineren, ontstaat Leefstijl Gezondheidszorg, gezondheidszorg voor alle leeftijden en alle (LGZ-gezondheids-) klachten. Meer aandacht voor voorlichting, preventie en nazorg met een besparing van 5 tot 10% op de totale sociale euro. Behalve de wijziging van GGZ zijn de veranderingen binnen de Gezondheidswet niet groot te noemen en realiseerbaar binnen (minder dan) 20 jaar.

Samengevat de veranderingen in een nieuw zorgstelsel:

LGZ-basiszorg

- huisarts (+POH-LGZ), apotheek, tandarts, mantelzorger
(informatie, eerste hulp, voorlichting, preventie)
- gemeente
(pgb, Wmo, schuldhulpverlening)
- juridisch loket
(juridisch advies)



Generalistische LGZ-zorg

- eerstelijns zorgverleners binnen mentale en fysieke gezondheid en hulp- en dienstverleners uit de dynamische omgevingsfactoren (sociaal-maatschappelijk, sociaaleconomisch (werk & inkomen) en financieel-juridisch).

Expertise LGZ-zorg

Expertise LGZ-zorg is onderverdeeld in de volgende 3 expertises, waartussen een wisselwerking bestaat:

- Specialistische LGZ-zorg
(medisch) specialisten (mentaal, fysiek en omgeving) veelal gevestigd in een ziekenhuis of andere instelling
- Curatieve LGZ-zorg
medisch specialisten, die door middel van een medische ingreep of behandeling, zorgconsumenten genezen van hun klachten
- Chronische LGZ-zorg
beschikbare (levens-)lange zorg (begeleiding) bij chronische (Leefstijl Gezondheids-)ziekte of klacht.

NB De hierboven genoemde indeling geldt voor alle drie de hoofdgebieden van Leefstijl Gezondheidszorg (Mentale Gezondheid, Fysieke Gezondheid en Dynamische Omgeving).

14. Leefstijl Gezondheidszorg resulteert in zorgplanning

Wijzigingen van de Gezondheidswet en het zorgstelsel (huidige, reguliere gezondheidszorg) naar Leefstijl Gezondheidszorg resulteert in zorgplanning. Met de realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg en de wijziging in de wijze van intake door middel van het VitaliteitQuotiënt, is zorgplanning het resultaat van de optelsom. Zorgplanning, zowel individueel, collectief als nationaal.

Zorgplanning biedt een aantal interessante instrumenten voor zorgconsumenten en zorgverleners, die ook van belang zijn voor financiers van de gezondheidszorg, zorgconsumenten, werkgevers, de overheid en zorgverzekeraars.

Plannen is normaal

De meeste mensen kijken iedere dag op hun smartphone of tablet voor het laatste nieuws, of er files zijn en of de trein wel op tijd rijdt. De Nederlander van de 21^e eeuw weet alles en plant het liefst zoveel mogelijk. Het plannen van ons leven begint bij onze geboorte en eindigt bij onze uitvaart.

Onze geboorte is door onze ouders, voor zover mogelijk gepland, evenals thuis bevallen of in het ziekenhuis. Na de geboorte wordt verder gepland: scholing (welke basis- en middelbare school, doorstuderen of gaan werken), carrière (welk beroep en welke werkgever), pensioen en niet te vergeten; wanneer, hoe en waarheen op vakantie te gaan. (Bijna) alles wordt gepland.

Zorgverzekering geen zorgplanning

Getracht wordt zoveel mogelijk te plannen, waarom dan geen planning van onze zorg? Niet alles wat betreft gezondheid kan worden beïnvloed, een groot deel echter wel. Wanneer iemand jong is en net in het leven staat, wordt niet meteen aan zorgplanning gedacht. De meeste mensen hebben veelal een uitvaartverzekering, een levensverzekering, een autoverzekering, een verzekering voor ... de zorg. Maar de laatste verzekering heeft niet veel met planning te maken.

De zorgverzekering (2006), verzekert zorgconsumenten tegen kosten die zij normaal niet kunnen dragen. Denk aan ziekenhuisopname, ernstige psychische klachten etc. De zorgverzekering is samengesteld uit een basis-zorgverzekering (voor iedere Nederlander) en de mogelijkheid tot aanvullende zorgverzekeringen. De basis-zorgverzekering is te vergelijken met de WA-verzekering voor een auto. De aanvullende zorgverzekering is echter geen allriskverzekering. Dat zou behoorlijk kostbaar worden en voor grote groepen zorgconsumenten onbetaalbaar.

Nu kan dat met zorgplanning ook niet worden gerealiseerd, maar het komt wel dichtbij. Een aanvullende zorgverzekering is dan ook niet meer nodig, iedere zorgconsument krijgt dezelfde dekking mits zij gebruikmaken van de VitaliteitQuotiënt-app. Door zorgplanning met gebruikmaking van de VQ-app is de zorgconsument veel meer (dan nu) op de hoogte van zijn mentale en fysieke staat en zijn sociaal-maatschappelijke en financieel-juridische omstandigheden. Door die zorgplanning weet de zorgconsument samen met de LGZ-zorgverlener naar schatting welke medische zorg hij nodig gaat hebben. De VQ-app-berekening is te bezien als APK voor mensen.

Zorgplanning binnen Leefstijl Gezondheidszorg

Mede gezien dat preventie slechts een klein deel uitmaakt van de kosten van de gezondheidszorg, weten zorgconsumenten niet goed wat zij kunnen verwachten wat betreft klachten omtrent hun gezondheid. Zelfs wat betreft (genetische) aanleg weten wij (te) weinig. Aangezien gezondheidszorg draait om symptomen (gevolgen), lijkt het logisch pas naar een dokter te gaan wanneer er klachten zijn. Niets is minder waar.

Veel gezondheidsklachten krijgen inmiddels wel aandacht van VWS in het kader van preventie. Denk aan verschillende vormen van kanker, depressie, rondom geboorte, infectieziekten, alcohol, drugs en dergelijke (zie: Volksgezondheidszorg.info - Preventie).

Overigens breekt Stichting IGZ Plus een lans voor uitbreiding van onderzoek naar genetische oorzaken van mentale en fysieke gezondheidsklachten. Hier is nog veel winst te behalen.

Zorgplanning gaat verder dan preventie

Preventie wordt op dit moment toegepast als blijkt dat (een grote groep) zorgconsumenten potentieel risico loopt om bepaalde gezondheidsklachten te krijgen. Stichting IGZ Plus is van mening dat preventie algoritmisch moet worden ingericht. Door kansberekening toe te passen op betrouwbare informatie van de zorgconsument (wellicht gecombineerd met algemeen wetenschappelijk onderzoek) krijgt dit een voorspellend karakter wat betreft (mogelijke) gezondheidsklachten.

Zoals omschreven in hoofdstuk 9 bestrijkt het VitaliteitQuotiënt (VQ) 11 deelgebieden die door ruim 70 vragen worden belicht en in een interview (intake) worden uitgediept. De uitslag van de vragen en de resultaten van het interview worden verwoord in een rapport, waarin duidelijk is opgenomen hoe het is gesteld met de vitaliteit van de zorgconsument (Mentaal, Fysiek en Omgevingsfactoren). Wanneer op bepaalde deelgebieden hulp nodig is, kan deze worden verkregen, via de LGZ-coördinator en/of LGZ-zorgverleners. Dit kan een preventief karakter hebben, maar ook leiden tot behandeling of begeleiding.

Door het gebruiken van de VQ-app (vier keer per jaar) blijft de zorgconsument het gehele jaar op de hoogte van zijn vitaliteit. Wanneer er 'life-events' plaatsvinden of symptomen van mentale en/of fysieke klachten worden waargenomen, kunnen deze direct, via de app, worden doorgegeven aan de LGZ- coördinator, meestal een POH. De gegevens van de VQ worden (automatisch) toegevoegd aan de Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO), zodat de huisarts een compleet dossier heeft van de zorgconsument.

Extra taak voor huisartsenpraktijk

Zorgplanning hoort (voor het grootste deel) thuis binnen de huisartsenpraktijk. In hoofdstuk 12 is al aangegeven dat de POH-LGZ (onder verantwoordelijkheid van de huisarts) zorg draagt voor de berekening van het VQ. De POH-LGZ is tevens de vertrouwenspersoon van de zorgconsument, laagdrempelig bereikbaar en in direct contact met de huisarts wanneer dat nodig is. Mocht acute hulp nodig zijn dan heeft de huisarts alle informatie over de zorgconsument voorhanden.

Hoe werkt zorgplanning (2040)

In 2040 hebben 17,5 miljoen zorgconsumenten via de app hun VQ laten berekenen (m.u.v. degenen die – principiële - bezwaren hebben) en is de informatie toegevoegd aan het EPD (Elektronisch Patiëntendossier) of beter, Persoonlijke GezondheidsOmgeving (PGO). Iedere huisarts heeft op dat moment ruim 2.000 PGO's, inclusief VQ en werkt samen met de POH('s) aan de blijvende gezondheid van de zorgconsument.

Wanneer de huisarts doorverwijst naar een specialist (ziekenhuis bijvoorbeeld) ontvangt de specialist naast de doorverwijzing, de complete PGO (inclusief VQ) van de zorgconsument. Na behandeling heeft de specialist geen toegang meer tot de (gehele) PGO. De huisarts is sleutelhouder van de PGO, inclusief VQ. Zorgconsumenten bepalen wie hun PGO mag inzien.

Het systeem van uitwisseling van gegevens is maximaal beveiligd en voldoet aan de dan geldende AVG. De gegevens uit de PGO (inclusief VQ) worden niet verstrekt aan de overheid (inclusief gemeente) of aan de zorgverzekeraar.

Als ik dat van tevoren had geweten: zorgplanning

Met de VQ-app kunnen zorgconsumenten meer grip krijgen op hun gezondheid, hun vitaliteit. In hoofdstuk 9 is het universele intake-instrument, VitaliteitQuotiënt (VQ) uitgelegd. Bij zorgplanning wordt het VQ praktijk. De manier van leven, welke beslissingen worden genomen en welke gevolgen dit voor iemand heeft. Geboorte en overlijden, huwelijk en scheiding, werk of geen werk hebben, heeft invloed op ons leven, soms positief, soms negatief.



120

Geluk en ongeluk liggen soms dicht bij elkaar. Wanneer bekend is wat de gevolgen van gebeurtenissen zijn, kan hier adequater mee worden omgegaan. LGZ-klachten kunnen worden voorkomen of op zijn minst onder controle worden gehouden, men heeft en houdt 'eigen regie'. Eigen regie is pas reëel wanneer alle 'feiten' bekend zijn. De VQ-app geeft die informatie, waardoor kan worden ingegrepen voordat de gevolgen (symptomen) zich manifesteren.

Nog veel belangrijker, de zorgconsument kan aan de oorzaken werken. De meeste oorzaken zijn gerelateerd aan gedrag. Hoe wordt omgegaan met ziekte en ziekmelden ('zwakte') en hoe vaak en hoelang wordt gewacht om met klachten naar de huisarts te gaan. Mensen zijn kwetsbaar en de VQ-app is voor hen een beschermend, preventief hulpmiddel. Samen met de VQ-specialist of LGZ-coördinator wordt een oplossing gevonden voor de gevolgen (en de oorzaken), waardoor de vitaliteit (weerstand) van de zorgconsument toeneemt. Alles onder eigen verantwoordelijkheid en eigen regie.

Zorgplanning werkt alleen optimaal als het op basis van de LGZ-filosofie wordt uitgevoerd. LGZ-planning is de combinatie van mentale en fysieke gezondheid in combinatie met optimalisatie van de individuele en collectieve omgevingsfactoren.

Verschillende vormen Leefstijl Gezondheidszorgplanning

LGZ-planning kan op drie verschillende manieren worden toegepast:

1. Individuele Leefstijlgezondheidszorgplanning
2. Collectieve Leefstijlgezondheidszorgplanning (gezin, individu met partner, organisatie etc.)
3. Nationale Leefstijlgezondheidszorgplanning

De basis van elke vorm is de berekening van het VitaliteitQuotiënt (VQ) in combinatie met een interview en een (individueel behandel-/begeleidings-) rapport.

Ad 1. Individuele Leefstijlgezondheidszorgplanning

Op voorgaande pagina's is individuele LGZ-planning deels besproken. Het individuele VQ is nodig om de andere vormen van zorgplanning te realiseren en is dus feitelijk basis-LGZ-zorgplanning. Het VQ is individueel. Collectieve VQ's (o.a. Gezins-VQ en Partner-VQ) kunnen niet worden 'samengesteld' door het optellen van individuele resultaten. Hiervoor is een expert of consultant op dit gebied nodig. De basis van LGZ-planning is altijd de balans tussen de drie hoofdgebieden van LGZ:

- Mentale Gezondheid
- Fysieke Gezondheid
- Dynamische Omgeving.

Elk gebied krijgt een eigen 'cijfer', die tezamen resulteert in het VitaliteitQuotiënt.

121

Ad 2. Collectieve Leefstijlgezondheidszorgplanning

Collectieve LGZ-planning ontstaat door het VQ van meer dan één persoon met elkaar te verbinden. Dat kunnen twee personen zijn (zorgconsument en partner), meerdere personen (gezin) of veel personen zijn (organisatie, afdeling, club, sportteam etc.). Het voordeel van de collectieve LGZ-planning is dat voor twee of meer personen, die samenleven of samen werken, optimale vitaliteit gerealiseerd kan worden. Hieronder wordt dit toegelicht.

Partner | Voor samenwonenden geldt dat wanneer één van hen de VQ-app invult en een goede vitaliteit blijkt te hebben, de partner niet vanzelfsprekend even vitaal is. Het is dan ook van belang dat de partner eveneens de VQ-app gebruikt. Op deze manier kan worden bekeken wat de gezamenlijke vitaliteit is en hoe de oorzaken en gevolgen van klachten gezamenlijk kunnen worden opgelost. Ook voor ouderen kan middels de VQ (Senior) worden berekend wat de gezamenlijke vitaliteit is en wat gedaan kan worden om de vitaliteit gezamenlijk en individueel te verbeteren.

Gezin | Voor een gezin met kinderen is het ideaal om de VQ-Junior (kinderen) en VQ-Adult (volwassen) naast elkaar te leggen. Wanneer binnen het gezin zaken spelen, kunnen deze vroegtijdig zichtbaar worden en kan tijdig hulpverlening worden ingeschakeld, voor de ouders en/of voor de kinderen.

Collectief | Voor grotere groepen, in welke samenstelling dan ook, is collectieve LGZ-planning interessant, bijvoorbeeld binnen een organisatie. Door het collectieve VQ toe te passen, kunnen klachten tijdig worden gesignaleerd, kan ziekteverzuim worden voorkomen, wordt de werksfeer

verbeterd en het bedrijfsresultaat (non-profit en profit) positief beïnvloed. Voor organisaties en ondernemingen werkt Stichting IGZ Plus samen met kennispartner Vitaliteit Groep Nederland.

Ad 3. Nationale en gemeentelijke Leefstijlgezondheidszorgplanning

Aangezien op dit moment zorg zowel nationaal (landelijke overheid) als via lokale overheden (gemeenten) wordt geregeld, is het logisch, naast nationale LGZ-zorgplanning, ook uit te gaan van gemeentelijke LGZ-planning. Juist bij de laatstgenoemde valt veel winst te behalen binnen de gezondheidszorg en de gehele sociale euro. Tenslotte lopen pgb, Wmo en bijstandsuitkeringen via de gemeente.

Bovendien kan synergie ontstaan tussen gemeente en landelijke overheid door te starten met gemeentelijke LGZ-planning.

Tenslotte; Nederlands telt 355 gemeenten, die worden aangestuurd door de landelijke overheid. Voor de zuiverheid van de cijfers kan de provincie als tussenlaag functioneren. Gemeenten delen hun (VQ-) cijfers met de provincie en de 12 provincies delen deze gegevens met de landelijke overheid. Hieronder wordt, voor de duidelijkheid, de definitie van LGZ-planning gegeven in het kader van de verantwoordelijke ministeries.

Definitie Leefstijl Gezondheidszorgplanning

LGZ-planning houdt in het, voor zover mogelijk, plannen van alle zorg die een zorgconsument nodig heeft van geboorte tot overlijden. Zorg met betrekking tot de mentale en fysieke gezondheid alsook de invloed van omgevingsfactoren, zijnde werk- en woonsituatie, sociaal-maatschappelijke en financieel/juridische zorg. Hierbij uitgaande van het feit dat Mentale Gezondheid, Fysieke Gezondheid en de Dynamische Omgeving continu met elkaar in beweging zijn en elkaar beïnvloeden. Door periodieke meting van deze situatie (eens per kwartaal) kan de zorgconsument samen met de zorgverlener inschatten welke zorg hij nu en in de toekomst verwacht nodig te hebben. Hiertoe is het universele meetinstrument ontwikkeld, het VitaliteitQuotiënt(-app), die tevens, ter ondersteuning van zorgconsument en zorgverlener, algoritmisch (voorspellend) werkt.

122

Van gemeentelijke naar provinciale Leefstijlgezondheidszorgplanning

In de huidige 'planning' van de kosten van de gezondheidszorg wordt uitgegaan van de zorgkosten van voorgaande jaren. Uiteraard zit daar een trend in, maar wordt onvoldoende rekening gehouden met de toekomst. Organisaties als RIVM schrijven voor VWS toekomstrapporten (zoals VTV-2018), echter deze rapporten worden slechts één keer in de vier jaar geschreven en werken wederom met gegevens van voorgaande jaren.

Met LGZ-planning (VitaliteitQuotiënt-app) kan, ervan uitgaande dat 80% van de mensen de VQ-app ook daadwerkelijk gebruikt, per kwartaal een voorspelling worden gegeven voor de individuele zorgconsument. Net zo goed als de VQ-Gezins-app kan worden gerealiseerd, kunnen ook de VQ-apps van alle inwoners van een gemeente, via een specifieke methodiek, worden samengevoegd, wat leidt tot een gemeente-VQ-app. De individuele gegevens worden anoniem samengevoegd en gezamenlijk komt daar per gemeente een gemeentelijk vitaliteitbeeld uit. Aan de hand van deze gegevens kunnen beleidsbeslissingen worden genomen in het kader van de gemeentelijke LGZ-planning.

Informatie over de mentale en fysieke gezondheid, over het aantal (aankomende) scheidingen en de eventueel benodigde juridische hulp (toegevoegd of niet), over eenzaamheid, over (mogelijk) verwarde personen, over eigenlijk alles wat speelt bij inwoners van een gemeente kan worden samengevoegd. Het mag duidelijk zijn dat deze cijfers per gemeente verschillen en dat per gemeente een andere LGZ-planning moet worden opgesteld.

Wanneer alle gegevens van de 355 gemeenten worden samengevoegd (en worden vergeleken), kan hieraan een provinciaal en landelijk beleid worden gekoppeld. Beleid dat voortschrijdend is, omdat de individuele informatie van zorgconsumenten wijzigt en daarmee ook de collectieve data.

Voorbeeld: Beslissingen over ouderen- of jeugdzorg hadden met betere data onderbouwd kunnen worden door gebruik te maken van gemeentelijke, provinciale en landelijke LGZ-planning. Door de data kan worden voorspeld hoeveel ouderen welke hulp nodig hebben van de gemeente. In de vorm van pgb, Wmo of plaatsing in een verzorgingsinstelling (Wlz). Wellicht waren de bejaardenhuizen dan niet ontmanteld.

Wanneer 50-plussers van nu de VQ-app gebruiken, kan in 2040 redelijk nauwkeurig worden ingeschat welke hulp de toekomstige ouderen wensen of nodig hebben. Een 50-plusser start met de VQ-Adult en 15 jaar later wordt overgestapt op de VQ-Senior. Naast de VQ-berekeningen kunnen aan VQ-appgebruikers, naast de standaardvragen van de app, ook vragen worden voorgelegd die te maken hebben met hun toekomst.

123

Twaalf provincies en zorg

Nederland telt 12 provincies die verschillend zijn qua oppervlakte en elk hun eigen demografische opbouw kennen. De ene provincie telt meer gemeenten dan de andere. Zie onderstaande gegevens volgens Wikipedia (basis 2019):

- 1 Drenthe (12)
- 2 Flevoland (6)
- 3 Friesland (18)
- 4 Gelderland (51)
- 5 Groningen (12)
- 6 Limburg (31)
- 7 Noord-Brabant (62)
- 8 Noord-Holland (47)
- 9 Overijssel (25)
- 10 Utrecht (26)
- 11 Zeeland (13)
- 12 Zuid-Holland (52)



Het aantal inwoners verschilt per gemeente. Nederland telt ruim 100 gemeenten met minder dan 16.000 inwoners (kleinste Schiermonnikoog met 941 inwoners) en 32 gemeenten met meer dan 100.000 inwoners, met als top drie Amsterdam, Rotterdam en Den Haag.

Binnen een provincie dienen de gegevens van de individuele gemeenten via een specifieke methode worden samengevoegd. De individuele gegevens worden niet veranderd, wel de interpretatie per provincie. Dit in verband met lokale verschillen wat betreft bevolkingsdichtheid, bevolkingssamenstelling, economische en sociaal-maatschappelijke omstandigheden.

Landelijke Leefstijl Gezondheid-zorgplanning

Met de samenvoeging van de data van de 12 provincies worden landelijke gegevens verkregen met een regionaal en lokaal karakter. Zolang het geven van LGZ-zorg zowel landelijk, provinciaal als gemeentelijk wordt aangestuurd, zijn de gegevens niet statisch. Wanneer een gemeente zeer vooruitstrevend is qua LGZ-planning beïnvloedt dat het landelijk beleid en vice versa.

Landelijke LGZ-planning gaat in de basis om het verstrekken van LGZ-zorg aan iedere individuele zorgconsument, ongeacht woonplaats, op basis van het meetinstrument VitaliteitQuotiënt (VQ) en de daardoor gerealiseerde hulp van LGZ-zorgverlening.

LGZ-planning is de spreekwoordelijk 'kers op de gezondheidstaart'. Door toepassing van individuele LGZ-zorg ontstaat LGZ-zorgplanning, zowel individueel als collectief. Onzekerheid is een belangrijk element binnen de huidige, reguliere gezondheidszorg. Of dat nu de zorgconsument is die zich zorgen maakt, de maatschappij (denk aan verwarde personen) of de steeds stijgende kosten van de zorg, resulterend in een steeds hogere zorgpremie.

Ministeries betrokken bij Leefstijl Gezondheidszorgplanning

LGZ-zorg en -zorgplanning vallen niet alleen onder het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, maar ook onder Justitie & Veiligheid (bijvoorbeeld verwarde personen, jeugdzorg en toegevoegde advocatuur), Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (bijvoorbeeld Bijzonder Onderwijs: o.a. ADHD, Autisme) en Sociale Zaken & Werkgelegenheid (uitkering, werk en inkomen).

Tevens zijn er raakvlakken met het Ministerie van Economische Zaken & Klimaat (werkgevers en vitaliteit), Infrastructuur & Waterstaat (inrichting steden en gemeenten) en Binnenlandse Zaken (woningmarkt, huurbeleid en huurtoeslag).

Tenslotte; aangezien de begroting van VWS ongeveer 27% van de landsbegroting uitmaakt, is het van belang dat Algemene Zaken, in de persoon van huidige premier Rutte, en het ministerie van Financiën een grote rol spelen in het totaalproces, onder verantwoordelijkheid van de huidige Minister Hugo de Jonge.

Wanneer alle partijen samenwerken om Leefstijl Gezondheidszorg (inclusief LGZ-planning) in Nederland te realiseren, krijgt de Nederlander uiterlijk in 2040 een betere, betaalbare, duurzame en inclusieve gezondheidszorg. Daarnaast bespaart de BV Nederland tussen de 5 en 10% of meer op de totale uitgaven in het kader van de sociale euro, geschat op zo'n € 200 miljard per jaar.

Hoe eerder het meetinstrument VitaliteitQuotiënt wordt toegepast door de POH-LGZ (landelijk mogelijk vanaf 2022), hoe eerder de besparing zichtbaar wordt. Besparingen zijn overigens geen bezuinigingen, er hoeft niet te worden bezuinigd op de huidige uitgaven binnen VWS, uitgaande van

de stand van ultimo 2020. Door invoering van LGZ wordt zorgverlening logischer en krijgen, zeker bij invoering van parallelle aanpak, LGZ-zorgverleners meer ruimte binnen hun werktijd om zaken, die nu blijven liggen, te kunnen uitvoeren.

Het huidige zorgstelsel in combinatie met Leefstijl Gezondheidszorgplanning

Om uit te leggen hoe LGZ-planning idealiter werkt, wordt een stap vooruit gemaakt naar het jaar 2040, het jaar waarin Leefstijl Gezondheidszorg uiterlijk is gerealiseerd.

Op het moment van schrijven van dit rapport staat Nederland staan wij aan het begin van het jaar 2020 en duurt het nog 20 jaar voordat het 2040 is. Dit rapport is een omschrijving van de mogelijkheden van Leefstijl Gezondheidszorg, de voordelen voor zowel de zorgconsument, zorgverlener als de overheid (inclusief gemeente). Het rapport is niet gericht op 2040, het is gericht op het heden: het jaar 2020.

Op dit moment bestaat het zorgstelsel uit de volgende wetgeving: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Op 1 januari 2020 werd tevens de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) van kracht.

LGZ-zorg en -planning onder huidige zorgstelsel

De toepassing van Leefstijl Gezondheidszorg kan ook naadloos worden toegepast binnen het huidige zorgstelsel. Stichting IGZ Plus ziet een uitbreiding van de taken van de huisartsenpraktijk (huisarts + POH LGZ) door toepassing van het universele meetinstrument voor de gezondheidszorg: Vitaliteit Quotiënt (VQ). Het VQ kan (een deel van) de intake van de huisarts of POH-LGZ vervangen (en verbeteren) en is daardoor kostenneutraal. De verkregen gegevens over de zorgconsument zijn uitgebreider, waardoor deze een betere behandeling en/of begeleiding krijgt binnen alle (leef-) gebieden van LGZ.

125

Huisartsen en POH's dienen passende opleidingen te volgen. De huisarts de basis-LGZ-opleiding en de POH-LGZ de opleiding tot LGZ-coördinator of VQ-specialist. De opleidingen kunnen onder verantwoordelijkheid van Stichting IGZ Plus en in samenwerking met Vitaliteit Groep Nederland en haar partners binnen 2 jaar worden gerealiseerd bij alle huisartsenpraktijken. Toestemming van de huisartsen en POH's (via hun vakverenigingen) is noodzakelijk, omdat het VQ nog niet is opgenomen in de zorgverzekeringswet. Stichting IGZ Plus verwacht echter dat deze toestemming er rond de zomer van 2020 zal zijn, zodat de opleidingen van de huisartsen en POH's kunnen starten vanaf september 2020.

In de jaren 2022-2040 dient het aantal POH-LGZ te worden uitgebreid van nu 7.000 naar minimaal 11.000. Dit kan gefaseerd en kan via de besparingen worden gefinancierd.

Zorgverzekeraars en VitaliteitQuotiënt (VQ)

Teneinde vanaf 1 januari 2022 te kunnen werken met het VQ dient het VQ vanaf die datum te zijn opgenomen in de basisverzekering van de zorgverzekeraars.

Stichting IGZ Plus biedt dit rapport tevens aan, aan alle zorgverzekeraars, zodat zij ook inzien dat het VQ de komende 20 jaar een belangrijk intake-instrument voor de gezondheidszorg wordt. Juist de zorgverzekeraar is gebaat bij besparing op de zorgkosten en het uitbreiden van zorgverlening aan de zorgconsument met een goed pakket preventie en preventieve nazorg.

Referentiegemeenten in samenwerking met huisartsenpraktijk

Juist nu blijkt dat het voor gemeenten lastig is in te schatten met welke zorguitgaven zij worden geconfronteerd. De transitie van de Jeugdwet heeft veel voeten in de aarde gehad en blijkt (5 jaar na introductie) nog steeds niet (adequaat) te functioneren. Door toepassing van LGZ en het intake-instrument VitaliteitQuotiënt zal de uitvoer van de gemeentelijke taken binnen de 11 deelgebieden van LGZ vloeiender verlopen.

Door vanaf 1 januari 2022 een aantal (nog nader vast te stellen) referentiegemeenten aan te wijzen, zal een duidelijk verschil ontstaan tussen LGZ-gemeenten en gemeenten die op de huidige manier zorg verlenen. Hierbij wordt verwacht dat de LGZ-gemeenten het (positieve) verschil maken.

Het rapport wordt door Stichting IGZ Plus, ter beoordeling, ook gestuurd naar de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Samen met VNG wordt bekeken welke gemeenten meedoen aan de realisatie van LGZ-gemeenten. Een potentiële LGZ-gemeente hoeft geen doorsnee te zijn van het aantal provinciale gemeenten, progressief of conservatief te zijn. De gemeente dient wel bereid te zijn om maximale LGZ-zorg te leveren aan de zorgconsument. Zorgverleners binnen de gemeente dienen minimaal de LGZ-basisopleiding te volgen en de bereidheid moet aanwezig zijn om mee te werken aan realisatie van een LGZ-centrum.

Binnen het Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC) is de huisartsenpraktijk de spil, waarnaast de gemeente in haar brede zorgverlening ook een belangrijke rol heeft.

LGZ-referentiegemeenten voorlopers binnen Leefstijl Gezondheidszorg

Het is duidelijk dat de 20 tot 50 LGZ-referentiegemeenten een belangrijke rol hebben bij de uiteindelijke realisatie van landelijke Leefstijl Gezondheidszorg. Stichting IGZ Plus gaat uit van een toetsingsperiode van één kalenderjaar. Dat betekent dat vanaf 2025 LGZ-zorgverlening in alle overige gemeenten kan worden verwezenlijkt.

Ervan uitgaande dat Nederland de komende jaren nog steeds rond de 350 gemeenten telt, betekent dit dat in ongeveer 5 jaar (tot 2030) alle overige ongeveer 300 gemeenten worden voorbereid op realisatie van LGZ-zorgverlening. Vanaf 1 januari 2030 (of zoveel eerder als mogelijk) werkt in dat geval elke gemeente in Nederland volgens Leefstijl Gezondheidszorg.

Iedereen recht op gelijke LGZ-zorg

Bij implementatie van LGZ in heel Nederland komt nog meer kijken dan bovengenoemde, de huisartsenpraktijk en de gemeente. Het is wel basis voor een succesvolle uitrol door heel Nederland van zorg voor jeugd, volwassenen en ouderen in alle mogelijke vormen. Na de eerste fase kunnen uiteindelijk alle vormen worden toegevoegd, zoals ziekenhuizen, instellingen en organisaties die actief zijn binnen LGZ. Stichting IGZ Plus werkt, in het kader van gelijke LGZ-zorg voor iedereen, met de doeldatum 1 januari 2040 of zoveel eerder als mogelijk is.

In het plan van aanpak wordt een ruwe schets gegeven op het vervolg, nadat huisartsenpraktijken en gemeenten reeds werken met LGZ, veel zal namelijk parallel gerealiseerd kunnen worden, zeker wanneer binnen nu en 10 jaar elke gemeente minimaal één Leefstijl Gezondheidscentrum heeft.

15. Huisartsenpraktijk spil van Leefstijl Gezondheidszorgcentra

Zoals in bijna alle hoofdstukken aangegeven, is de huisarts (samen met de medewerkers in de praktijk) de poortwachter binnen de huidige, reguliere gezondheidszorg. Stichting IGZ Plus ziet een grote(re) rol voor de huisartsenpraktijk (inclusief diagnostiek), namelijk als centrale functie binnen het huidige gezondheidscentrum en de toekomstige rol binnen een LGZ-centrum. De huisartsenpraktijk als spil van de gezondheidszorg.

Generalistisch medisch centrum (huisartsenpraktijk)

De huisartsenpraktijk gaat zich de komende jaren steeds verder ontwikkelen richting een generalistisch medisch centrum. Omdat huisartsen in toenemende mate samenwerken binnen één praktijk wordt meer kennis en ervaring in huis gehaald t.o.v. de vrijgevestigde huisarts van de 20^e eeuw.

Naast de basistaken van de huisarts (behandelen of doorverwijzen) zijn de taken binnen de praktijk uitgebreid met o.a. diagnostiek, kleine medische ingrepen en begeleiding en/of behandeling via de POH's. De laatste jaren is de invloed van de vergrijzing ook zichtbaar bij de huisarts (veelvuldig bezoek ouderen). De poortwachtersfunctie wordt daardoor, naast eerdergenoemde functies, steeds verder uitgebreid wat invloed heeft op o.a. administratieve taken. De coördinerende rol van de huisarts naar andere eerstelijnszorg, scholen, gemeenten en dergelijk wordt steeds groter.

Doordat steeds meer ouderen (langer) thuis wonen, wordt de caseload van de huisarts steeds groter. Wat betekent dat de huisartsenpraktijk steeds belangrijker wordt. Organisatorisch houdt dit in dat veel huisartsenpraktijken naast de doktersassistente(n) en POH(s) ook vaak een Physician Assistant (assistent van de huisarts) en een praktijkmanager nodig hebben om goed en professioneel te kunnen functioneren. Hierdoor wordt de huisartsenpraktijk een generalistisch medisch centrum.

Een goed functionerende huisartsenpraktijk heeft korte lijnen met andere eerstelijnszorgverleners, die gevestigd zijn in hetzelfde gezondheidscentrum (of daarbuiten) en met de gemeente. Kortom; de spil in een gemeente of wijk, laagdrempelig, duurzaam en inclusief. Op de rol van de huisarts, als spil van de gezondheidszorg, mag niet worden bezuinigd, maar verdient juist meer investering.

Wanneer op een verstandige, effectieve manier wordt geïnvesteerd in huisartsenpraktijken, bij voorkeur in Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's), is de planning van Stichting IGZ Plus zeer goed haalbaar en zal de gehele gezondheidszorg, inclusief complementaire hulp- en dienstverlening (omgevingsfactoren), anno 2040 of eerder, functioneren als Leefstijl Gezondheidszorg, waarbij gezondheid en niet ziekte de basis is.

Het bieden van voorlichting en preventie valt in de basis onder de verantwoordelijkheid van de huisartsenpraktijk aangevuld met basis LGZ-hulp- en dienstverlening.

In Nederland werken ruim 8.000 (12.000 inclusief vervanging) huisartsen, waardoor iedere Nederlander binnen (gemiddeld) 15 minuten bij de (eigen) huisarts terecht kan. Op de afbeelding hieronder (van LHV en NHG) de visie voor 2022. De huisarts als poortwachter en samenwerkend, zowel lokaal als regionaal, met hulp- en dienstverleners in de regio.

Citaat uit visie LHV en NHG – Rapport Toekomstvisie 2022:

“Op wijk- of dorpsniveau werkt het lokaal huisartsen-samenwerkingsverband, op basis van gezamenlijk opgestelde richtlijnen en afspraken, samen met andere eerstelijns-professionals, zoals wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, apothekers, verloskundigen, jeugdartsen, artsen arbeid & gezondheid, tandartsen, psychologen en maatschappelijk werkers.



Deze samenwerking verloopt het best in een beperkte kring van zorgverleners die elkaar kennen, weten wat zij van elkaar kunnen verwachten en elkaar kunnen aanspreken op basis van vertrouwen. De nauwe samenwerking met wijkverpleegkundigen is hersteld, waarmee de keten van ‘care’ en ‘cure’ is gegarandeerd. Hierdoor en dankzij het intensieve gebruik van zorg op afstand door de wijk- en dorpsgerichte teams van verpleegkundigen en verzorgenden kan de oudere, hulpbehoevende patiënt zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

Als familiedokters signaleren huisartsen tijdig wanneer patiënten en mantelzorgers extra ondersteuning nodig hebben. Samen met teams van verpleegkundigen en verzorgenden bevorderen zij de zelfredzaamheid van patiënten en hun omgeving. Voor integrale zorg aan chronisch zieken en kwetsbare ouderen met multimorbiditeit investeert het regionale huisartsennetwerk in multidisciplinaire samenwerking met de regionale medisch specialisten (bijvoorbeeld internisten, longartsen, geriateren, psychiaters, specialisten ouderengeneeskunde), apothekers, psychologen, verpleegkundig specialisten, wijkverpleegkundigen en paramedici.” (Deze tekst is afkomstig uit het rapport Toekomstvisie 2022 Huisartsen van LHV en NHG).

129

Familiedokter, multimorbiditeit en Leefstijl Gezondheidszorg

Een citaat uit het rapport “Toekomstvisie Huisartsen 2022” dat passend bij de introductie van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) kan zijn. De familiedokter is de huisarts die weet wat speelt in een gezin, niet alleen wat betreft de gezondheid van een patiënt, maar ook wat betreft andere omstandigheden die kunnen zorgen dat een gezin (systeem) overbelast raakt en hulp behoeft.

De huisarts kan, naast huisbezoeken, het gezin monitoren via de VQ-app in samenwerking met de POH’s-LGZ binnen de praktijk. Samenwerking met eerstelijns LGZ-zorg is daarbij essentieel.

De huisarts en gezondheidscentra in Nederland

Nederland telt bijna 12.000 huisartsen, van wie ongeveer 8.000 vrijgevestigd (zie afbeelding). Naar verwachting zal dit aantal de komende jaren sterk stijgen. Veel huisartsen werken parttime, wellicht dat daar (in de toekomst) ruimte in zit. Een duurzame, inclusieve en betaalbare gezondheidszorg begint echter wel bij de huisartsenpraktijk.

De huisarts is anno 2019 veelal gevestigd in een gezondheidscentrum. In zo'n gezondheidscentrum zijn, naast de huisartsenpraktijk, vaak fysiotherapeuten, verloskundigen, thuiszorg en bijvoorbeeld een psycholoog opgenomen. Deze centra zijn meestal laagdrempelig. Dit kan echter beter door een nieuwe vorm van gezondheidscentra te realiseren de komende 20 jaar.

Aantal werkzame huisartsen 2016

Beroepsbeoefenaren	Aantal op 1 januari
Huisartsen:	
- Zelfstandig gevestigde huisartsen	7.917
- HIDHA's/vaste waarnemers	1.881
- Wisselende waarnemers	2.036
Totaal	11.834

Bron: <https://www.volksgezondheidenzorg.info>

Zorggroepen en huisartsenpraktijken

Het netwerk van de huisarts is de afgelopen decennia steeds groter geworden. Zowel in de eerstelijnszorg als naar gemeenten (vooral sinds 01-01-2015: Jeugdwet). Door LGZ wordt dit netwerk nog groter en wordt de samenwerking intensiever. Juist ook in preventie en nazorg kan de huisarts een nog grotere rol spelen dan nu al het geval is.

De huisarts zit 'dicht bij het vuur', weet door het VQ, het Partner-VQ en het Gezins-VQ meer over wat speelt in een gezin en kan daardoor beter inspelen op de situatie van de zorgconsument, diens partner en gezin. De huisarts kan dit bereiken door o.a. meer POH's LGZ in de praktijk op te nemen, die samen met huisarts de zorgplanning oppakken (o.a. wat te doen aan preventie en nazorg na operatie of therapie).

Van poortwachter naar procesmanager

'Poortwachter' is in de ogen van Stichting IGZ Plus een verouderde term. Letterlijk betekent poortwachter 'portier' en dat doet (en deed) de huisarts tekort. De huisarts is de eerste persoon waar zorgconsumenten naar toe gaan met hun gezondheidsklachten. De huisarts heeft een luisterend oor voor de zorgconsument en is een vertrouwenspersoon. Huisartsen weten meer dan wie ook over de zorgconsument. De huisarts is een gids die de zorgconsument begeleidt op het (soms stekelige) pad van de gezondheidszorg. De huisarts is geen poortwachter, maar een procesmanager. Juist bij een veranderende zorg en zeker bij een wijziging in het zorgstelsel van de huidige, reguliere gezondheidszorg naar Leefstijl Gezondheidszorg. Van huisartspraktijk naar generalistisch medisch centrum, waarbinnen de huisarts kennis heeft van mentale en fysieke gezondheidszorg én de invloed vanuit de omgeving op de gezondheid van zorgconsument (of patiënt).

De huisarts als spil van de gezondheidszorg, waarbij 'spil' de volgende betekenissen kan hebben: 'sleutelfiguur', 'centrale figuur' en 'middenpunt'.

De poortwachter wordt LGZ-procesbeheerder

Wanneer de huisarts (zeker in een LGZ-centrum) functioneert als de spil waar gezondheidszorg volgens de filosofie van Stichting IGZ Plus om draait, betekent dit dat de huisarts (samen met de POH's) van het begin tot eind van het ziekteproces betrokken is, zowel mentaal als fysiek als wat betreft de (invloed vanuit) de omgeving.

Veel zorgconsumenten raken, vroeg of laat, het contact met de huisarts kwijt, bijvoorbeeld als gevolg van doorverwijzing naar specialisten. Volgens Stichting IGZ Plus is de huisarts in de rol van poortwachter dan achterhaald. De huisarts zou een meer coördinerende rol moeten hebben. De gezondheidszorg is voor zorgconsumenten (en veel zorgverleners) zo ingewikkeld geworden dat de huisarts de rol van LGZ-procesbeheerder zou moeten hebben in plaats van die van poortwachter. De functie LGZ-procesbeheerder kan ook worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de huisarts binnen de huisartsenpraktijk en het LGZ-centrum.

De naam 'procesbeheerder' wordt het meest gezien binnen IT en organisatiekunde. Omdat gezond zijn afhankelijk is van veel factoren die elkaar kunnen beïnvloeden binnen de hoofdgebieden mentale en fysieke gezondheid en de invloed vanuit de omgeving, is dit heel wel in een algoritmische app te verwerken.

De huisarts heeft samen met de POH's binnen de praktijk controle over de processen bij de zorgconsument en kan in actie komen wanneer de zorgconsument daar om vraagt (via de app). Procesmanagement in het begeleiding- en behandeltraject is noodzakelijk om tot een maximaal resultaat te komen voor de zorgconsument. Vanaf 2040 is het een goede zaak dat elk LGC een LGZ-procesbeheerder heeft die onder de verantwoordelijkheid van de huisarts valt. Hierdoor wordt het Leefstijl Gezondheidscentrum het middelpunt van gezondheidszorg en de lokale gemeenschap.

131

Betekenis proces

De algemene omschrijving van een proces is *“een ontwikkelingsgang, verloop of voortgang van gebeurtenissen (volgens een min of meer vast stramien, eventueel gestuurd), waarbij een product ontstaat uit een of meer vooraf bestaande materialen of objecten. Bij de in de tijd geordende reeks van gebeurtenissen wordt een ingangsproduct omgezet in een al of niet bedoeld uitgangproduct.”* (Bron: Wikipedia)

Stichting IGZ Plus vertaalt deze betekenis naar: *“Een proces is een ontwikkelingsgang, verloop of voortgang van gebeurtenissen (volgens een min of meer vast stramien, eventueel gestuurd) waarbij een dienst ontstaat uit een of meer vooraf bestaande elementen of diensten”.*

Bij de in de tijd geordende reeks van gebeurtenissen wordt een ingangsdienst omgezet in een al of niet bedoelde uitgangsdienst. Gezond zijn en ziek worden en daarna weer gezond worden, zijn processen, die levenslang beïnvloed worden. Omdat Stichting IGZ Plus uitgaat van het feit dat iedereen een zorgconsument is, geldt dit proces van geboorte tot overlijden.

Rol LGZ-procesbeheerder (huisarts en POH)

Een LGZ-procesbeheerder wordt gezien als degene die zich bezighoudt met het maximaliseren van de gezondheid van zorgconsumenten met alle instrumenten/middelen die hij tot zijn beschikking heeft, rekening houdend met de eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van de zorgconsument. De LGZ-procesbeheerder heeft een actieve rol naar de zorgconsument en staat aan de basis van voorlichting en preventie. De LGZ-procesbeheerder werkt samen met eerstelijnszorgverleners binnen mentale en fysieke gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening gerelateerd aan de omgevingsfactoren.

Stroomschema | POH-LGZ

Aangezien de gezondheidszorg een proces is, kan het ook worden gezien als een stroomschema, zeker bij Leefstijl Gezondheidszorg. De start van het schema is, wat betreft Stichting IGZ Plus, de huisarts (en de POH) die vragen van de zorgconsument beantwoordt, behandelt en/of doorverwijst naar eerste-, tweede- of derdelijnszorgverleners.

De eerste stap voor de huisarts en de POH-LGZ is het berekenen van het VitaliteitQuotiënt (VQ) en het schrijven van het bijbehorende rapport. De huisarts is hierdoor altijd volledig op de hoogte van de problematiek van de zorgconsument, zeker in combinatie met een bestaand patiëntendossier (EPD) of zorgconsumentendossier (PGO). Hier ontstaat het functioneren als LGZ-procesbeheerder.

Huisartsenpraktijk als LGZ-procesbeheerder

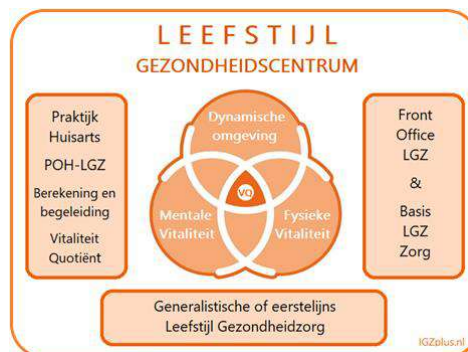
De huisarts als LGZ-procesbeheerder kan nog beter en specifiek doorverwijzen binnen het 'stroomschema'. Omdat het VQ naast fysieke gezondheid, ook naar mentale gezondheid en omgeving kijkt, krijgt de zorgconsument nog meer dan nu de zorg die bij hem past. Door het toepassen van parallelle behandeling en/of begeleiding herstelt de zorgconsument, wordt naast behandeling van de gevolgen ook gekeken naar de oorzaken en worden deze samen met de zorgconsument, voor zover mogelijk, opgelost. Samen met de zorgconsument wordt gewerkt aan zorgplanning voor de toekomst met toepassing van preventieve nazorg, dit kan qua gezondheid zijn, maar juist ook welzijn, werk en sociaal-maatschappelijk functioneren. Dit geldt voor zorgconsumenten van jong tot oud. De VQ-app geeft de zorgconsument hierin houvast. Het VQ wordt eens per kwartaal opnieuw berekend of nadat belangrijke gebeurtenissen hebben plaatsgevonden.

De werkdruk van de huisarts wordt niet hoger (eerder lager). In de andere lijnen van het VQ-stroomschema, zoals maatschappelijk werk en schuldhulpverlening, worden resultaten weer teruggekoppeld naar de huisarts, zodat laatstgenoemde specialisten op de hoogte kan stellen van de veranderende omstandigheden. Een huisarts kan ook kiezen voor de POH als LGZ-communicatiemiddelpunt, echter de huisarts houdt de eindverantwoordelijkheid.

Huisartspraktijk (LGZ-procesbeheerder) als spil Leefstijl Gezondheidscentra

Stichting IGZ Plus heeft lang nagedacht over het functioneren van het (lokale of regionale) LGZ-centrum. Eén ding is duidelijk: de huisarts was, is en zal belangrijk blijven. De huisarts is de eerste die de meeste zorgconsumenten zien binnen het zorglandschap en dat moet zo blijven. Door POH's verantwoordelijk te maken voor de berekening van het VitaliteitQuotiënt (VQ) wordt de functie van de huisartsenpraktijk nog belangrijker.

De huisartspraktijk is de spil waar het Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC) om draait, het gezicht van het centrum en het middelpunt als LGZ-procesbeheerder (samen met de POH). Duidelijke lijnen voor de zorgconsument en de juiste manier van communiceren. De gezondheidsklachten van de zorgconsument worden serieus genomen, maar ook wat betreft problemen ontstaan vanuit de omgeving. Er is altijd sprake van een vertrouwensfunctie en er is keuze uit huisartsen. De zorgconsument houdt zijn eigen verantwoordelijkheid en eigen regie. De huisarts wordt in bijna alle praktijken ondersteund door medewerkers met de titel Praktijk Ondersteuning Huisarts, afgekort POH.



De Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH)

Het aantal POH's GGZ was in 2016 naar schatting 3.000 fte en POH's Somatiek 1.300 fte. Dit laatste aantal zal, gezien het aantal ouderen, nog gaan stijgen. Naar schatting zal het aantal POH's GGZ in 2019 zo'n 10 tot 20% hoger zijn dan in 2016. Het aantal is sowieso gestegen door de wijziging in de GGZ-wet per 01-01-2015. Actuele cijfers ontbreken echter. LHV geeft aan dat 82% van alle huisartsen met een POH werken. Nieuwe vormen van POH zijn: Jeugdzorg (Jeugd GGZ) en Ouderenzorg.

De functie POH is een uitkomst voor de huisarts, maar ook de gehele eerstelijnszorg in Nederland. De POH neemt de huisarts werk uit handen en verzorgt (beperkte) eerstelijnszorg, waardoor de POH werkt als filter. Mocht een zorgconsument meer hulp nodig hebben, wordt deze, na het bezoek aan de POH, doorverwezen naar specifieke eerstelijnszorg.

POH's zijn gespecialiseerd in specifieke onderdelen van de gezondheidszorg en de functie leent zich daardoor uitstekend voor het beroep POH LGZ, waarbij iedere POH in Nederland POH-LGZ wordt met een specialisatie. Om LGZ in heel Nederland te kunnen doorvoeren dienen POH's GGZ, Somatiek, Jeugdzorg en Ouderenzorg de opleiding VQ-specialist en/of LGZ-coördinator te volgen.

Elke Nederlandse huisartsenpraktijk heeft dan één of meer POH-LGZ binnen de praktijk. Gezien de kennis en ervaring van de POH duurt de opleiding VQ-specialist (post-hbo) 5 tot 10 dagen. De POH leert o.a. hoe de zorgconsument te interviewen, het VQ-rapport te schrijven en (i.s.m. de huisarts) behandeling/begeleiding uit te voeren, die, bij voorkeur en zo mogelijk, parallel wordt uitgevoerd.

Omdat huisarts en POH intensief samenwerken binnen de praktijk en de huisarts de LGZ-procesbeheerder is, is het essentieel dat beiden de LGZ-basisopleiding (POH inclusief VQ-specialist) volgen.

POH Omgevingsfactoren

Een POH Omgeving lijkt een logische aanvulling te zijn op eerdergenoemde specialisaties. Echter, in de filosofie van Stichting IGZ Plus zijn mentale en fysieke gezondheidsklachten in combinatie met omgevingsfactoren één geheel. Een POH Omgeving past daarom niet binnen de huisartsenpraktijk.

De opleiding VQ-specialist voorziet er juist in dat voor kwetsbare mensen binnen de doelgroepen jongeren, volwassenen en ouderen de LGZ-werkwijze wordt toegepast. Binnen elke praktijk zouden dus minimaal drie POH's moeten zijn die gekwalificeerd zijn voor elke specifieke doelgroep. Denk aan Junior, Adult en Senior, zoals ook het VQ is onderverdeeld in leeftijdscategorieën.

NB: Specialisaties zijn uiteraard mogelijk. De POH-GGZ wordt volgens de gedachte van LGZ omgezet in POH Mentaal. Aangezien dit ook geldt voor POH-Somatiek lijkt het logisch deze om te zetten in POH Fysiek.

Taken POH in de huisartsenpraktijk

In de basis waren er twee soorten POH: POH-GGZ en POH-Somatiek. Deze twee functies hebben respectievelijk de volgende werkomschrijving, opleiding en achtergrond:

POH-GGZ

In de huisartsenpraktijk is de POH-GGZ de specialist als het gaat om geestelijke gezondheidszorg. Tijdens een eerste consult brengt de POH-GGZ samen met de zorgconsument diens klachten of problemen in kaart. Hierbij kan gedacht worden aan depressies, angsten, rouwverwerking en stress. Nadat het probleem is verhelderd, wordt tot een advies gekomen, zoals behandeling (door de POH-GGZ) of een doorverwijzing. Als ervoor wordt gekozen dat de zorgconsument wordt begeleid door de POH-GGZ dan is dit een kortdurend traject van vijf tot zeven consulten. Hiermee ondersteunt de POH-GGZ de huisarts bij het verlenen van zorg aan zorgconsumenten met psychische en/of psychosociale klachten.

De volgende werkzaamheden worden uitgevoerd:

- Triage en/of vraagverheldering
- Opbouwen en onderhouden van de regionale sociale kaart
- Voeren van consultatie en (multidisciplinair) overleg met andere (GGZ) hulpverleners uit de regio/wijk
- Doorverwijzen van zorgconsumenten o.b.v. objectieve criteria en casemanagement
- Aanmaken en bijhouden van een zorgconsumentendossier
- Overleg met de huisarts.

POH-Somatiek

De Praktijkondersteuner Somatiek is in de huisartsenpraktijk verantwoordelijk voor het verlenen van gedelegeerde medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg aan vooraf overeengekomen doelgroepen met chronische en progressieve of complexe somatische problematiek. Met name bij diabetes, COPD/ astma, CVRM en kwetsbare ouderen. De nadruk van de werkzaamheden zal liggen op ouderenzorg. De POH-Somatiek organiseert hiervoor eigen spreekuren en stelt samen met collega's protocollen en werkplannen op.

De POH-Somatiek voert daarvoor o.a. de volgende werkzaamheden uit:

- Zelfstandig verzorgen van een spreekuur voor chronische zorg
- Begeleiden en instellen van medicatie, waaronder insuline en inhalatie-instructie
- Uitvoeren en beoordelen van een spirometrie
- Adviseren over bewegen en gezonde voeding en stoppen met roken
- Hartfalensprekuren uitvoeren
- Huisbezoeken afleggen
- Ouderenzorg te zijner tijd i.s.m. de huisarts opzetten.

Per huisartsenpraktijk kunnen de taken verschillen. Er zijn praktijken met 1 of 2 POH's en praktijken met 8 tot 10 POH's. Bij de grotere praktijken hebben POH's extra specialisatie binnen somatiek of GGZ, zoals jeugdzorg, ouderenzorg et cetera.

135

Zoals zichtbaar wordt de functie POH steeds belangrijker en uitgebreider. Qua kostenaspect een logische zaak. Bepaalde taken, zoals huisbezoek, kunnen prima door een POH worden uitgevoerd. De korte begeleiding van vijf tot zeven consulten kan voor veel zorgconsumenten een ideale situatie zijn, zeker wanneer LGZ wordt toegepast. Doorverwijzing via de POH (onder verantwoordelijkheid van de huisarts) naar de eerste-, tweede- en derdelijnszorg, verlicht de taken van de huisarts en is daardoor goedkoper.

Huisartsenpraktijk volgens LGZ-werkwijze

Zoals eerder aangegeven, komt een huisartspraktijk met alleen een doktersassistente niet vaak meer voor in Nederland. Stichting IGZ Plus ziet de huisartsenpraktijk als basis en spil voor de gezondheidszorg. Een spil waar alles om draait en waardoor 'dubbele' behandeling, verkeerde diagnoses en onnodig lange behandeling en/of begeleiding worden voorkomen. Kortom; een Generalistisch Medisch Centrum (GMC)

De samenstelling van een LGZ-huisartsenpraktijk ziet er functioneel als volgt uit:

1. Huisarts
2. Doktersassistente/gastvrouw
3. Praktijkmanager
4. Diagnostiek
5. Physician Assistant
6. POH-LGZ (Junior, Adult (volwassen) en Senior)

Ad 1. Huisarts

Praktijken binnen Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's) tellen 3 tot 10 (parttime) huisartsen, die gezamenlijk de praktijk vormen, iedere huisarts met een eigen caseload. De huisarts wordt geassisteerd door de onder 2 t/m 6 genoemde functies.

Ad 2. Doktersassistente/Gastvrouw

De doktersassistente is verantwoordelijk voor het eerste contact met de zorgconsument, vaak in de vorm van gastvrouw, via telefoon, mail en balie, verzorgt het plannen van afspraken, waarbij door middel van triage de urgentie van de afspraak wordt bepaald en zo mogelijk zelfzorgadviezen worden gegeven. Tevens heeft de assistente een eigen spreekuur waarin gedelegeerde medische handelingen zelfstandig worden uitgevoerd. Daarnaast is zij bezig met het verwerken van digitale- en/of schriftelijke post en overige praktijk ondersteunende taken.

Ad 3. Praktijkmanager

Omdat huisartsenpraktijken steeds groter worden, neemt de administratieve last verder toe en komt de praktijkmanager in beeld. Door zoveel mogelijk administratieve taken onder te brengen bij de praktijkmanager, in samenwerking met de doktersassistenten, kunnen de huisartsen en de POH's zich maximaal bezighouden met de gezondheid van de zorgconsument.

De LGZ-praktijkmanager zou ook, in samenwerking met de huisarts, de functie LGZ-procesbeheerder kunnen invullen. De praktijkmanager dient dan een passende LGZ-opleiding te volgen.

Ad 4. Diagnostiek

Diagnostiek is essentieel binnen elke praktijk, dit is meestal al het geval binnen de huidige reguliere gezondheidszorg.

Ad 5. Physician Assistant

De functie Physician Assistant komt nog niet veel voor in huisartsenpraktijken. Deze functie gaat een stap verder dan die van een POH. Een POH kan wel verder studeren (hogeschool) om binnen deze functie als medisch assistent van de huisarts te functioneren.

Ad 6. POH-LGZ (Junior, Adult en Senior)

Het ontstaan van de functie POH is een goede ontwikkeling en is hiervoor uitgebreid beschreven. Zoals vermeld ziet Stichting IGZ Plus de opleiding van de POH gekanteld ten opzichte van wat deze nu is. Uitgaande van de LGZ-werkwijze, dient elke POH in de basis een POH-LGZ te zijn, gespecialiseerd in de meest voorkomende specifieke klachten van de zorgconsumenten. In een nieuwbouwwijk bijvoorbeeld jeugdzorg en in een wijk met veel ouderen, ouderenzorg. De POH hanteert standaard het VQ voor iedere zorgconsument. In hoofdstuk 16 'Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC) spil lokale samenleving' wordt hier dieper op ingegaan.

Samenstelling praktijk (afhankelijk van locatie)

Samenvattend wordt onderstaand weergegeven hoe een LGZ-huisartsenpraktijk gemiddeld samengesteld zal zijn:

- 3 tot 8 parttime huisartsen
- 3 tot 8 dokters-assistenten
- (Minimaal) 1 POH-LGZ per huisarts. Ieder met een eigen specialisatie, zoals POH-LGZ-Mentaal, POH-LGZ-Fysiek, POH-LGZ-Ouderenzorg en POH-LGZ-Jeugd.
- Gezien de administratieve druk binnen deze grotere praktijk (en het centrum) is een (fulltime) praktijkmanager aan te bevelen. Aangezien alle huisartsen parttime werken kan een praktijkmanager samen met de POH's en onder verantwoordelijkheid van de huisarts(en) deels de taken van LGZ-procesbeheerder uitvoeren. Specifieke rolverdelingen gaan in overleg met de huisarts en kunnen een liaisonrol zijn naar de andere LGZ-zorgverleners binnen het centrum.
- Afdeling diagnostiek
- Waar nodig aangevuld met een Physician Assistant.

Met deze samenstelling hebben de praktijken 10 tot 30 medewerkers. Dat laatste is maximaal, omdat de praktijk anders te groot en voor de zorgconsument onoverzichtelijk wordt. Een praktijk met 3 huisartsen heeft zo'n 5.000 en een praktijk met 8 huisartsen zo'n 12.000 zorgconsumenten te behandelen.

16. Leefstijl Gezondheidscentrum spil lokale samenleving

Huidige stand van zaken gezondheidscentra

Nederland telt anno 2019 ongeveer 250 gezondheidscentra die gemiddeld tussen de 10.000 en 20.000 inwoners bedienen met preventie, zorg en welzijn. De meeste gezondheidscentra hebben een huisartsenpraktijk, een filiaal van een apotheek en eerstelijnszorg (zowel fysiek als mentaal: fysiotherapie, podotherapie, verloskunde, chronische zorg, diëtist, psychologische zorg).

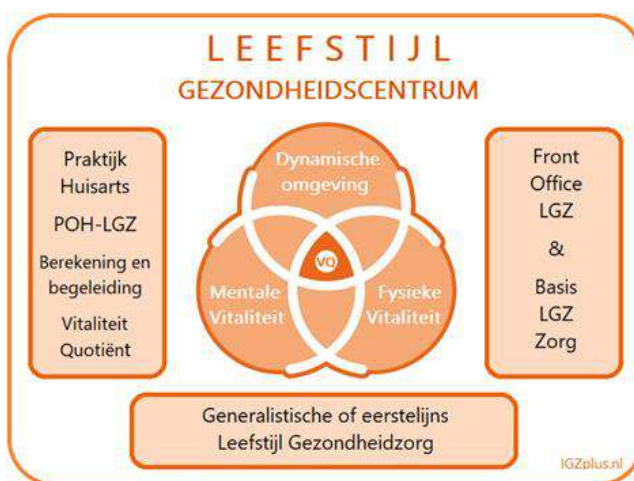
Sommige centra bieden ook diensten op sociaal en maatschappelijk gebied en thuiszorg. De gezondheidscentra zijn meestal goed bereikbaar (vooral de nieuwe wijkcentra) en in de meest uitgebreide centra kun je voor bijna alle gezondheidsklachten terecht bij de huisarts en de eerstelijnszorg, zoals hiervoor genoemd.

Deze gezondheidscentra zijn ontstaan, doordat:

1. In de afgelopen 50 jaar veel nieuwbouwwijken zijn ontstaan waar geen 'traditionele' huisarts was gevestigd. De laatste decennia wordt in de bouwplannen al rekening gehouden met een centrum voor gezondheid met centraal de huisarts.
2. Naast de huisarts(en) het gezondheidscentrum wordt aangevuld met een apotheek. De kosten van huur worden gedeeld met anderen uit de eerstelijnszorg. In de eerste centra was dit vooral fysiotherapie. Los van de gedeelde huur is het voor deelnemende eerstelijnszorgprofessionals ook voordelig om in één centrum te zitten, onder andere door gemeenschappelijke faciliteiten.
3. Bereikbare en complete zorg voor het gezin is eveneens een belangrijke reden. GGZ voor kinderen en jeugd is tegenwoordig veel te vinden in de centra, net als verloskundigenpraktijken, maatschappelijke hulpverlening en thuiszorg.

Wanneer naar het potentieel wordt gekeken, is het logisch dat het aantal gezondheidscentra de komende jaren uitgroeit naar 1.000 of meer.

Het bereik van een gezondheidscentrum ligt tussen de 10.000 en 20.000 zorgconsumenten (afhankelijk van het aantal huisartsen; een fulltime huisarts heeft in 2019 gemiddeld 2.095 patiënten). Bij een gemiddelde van 15.000 zorgconsumenten komt dat bij 17,4 miljoen zorgconsumenten neer op ruim 1.150 centra. Los van het exacte aantal zal de groei van het aantal gezondheidscentra sterk zijn de komende 20 jaar. Veel huisartsen gaan met pensioen en daar komen parttime huisartsen voor terug, die perfect passen in de structuur van een gezondheidscentrum.



Toekomst gezondheidscentra (2020 – 2040)

Het veranderende zorglandschap vraagt om nog beter georganiseerde centra om te kunnen voldoen aan Leefstijl Gezondheidszorg. Er is meestal (nog) te weinig samenwerking tussen de huisarts(en) en de andere eerstelijnszorgverleners binnen een centrum. Dit is vooral op het snijvlak van mentale en fysieke gezondheidsklachten. Zorgprofessionals werken in een centrum, maar niet als team.

Complementaire hulp- en dienstverlening zijn niet of nauwelijks aanwezig in de centra, terwijl de invloed vanuit de omgeving vaak direct gevolgen heeft voor de mentale en fysieke gezondheid en welzijn (vitaliteit) van de zorgconsument. De huidige gezondheidscentra voldoen niet aan de huidige gezondheidsklachten op het gebied van Leefstijl Gezondheidszorg. Wel is er een stevige basis.

Gezondheidscentra: vooral lichamelijke gezondheidszorg

De naam van het centrum zegt al voldoende; het gaat om een centrum waar gezondheid, vooral lichamelijke, centraal staat en waar soms, al dan niet toevallig, ook GGZ aanwezig is. Meestal in eerste instantie in de vorm van POH-GGZ (volwassenen en/of jeugd).

De deelnemers van een gemiddeld gezondheidscentra zijn dan ook, naast de huisarts, fysiotherapie, podotherapie, verloskunde, thuiszorg, chronische zorg, diëtist en diagnostiek. Sommige centra hebben een psycholoog in huis, maar dat is eerder uitzondering dan regel.

De conclusie is dan ook dat het huidige gezondheidscentrum feitelijk ‘een centrum is dat om een huisarts heen is gebouwd’. De zorgconsument komt daar alleen voor gezondheidsklachten op het gebied van fysieke gezondheid, waarbij verloskunde (veelal) een uitzondering is.

139

Eerste stappen generalistische Leefstijl Gezondheidszorg

Voorlichting, preventie en nazorg worden nauwelijks via de gezondheidscentra uitgevoerd. Om LGZ succesvol te maken en daardoor de kosten van de gezondheidszorg te verlagen en het rendement voor de zorgconsument te verbeteren, dient een en ander verbeterd te worden.

Een verandering in de organisatie van de gezondheidszorg (naar LGZ) begint bij de start van de gezondheidsketen, de gezondheidscentra. Iedere Nederlander heeft vroeg of laat met de huisarts te maken waardoor het logisch is dat de huisartsenpraktijk de spil wordt van de nieuwe vorm van gezondheidscentra.

Door het gezondheidscentrum om te dopen in Leefstijl Gezondheidscentrum, het centrum toegankelijker en laagdrempeliger te maken voor iedereen in de gemeente en een breed dienstenpakket aan te bieden op het gebied van voorlichting, preventie, begeleiding, behandeling en nazorg, zal het centrum de spil worden waar de lokale samenleving op draait.

Het centrum biedt eerstelijnszorg op het gebied van mentale en fysieke gezondheid en vitaliteit, aangevuld met complementaire hulp- en dienstverlening volgens de LGZ-werkwijze.

Multifunctioneel Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC)

Leefstijl Gezondheidscentra zijn multifunctionele Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's) in de meest brede zin van het woord. Basis bij het realiseren van Leefstijl Gezondheidszorg is het realiseren van lokale multifunctionele Leefstijl Gezondheidscentra in elke gemeente (en wijken van grotere gemeenten) waarin alles wat met vitaliteit heeft te maken in ieder geval op intakebasis (VitaliteitQuotiënt), in één centrum wordt gevestigd, oftewel een LGC.

Wat biedt een multifunctioneel Leefstijl Gezondheidscentrum

Een multifunctioneel LGC biedt dienstverlening aan zorgconsumenten op de drie hoofdgebieden van LGZ zijnde: Mentale Gezondheid, Fysieke Gezondheid en de Dynamische Omgeving van de zorgconsument.

Basis van deze dienstverlening is de berekening van het VitaliteitQuotiënt van iedere zorgconsument, ook wanneer geen sprake is van gezondheidsklachten. De berekening wordt binnen de multifunctionele LGC 's uitgevoerd door de POH LGZ, die ook als LGZ-coördinator functioneert onder begeleiding van de huisarts. De POH-LGZ schrijft het VQ-rapport voor en over de zorgconsument. Aan de hand van het rapport en eigen diagnose verwijst de huisarts door of voert (samen met POH of assistenten) behandeling uit.



Naast behandeling en/of begeleiding kan de zorgconsument binnen het centrum terecht voor voorlichting, preventie en nazorg. Het multifunctioneel LGC is tevens een ontmoetingsplek, een plek om trainingen of cursussen te volgen en kan functioneren als buurthuis.

140

Begeleiding en/of behandeling voor kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen, allen op één plek, de juiste zorg op juiste plek en het juiste moment.

Huisartsenpraktijk LGZ-procesbeheerder

Zoals al in het hoofdstuk 'Huisartsenpraktijk spil van de gezondheidszorg' aangegeven, heeft de huisarts de centrale rol van LGZ-procesbeheerder. Leefstijl Gezondheidszorg begint en eindigt bij de huisarts (uitzonderingen bevestigen de regel). De huisarts volgt het proces waarin de zorgconsument zich bevindt en verwijst, indien nodig, naar de eerstelijns LGZ-zorg. Omdat alle basis-LGZ-zorg plaatsvindt binnen het lokale centrum, kan de huisarts (samen met POH) via de VQ-app de zorgconsument volgen, ook wanneer deze specialistische vervolgzorg nodig heeft. Ook na behandelingen buiten het multifunctioneel LGC komt de zorgconsument weer terug bij de huisarts (bijvoorbeeld voor nazorg).

De poortwachter binnen reguliere gezondheidszorg wordt de procesbeheerder binnen Leefstijl Gezondheidszorg, die samen met de zorgconsument (onder eigen regie en verantwoordelijkheid) het beste pad uitstippelt.

Hoe ziet een multifunctioneel Leefstijl Gezondheidscentrum eruit

Zoals in het vorige hoofdstuk ‘Huisartsenpraktijk spil Leefstijl Gezondheidszorg’ te lezen was, heeft de huisarts van oudsher een grote rol bij de gezondheid van de zorgconsument. Stichting IGZ Plus denkt dat de rol van de huisarts door het veranderende zorglandschap kwalitatief nog beter kan.

Stichting IGZ Plus voegt naast deze rol binnen gezondheidszorg (zowel mentaal als fysiek) ook het sociaal-maatschappelijk welbevinden (welzijn) van de zorgconsument toe. Het grootste deel van de strekking van dit rapport geeft aan dat gezondheid en kwaliteit van leven op dit moment onvoldoende hand-in-hand gaan binnen onze samenleving. Dat kan en moet anders voor iedere zorgconsument, ziek of gezond, voor ex-patiënten, voor kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen.

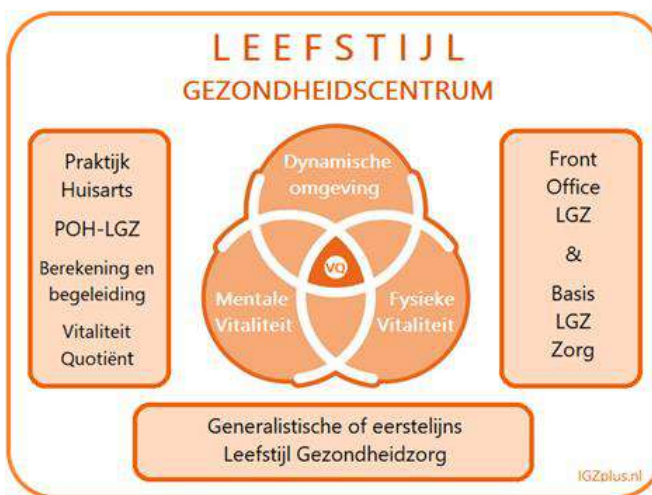
De basis van elk multifunctioneel Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC)

Een multifunctioneel Leefstijl Gezondheidscentrum is de vervanger van het huidige gezondheidscentrum, waarin de volgende drie basiselementen van toepassing zijn:

- Centraal binnen het multifunctioneel LGC staat de LGZ-huisartsenpraktijk
- Aangevuld met een complete basis-LGZ gericht op voorlichting, preventie en eerste hulp
- Gecompleteerd met eerstelijns LGZ-zorg, -hulp en -dienstverlening.

De basisgedachte is een laagdrempelig centrum waar iedere inwoner (zorgconsument) zonder schroom naar binnenloopt, dus niet alleen wanneer er (feitelijke) gezondheidsklachten zijn, maar ook als hij zich zorgen maakt.

Door de brede basis LGZ-dienstverlening kunnen klachten in een vroeg stadium worden gedetecteerd en kan begeleiding en/of behandeling snel worden opgestart via de huisarts of direct door de eerstelijnszorg, hulp- en/of dienstverlening.



141

Elk multifunctioneel LGC heeft een voorlichtingsfunctie, werkt preventief, biedt LGZ-begeleiding en/of LGZ-behandeling en sluit af met preventieve nazorg. Een multifunctioneel LGC biedt hierdoor betere, completere en betaalbare gezondheidszorg met als uitgangspunt maximale vitaliteit.

Basis voor iedere zorgconsument die kennismaakt met het LGZ-centrum, is het laten berekenen van het VitaliteitQuotient door de POH-LGZ (+ specialisme), het interview (intakegesprek) en een adviesrapport.

Hoe wordt dit rapport en bovenstaande drie basiselementen vertaald naar een LGC in een willekeurige gemeente in Nederland. Als voorbeeld een gemeente met rond de 20.000 inwoners, met een centrum, een oude woonkern en een nieuwbouwwijk. Gezien het aantal inwoners telt deze gemeente (uiterlijk) in 2040 drie multifunctioneel LGC's, elk centrum heeft dan de volgende samenstelling:

- *Huisartsenpraktijk* – de praktijk telt tussen de 3 en 10 parttime huisartsen, 3 en 10 dokters-assistenten en minimaal 1 POH-LGZ per huisarts, elk met een eigen specialisatie, zoals POH-GGZ, POH-Somatiek, POH Ouderenzorg en POH Jeugd GGZ. Gezien de administratieve druk binnen deze grotere praktijk (en het centrum) is een (fulltime) praktijkmanager aan te bevelen, aangezien alle huisartsen parttime werken kan de praktijkmanager deels de taken van LGZ-procesbeheerder uitvoeren samen met de POH's en onder verantwoordelijkheid van de huisarts(en). Specifieke rolverdelingen gaan in overleg met de huisarts. Te denken valt ook aan liaisonrol tussen de andere LGZ-zorgverleners binnen het centrum.
- *POH's* zijn (binnen het multifunctioneel LGC) verantwoordelijk voor de berekening van het VQ, schrijven van het rapport (onder verantwoordelijkheid van de huisarts). De huisarts (of POH) verzorgt de doorverwijzing naar eerste-, tweede-, derde- en vierde lijns-zorg of behandelt zelf (bijvoorbeeld kleine ingrepen). De POH deelt informatie met andere professionals binnen het centrum en/of daarbuiten (na toestemming zorgconsument).

De LGZ-procesbeheerder werkt samen met de POH en de huisarts en draagt zorg voor eventuele parallelle behandeling en/of begeleiding, heeft contact met de zorgconsument, LGZ-zorgverleners en stuurt bij wanneer dat nodig is. De zorgconsument heeft eigen regie en verantwoordelijkheid.

142

De zorgconsument wordt door de huisartsenpraktijk begeleid van de eerste gezondheidsklacht tot herstel of genezing. Er is ruime aandacht voor preventieve nazorg en eventuele begeleiding op dat gebied. De LGZ-procesbeheerder weet wat er speelt bij de zorgconsument (partner, kinderen, gezin, werk/school etc.) en speelt in op nieuwe situaties die ontstaan. De LGZ-procesbeheerder kent de andere LGZ-zorgverleners en weet wat de mogelijkheden zijn bij die professionals, ook op het gebied van zaken die buiten de zorgverzekering worden gefinancierd, zoals pgb en Wmo.

Kwadrant 1 | Basis-LGZ binnen het (multifunctioneel) Leefstijl Gezondheidscentrum (LGC)

Waar de huisarts de spil van het centrum is, is het team basis-LGZ feitelijk het frontoffice van het centrum in het kader van voorlichting, preventie en de berekening van het VitaliteitQuotiënt (VQ). Mensen die het gevoel hebben dat hun vitaliteit onder druk staat, en nog niet gelijk naar de huisarts willen, kunnen het VQ laten berekenen en zich laten voorlichten over de situatie waarin zij verkeren.

De basis-LGZ is bij voorkeur als volgt samengesteld: een POH-LGZ (voor VQ), professionals van de gemeente (WMO, schuldhulpverlening), een juridisch professional en andere professionals uit de eerstelijns LGZ. Het team is niet vast, maar heeft een wisselende samenstelling. Inhoudelijk kan het team, in overleg met de andere medewerkers van het centrum, themamaanden organiseren waarbij bewustwording wordt gestimuleerd.

De huisarts en het basisteam LGZ vormen het eerste kwadrant van een LGC en zijn de basis van elk centrum, of dit nu in een nieuwbouwwijk, het centrum van een gemeente betreft of een wijk waar voornamelijk ouderen (60+ jaar) wonen. De basissamenstelling, naast de huisarts is dan als volgt:

- *Gemeente* – Het is belangrijk voor het multifunctioneel LGC dat een afvaardiging van de gemeente binnen het centrum, laagdrempelig, aanwezig is. Te denken valt aan: jeugd- en ouderenzorg, schuldhulpverlening, financieringsdeskundigen inzake pgb en Wmo en andere LGZ-zorgverleners die de gezondheid en het welzijn van zorgconsumenten bevorderen.
- *Juridisch loket* – Voor directe juridische hulp die te maken heeft met LGZ (familierecht, arbeidsrecht et cetera).
- *Mantelzorgbegeleiding* – Nederland telt zo’n 4 miljoen mantelzorgers, van wie ruim 600.000 (veelal naast werk) intensieve mantelzorg bieden. Mantelzorgers worden bij langdurige mantelzorg steeds kwetsbaarder. Juist de mantelzorger zou regelmatig het VQ moeten laten berekenen, zodat zij hun eigen vitaliteit goed blijven monitoren en eventueel kunnen verbeteren. Mantelzorgers zijn geen professionele zorgverleners, maar zorgconsumenten en houden zich minder bezig met hun eigen grenzen. De VQ helpt de mantelzorger om de zorg te kunnen blijven bieden.
- *Eerste hulp* voor directe mentale en fysieke hulpverlening.
- *Tandarts* – Afhankelijk van de grote en samenstelling van het gebied zijn 1 à 2 tandartsen logisch in een centrum. De tandarts werkt tegenwoordig meestal samen met mondhygiënisten en assistenten met 2,4 of meer stoelen. Samen met de huisarts kan binnen het centrum gekeken worden naar programma’s waardoor de zorgconsument vaker naar de tandarts gaat. Een goed gebit is belangrijk voor de gezondheid en het welzijn van de zorgconsument. Het tandartsbezoek neemt de laatste jaren af, deels omdat het niet meer (geheel) in de basiszorgverzekering zit.
- *Apotheek* – Er is een zelfstandige apotheek die drie vestigingen heeft in deze gemeente. Het centrumfiliaal zal zeer waarschijnlijk de hoofdvestiging zijn van de apotheek. De andere twee vestigingen zijn in de twee wijk multifunctionele LGC’s.



Het Leefstijl Gezondheidscentrum wordt vervolgens aangevuld met eerstelijns LGZ-zorgverleners met betrekking tot de drie hoofdgebieden van LGZ: Mentaal, Fysiek en Omgeving. Ondanks het feit dat Stichting IGZ Plus gezondheidszorg als één ziet, is deze verdeling gemaakt, omdat de huidige reguliere

gezondheidszorg nog gescheiden werkt. Bij de verdeling van de drie hoofdgebieden wordt altijd uitgegaan van samenwerking tussen de (gezondheidszorg-)domeinen (bij voorkeur via parallelle begeleiding en/of behandeling) en rekening houdend met de uitslag van het VQ van de zorgconsument.

Kwadrant 2 | Mentale Leefstijl Gezondheidszorg

Mentale LGZ-zorgverlening heeft betrekking op psychische hulp, welzijnszorg en zingeving. LGZ-zorgverleners die in de eerste lijn werkzaam zijn, kunnen dan ook vertegenwoordigd zijn binnen het centrum. In dit rapport worden niet alle functies benoemd en wordt uitgegaan van functies in het kader van het hoofdberoep.

Binnen het centrum wordt eerstelijns mentale begeleiding en/of behandeling gegeven aan alle leeftijdscategorieën binnen het VitaliteitQuotiënt, te weten: kinderen en jeugd van 0 - 12 jaar en jongeren van 12 - 18 jaar, volwassenen van 18 - 65 jaar en senioren van 65 jaar en ouder. Het hele centrum is bedoeld voor iedere inwoner van de gemeente. Ook binnen LGZ zijn inhoudelijk verschillende begeleiding en/of behandelingsmogelijkheden nodig per leeftijdsgroep (dit is niet anders in de huidige gezondheidszorg). Door alle leeftijden onder te brengen in één centrum wordt de laagdrempeligheid vergroot en de dienstverlening uitgebreider.

Het multifunctioneel LGC werkt in het kader van jeugdzorg samen met de gemeente om tot een maximale mentale hulp- en dienstverlening te komen. Het toevoegen van mentale eerstelijnszorg in het multifunctioneel LGC zal bijdragen aan het verlagen van het stigma dat rust op psychische klachten. Het hoort immers bij algehele LGZ binnen een LGC in plaats van een centrum voor psychische hulp.

144

Afhankelijk van de grootte van de gemeente heeft elk centrum één of meerdere:

- Psychiaters – jeugd, volwassenen en ouderen
- Psychologen – jeugd, volwassenen en ouderen.
- SPV'ers – jeugd, volwassenen en ouderen
- Welzijnswerker – alle leeftijden
- Geestelijk verzorger – alle leeftijden
- Coaches – alle leeftijden en gecertificeerd
- Counselors – alle leeftijden
- Jeugdwerker – jeugd
- Orthopedagoog (generalist) – jeugd
- Geriatrisch deskundige – ouderen

Binnen Mentale LGZ zijn bovenstaande beroepen het meest voorkomend. Afhankelijk van de locatie van het centrum (veel jeugd of veel ouderen) kan de samenstelling uiteraard anders zijn. Coaches en counselors worden op dit moment nog niet vergoed door de basisverzekering. Mits op de juiste manier gecertificeerd, zou dit wel het geval moeten zijn.

Coaches en counselors kunnen in samenwerking met LGZ Mentaal-zorgverleners goed functioneren. Daarnaast kunnen zij een goede preventieve werking hebben. Nu is het zo dat alleen zorgconsumenten die het zich kunnen permitteren (zelf betalen of aanvullende zorgverzekering) van deze diensten gebruik kunnen maken.

Aangezien het LGC volledige eerstelijnszorgverlening betreft, streeft Stichting IGZ Plus naar compacte multifunctionele LGC's, die per locatie niet groter zouden moeten zijn dan maximaal 100 fulltime werkplekken. Bij voorkeur meerdere locaties in plaats van enkele grote locaties.

Ook bij mentale gezondheid gaat Stichting IGZ Plus uit van de intakefunctie van het centrum. Indien mogelijk wordt begeleiding en/of behandeling ook in het centrum geboden. (Binnen de huidige GGZ wordt dit generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ genoemd.)

Kwadrant 3 | Fysieke Leefstijl Gezondheidszorg

Fysieke Leefstijl Gezondheidszorg heeft betrekking op lichamelijke gezondheid, voeding en beweging. LGZ-zorgverleners die, in de eerste lijn, werkzaam zijn kunnen dan ook vertegenwoordigd zijn binnen het centrum. In dit rapport worden dan ook niet alle functies benoemd en gaan we uit van functies in het kader van het hoofdberoep.

Binnen het centrum wordt eerstelijns fysieke begeleiding en/of behandeling gegeven aan alle leeftijdsgroepen binnen het VitaliteitQuotiënt te weten: kinderen en jeugd van 0 - 12 jaar en jongeren van 12 - 18 jaar, volwassenen van 18 - 65 jaar en senioren van 65 jaar en ouder. Het hele centrum is bedoeld voor iedere inwoner van de gemeente. Ook binnen LGZ is inhoudelijk verschillende begeleiding en/of behandeling nodig per leeftijdsgroep (dit is niet anders in de huidige gezondheidszorg). Door alle leeftijden onder te brengen in één centrum wordt de laagdrempeligheid vergroot en de dienstverlening uitgebreider.

145

Afhankelijk van de grootte van de gemeente heeft elk centrum één of meerdere:

- Fysiotherapeuten – alle leeftijden
- Bewegingsdeskundige – alle leeftijden
- Voedingsdeskundige – alle leeftijden
- Diëtisten – alle leeftijden
- Verpleegkundig specialist – alle leeftijden
- Logopedist – alle leeftijden

Het gaat te ver om elk beroep hier te vermelden, iedere zorgverlener die een bijdrage kan leveren aan de fysieke conditie van zorgconsumenten van alle leeftijden kan worden toegevoegd wanneer werkzaam in de eerstelijnszorg.

LGZ-zorgverleners met een fysieke specialisatie houden zich bezig met het behouden van de gezondheid van zorgconsumenten en werken altijd op het snijvlak mentale en fysieke gezondheid en de invloed van de omgeving. LGZ-zorgverleners werken met het VitaliteitQuotiënt als intake-instrument.

Kwadrant 4 | Omgevings-Leefstijl Gezondheidszorg

Omgevings-Leefstijl-hulp-/zorgverlening heeft betrekking op werk & inkomen, sociaal- en maatschappelijke dienstverlening en financieel- en juridische dienstverlening. LGZ-zorgverleners die, in de eerste lijn werkzaam zijn, kunnen dan ook vertegenwoordigd zijn binnen het centrum. In dit rapport worden niet alle functies benoemd en wordt uitgegaan van functies in het kader van het hoofdberoep.

Binnen het centrum wordt eerstelijnsbegeleiding en/of behandeling gegeven op het gebied van omgevingsinvloeden aan alle leeftijdsgroepen binnen het VitaliteitQuotiënt te weten: kinderen en jeugd van 0 - 12 jaar en jongeren van 12 - 18 jaar, volwassenen van 18 - 65 jaar en senioren van 65 jaar en ouder. Het hele centrum is bedoeld voor elke inwoner van de gemeente. Ook binnen LGZ is een inhoudelijk verschillende begeleiding en/of behandeling nodig per leeftijdsgroep (dit is niet anders in de huidige gezondheidszorg). Door alle leeftijden onder te brengen in één centrum wordt de laagdrempeligheid vergroot en de dienstverlening uitgebreider.

Afhankelijk van de grootte van de gemeente heeft elk centrum één of meerdere:

- Advocaat of juridisch adviseur – vanaf 18 jaar
- Budgetcoach – vanaf 18 jaar
- Financieel adviseur – vanaf 18 jaar
- Maatschappelijk werker – alle leeftijden
- Mediator – vanaf 18 jaar
- Sociaal werker – alle leeftijden
- Trainers

146

Het gaat te ver om elk beroep hier te vermelden, iedere zorgverlener die een bijdrage kan leveren aan het omgaan met omgevingsfactoren van zorgconsumenten van alle leeftijden kan worden toegevoegd wanneer werkzaam in de eerstelijnszorg.

Keuzemogelijkheid (eigen regie)

De zorgconsument heeft de mogelijkheid om te wisselen van LGZ-zorgverlener. Dit kan ook makkelijk, omdat de zorgconsument de uitslag en het rapport van het VitaliteitQuotiënt heeft. Hiermee kan hij relatief eenvoudig naar een andere LGZ-zorgverlener.

Binnen het centrum kunnen zzp'ers actief zijn, maar ook LGZ-zorgverleners die in dienst zijn bij (grotere) organisaties. Een mix van deze LGZ-zorgverleners zou ideaal zijn, maar is wellicht niet altijd mogelijk binnen elk centrum. Het is in ieder geval een discussie waardig.

Leefstijl Gezondheidscentra kunnen ook samenwerken met al bestaande grotere organisaties, denk bijvoorbeeld aan Indigo GGZ die een landelijk netwerk van mentale ondersteuning heeft. Omdat het uiteindelijk om ruim 1.000 LGC's gaat, dient VWS daarin te bepalen wat de werkwijze wordt.

In de kwadranten wordt nu nog rekening gehouden met de huidige scheiding van mentale en fysieke gezondheid en de invloed vanuit de omgeving. In de toekomst zal alle gezondheidszorg LGZ worden, behalve waar specialisme noodzakelijk is, zoals een operatie, dat is en blijft fysiek.

Regionale Leefstijl Gezondheidscentra

Naast de lokale centra dient minimaal in elke provincie ook een regionaal LGC te worden gerealiseerd. Dit regionale centrum draagt zorg voor de juiste coördinatie in de provincie en functioneert als een top LGC waarin de hoogste kennis en ervaring op het gebied van Leefstijl Gezondheidszorg aanwezig is. De realisatie van de top Leefstijl Gezondheidscentra staat aan het begin van de planning van Stichting IGZ Plus, functioneert als opleidingscentrum en begeleidt lokaal de realisatie van LGC's. De grootte van de centra verschilt per provincie.

Dit betekent dat 12 van de eerste 50 LGC's, die in de referentiegemeenten worden gerealiseerd, (in de toekomst) een regionale functie krijgen en gedurende de gehele periode als opleidingsinstituut fungeren.

Realisatie samenwerking binnen Leefstijl Gezondheidscentra

De basis van deze samenwerking is de huisartsenpraktijk. Een moderne huisartsenpraktijk bestaat uit minimaal twee tot drie huisartsen die meestal parttime werken, aangevuld met minimaal één POH-GGZ en bij voorkeur ook één POH-Somatiek en één POH Ouderenzorg. Er is mogelijkheid tot diagnostiek en de praktijk heeft meestal meerdere doktersassistenten. Deze groep van zorgprofessionals vormt de poortwachter van de gezondheidszorg in een gemeente (of een wijk van een gemeente).

147

Opleiding VQ-specialist of LGZ-coördinator

De medewerkers van de huisartsenpraktijk hebben allemaal (in een groep) de LGZ-basisopleiding gedaan en de twee of drie POH's hebben de opleiding tot VQ-specialist (of LGZ-coördinator) gevolgd. Zij kunnen het VitaliteitQuotiënt (VQ) berekenen, het interview (intake) doen en het rapport schrijven.

De huisartsen krijgen naast de LGZ-basisopleiding ook (ook een deel) van de opleiding tot VQ-specialist die de POH krijgen. Gezien de medische kennis van de huisarts is dit een verkorte versie die vooral te maken heeft met de interpretatie van de resultaten van het VQ en de uitvoering in de praktijk.

Bij de introductie van Leefstijl Gezondheidszorg en het VitaliteitQuotiënt kan de huisarts ook gebruik maken van zelfstandige VQ-specialisten, ofwel Vitaliteit Experts, die regionaal en voor het bedrijfsleven werken. Belangrijk is wel dat de VQ-berekening in de basiszorgverzekering is opgenomen in verband met financiering.

Het is noodzakelijk dat vóór 2030 iedere zorgconsument minimaal eenmaal zijn VQ heeft laten berekenen. Omdat nog relatief weinig POH's werkzaam zijn, wordt aanbevolen dat psychodiagnostisch medewerkers (PDW) en toegepaste psychologen (TP) de opleiding tot VQ-specialist volgen.

Eerstelijnszorg binnen Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's)

De huisartspraktijk is als VQ-specialist de basis en heeft kennis van de 3 hoofdgebieden: Mentale Gezondheid, Fysieke Gezondheid en Dynamische omgeving. De praktijk dient te worden aangevuld met zorgverleners uit alle 3 de hoofdgebieden en daaronder de 11 deelgebieden, die samen Leefstijl Gezondheidszorg zijn.

Deze zorgprofessionals volgen allen de LGZ-basisopleiding. Deze zorgprofessionals worden aangestuurd door de VQ-specialisten binnen de praktijk. Zorgprofessionals kunnen uiteraard ook zelf VQ-specialist worden om de huisartspraktijk te ondersteunen.

Hoe functioneert een Leefstijl Gezondheidscentrum voor de zorgconsument

Een LGC is per definitie laagdrempelig en zonder afspraak te bezoeken. Een zorgconsument loopt binnen met klacht of probleem, krijgt advies of wordt doorverwezen naar één van de eerstelijns LGZ-zorgverleners.

Het LGC is toegankelijk voor iedereen, ongeacht leeftijd. Binnen het LGC zou ook bijvoorbeeld het consultatiebureau opgenomen kunnen worden, er kan ruimte voor verloskundigen zijn, maar ook een afgevaardigde van de gemeente voor eerste intake van pgb en Wmo voor thuishulp of andere zaken.

Het LGC is een centrum waar iedere inwoner van een gemeente makkelijk naar binnen loopt in het kader van preventie, LGZ-behandeling en/of -begeleiding en advies over preventieve nazorg.

Het LGC is compact, niet te groot en geschikt voor 20 tot 100 fte LGZ- (bij voorkeur eerstelijns) zorgverleners. Het functioneert als LGZ-zorgportaal van waaruit doorverwezen kan worden naar specialistische LGZ-zorg, een ziekenhuis, volgens het model van Leefstijl Gezondheidszorg, waar zowel mentale als fysieke specialistische zorg wordt geboden, alsmede begeleiding door complementaire hulp- en dienstverlening in het kader van de dynamische omgevingsfactoren.

Een LGC is idealiter gevestigd aan de rand van het centrum van een gemeente. In de wijken worden satellieten ingericht waar hulp wordt geboden op korte afstand van de woonplek. Dit is afhankelijk van de grootte van de gemeente en nader te bepalen. Doel moet zijn om LGZ-hulp- en dienstverlening te verrichten op de plek waar de zorgconsumenten zijn. LGZ-zorgverleners pendelen tussen de hoofdvestigingen en de wijkcentra. Deze wijkcentra kunnen worden gevestigd op plekken waar nu al sociale wijkcentra zijn en/of kunnen functioneren als nieuwe wijkcentra.

Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's) en de wijkcentra zijn zichtbaar in de omgeving, hebben veel ramen en een lichte inrichting. Zorgconsumenten weten de centra gemakkelijk te vinden en voelen zich thuis in het LGC. Zorgconsumenten kunnen via de VQ-app een afspraak inplannen met hun LGZ-zorgverlener. Het LGC is open van 08.00 uur tot 20.00 uur 's avonds, waardoor de zorgconsument ook na werktijd terecht kan. Na 20.00 uur 's avonds is het alleen mogelijk op afspraak te komen. LGZ-hulp- en -dienstverlening is 24 uren dienstverlening en via de app is het altijd mogelijk ook na kantooruren contact te leggen met de LGZ-zorgverlener of een dienstdoende collega.

In grotere gemeenten kan overwogen worden om een LGZ-winkel (of shop) te openen in het centrum van de stad, waar zorgconsumenten terecht kunnen voor advies. Bij dringende zaken worden zij doorverwezen naar het LGZ-centrum. In de winkel kunnen zij wel hun VQ laten berekenen. Een LGZ-winkel is nog laagdrempeliger dan een LGZ-centrum. Gezien het grote aantal leegstaande winkelpanden is het niet moeilijk om locaties te vinden. De winkels hoeven niet groot te zijn en hoeven slechts ruimte te bieden aan enkele LGZ-professionals, die de VQ-interviews kunnen afnemen in aparte ruimtes in de winkel. Een zitje is voldoende. De kosten van deze winkels zijn laag, het rendement hoog.

Rol Leefstijl Gezondheidscentra bij realisatie landelijke Leefstijl Gezondheidszorg

Eerder is aangegeven dat huisartsenpraktijken en de gemeente een voortrekkersrol hebben bij de realisatie van landelijke LGZ-zorgverlening in het jaar 2040.

In het gekozen tijdspad start Stichting IGZ Plus de opleiding voor huisartsen en POH's vanaf 2021 met als doel alle huisartsenpraktijken gereed te maken voor het bieden van LGZ-zorgverlening vanaf 2023.

Vanaf 2021 kan in de referentiegemeenten worden gestart met de LGZ-basisopleiding en mogelijk de opleiding voor LGZ-coördinatoren (per gemeente ook 1 of 2). Lokaal opleiden is logisch en versterkt de onderlinge samenwerking.



149

De overeenkomst tussen de huisartsenpraktijk en de gemeente is dat beide een belangrijke rol hebben binnen een (multifunctioneel) LGC en actief zijn in het eerste kwadrant.

In referentiegemeenten is het dan ook logisch om de eerste Leefstijl Gezondheidscentra te realiseren in de periode 2023 - 2025. Het gaat dan om 50 LGC's door heel Nederland gelijkelijk verdeeld over de 25 RAV-regio's die Nederland telt.

Stichting IGZ Plus kiest bij voorkeur voor het (her)gebruik van bestaande locaties binnen het lokale LGZ-netwerk in een gemeente. Iedere LGZ-zorgverlener die werkzaam is binnen een multifunctioneel LGC heeft (voordat het LGC volledige LGZ-zorgverlening verleent) de LGZ-basisopleiding afgerond.

Nederland telt al 250 gezondheidscentra

Veel van de 250 bestaande gezondheidscentra zijn geschikt om, binnen nu en 5 jaar (of eerder), de transformatie tot LGC te maken. Hierdoor ontstaat een (nagenoeg) landelijke dekking, waardoor de realisatie van minimaal 1 LGC in elk van de Nederlandse gemeenten binnen 10 jaar kan zijn voltooid. In de jaren 2030 tot 2040 kunnen de grotere gemeenten meer fijnmazig worden ingericht.

Het in kaart brengen van elke gemeente in Nederland is dan ook één van de doelen van stichting IGZ Plus, waarbij belangrijk is om de relatie te leggen tussen de potentiële referentiegemeenten en de 250 bestaande gezondheidscentra. Wanneer een referentiegemeente nog geen gezondheidscentrum heeft, is het uiteraard niet bij voorbaat gediskwalificeerd.

(Multifunctionele) Leefstijl Gezondheidscentra en tweede- en derdelijnszorg

Binnen het multifunctioneel LGC is iedere LGZ-zorgverlener opgeleid om LGZ-zorgverlening te bieden, buiten de centra is dat nog niet het geval. Vanuit het multifunctioneel LGC wordt wel doorverwezen naar tweede- en derdelijnszorg, zowel mentaal als fysiek, maar ook naar complementaire hulp- en dienstverlening in het kader van de invloed van omgevingsfactoren volgens de LGZ-werkwijze.

Aangezien volgens verwachting pas vanaf 2030 de eerste LGZ-zorgverleners zijn afgestudeerd (mbo, hbo, universiteit), is het ontwikkelen van een LGZ-opleiding binnen de tweede- en derdelijnszorg de bottleneck om vanaf 2030 volledige LGZ-zorg te verlenen in alle lijnen.

De oplossing is de realisatie van lokale en regionale opleidingscentra waar alle LGZ-opleidingen worden gegeven door gecertificeerde LGZ-opleiders. Het LGC krijgt (in ieder geval tijdelijk) een rol als opleidingsinstituut voor tweede- en derdelijnszorgverleners. Naast de opleiders speelt ook hierin de huisarts (samen met de POH LGZ) een grote rol. De huisartsen zijn in de periode 2021-2023 reeds opgeleid en verwijzen per die datum hun zorgconsumenten door (al of niet via de eerstelijnszorg) naar specialisten binnen het vakgebied mentale en/of fysieke gezondheid en specialisten op het gebied van de invloed van omgevingsfactoren.

De tweede- en derdelijnszorgverleners zijn bekend bij de huisarts, als het goed is bij de gemeente ook. Wat overblijft, zijn de LGZ-complementaire hulp- en dienstverleners die in kaart gebracht dienen te worden (en deels al bekend zijn). Vaste relaties worden uitgenodigd voor bijeenkomsten in de multifunctioneel LGC's om kennis te maken met Leefstijl Gezondheidszorg. Vervolgens kunnen deze hulp- en dienstverleners zich aanmelden voor een LGZ-opleiding naar keuze die in het LGC wordt aangeboden.

Aangezien het over honderdduizenden zorgverleners binnen de drie hoofdgebieden gaat, kan er op dit moment nog geen nauwkeurige schatting worden gemaakt hoe lang het duurt om al deze zorgverleners op te leiden, vóór 2030 is in ieder geval haalbaar.

Tenslotte: Leefstijl Gezondheidszorg draait om mensen

Leefstijl Gezondheidszorg is 'geen hogere wiskunde', gezondheidszorg is geen optellen van cijfers. LGZ-zorgverlening is er voor mensen (zorgconsumenten) en wordt geboden door mensen (zorgverleners). Beiden kunnen gebruik maken van internet, apps, van robots of andere hulpmiddelen.

Stichting IGZ Plus kiest dan ook bewust voor de realisatie van minimaal één LGC in elke gemeente (hoe klein dan ook), waar mensen bij elkaar komen, waar zorgverleners zorg bieden, waar mantelzorgers begeleid worden, waar direct contact is met de gemeente over financiering van de zorg en vooral, waar ruimte is voor menselijk contact binnen een lokale gemeenschap.

Soms in een gemeenschap waar iedereen elkaar kent (Schiermonnikoog: 941 inwoners) en soms in een grotere gemeente waar mensen elkaar misschien niet (zo goed) kennen.

Een Leefstijl Gezondheidscentrum biedt:

- Voorlichting
- Preventie
- Begeleiding
- Behandeling
- Nazorg
- Vitaliteit
- Ontmoeting
- Verbinding



151

Gezondheidszorg bestaat uit vijf belangrijke ingrediënten:

- Voorlichting
- Preventie
- Begeleiding
- Behandeling
- Nazorg.

Deze vijf woorden resulteren in optimale vitaliteit van de zorgconsument. Door ontmoeting op één locatie ontstaat onderlinge verbinding tussen jong en oud, tussen mensen met fysieke en mentale klachten of klachten met een sociaal-maatschappelijke of financieel-juridische achtergrond. Ieder mens is een zorgconsument en heeft zorg nodig, van geboorte tot overlijden. Wanneer dat wordt onderkent, is iedere zorgconsument gelijk, ondanks dat de een meer steun nodig heeft dan een ander. Leefstijl Gezondheidszorg geboden vanuit een LGC biedt die steun en zorg.

Leefstijl Gezondheidscentra zijn geen toekomstmuziek, het is realiteit en noodzaak en dienen zo snel mogelijk gerealiseerd te worden. Leefstijl Gezondheidszorg staat hiermee voor een duurzame, inclusieve en betaalbare gezondheidszorg voor nu en in de toekomst.

17. Praktijkvoorbeelden LGZ binnen huidige problematiek in gezondheidszorg

Causaal verband mentale en fysieke gezondheid en onze omgeving

Het ontbreekt in de huidige, reguliere gezondheidszorg aan Causale Nexus. Causale Nexus (latijn) betekent dat (meestal) geen oorzakelijk verband wordt gelegd tussen gevolg en oorzaak. De volledige betekenis van oorzakelijkheid:

“Oorzakelijkheid, causaliteit of de wet van oorzaak en gevolg is de feitelijke veronderstelling dat gebeurtenissen plaatsvinden als gevolg van bepaalde andere gebeurtenissen die daaraan voorafgegaan zijn; een oorzaak gaat vooraf aan een gevolg. Dit causaal verband of causaal mechanisme wordt ook wel het "hart van de causale Nexus" genoemd, omwille van de centrale plaats die het inneemt in de oorzakenleer. Causale verbanden worden zowel in de natuur- als in de sociale wetenschappen gebruikt.” (Bron: Wikipedia)

Opvallend is dat het wel binnen natuur- en sociale wetenschappen wordt toegepast, alsmede ons juridisch systeem en juist niet binnen onze gezondheidszorg. Hoe het ook wordt bekeken, alles binnen onze gezondheidszorg heeft een causaal verband en er wordt (bijna) niets mee gedaan.

Vanuit VWS worden preventieve maatregelen genomen op een aantal zaken, zoals voeding, beweging, bepaalde fysieke onderzoeken, alcohol, roken en drugs, maar andere causale verbanden worden niet preventief aangepakt. De vraag is waarom dit niet gebeurt.

152

Causaal verband tussen oorzaak en gevolg wordt niet gezien

Binnen de juridische wereld wordt met causaal verband bedoeld dat een gebeurtenis het directe gevolg is van een andere gebeurtenis (oorzaak en gevolg): causaliteit. Binnen de gezondheidszorg is dat ook zo. In dit rapport is dat uitgebreid beschreven. Voorbeelden te over dus. Wanneer iemand ziek wordt, komt hij in de Ziektewet (causaal verband). Is iemand langer dan twee jaar ziek, komt hij in de WAO/Wia (causaal verband). Dit betekent kortweg dat sprake is van een causaal verband tussen ziek zijn en een wijziging in de financiële situatie. Hiermee wijzigt ook de sociale en de maatschappelijke positie.

Binnen de gezondheidszorg zijn meerdere causale verbanden te leggen. Dit causale verband kan kleine gevolgen hebben, maar ook catastrofale voor de zieke zorgconsument. Zijn alle gevolgen en oorzaken te vermijden? Wellicht niet helemaal, maar wel voor een groot deel. Kosten deze causale verbanden geld? Jazeker, een groot deel valt onder de sociale euro, waarvan gezondheidszorg ook deel uitmaakt.

Dit rapport heeft als doel om mensen bewust te maken van het feit dat het ‘voorkomen’ van ziekte beter is voor de zorgconsument, de zorgverlener en voor de maatschappij. Dat laatste in meerdere vormen. Meer specifiek dat er minder belastinggeld nodig is om een betere, meer duurzame, inclusieve gezondheidszorg voor de toekomst mogelijk is, zowel financieel als kwalitatief. Op de volgende pagina's worden een aantal deelgebieden binnen de gezondheidszorg (en daarbuiten) toegelicht in het kader van de causale verbanden.

Er gaat veel goed in onze gezondheidszorg, dat is ook in dit rapport aangegeven. De Nederlandse gezondheidszorg staat wereldwijd op hoog niveau. Dat betekent echter niet dat Nederland op de lauweren kan rusten. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op specifieke situaties (binnen LGZ) die binnen de huidige gezondheidszorg en de complementaire hulp- en dienstverlening beter kunnen en waar besparingen kunnen plaatsvinden en kan worden gewerkt aan een duurzame en inclusieve gezondheidszorg voor de komende 20 jaar en daarna.

De volgorde van de cases is willekeurig, omdat elke doelgroep binnen Leefstijl Gezondheidszorg even belangrijk en niet met elkaar te vergelijken is en binnen LGZ vaak een vergelijkbare oplossing wordt geboden. Er is geen sprake van volledige oplossingen, omdat dit om allerlei redenen niet kan. Zoals gebrek aan voldoende (actuele) en gedetailleerde informatie en doordat bepaalde wijzigingen binnen het zorgstelsel nodig zijn voor realisatie van oplossingen. Het zijn eerder aanwijzingen om te komen tot Leefstijl Gezondheidszorg.

Personeelstekort gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening (LGZ-zorg).

In het tweede kwartaal van 2019 stonden in de zorg 36.000 vacatures open (toename van 3.000). Ten opzichte van het totaal openstaande vacatures van 248.000 (toename van 6.000) is dat ongeveer 15%. Anno 2018 was 1 op de 6 vacatures in Zorg & Welzijn. Het aantal banen groeit de komende jaren bovengemiddeld. Jaarlijks komen er zo'n 40.000 vacatures bij. Wanneer daarbij wordt opgeteld dat ook veel mensen de zorg verlaten (administratieve druk, relatief laag salaris, minder plezier) betekent dit voor de toekomst dat het aantal openstaande vacatures verder stijgt.

Hierdoor kunnen zorgconsumenten minder goed worden geholpen, ontstaan (nog langere) wachtlijsten en zal het plezier nog verder afnemen. Gezondheidszorg (was) is een branche waar mensen werken vanuit passie (roeping) voor het beroep en de wens om anderen adequaat te helpen. Wat niet helpt is dat medio 2019 de meeste cao's binnen Zorg & Welzijn afliepen, met diverse acties tot gevolg. Goede arbeidsvoorwaarden is een absolute voorwaarde voor een goed functionerende gezondheidszorg.

Causaal verband: Onvoldoende personeel zorgt voor onderbezetting, wachtlijsten en een verminderde kwaliteit van zorg. Door onderbezetting ontstaat meer ziekteverzuim.

Visie Stichting IGZ Plus | Breng passie voor het beroep weer terug, Leefstijl Gezondheidszorg is nog meer mensgericht en professionals werken (samen) met collega's uit andere domeinen naar een optimaal herstel van de zorgconsument. Minder regelgeving en administratieve druk, wat leidt tot meer mensen die graag binnen de gezondheidszorg willen werken. Verbetering van het imago van gezondheidszorg is goed voor zorgconsument en zorgverlener.

Ouderenzorg

Ouderenzorg is al jaren het zorgenkindje van de gezondheidszorg, wat op zijn minst verbazingwekkend te noemen is. Door een spontane actie van Hugo Borst en Carin Gaemers en het feit dat de toenmalige staatssecretaris Martin Van Rijn al 2 miljard had vrijgemaakt voor ouderenzorg, zorgde ervoor dat verbazend snel extra geld kon worden gestoken in ouderenzorg. Los hiervan zijn de problemen in de ouderenzorg alleen maar groter geworden. Soms gaat het niet om geld maar om mensen. Net als bij

andere overheid gerelateerde diensten (zoals politie, onderwijs etc.) is geld niet de oplossing om meer mensen op de werkvloer te krijgen. Daardoor de schrijnende taferelen die in 2017 te zien waren.

Overigens hebben demografen decennia geleden al voorspeld dat de gemiddelde leeftijd flink omhooggaat en dat, doordat mensen ouder worden, meer zorg nodig is dan 20 of 50 jaar geleden. Ondertussen werden bejaardentehuizen gesloten, stonden eind 2019 ruim 18.600 ouderen op de wachtlijst voor een verzorgingstehuis (stijging 60% t.o.v. medio 2018) en wordt daardoor de thuiszorg zwaar overbelast, met als resultaat een hoog ziekteverzuim bij zorgverleners. De overheid stimuleerde mensen om thuis te blijven wonen, veel ouderen kunnen of willen dat niet. Van eigen regie is inmiddels geen sprake en de genoemde wachtlijst zal ook in 2020 stijgen.

Visie Stichting IGZ Plus | Ouderenzorg is (net als alle gezondheidszorg) complex en er dient een regisseur te zijn, een LGZ-procesbeheerder, die coördineert, doorverwijst en 'zijn zorgconsument' kent. Weet wat zijn omstandigheden zijn en wat hij nodig heeft voor zorg. Door lokale en landelijke LGZ-planning is ruim op tijd bekend wie de oudere zorgconsument is, waar hij nu woont en waar hij wil wonen.

Zorgconsumenten die nu 60 jaar zijn, hebben waarschijnlijk (in meer of mindere mate) zorg nodig. Zij kunnen inschatten in welke woonvorm zij later willen wonen en kunnen daar onder eigen regie en verantwoordelijkheid nu al voor kiezen. Met deze gegevens kan veel beter worden ingespeeld op de behoefte aan zorg en wonen. Stichting IGZ Plus is een pleitbezorger van de terugkomst van ouderencentra (bij voorkeur in het centrum van een gemeente) waar mensen kunnen wonen en waar zorg (in ieder geval de eerstelijnszorg) op loopafstand beschikbaar is.

154

Woonvormen voor jongeren en ouderen, waarvan al meerdere pilots in Nederland zijn (zoals Zo Wonen in Beek) is eveneens een oplossing. Woningbouwverenigingen denken actief mee over de toekomst van de zorgconsument wanneer hij ouder wordt. Daarnaast zou bij het plannen van nieuwbouwwijken meer rekening kunnen worden gehouden met de oudere (60 plus) Nederlander. Nu wonen in nieuwbouwwijken meestal gezinnen met kinderen. Creatief, onderbouwd en vooruitziend denken, is noodzakelijk. Anno 2012 telde Nederland 2,7 miljoen 65-plussers, anno 2040 zullen dat er rond de 4,7 miljoen zijn. Wanneer wij denken dat er nu problemen zijn in de ouderenzorg is dat nog kinderspel. Snelle actie is noodzaak.

Jeugdzorg (0 – 18 jaar)

Jeugdzorg in Nederland staat, net als de ouderenzorg, zwaar onder druk. De transitie van de jeugdzorg in 2015 (waar stichting IGZ Plus in 2014 tegen was) mag gerust (voorlopig) nog steeds een drama worden genoemd. Een drama voor jonge zorgconsumenten, hun ouders en (jeugd-)zorgverleners. In 2019 waren het aantal klachten zo hoogopgelopen dat minister Hugo de Jonge de transitie (voorlopig) terugdraaide en de verantwoordelijkheid bij VWS heeft gelegd, totdat er een betere oplossing is. Het gaat te ver om alle problematieken van de Jeugdwet aan te kaarten, maar één ding is duidelijk; er is op een onjuiste manier omgegaan met de zorg voor minderjarige kinderen.

Visie Stichting IGZ Plus | Net als onderwijs is toegankelijke gezondheidszorg van het hoogste belang voor de jeugd van 0 - 18 jaar. Net als bij de gezondheidszorg voor volwassenen wordt zorg pas verleend als er een klacht is. Voorlichting, preventie en nazorg voor jeugd (onze toekomst) zijn onder de maat. Invoering van de VQ-app is juist voor de jeugd een goede stap om de juiste zorg, op het juiste moment op de juiste plek te krijgen.

Samenwerking met onderwijs is logisch en noodzakelijk. Juist deze groep is gewend om te gaan met computers en kan spelenderwijs kennismaken met Leefstijl Gezondheidszorg door de VQ-app direct vanaf de lagere school te introduceren. Omdat de VQ-app met de jongeren meegroeit naar volwassenheid zal Leefstijl Gezondheidszorg bij deze (nu) jonge doelgroep, tegen de tijd dat zij volwassen zijn als normaal worden gezien.

Stigma en discriminatie binnen en buiten gezondheidszorg ook in 2019 actueel.

Jaarlijks worden miljoenen uitgegeven om het stigma van mensen met (psychische) gezondheidsklachten te bestrijden. Niet alleen (ex-)patiënten hebben met discriminatie te maken. Miljoenen Nederlanders voelen zich, of zijn, burgers met minder rechten dan gezonde mensen. Het krijgen van een verzekering, vinden van een baan en dergelijke geeft duidelijk aan hoe de positie is van mensen met een ziekte of mensen die zijn genezen/hersteld.

Recent kaartte NFK aan dat het lastig is voor (ruim 800.000) ex-kankerpatiënten om een verzekering te krijgen, omdat zij moeten melden dat ze kanker hebben (gehad). Minister Hoekstra heeft in december 2019 met de verzekeraars afgesproken dat na 10 jaar genezen te zijn geen melding meer gemaakt hoeft te worden. Een goede zaak, maar dit is slechts een druppel op de gloeiende plaat voor mensen met een gezondheidsdiagnose. Stigma en discriminatie van psychische en lichamelijke en andere 'niet normale klachten' worden door de huidige gezondheidszorg versterkt en uitgelicht waardoor stigma en discriminatie in stand worden gehouden.

155

Visie Stichting IGZ Plus | Stigma en discriminatie worden veroorzaakt door het feit dat mensen als 'anders' worden gezien. Stigma is discriminatie in optima forma en zou maatschappelijk moeten worden uitgeroeid. Wanneer wordt uitgegaan van het feit dat iedere zorgconsument vroeg of laat de gezondheidszorg nodig heeft, is er geen sprake discriminatie.

Leefstijl Gezondheidszorg brengt mensen dicht bij elkaar en leidt tot meer bewustzijn en begrip voor elkaar. Binnen de definitie van Leefstijl Gezondheidszorg is niemand zonder klachten. Of de oorzaak van de klachten nu mentaal, fysiek of een disfunctionerende omgeving is, iedere zorgconsument krijgt in de basis dezelfde intake (d.m.v. de VQ-app over 11 deelgebieden), begeleiding en/of behandeling en de juiste preventieve nazorg. Door het dicht bij elkaar brengen van mensen zal discriminatie (alsmede stigma) gefaseerd binnen één generatie verdwijnen uit de samenleving.

Regelgeving

Juist aan het einde van 2019 blijkt weer hoeveel (onnodige) regelgeving is ontstaan binnen de gezondheidszorg. Veel professionals, onder wie de huisartsen, ervaren de regelgeving, opgelegd door de zorgverzekeraars, als hoge druk. Uit proeven is inmiddels gebleken dat binnen ouderenzorg veel tijd vrijkomt voor de zorgconsument door het vervallen van de 5-minutenregistratie.

Visie Stichting IGZ Plus | Regelgeving is bedoeld om de zorgconsument en/of de zorgverlener te beschermen. Ook binnen Leefstijl Gezondheidszorg is sprake van regelgeving. Het lijkt juist om jaarlijks te bekijken en te beoordelen welke vorm van regelgeving wel of niet toepasbaar en nodig is.

Administratieve regelgeving is niet te voorkomen en zou zo eenvoudig mogelijk (liefst geautomatiseerd) moeten zijn. Dat zorgverleners te weinig tijd aan de zorgconsument kunnen besteden, is iets wat anno 2020 ondenkbaar zou moeten zijn. Regelgeving vanuit de zorgverzekeraar dient sterk te worden ingeperkt, net als de verstrekte informatie over de zorgconsument aan zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar is financier van de zorg, geen zorgverlener.

Medicijngebruik

In 2019 was medicijngebruik een veel voorkomend gespreksonderwerp. Onder andere het medicijntekort, te veel en te lang gebruik van medicijnen en de kosten van medicijnen. De kosten van medicijngebruik (via artsen) is ongeveer 5% van de totale kosten van de gezondheidszorg (ongeveer € 5 miljard euro). Een medicijn of geneesmiddel, heeft als doel om te genezen (bijvoorbeeld antibiotica), wordt preventief ingezet (voorbeeld inentingen) en kan worden gebruikt om de fysiologie te beïnvloeden (denk aan suikerziekte). Medicijnen worden voorgeschreven door artsen en worden meestal vergoed door de zorgverzekering. Een deel is vrij te koop (voorbeeld paracetamol) bij de drogist of apotheek.

Visie Stichting IGZ Plus | Naast bovenstaande omschrijving streeft Stichting IGZ Plus naar (betere) controle op het gebruik van voorgeschreven medicijnen. Wanneer zorgconsumenten (langere) periode hetzelfde, voorgeschreven, medicijn gebruiken (herhaalrecept), is hier nauwelijks of geen controle op, waardoor hetzelfde medicijn, bijvoorbeeld antidepressiva, jaren achtereen wordt gebruikt zonder dat tussentijds de noodzaak hiervan is vastgesteld.

156

Binnen de VQ-app kan een reminder worden ingebouwd wanneer een bepaalde gebruikstermijn is verstreken. Door (Leefstijl Gezondheidszorg) begeleiding en/of behandeling blijkt een aantal zorgconsumenten zonder medicatie te kunnen. Stichting IGZ Plus is van mening dat elk medicijn (ook recent ontwikkelde) moet worden vergoed door de zorgverzekeraar, ook wanneer het aantal gebruikers beperkt is. Op medicijngebruik valt te besparen, maar het aandeel binnen de totale zorgkosten is relatief klein.

Schuldhelpverlening

In 2018 heeft, volgens het Nibud, 32% van de bevolking te maken met betalingsachterstanden. Ongeveer 1 miljoen mensen heeft betalingsproblemen en 550.000 mensen ernstige betalingsproblemen. Schulden leiden niet zelden tot ziekteverzuim (door psychische en/of fysieke klachten), juridische en sociaal-maatschappelijke problemen en problemen op het werk.

Visie Stichting IGZ Plus | Leefstijl Gezondheidszorg is de manier om schulden te verlagen (of te voorkomen) en beter te leren omgaan met de aflossing van achterstanden. De VQ-specialist zal bij het afnemen van de VQ-intake constateren welke hulpverlening nodig is om schulden weg te werken en de sociale en maatschappelijk positie te bewaren en/of te verbeteren. Met het Gezins-VQ (of Partner-VQ) kan inzicht worden verkregen in de totale draagkracht van het gezin. Oorzaken worden (waar

mogelijk) weggenomen en er wordt gewerkt aan een gezonde (financiële) situatie voor de toekomst. De VQ-app zorgt ook voor voorlichting, preventie en nazorg bij schulden. Een samenwerking met Nibud en bij hen aangesloten professionals ligt daarom voor de hand. Een gezondere samenleving heeft minder schuldenproblematiek.

Gesubsidieerde rechtsbijstand

Door de Wet op rechtsbijstand kunnen mensen met een gering inkomen gesubsidieerde rechtshulp inschakelen, zogenaamde toevoeging. De afgelopen jaren is bezuinigd op deze toevoeging en ook de komende jaren zullen de subsidies voor rechtsbijstand lager worden. De inkomensgrenzen gaan omhoog en de eigen bijdrage wordt daardoor hoger. Tot een inkomen van € 26.900,- bedraagt de eigen bijdrage € 199,-, daarna wordt de bijdrage stapsgewijs verhoogd tot € 835,- bij een maximum inkomen van € 32.600 tot € 38.600,-. Boven het laatstgenoemde inkomen heeft men geen recht meer op gesubsidieerde rechtsbijstand en moet men alle kosten zelf betalen. Voor veel mensen is de laagste eigen bijdrage al te hoog. Zorgconsumenten kunnen een goede en betaalbare advocaat of mediator nodig hebben bij o.a. schulden, ontslag en echtscheiding. Voor elke rechtszaak moet een aparte toevoeging worden aangevraagd.

Visie Stichting IGZ Plus | Tegenslagen binnen de omgevingsfactoren beïnvloeden de gezondheid van de zorgconsument negatief. Zorgconsumenten die te maken krijgen met het civiele rechtssysteem bij bijvoorbeeld ontslag, schulden of scheiding ervaren deze situaties als stressvol. Wanneer de eigen bijdrage voor rechtshulp wordt verhoogd, neemt het stressniveau verder toe, zeker wanneer het inkomen geen ruimte laat voor een (hogere) eigen bijdrage. Kortom: mensen met (te) weinig inkomen kunnen steeds minder een beroep doen op het rechtssysteem en dit heeft (direct en indirect) invloed op hun gezondheid en de andere domeinen van het VQ.

157

Het gebruik van de VQ-app kan juridische problemen voorkomen of ervoor zorgen dat problemen zo snel mogelijk worden erkend en hierop actie wordt ondernomen. De zorgconsument krijgt de begeleiding en juridische hulp passend bij zijn (financiële) situatie. De hoogte van de eigen bijdrage bij gesubsidieerde rechtsbijstand relateren aan inkomen is specifiek voor mensen met een laag inkomen niet juist. Een kortdurende rechtszaak, waarbij tot oplossingen wordt gekomen, levert de maatschappij meer op dan een slepende of (voor de zorgconsument) onjuiste juridische procedure.

Wachlijsten GGZ en Jeugdwet

Bij ziekenhuizen, gemeente en andere zorgverleners lijken wachlijsten bij de 21^e eeuw te (gaan) horen. De wachlijsten worden niet veel korter in de GGZ en bij andere zorgverleners zijn ze nu aan het ontstaan. Op 18 december 2019 werd bekend gemaakt dat de kindziekenhuizen in Nederland (a.g.v. personeelstekort) vol zijn en moet worden uitgeweken naar het buitenland. Bij gemeenten (o.a. Jeugdwet) gaat het vaak om geld aan het eind van het jaar. In een land dat qua welvaart in de top 10 van de wereld staat, wordt een wachtlijst bij welke zorginstelling dan ook als onacceptabel ervaren. De GGZ spant de kroon met wachttijden tot maximaal 72 weken.

Visie Stichting IGZ Plus: Wanneer iemand ziek is, mentaal of fysiek, moet zo snel mogelijk hulp worden geboden. Eerdergenoemde wachlijsten zijn onacceptabel, zowel in mentale als fysieke gezondheidszorg. Binnen Leefstijl Gezondheidszorg is de kans op wachttijden veel kleiner, omdat

(indien mogelijk) gekozen wordt voor parallelle begeleiding en/of behandeling. Het zal (bijna) niet voorkomen dat een zorgconsument geen hulp krijgt, zoals nu regelmatig het geval is. Zorgconsumenten krijgen de VQ-intake en via het adviesrapport worden de begeleidings- en/of behandelingsmogelijkheden in kaart gebracht. Afhankelijk van eventuele wachttijden bij zorgverleners worden de begeleidings- en/of behandelingsmogelijkheden opgestart. Hierdoor heeft de zorgconsument de maximale zorg die nodig is.

Wedloop goede doelen

In 2018 bedroeg de totale opbrengst voor goede doelen € 2,8 miljard, hiervan is ruim € 526 miljoen (19%) gezondheidszorg gerelateerd. De goede doelen instellingen besteden ongeveer 89% van de opbrengst aan het doel van de instelling. Koplopers zijn KWF (117 miljoen), het Rode Kruis (51 miljoen) en de Hartstichting (51 miljoen). Een groot deel van deze uitgaven gaat naar onderzoek. De inkomsten komen voor een groot deel van de zorgconsument, die ook al de gehele gezondheidszorg financiert. De wedloop tussen goede doelen is eerdergenoemd in dit rapport.

Visie Stichting IGZ Plus | Het geld van de goede doelen, dat nu wordt besteed aan onderzoek, zou betaald moeten worden door de algemene overheid, specifiek het ministerie van VWS. Al het wetenschappelijk onderzoek zou gecoördineerd moeten worden door een onafhankelijk wetenschappelijk instituut (bijvoorbeeld ZonMw) in samenwerking met specifieke patiëntenorganisaties. Dit instituut bepaalt (in overleg met VWS) wat de budgetten zijn en aan welke onderzoeken die worden besteed. De keuze voor onderzoek zou jaarlijks moeten worden geëvalueerd en worden aangepast aan de actualiteit.

158

Patiëntenorganisaties, zoals KWF etc., zouden het geld dat zij verkrijgen via collectes en andere publieke acties moeten aanwenden ten gunste van het welbevinden van patiënten en ex-patiënten binnen de doelgroep. Dit gebeurt al bij organisaties, maar op (te) kleine schaal. Een inventarisatie van alle instrumenten om welbevinden van patiënten en ex-patiënten te verhogen zal per individuele goede doelen organisaties verschillend zijn en na overleg met de achterban worden vastgesteld.

Wetenschappelijk onderzoek: aandachtsgebieden 2020

Zoals eerder vermeld is meer onderzoek nodig naar de relatie tussen mentale en fysieke gezondheid in combinatie met alle omgevingsfactoren, die op mentale en fysieke gezondheid invloed hebben. Op veel van de 11 deelgebieden van het VitaliteitQuotiënt is al onderzoek gedaan, maar deze informatie zou gecombineerd moeten worden met nieuwe onderzoeken, zodat een totaaloverzicht van de onderlinge invloeden en de gevolgen voor de zorgconsument en de maatschappij ontstaat.

Deze onderzoeken dienen weer gecombineerd te worden met onderzoek aangaande de top 25 van meest voorkomende ziekten in Nederland en de gevolgen voor de zorgconsument, de maatschappij en de overheid. Daarnaast is onderzoek nodig aangaande de genezing van de top 25 van meest voorkomende ziekten en speciaal de top 5 waarbinnen de meeste zorgconsumenten overlijden. Naast het onderzoek naar genezing dient het onderzoek ook gericht te zijn op de periode na genezing en de invloed daarvan op het leven van de zorgconsument.

Zoals bij 'wedloop goede doelen' al aangegeven, zou wetenschappelijk onderzoek moeten worden gefinancierd door de overheid en worden gecoördineerd vanuit de overheid in overleg met alle patiëntenorganisaties, individueel en Patiënten Federatie Nederland.

Aangezien wordt verwacht dat dementie in 2040 volksziekte nummer 1 zal zijn (tegen 16.000 in 2019), 40.000 mensen zullen overlijden aan de gevolgen van dementie, is investeren in onderzoek naar dementie een voor de hand liggende keuze. Maar ook onderzoek naar verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met (een vorm van) dementie mag hierbij niet ontbreken, meer specifiek de rol van Leefstijl Gezondheidszorg bij voorkoming en behandeling van (vormen van) dementie.

De praktijk toont aan

Bovenstaande praktijkvoorbeelden tonen aan dat Leefstijl Gezondheidszorg noodzakelijk is en zal zijn om de gezondheidszorg in Nederland duurzamer, inclusiever en betaalbaar te maken. Wanneer de huidige weg bewandeld blijft worden, zal gezondheidszorg steeds minder toegankelijk en betaalbaar worden voor een groot deel van de Nederlandse bevolking.

Onderzoek op alle gebieden van of gerelateerd aan gezondheidszorg zal nog belangrijker moeten worden dan nu, inspeland en anticiperend op nieuwe ontwikkelingen en oude ontwikkelingen waar te weinig mee is gedaan. Gezondheidszorg is geen populariteitswedstijd, evenmin als onderzoek dat is.

18. Conclusies en oplossing Stichting IGZ Plus

Algemene conclusie

De mens, van jong tot oud, is niet zijn ziekte. De mens is niet voorbereid op ziekte, terwijl ieder mens, van wieg tot graf, een zorgconsument is. De zorgconsument zou wel voorbereid moeten zijn op ziekte en andere gevolgen die zijn welbevinden negatief beïnvloeden.

De zorgverlener is onvoldoende voorbereid op de wensen van de zorgconsument op het totale gebied van welbevinden (mentaal, fysiek, omgevingsfactoren). Regelgeving en protocollen staan intensieve samenwerking tussen LGZ-zorgverleners in de weg. Dit is ten nadele van de zorgconsument.

De maatschappij kan onvoldoende omgaan met ziekte van zorgconsumenten. Taboes, stigma en zelfs discriminatie zijn daarom onderdeel van de gezondheidszorg. Ziekte wordt door een groot deel van de maatschappij gezien als zwakte, terwijl bijna iedereen te maken krijgt met negatieve gevolgen binnen de 11 deelgebieden van het VitaliteitQuotiënt.

VITALITEITQUOTIËNT					
Universeel instrument voor Integrale Leefstijl Gezondheidszorg					
Disbalans	MENTAAL	Psychisch	MENTAAL	Vitaal	
Ongelukkig		Welzijn		Gelukkig	
Zinloos		Zingeving		Zinvol	
Ziek	FYSIEK	Lichamelijk	FYSIEK	Gezond	
Futloos		Beweging		Fit	
Eenzijdig		Voeding		Uitgebalanceerd	
Stress	OMGEVING	Werk	OMGEVING	Plezier	
Chaos		Juridisch		Orde	
Tekort		Financieel		Voldoende	
Isolement		Sociaal		Erkend	
Buitengesloten		Maatschappij		Acceptatie	

VQ.2020.1.1. | Integrale Leefstijl Gezondheidszorg

© Stichting IGZ Plus en Vitaliteit Groep Nederland

160

De zorgconsument, zorgverlener, zorgverzekeraar en de gehele maatschappij realiseren zich onvoldoende dat mentale (psychische) en fysieke (lichamelijke) gezondheid direct aan elkaar zijn gerelateerd en dat deze onder invloed zijn van onze omgevingsfactoren, aldus de filosofie van Stichting IGZ Plus. Dit heeft (nu nog negatieve) gevolgen voor de kosten binnen de sociale euro, de gelden die door iedere Nederlander worden opgebracht voor gezondheidszorg, uitkeringen, onderwijs et cetera en leidt niet tot volwaardige zorg voor iedere Nederlander.

Stellingen en oplossing Stichting IGZ Plus

In dit rapport is duidelijk geworden dat er maar één oplossing is inzake bovengenoemde conclusies: invoering van Leefstijl Gezondheidszorg volgens de filosofie van Stichting IGZ Plus, te beginnen met de huisartsen en de POH's.

Start met de invoering van Leefstijl Gezondheidszorg is mogelijk vanaf 1 januari 2022, mits alle huisartsen de LGZ-basisopleiding en POH's de VQ-opleiding hebben gevolgd. Tevens moet de VQ-app worden opgenomen in de basiszorgverzekering, zodat POH's en zorgconsumenten daarmee kunnen werken.

Aanpassing van het zorgstelsel zal logisch zijn, omdat een aantal, niet-medische, beroepen wordt toegevoegd aan Leefstijl Gezondheidszorg. Met deze start is het mogelijk om uiterlijk 2030 de huidige reguliere gezondheidszorg om te vormen tot Leefstijl Gezondheidszorg.

Het volledige rapport wordt door de, in dit rapport benoemde, betrokkenen ontvangen op dinsdag 18 februari 2020.

Stellingen Leefstijl Gezondheidszorg | Manifest

Onderstaande stellingen, conclusies van dit rapport, worden 18 februari 2020 tevens als Manifest gepubliceerd op de website van Stichting IGZ Plus, alsmede, tezamen met een samenvatting van dit rapport, gedeeld met de (sociale) Nederlandse media.

1. Vervang huidig zorgstelsel door Leefstijl Gezondheidszorg

De kosten van de gezondheidszorg nemen toe en de kwaliteit van zorg en verzorging neemt af door bezuinigingen, terwijl de zorgpremie blijft stijgen. Dit is onaanvaardbaar. De enige concrete oplossing: realisatie van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ).

2. Hef scheiding tussen mentale en fysieke gezondheidszorg op

Binnen de gezondheidszorg wordt niet of nauwelijks rekening gehouden met het causale verband tussen mentale en fysieke gezondheid, sociaal-maatschappelijke, sociaaleconomische en juridische omstandigheden. Hierdoor wordt niet tegemoetgekomen aan de behoeften van zorgconsumenten.

3. Ontmantel huidige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Door bezuinigingen zijn er lange wachtlijsten binnen met name de GGZ, waardoor psychische zorg onbereikbaar is geworden. Als direct gevolg van punt 2 wordt de GGZ vanaf 2025 ontmanteld en wordt Mentale Gezondheidszorg onderdeel van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ).

4. Neem complementaire hulp- en dienstverlening op in Gezondheidswet

Er is (nu nog) nauwelijks samenwerking tussen mentale en fysieke gezondheidszorg en complementaire hulp- en dienstverlening. Hiermee wordt niet tegemoetgekomen aan de behoeften van zorgconsumenten. Het gevolg hiervan is dat de zorgkosten (incl. complementaire hulp- en dienstverlening) steeds hoger en onbetaalbaar worden voor zowel zorgconsumenten als de overheid.

5. Behandel/begeleid oorzaakgericht in plaats van gevolg- (symptoom-) gericht

De gezondheidszorg is (grotendeels) symptoom-, oftewel gevolggericht, oorzaken worden niet of onvoldoende meegenomen in behandeling en/of begeleiding binnen de huidige, reguliere gezondheidszorg. Met de aanpak van het gevolg blijft in te veel gevallen de oorzaak achter. De zorgconsument wordt hierdoor benadeeld door incomplete diagnoses, behandeling en/of begeleiding. Herhaling van klachten is waarschijnlijk. Efficiëntere en effectievere behandeling/begeleiding is tijd- en kostenbesparing.

6. Gebruik een universeel intake-instrument

Door binnen Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) gebruik te maken van het VitaliteitQuotiënt als universeel intake-instrument wordt in een korte tijd meer relevante en actuele informatie van en over de zorgconsument verkregen, wat resulteert in maatwerkbehandeling/-begeleiding. Dit is tijd- en kostenbesparend.

7. Besteed meer tijd en geld aan voorlichting, preventie en nazorg

De huidige gezondheidszorg biedt te weinig voorlichting, preventie en nazorg. Door actiever in te zetten op preventie kunnen veel klachten en problemen binnen Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) worden voorkomen. Voorlichting leidt tot begrip voor en acceptatie van mensen met een ziekte en/of beperking, waardoor stigma en discriminatie vermindert en verdwijnt. Door (betere) nazorg worden nieuwe klachten/problemen voorkomen en kunnen mensen na ziekte sneller terugkeren in het maatschappelijk leven. (Zie ook stelling 10.)

8. Houd rekening met de vergrijzing

De gezondheidszorg volgt de snelle ontwikkelingen binnen onze maatschappij niet of onvoldoende op, wat invloed heeft op onze gezondheid(-szorg). Mensen worden gemiddeld steeds ouder en hebben langer en meer zorg nodig. Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) maakt gezondheidszorg voor ouderen beter bereikbaar en betaalbaar.

9. Maak de gezondheidszorg weer menselijk

Door de bezuinigingen en regeldruk heeft de gezondheidszorg haar menselijkheid verloren. Door vereenvoudiging, dan wel vermindering, van regelgeving en protocollen (o.a. administratie) hebben zorgverleners meer tijd voor de zorgconsument, wat herstelprocessen bespoedigt en het gevoel van welbevinden vergroot. Dit is kostenverlagend, ook binnen Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ).

10. Pak stigma en discriminatie aan

Miljoenen ex-patiënten met psychische en andere 'niet gewone' en/of chronische klachten ervaren ook na genezing stigma en discriminatie. Doordat binnen Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) geen onderscheid wordt gemaakt tussen mentale en fysieke ziekten en iedereen in eenzelfde centrum op dezelfde manier wordt bejegend, worden stigma en discriminatie verminderd en verdwijnen.

11. Pas het huidige zorgstelsel aan

Leefstijl Gezondheidszorg is toegankelijk en betaalbaar voor iedereen. Voor invoering van Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ) moet het huidige zorgstelsel (ingevoerd in 2006) worden aangepast aan de huidige maatschappelijke ontwikkelingen en (zorg-)behoeften.

Gezondheidszorg en de sociale euro

Ontschotting van de gezondheidszorg is nodig om een inclusieve, duurzame en langdurig betaalbare gezondheidszorg te realiseren, kortweg: Leefstijl Gezondheidszorg. Ook ontschotting van de sociale euro is noodzakelijk. Gezondheid, en vooral ziekte, heeft alles te maken met deze sociale euro, zoals omschreven in dit rapport. Iedereen die zich ziekmeldt bij een werkgever heeft direct te maken met de sociale euro (ZW-uitkering en bij langdurige ziekte Wia). Zo ook kinderen (passend onderwijs), ouders (Jeugdzorg + justitie) en volwassenen of ouderen die te maken hebben met Pgb en Wmo of een toegevoegd advocaat.

De sociale euro strekt zich uit van gezondheidszorg naar onderwijs, van justitie tot sociale zaken. Wanneer de gezondheidszorg ongeveer € 100 miljard kost, kan er nog eens € 100 miljard bij worden opgeteld om tot de totale kosten van de sociale euro te komen. Deze kosten worden gedragen door zorgconsumenten en werkgevers. De overheid (Kabinet en Tweede en Eerste Kamer) maakt beleid en voert dit beleid uit. Stichting IGZ Plus trekt dan ook de conclusie dat meer samenwerking tussen de diverse domeinen (en ministeries) noodzakelijk is. Met deze samenwerking wordt de sociale euro (inclusief gezondheidszorg) beter besteed, wat zal resulteren in aanzienlijke besparingen.

Dit rapport is een weergave van een nieuwe realiteit en een visie op de lange termijn (2040). Deze visie dient geleidelijk te worden aangepast, zodat lange termijnbeleid ontstaat richting de 22^e eeuw. Het beleid wat betreft gezondheidszorg en alle andere zaken binnen de sociale euro, is nu nog te veel ad hoc, inspeliend op 'brandhaarden' zonder te bedenken dat de 'branden' ook voorkomen hadden kunnen worden.

NAWOORD

Het Rapport: 'Realisatie Leefstijl Gezondheidszorg 2020-2040' heeft u meegenomen door het nieuwe landschap van onze gezondheidszorg. Een gezondheidszorg die klaar is voor de 21^e eeuw. Van de historie 4.000 jaar geleden tot het heden, waarin de oorzaak van veel van onze mentale en fysieke gezondheidsklachten te maken hebben met onze dynamische omgeving en het feit dat er te weinig voorlichting, preventie en nazorg is binnen onze huidige reguliere gezondheidszorg.

Stichting IGZ Plus heeft dit rapport geschreven op basis van een nieuwe definitie van gezondheid, afgeleid van de definitie van de WHO (1948):

“Gezondheid is de individuele situatie waarin de fysieke, mentale en sociaal-maatschappelijke kwaliteit van leven, zoveel mogelijk onder eigen regie en verantwoordelijkheid, is geoptimaliseerd en niet slechts de afwezigheid van ziekte of beperking.”

Deze nieuwe definitie van gezondheid is de basis van dit gehele rapport. Voorop staat de kwaliteit van leven (mentaal, fysiek en dynamische omgeving) van de zorgconsument (iedere Nederlander) en niet slechts de afwezigheid van ziekte of beperking. Eigen regie en verantwoordelijkheid zijn, indien mogelijk, voorwaarden. Optimalisatie is het kernwoord binnen Leefstijl Gezondheidszorg. Zorgconsumenten gaan voor een optimale kwaliteit van leven en zorgverleners naar optimalisatie van Leefstijl Gezondheidszorg.

Behoud van infrastructuur: Leefstijl Gezondheidscentra (LGC's)

Het rapport is ook geschreven op basis van het optimale behoud van de infrastructuur die wij nu kennen binnen de gezondheidszorg. Inhoudelijk is (nog) niet gekeken naar de invulling van de gezondheidszorg, wel organisatorisch. Gezondheidszorglocaties dienen, zoveel mogelijk, zorg te bieden op de drie hoofdgebieden van Leefstijl Gezondheidszorg en zorg bieden aan jong tot oud.

De realisatie van Leefstijl Gezondheidscentra (hoofdstuk 16) is van het grootste belang om realisatie Leefstijl Gezondheidszorg tot een succes te maken. Alle leeftijden, alle klachten (mentaal, fysiek, omgeving) in één gebouw. Van consultatiebureau tot ouderenadvies. De centra zijn niet groot (maximaal 100-200 zorgverleners), maar worden door hun multifunctionele inrichting de spil van Leefstijl Gezondheidszorg in de gemeente, stad of wijk. LGZ-basiszorg en LGZ-generalistische zorg binnen loopafstand van de zorgconsument.

De huisartsenpraktijk (met diagnostiek) is spil van de gezondheidszorg en het LGC. Vanuit het LGC worden zorgconsumenten doorverwezen naar Specialistische- of Expertise LGZ-zorg. De huisarts houdt de vinger aan de pols door het VitaliteitQuotiënt, universeel intake-instrument van LGZ. De VQ-app zorgt dat de zorgconsument en de zorgverlener met elkaar kunnen communiceren wanneer zij willen, persoonlijk contact (via interview en rapportgesprek) en vervolgens digitaal.

Zorgconsumenten krijgen hiermee veel meer vertrouwen (dan nu) in de gezondheidszorg, voelen zich erkend en krijgen de zorg die zij op dat moment nodig hebben, al of niet parallel. Zorgconsumenten vertrouwen op de navigatie van de zorgverleners, maar hebben eigen regie en verantwoordelijkheid.

Verkiezingsjaar 2020

Er is niet bewust gekozen om dit rapport in 2020 te publiceren. Het is simpelweg nu klaar om beschikbaar te stellen aan het grote publiek. Duidelijk omschreven voor iedere Nederlander (zorgconsument) en voor iedere zorgverlener, beleidsbepaler of opiniemaker. Voor alle belangenorganisaties van zorgconsumenten en zorgverleners die ook een duurzame, inclusieve, betere en betaalbare gezondheidszorg willen. Voor ons en voor onze kinderen.

Stichting IGZ Plus doet een oproep aan alle partijleiders van de politieke partijen in de Tweede Kamer om Leefstijl Gezondheidszorg op te nemen in het verkiezingsprogramma van de Tweede Kamer, gepland op 17 maart 2021. Bewust wordt iedere partijleider benaderd. Een goed functionerende gezondheidszorg is voorwaarde voor een welvarend land als Nederland en zou 'kamerbreed' boven aan de politieke agenda van elke partij moeten staan.

Het doel van het rapport is primair dat Leefstijl Gezondheidszorg wordt gerealiseerd in de periode 2020-2040. Secundair is het doel het item 'Leefstijl Gezondheidszorg' op de politieke agenda van Kabinet en Parlement te krijgen. Tertiair is het doel om het VitaliteitQuotient in de basiszorgverzekering te krijgen per 01-01-2022.

MANIFEST | LEEFSTIJL GEZONDHEIDSZORG

Om één en ander kracht bij te zetten, publiceert Stichting IGZ Plus de conclusies en oplossing van dit rapport in een manifest van 11 stellingen. Het Manifest Leefstijl Gezondheidszorg is te vinden op de website www.manifestleefstijlgezondheidszorg.nl, zodat iedere Nederlander hiervan kennis kan nemen, het rapport kan downloaden of de verkorte versie (introdutctie) kan lezen. Het manifest is gekoppeld aan de al bestaande petitie 'Het Roer Moet OM in de Gezondheidszorg'.



165

Het Manifest Leefstijl Gezondheidszorg in combinatie met de petitie is een steun in de rug om het secundaire doel van stichting IGZ Plus, Leefstijl Gezondheidszorg op de politieke agenda, te realiseren.

Tenslotte spreekt Stichting IGZ Plus haar dank uit voor de samenwerking met Vitaliteit Groep Nederland en haar inbreng in het rapport en eenieder die op welke wijze dan ook een bijdrage heeft geleverd aan de definitieve vorm van dit rapport.

NB: Het rapport 'Realisatie Leefstijl Gezondheidszorg 2020-2040' is in pdf te downloaden via de website van Stichting IGZ Plus www.leefstijlgezondheidszorg.nl op deze pagina treft u ook 'Introdutctie Leefstijlgezondheidszorg' aan, een verkorte versie van dit rapport.

Stichting Integrale Gezondheidszorg Plus | februari 2020

BRONVERMELDING

1. Arbo Unie: Persbericht (14-20-2019): *'In 2030 is 25 procent van werkenden minder inzetbaar door stress en overbelasting'*.
2. CBS: *Zorguitgaven 2017*; *'Kanker oorzaak bij 31 procent van de sterfgevallen'* (2018); *'Doodsoorzaken Statistiek'* (gegevens bewerkt door RIVM) (2017).
3. Hugo Borst en Carin Caemers: *Manifest 'Scherp op ouderenzorg'* van (2017).
4. Huisartsen van LVH & NHG: *'Rapport Toekomstvisie 2022'*.
5. IKNL & NFK: *'Kankerzorg in beeld | over leven met en na kanker'* (april 2019).
6. KNMG & VNSU: *'Artseneed'* (2003).
7. Lijm de Zorg: *Manifest 'Lijm de Zorg'* (2020).
8. Mackenbach & Van der Maas: *'Uitvoering en organisatie van de preventieve gezondheidszorg'* (2008).
9. Nederlandse Innovatiecentrum voor Leefstijlgeneskunde: www.nilg.eu.
10. Nederlandse Regering: *Miljoenennota en Rijksbegroting 2020*.
11. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: www.nvvp.net *'Patiënten informatie'*.
12. NIBUD: *'Mensen met ernstige betalingsproblemen krijgen niet de hulp die ze verdienen'* (december 2018).
13. Nictiz: *'Overzicht Zorgdomeinen'*.
14. Nivel: *'Kleine toename van het aantal bezoeken aan de huisarts'* (november 2017).
15. Professor dr. Jim van Os: *GGZ-Manifest: complement 'Nieuwe GGZ'* (2020).
16. Radboud UMC/Marouska Rovers: *'De Nieuwe Mens is onbetaalbaar'* (mei 2019).
17. Rijksoverheid (website): *'Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)'; 'Digitale gegevens in de zorg'*.
18. RIVM: *'Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018'*.
19. RIVM, Volksgezondheid en zorg: *'Data ziektelast 2015'*.
20. Tijdschrift voor Psychiatrie/Jim van Os: *'Benchmarks: doodlopende weg onder het mom van ROM'* (april 2017).
21. Trimbos Instituut: NEMESIS-2 studie: *'Het voorkomen, ontstaan, beloop en de consequenties van psychische aandoeningen tussen de 18 en 64 jaar'*.
22. Vektis: *'Inzicht in de huisarts(en)praktijk'*.
23. Vitaliteit Groep Nederland: *'Handleiding VitaliteitQuotiënt'*.
24. Volksgezondheidszorg.info: *'Levensverwachting - Cijfers & Context'* (2018); *'Preventie'* (2019).
25. VWS -Taskforce: *'De Juiste Zorg op de Juiste Plek'* (maart 2019).
26. Wikipedia
27. WHO: *'World Health Statistics 2012'*.
28. ZonMw: www.zonmw.nl - *'Onderzoek en Resultaten'*
29. Zorg Instituut: *'Zinnige Zorg - Screeningsfase Systematische Analyse GGZ'* (juli 2018).

VERKLARENDE WOORDENLIJST

Agorafobie	pleinvrees; psychische aandoening die gezien wordt als onderdeel van verschillende angststoornissen.
AKWA GGZ	Alliantie Kwaliteit in de Geestelijke GezondheidsZorg: Werkt onder regie van patiënten, hun naasten en zorgprofessionals aan betere kwaliteit van zorg.
Algemene Rekenkamer	onafhankelijk orgaan dat controleert of de uitgaven van de Nederlandse rijksoverheid rechtmatig en doelmatig zijn.
ALS	Amyotrofische Laterale Sclerose; ernstige ziekte van het zenuwstelsel waarbij spieren geleidelijk dunner en minder krachtig worden.
AOW	Algemene Ouderdomswet: regelt het verplichte, collectieve ouderdomspensioen.
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming: Europese verordening die de regels voor de verwerking van persoonsgegevens door particuliere bedrijven en overheidsinstanties in de hele Europese Unie standaardiseert.
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: voor niet individueel verzekerbare ziektenkostenrisico's.
BES-eilanden	de eilanden Bonaire, Sint-Eustatius en Saba.
BNP	Bruto Nationaal Product: de totale toegevoegde waarde van alle goederen en diensten die in een bepaalde periode door een land wordt geproduceerd.
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek: verzamelt data over de Nederlandse samenleving.
Chronische LGZ-zorg	beschikbare (levens-)lange zorg (begeleiding) bij chronische (Leefstijl Gezondheids-) ziekte of klacht.
Complementaire hulp- en dienstverlening	hulp- en dienstverlening, die aanvullend is op de gezondheidszorg binnen Leefstijl Gezondheidszorg; veelal betrokken bij de Dynamische Omgevingsfactoren (o.a. sociaal-maatschappelijke, sociaaleconomische, financiële en juridische hulp- en dienstverlening).
Consultatiebureau	instelling waar men terecht kan voor preventieve gezondheidszorg; advies over de gezondheid van kinderen, seksualiteit, alcohol en drugs en antroposofie.
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease; chronische longziekte.
Curatieve LGZ-zorg	medisch specialisten binnen Leefstijl Gezondheidszorg, die door middel van een medische ingreep of behandeling, zorgconsumenten genezen van hun klachten.
CVRM	Cardiovasculair risicomanagement: behelst de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaat- ziekten, inclusief leefstijladvisering en begeleiding bij patiënten met een verhoogd risico op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten.

DBC	Diagnose Behandeling Combinatie; hierin zitten alle kosten van de behandeling, dus ook de foto's, de laboratoriumonderzoeken en verpleging.
Decentralisatie (jeugdzorg)	gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Een deel van deze taken hebben de gemeenten overgenomen van de Rijksoverheid.
Diagnosticeren	techniek of handeling om een oorzaak te vinden van een gevolg aan de hand van de optredende verschijnselen.
Digibeeet	iemand die niet met digitale media om kan gaan.
Discriminatie	onrechtmatig onderscheid maken tussen mensen of groepen; niet gelijk behandelen van gelijke gevallen.
Domeingericht	zich richten op het eigen terrein van expertise en andere mogelijkheden daarmee bij voorbaat uitsluiten, zowel bij diagnosticeren als behandeling/begeleiding.
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: handboek dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient.
Dynamische omgeving	onderdeel van Leefstijl Gezondheidszorg en hoofdgebied van het VitaliteitQuotiënt: bestaat uit de deelgebieden: werk, sociaal, maatschappelijk, financieel, juridisch: complementaire hulp- en dienstverlening binnen Leefstijl Gezondheidszorg.
Dyslexie	beperkt kunnen lezen en/of schrijven.
Dysthymie	depressieve klachten die tenminste twee jaar aanwezig (chronisch) zijn; gaat gepaard met minder verschijnselen dan een 'gewone' depressie.
ECG	ElektroCardioGram; registreert de elektrische prikkel die de spiercellen in het hart laat samentrekken; grafische weergave van de elektrische activiteit in de hartspier.
e-Community	groep mensen die via social media contact heeft, dat kan e-Health zijn.
e-Health	het toepassen van informatie- en communicatietechnologie ten dienste van de gezondheidszorg.
Elektronisch Patiëntendossier	Elektronisch Patiëntendossier: softwaretoepassing waarbij medische patiëntengegevens in digitale vorm bewaard en beschikbaar gemaakt worden. Het doel van een EPD is meestal het huidige of toekomstige zorgproces rondom een patiënt te ondersteunen.
Esculaap	oud Grieks symbool geassocieerd met de Griekse halfgod Asclepius, astrologie en met medicijnen en genezing. De slang staat in de esculaap symbool voor de genezing, omdat dit dier zijn huid kan afwerpen, hetgeen staat voor herboren worden en genezing, maar ook door zijn beet de dood kan brengen. Nu gebruikt door artsen en apothekers.
Evidence-based	het uitvoeren van een handeling door een beroepsbeoefenaar op zo'n wijze dat de uitvoering is gebaseerd op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid.

Expertise LGZ-zorg	bestaat uit: Specialistische LGZ-zorg, Curatieve LGZ-zorg, Chronische LGZ-zorg.
Florence Nightingale	Brits verpleegkundige, sociaal hervormer, statistica en mystica; grondlegger van de moderne verpleegkunde.
Front-office (LGC)	voorpost van een Leefstijl Gezondheidscentrum waar iedere burger van de gemeente, plaats, wijk terecht kan voor diverse zorg-, hulp- en dienstverlening.
Fysieke Leefstijl Gezondheid	onderdeel van Leefstijl Gezondheidszorg en hoofdgebied van het VitaliteitQuotiënt: bestaat uit de deelgebieden: lichamelijke gezondheid, bewegen, voeding: vergelijkbaar met huidige Zorg.
Generalistische LGZ-zorg	eerstelijnszorgverleners op de gebieden mentale en fysieke gezondheid en de invloed van de dynamische omgeving binnen Leefstijl Gezondheidszorg.
Gezondheid	definitie Stichting IGZ Plus: de individuele situatie waarin de fysieke, mentale en sociaal-maatschappelijke kwaliteit van leven, zoveel mogelijk onder eigen regie en verantwoordelijkheid, is geoptimaliseerd en niet slechts de afwezigheid van ziekte of beperking.
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst: waakt over de volksgezondheid en calamiteiten die zich kunnen voordoen.
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg.
GGZ Nederland	De Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid en verslavingszorg is een organisatie van aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland.
GZ-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog; BIG-geregistreerde psycholoog, werkzaam in de gezondheidszorg.
ICD-10 Code	Code van International Classification of Diseases: internationaal gehanteerde lijst van ziekten, bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie.
IKNL	Integraal Kankercentrum Nederland.
Jeugdwet	in de Jeugdwet staan de taken van gemeenten opgesomd, bijv. aan jongeren met een beperking, stoornis, aandoening of opgroei problemen.
JGZ	jeugdgezondheidszorg.
Kind met een 'rugzakje'	tot het schooljaar 2014-2015 de populaire benaming voor de regeling voor leerlinggebonden financiering; door het ministerie van OCW ingesteld voor kinderen, die extra ondersteuning/zorg nodig hebben.
KWF	Koningin Wilhelmina Fonds: stichting Kankerbestrijding Nederland.
Leefstijl Gezondheidscentrum	LGC: multidisciplinair gezondheidscentrum, waarbinnen professionals uit lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg samenwerken met complementaire hulp- en dienstverleners volgens de visie van Leefstijl Gezondheidszorg.

Leefstijl Gezondheidsplanning	LGZ-planning: plannen van alle (medische) zorg en hulp die een zorgconsument nodig heeft van geboorte tot overlijden. Basis is het VitaliteitQuotiënt.
Leefstijl Gezondheidszorg- (LGZ-) planning	planning van de te verwachten zorg binnen Leefstijl Gezondheidszorg, berekend a.d.h.v. de resultaten op het VitaliteitQuotiënt.
Leefstijlgeneeskunde	het therapeutisch gebruik van evidence-based voedings- en leefstijl-interventies.
LGC	Leefstijl Gezondheidscentrum: multidisciplinair gezondheidscentrum, waarbinnen professionals uit lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg samenwerken met complementaire hulp- en dienstverleners volgens de visie van LGZ.
LGZ	Leefstijl Gezondheidszorg.
LGZ-basisopleiding	opleiding om kennis te nemen van de basisbeginselen van Leefstijl Gezondheidszorg; de relatie tussen mentale en/of fysieke gezondheid en de negatieve en positieve invloed uit de omgeving.
LGZ-basiszorg	huisarts (+POH-LGZ), apotheek, tandarts, mantelzorger (<i>informatie, eerste hulp, voorlichting, preventie</i>), gemeente (<i>pgb, Wmo, schuldhulpverlening</i>), juridisch loket (<i>juridisch advies</i>).
LGZ-coördinator	aanspreekpunt van de zorgconsument op het gebied van alle 11 deelgebieden; weet wat speelt bij de zorgconsument; communiceert met specialisten en bespreekt de voortgang met de zorgconsument; zorgt voor betere en snellere behandeling/begeleiding; verlicht de taken van de huisarts.
LGZ-kwaliteitsmanager	is verantwoordelijk voor de correcte toepassing van LGZ binnen elke praktijk, organisatie of instelling binnen de definities van Leefstijl Gezondheidszorg.
LGZ-opleider	docent/trainer, die Leefstijl Gezondheidszorg doceert.
LGZ-planning	Leefstijl Gezondheidsplanning: plannen van alle (medische) zorg en hulp die een zorgconsument nodig heeft van geboorte tot overlijden. Basis is het VitaliteitQuotiënt.
LGZ-procesbeheerder	huisarts (en POH).
LGZ-zorgverlener	zorgverlener die werkt in één van de hoofd- en/of deelgebieden van Leefstijl Gezondheidszorg.
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging.
Life events	levensgebeurtenissen die positief of negatief het gevoel van geluk en tevredenheid beïnvloeden.
MEC	Multidisciplinaire Expertise Centrum; biedt behandeling en/of begeleiding bij complexe problematiek; tevens onderzoekscentrum Leefstijl Gezondheidszorg.

Mentale Leefstijl Gezondheid	onderdeel van Leefstijl Gezondheidszorg en hoofdgebied van het VitaliteitQuotiënt: bestaat uit de deelgebieden: psychische gezondheid, welzijn, zingeving; vergelijkbaar met huidige GGZ.
MIND	initiatief van Fonds Psychische Gezondheid; doel: psychische problemen voorkomen, ondersteunen van mensen die te maken hebben met psychische klachten en zorgen voor meer openheid en begrip.
Mindset	denkstijl of geesteshouding die bepaalt hoe je naar jezelf en je kwaliteiten en vaardigheden kijkt.
MMSE	Mini-Mental State Examinatie; vragenlijst/screener om de ernst van een cognitieve stoornis vast te stellen.
NFK	Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties.
Nivel	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg; wetenschappelijk en beleidsondersteunend onderzoek.
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek; heeft tot taak het wetenschappelijke onderzoek in Nederland te bevorderen.
OCD	obsessieve-compulsieve stoornis; speciale vorm van angst, waarbij men dwanghandelingen en/of dwanggedachten ervaart; vaak staat het hele leven in het teken van deze gedachten en handelingen.
ODD	gedragsstoornis die voornamelijk ontstaat tijdens de kinderjaren of adolescentie. Het kenmerkt zich door aanhoudend agressief gedrag en de neiging om anderen opzettelijk lastig te vallen en te irriteren.
Omgevingsfactoren	hoofdgebied Dynamische Omgeving(-sfactoren): factoren die invloed hebben op mentale en fysieke gezondheid, zoals werk (inkomen), sociaal, maatschappelijk, financieel, juridisch.
Parkinson (ziekte van)	progressieve, neurologische aandoening waarbij de aansturing van spieren wordt aangetast.
Patiënten Federatie	koepelorganisatie van verschillende patiëntenverenigingen. Nederland
PDD-nos	Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified - pervasieve ontwikkelingsstoornis niet nader omschreven; valt onder autismespectrumstoornissen (ASS).
PDW	psychodiagnostisch werkende: verricht diagnostisch psychologisch onderzoek.
Persoonlijke GezondheidsOmgeving	PGO: persoonlijk digitaal medisch dossier; waarbij men eigen beheer over medische gegevens heeft.
Pgb	persoonsgebonden budget; geldbedrag waarmee mensen met of zonder beperking hun eigen zorg kunnen inkopen.
PGO	Persoonlijke GezondheidsOmgeving: persoonlijk digitaal medisch dossier; waarbij men eigen beheer over medische gegevens heeft.

Physician Assistant	is een zorgverlener die medische taken overneemt van de medisch specialist; mag zelfstandig werken onder supervisie medisch specialist.
POH-LGZ	Praktijk Ondersteuner Huisarts Leefstijl Gezondheidszorg: POH werkzaam binnen Leefstijl Gezondheidszorg.
Psychodiagnostisch werkende	PDW: verricht diagnostisch psychologisch onderzoek.
PTSS	Posttraumatische Stressstoornis; lange, heftige stressreactie op een schokkende gebeurtenis (trauma).
RAV-regio's	Regionale Ambulance Voorziening; Nederland telt 25 RAV-regio's. In iedere regio heeft het ministerie van VWS een Regionale Ambulancevoorziening (RAV) aangewezen, die verantwoordelijk is voor de ambulancezorg in die regio.
Referentiegemeente	proefgebieden voor Leefstijl Gezondheidszorg(centra).
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu: een kennis- en onderzoeks-instituut, gericht bevordering van volksgezondheid, gezond, veilig leefmilieu.
ROM	Routine Outcome Monitoring: de methodiek in de geestelijke gezondheidszorg waarbij regelmatig metingen gedaan worden van de toestand van de cliënten met het oog op evaluatie en eventueel bijsturing van de behandeling.
Samen Sterk Zonder Stigma	organisatie, die werkt aan openheid over psychische klachten, tegen stigma en geeft advies hieromtrent.
SBG	Stichting Benchmark GGZ: opgevolgd door Akwa GGZ: onafhankelijke kenniscentrum voor GGZ-instellingen en zorgverzekeraars in Nederland.
Sociale euro	kosten die gemaakt worden door de Nederlandse overheid t.b.v. de Nederlandse burger, die direct of indirect te maken hebben met gezondheidszorg, zoals sociale uitkeringen.
Somatiek	verwijst naar alle behandelingen die betrekking hebben op het menselijk lichaam.
Somatisch	lichamelijk.
Specialistische LGZ-zorg	(medisch) LGZ-specialisten in een ziekenhuis of andere instelling.
SPV'er	sociaalpsychiatrisch verpleegkundige.
Stichting IGZ Plus	Stichting Integrale Gezondheidszorg Plus.
Stichting Orange Monday Foundation	voorloper van Stichting IGZ Plus.
Stigma	brandmerk dat aan een bepaald persoon, groep personen of zaak wordt gekoppeld; negatief vooroordeel zijn dat leeft onder een bevolkingsgroep.
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek; onafhankelijke onderzoeksorganisatie.

Toegepast psycholoog	TP: gebruikt psychologische methoden en psychologische wetenschap om praktische problemen in verschillende gebieden op te lossen.
TP	toegepast psycholoog: gebruikt psychologische methoden en psychologische wetenschap om praktische problemen in verschillende gebieden op te lossen.
Triage	het beoordelen van patiënten in verschillende categorieën verdeeld naar de ernst van het ziektebeeld.
Trimbos Instituut	landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg.
Tripartite	driedelig of drieledig.
UMC	Universitair Medisch Centrum: ziekenhuis verbonden aan een universiteit.
UWV	uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen is een Nederlandse overheidsinstelling die verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de werknemersverzekeringen.
Vitaliteit	definitie Stichting IGZ Plus: mentale en fysieke veerkracht en weerbaarheid om de kwaliteit van leven te optimaliseren, zowel privé als qua werk.
Vitaliteit Expert	opgeleid om het VitaliteitQuotiënt te kunnen berekenen en interpreteren en aan de hand hiervan een rapportage te schrijven. Veelal zzp'er.
Vitaliteit Groep Nederland	kennis- en opleidingsinstituut binnen Leefstijl Gezondheidszorg (LGZ); ontwikkelde het VitaliteitQuotiënt als universeel intake-instrument voor professionals; kennispartner van Stichting IGZ Plus.
VitaliteitQuotiënt	VQ; digitaal universeel intake-instrument (vragenlijst), ontwikkeld door Vitaliteit Groep Nederland.
VQ	VitaliteitQuotiënt; digitaal universeel intake-instrument (vragenlijst), ontwikkeld door Vitaliteit Groep Nederland.
VQ-Adult	VitaliteitQuotiënt voor volwassenen (18-65 jaar).
VQ-app	mobiele applicatie (op smartphone, tablet of pc), waarmee het VQ (VitaliteitQuotiënt) voortdurend kan worden gemeten/herberekend.
VQ-Junior	VitaliteitQuotiënt voor kinderen en jeugd (8-18 jaar).
VQ-opleiding	opleiding om te leren werken met het VitaliteitQuotiënt; berekenen, interpreteren, interviewen, rapporteren, adviseren.
VQ-rapport	rapportage, tot stand gekomen na berekening van het VitaliteitQuotiënt. Aan de hand hiervan kan een behandelplan worden opgesteld.
VQ-Senior	VitaliteitQuotiënt voor ouderen (vanaf 65 jaar).

VQ-specialist	opgeleid om het VQ te kunnen berekenen en te interpreteren en aan de hand hiervan een rapportage te schrijven. Binnen Leefstijl Gezondheidszorg een Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH), psychodiagnostisch medewerker (PDW) of toegepast psycholoog (TP).
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, de voorloper van de WIA.
Welbevinden	mate waarin iemand zich lichamelijk, geestelijk en sociaal goed voelt.
Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg	Wvggz: vervangt Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz); biedt handvatten om meer ambulant en preventief hulp te bieden aan mensen met geestelijke problemen die niet vrijwillig in zorg gaan.
WHO	World Health Organization: gespecialiseerde organisatie van de Verenigde Naties met als doel in kaart brengen wereldwijde aspecten van de gezondheidszorg, activiteiten op het gebied van de gezondheidszorg te coördineren en de gezondheid van de wereldbevolking te bevorderen.
Wia	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen is wet die op 29 december 2005 in werking is getreden; opvolger van de WAO.
Wlz	Wet langdurige zorg.
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning.
WSNP	Wet schuldsanering natuurlijke personen.
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg: vervangt Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz); biedt handvatten om meer ambulant en preventief hulp te bieden aan mensen met geestelijke problemen die niet vrijwillig in zorg gaan.
Ziektewet	Nederlandse wet die regelt dat zieke werknemers, in gevallen waarbij de loondoorbetalingsverplichting voor de werkgever bij ziekte niet van toepassing is, recht hebben op een uitkering.
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie; financieringsorganisatie voor innovatie en onderzoek in de gezondheidszorg.
Zorgconsument	eenieder die behandeling of begeleiding behoeft in de vorm van genezende, verzorgende en/of ondersteunende hulp- en/of dienstverlening op fysiek, mentaal of sociaal-maatschappelijk, financieel en/of juridisch gebied.
Zorgplanning	planning van de te verwachten zorg.
Zvw	Zorgverzekeringswet.