

# Innovaties voor zelfmanagement: ontwikkelen van diensten en technologie voor duurzame gezondheidszorg

O.A. Blanson Henkemans,<sup>1</sup> J.J.W. Molema,<sup>1</sup> L.L. Alpay,<sup>1</sup> M. Schoone,<sup>1</sup> W. Otten,<sup>1</sup> P.J.M. van der Boog,<sup>1,2</sup> A.J.M. Rövekamp,<sup>1</sup> M.J.C. Hilgersom,<sup>1</sup> A.C.M. Dumay<sup>1,3</sup>

*De Nederlandse bevolking vergrijst en heeft te maken met een toename van patiënten met een of meer chronische ziekten, zoals diabetes, hartfalen, nierziekten of dementie (Figuur 1). Deze demografische ontwikkeling, waarbij er meer ouderen zijn en minder jongeren, leidt tot een toename in de zorgvraag over een langere levensperiode en een afname in de potentiële arbeidskracht in de zorg.<sup>1</sup> De verwachting is dan ook dat in 2025 een op de drie patiënten geen adequate toegang heeft tot professionele zorg.<sup>2</sup>*

## INLEIDING

Om deze disbalans in zorgvraag en -aanbod te voorkomen zal de conventioneel medische zorg aangevuld moeten worden met psychosociale ondersteuning, waarin er meer nadruk ligt op bevordering van zelfmanagement. Met zelfmanagement bedoelen wij activiteiten die individuen uitoefenen en beslissingen die zij nemen samen met hun omgeving, inclusief partner, vrienden, familie, gemeenschappen en zorgverlener, om met hun aandoening om te gaan en de progressie en impact ervan te minimaliseren. Zelfmanagement richt zich dus op het stimuleren van zelfmanagementactiviteiten, met als doel het maximaliseren van gezondheids- en welzijnspotentie.<sup>3</sup> Daarnaast richt het zich op iemands toegang tot gezondheidsinformatie, op basis waarvan effectieve keuzes gemaakt kun-

nen worden om te komen tot gewenste acties en uitkomsten.<sup>4</sup> Tot slot organiseren patiënten bij zelfmanagement hun therapie in partnerschap met de zorgverlener.<sup>5</sup>

Uit deze beschrijving kunnen we opmaken dat het uitoefenen van zelfmanagement veel vereist van de patiënt. Een belangrijke vraag die hieruit volgt is: hoe wordt zelfmanagement gerealiseerd en hoe kan de patiënt hier het beste bij worden ondersteund? Om deze vraag te beantwoorden weidt dit artikel verder uit over de uitvoer van zelfmanagement. Dit gebeurt aan de hand van voorbeelden rond diabetes mellitus en andere chronische ziektebeelden. Er is ook aandacht voor de vraag hoe innovaties op het gebied van ondersteunende diensten en technologie succesvol geïntroduceerd kunnen worden.

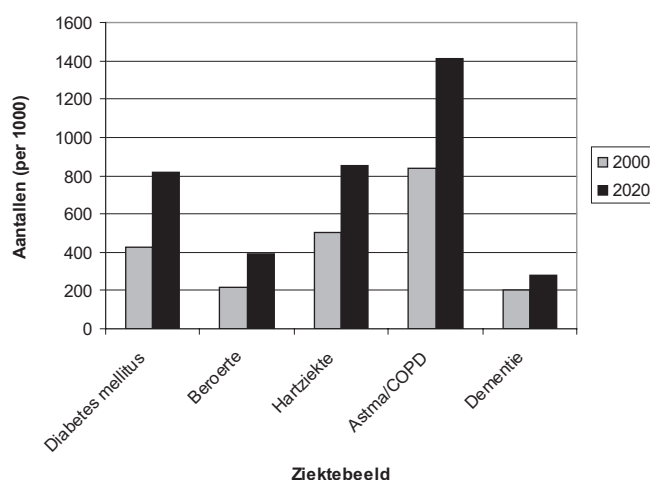
Forum biedt onder meer plaats aan ingezonden commentaren en reacties, korte praktijkbijdragen, congresverslagen en boekbesprekingen. Aanwijzingen inzake lengte, opmaak en wijze van inzending (per e-mail) zijn verkrijgbaar bij het redactiesecretariaat. De redactie behoudt zich het recht voor om te redigeren en/of te bekorten.

Forum

## ASPECTEN VAN ZELFMANAGEMENT

### Inzicht in eigen gezondheid

Zelfmanagement betekent voor patiënten in de eerste plaats het ontwikkelen van inzicht in de eigen gezondheid. Diabetespatiënten worden geconfronteerd met een grote variatie aan informatie: wat is de ziekte, wat heeft het voor consequenties en wat kan hij of zij er zelf aan doen. Voeding, lichamelijke activiteiten, bloeddruk- en glucosemetingen en medicatie komen allemaal aan bod. Het is belangrijk voor de patiënt goed zijn of



**Figuur 1** Top 5 groeiend patiëntengroepen met een chronische aandoening, tussen 2000 en 2020.<sup>1</sup>

haar medische geschiedenis, huidige conditie en gezondheidsprognose te bevatten.<sup>6</sup>

Een Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD) maakt het digitaal zoeken, invoeren, organiseren en delen van gezondheidsgegevens door de patiënt mogelijk en kan helpen bij het ontwikkelen van dit inzicht.<sup>7</sup> Daarnaast kan een PGD informatie aanbieden over gezondheid en de organisatie van de zorgverlening en toegang bieden tot medische gegevens in het Elektronische Patiënten Dossier (EPD), dat wordt gebruikt door de zorgverlener, zodat de patiënt medische gegevens kan opvragen. Ten slotte kan de behandelend arts, wanneer de patiënt daar toestemming voor geeft, bij diagnosestelling en monitoring gebruik maken van gegevens die de patiënt zelf heeft vastgelegd. Omdat het om persoonlijke gegevens gaat is het van groot belang dat betrouwbaarheid en veiligheid worden gegarandeerd.

#### Geïnformeerde beslissingen over zelfmanagement

Patiënten kunnen vervolgens op basis van informatie op maat, die zij krijgen van een zorgverlener of hulpverlenende instantie, en inzichten in hun eigen gezondheid beslissingen nemen over hoe om te gaan met hun ziekte. Mensen met chronisch hartfalen kunnen bijvoorbeeld kiezen tussen verschillende zelfmanagementmogelijkheden (zoals medicatie-inname en verandering in levensstijl). Deze hebben ieder een eigen effect op enerzijds de gezondheid en anderzijds op belangrijke levensdomeinen zoals werk, gezin, sociale leven en hobby's.

Het gebruik van een online Keuzehulp kan helpen dit keuzeprobleem te structureren en op te lossen door de verschillende mogelijkheden en consequenties

naar waarde in te schatten.<sup>8</sup> Een Keuzehulp biedt kennis over de keuzes, reële inschatting van de mogelijke gevolgen, oplossing van keuzeproblemen en vergroting van de deelname aan het zorgproces. Hiermee worden de effecten van een behandeling op de gezondheid en op de huidige levensstijl, in relatie met normen en waarden, helder in kaart gebracht en keuzes vereenvoudigd.<sup>9,10</sup>

#### Zelfmanagement en kwaliteit van leven

De volgende stap in zelfmanagement is het aanleren van gekozen zelfmanagementactiviteiten en het toepassen ervan in het dagelijkse leven. Hierbij is niet alleen de gezondheid, maar ook sociaal en geestelijk welzijn belangrijk. Ter illustratie: mensen met chronische nierinsufficiëntie moeten hun zoutinname minimaliseren, wat sociale activiteiten, zoals uit eten gaan, kan belemmeren. Wanneer een belemmering te groot wordt kan dit de gezonde intenties ondermijnen.

Coachen door middel van het motiveren tot opstellen, behalen en onderhouden van persoonlijke gezondheidsdoelen, kan de ontwikkeling van zelfmanagementgewoontes stimuleren. Tabel 1 beschrijft de stappen van coachen: in kaart brengen van de huidige gezondheid, stellen van gezondheidsdoelen, doelpaden en doelrealisatie. Onderzoek toont aan dat wanneer patiënten deze stappen systematisch doorlopen de kans sterk toeneemt dat zij zelfmanagementactiviteiten als dagelijkse gewoonten aannemen.<sup>11-14</sup> Vooral wanneer zij goed worden gemonitord en feedback ontvangen in de vorm van stimulerend advies en empatische begeleiding, waarbij zelfvertrouwen en zelfredzaamheid worden vergroot.<sup>15</sup> Een computercoach kan een deel van deze taken op zich nemen. Deze eCoach kan een patiënt bijvoorbeeld

thuis elektronisch monitoren en feedback bieden over het wel of niet behalen van persoonlijke levensstijldoelen.<sup>16</sup> Zodoende kan de extra belasting op de zorgverlener door coaching, gemitigeerd worden.

#### Ondersteuning uit de omgeving

Niet alleen de activiteiten van de patiënt zelf, maar ook de omgeving van de patiënt draagt bij aan zelfmanagement. Mensen blijven vaak het liefst zo lang mogelijk zelfstandig in hun veilige en bekende omgeving wonen.<sup>17</sup> Voor mensen met vroege dementie bijvoorbeeld, die mogelijk met hun partner leven, betekent dit dat zij, met de hulp van (formele en informele) zorgverleners, zelfredzaam moeten zijn en de gewenste zorg moeten organiseren in hun woonomgeving. Het is dus belangrijk dat de patiënt weet wie hij of zij in de directe woonomgeving moet raadplegen om daarover afspraken te maken.

Toegankelijke informatie over alle diensten, die in de eigen woonomgeving aanwezig zijn, is hiervoor een belangrijk uitgangspunt. Onderdeel hiervan zijn aanpassingen van de woning en woonomgeving, bijvoorbeeld introductie van domotica, het gebruik maken van het aanbod van professionele zorgverlening en mantelzorg. Het is belangrijk dat deze zorg een integraal geheel vormt en aan de patiënt en diens naaste verzorger wordt geboden.

## INNOVATIES VOOR ZELFMANAGEMENT

Zoals per zelfmanagementaspect wordt aangehaald kan zelfmanagement worden bevorderd door het innovatief inzetten

**Tabel 1 De verschillende coachonderdelen: assessment, opstellen doel en doelpad, doelrealisatie, en monitoring en feedback.**

Coach stadium	Definitie
<b>Assessment</b>	
Pre-assessment	Pre-assessment van factoren voor het verkrijgen van inzicht in gezondheidsconditie. Deze informatie kan gebruikt worden ter voorbereiding van medisch consult.
Medisch Consult	Anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek om te komen tot een diagnose en behandelplan.
Assessment	Assessment van de patiëntperceptie van de diagnose door middel van toetsing en waardering.
<b>Doel en doelpad</b>	
Opstellen doel and doelpad	Toetsing van patiënt begrip van de voorgeschreven behandeling, opstellen en internaliseren van doel en doelpad en vertaling van doelpad naar concrete zelfmanagementactiviteiten.
<b>Doelrealisatie</b>	
Behalen doel	Behalen van doelen
Onderhouden doel	Onderhouden van doelen en ontwikkelen van gewoonten
<b>Monitoren en feedback</b>	
Monitoring en Feedback	Iteratief monitoren van het doel, zelfmanagementactiviteiten en doelrealisatie. Daarbij feedback aanbieden op basis van verschillen tussen huidige en beoogde conditie en faciliteren van zelfreflectie.

van diensten en technologie, maar hierbij gelden een aantal belangrijke richtlijnen. Onder diensten valt de menselijke ondersteuning, die wordt aangeboden op het gebied van zorg en welzijn. Men kan denken aan de eerder genoemde mantelzorg, maar ook aan de wijkverpleegkundige en de zorgverzekeraar. Om deze integraal te laten werken kan het Chain of Effect model worden gevolgd, waarin zorgverleners en aanbieders, ten behoeve van zelfmanagement, onderdeel uitmaken van een complex systeem rondom de patiënt. In het model worden vier niveaus van zorgdiensten gespecificeerd.<sup>18</sup> Dit zijn:

- **Patiënt en omgeving:** Deze zorgdiensten worden direct aan de patiënt in de eigen omgeving aangeboden door bijvoorbeeld mantelzorg en thuiszorg;
- **Zorg-microsysteem:** Deze diensten worden in de vorm van een kleine zorg-eenheid aangeboden, zoals door de huisarts, apotheker, fysiotherapeut of en diëtist;
- **Zorgorganisatie:** Hierbij gaat het om de overkoepelende systemen waarbinnen de microsystemen acteren, zoals zorggroepen en ziekenhuizen;
- **Zorgomgeving:** Hierbij gaat het om de faciliterende diensten, zoals wet- en regelgeving, overheidsbeleid en financiering (zorgverzekering).

Voor het succesvol aanbieden van zorgdiensten zal dwars over de verschillende zorgniveaus verandering moeten worden doorgevoerd. Hierbij treden een aantal barrières op, zoals gebrek aan een eenduidige lijn tussen de partijen binnen de verschillende niveaus, weinig animo voor investering in herstructurering van dienstenaanbod, onnatuurlijke financieringsmechanismen en conflicterende regelgeving.<sup>18,19</sup> Deze barrières moeten worden

geslecht voordat de diensten succesvol uitgevoerd kunnen worden.

Informatie en Communicatie Technologieën (ICT) in de zorg, oftewel eHealth,<sup>20</sup> ondersteunt gepersonaliseerde dienstenaanbod ter ondersteuning van zorgverbetering en stimulering van zelfmanagement.<sup>21,22</sup> Voorbeelden van eHealth-initiatieven zijn de eerder besproken PGD en EPD en ook beveiligde communicatiediensten, online medische encyclopedieën en fora waar gezondheidsonderwerpen besproken worden.<sup>23</sup> Deze technologieën worden steeds vaker ingezet om kennisoverdracht en zorgdiensten effectiever, efficiënter en naar tevredenheid van de betrokkenen te krijgen.

Toch is het een uitdaging om eHealth succesvol voorbij de ontwikkelfase te trekken en financieel onafhankelijk te maken.<sup>24</sup> In een recente definitiestudie naar het rendabel ontwikkelen en implementeren van eHealth toepassingen kwamen een aantal barrières naar voren:<sup>25</sup>

- Door de huidige organisatie van de zorg is er onvoldoende stimulans voor zorgverleners, verzekeraars en industrie om in eHealth te investeren.<sup>19</sup>
- Wet- en regelgeving zijn onvoldoende afgestemd op de veranderende verhoudingen tussen en verantwoordelijkheden van zorgverlener en zorgvrager (eventueel met mantelzorger).<sup>19</sup>
- Er is te weinig draagvlak onder zorgverleners en -vragers voor zorginnovaties, vaak als gevolg van gebrekkige voorlichting.<sup>19</sup>
- eHealth wordt vooral ontwikkeld vanuit het zorgaanbodperspectief, terwijl de patiënt en zorgverlener meer baat hebben bij technologieën die aansluiten op de zorgvraag.<sup>26</sup>

- Er is gebrek aan empirische kennis over de voor- en nadelen van eHealth in relatie tot gezondheid, zorg en kostenreductie.<sup>24</sup>
- De technische ontwikkelingen op het gebied van eHealth zijn te fragmentarisch en te weinig gebaseerd op standaarden die opschaling en interoperabiliteit bevorderen.<sup>27</sup>

Deze eHealth-barrières komen sterk overeen met de barrières genoemd bij de implementatie van innovatieve zorgdiensten.<sup>18</sup> Dit is niet toevallig. Per slot van rekening worden eHealth-diensten ingezet om de menselijke dienstverlening te ondersteunen en is doorvoering van eHealth dus een vorm van zorginnovatie.

Verder bracht de definitiestudie twee belangrijke richtlijnen voort om deze barrières te slechten. Ten eerste vereist de ontwikkeling van eHealth een gebruikersgeoriënteerde ontwerpaanpak (in het Engels "User-Centered Design" genoemd). Iteratief worden gebruikers bij ontwerp en evaluatie van eHealth betrokken met als inzet kwaliteit van leven en gezondheid van de patiënt; tevredenheid van de zorgverlener; effectiviteit en efficiëntie van het zorgproces.<sup>28</sup> Ten tweede is aansluiting op een breed gedragen Chronic Care Model programma (ook wel Disease Management genoemd) van belang.<sup>29</sup> Dit programma moet worden gedragen door de overheid en gebaseerd zijn op sterke samenwerking tussen de patiënt en omgeving, het zorg-microsysteem, de zorgorganisatie en de zorgomgeving. Daarnaast spelen ook ICT-leveranciers en onderzoeksinstituten een rol. Om te schetsen hoe dit in de praktijk eruit ziet geeft Tabel 2 een overzicht van aandachtspunten bij de implementatie van het in begin 2009 geïntroduceerde landelijke Elektronische Patiëntendossier (EPD).

**Tabel 2 Voorbeelden van aandachtspunten bij de implementatie van het Elektronische Patiëntendossier (EPD) bij chronisch ziektebeelden per zorgniveau**

Zorgniveau	Aandachtspunt bij implementatie	
	Gebruikersgeoriënteerde ontwerpaanpak	Geïntegreerde zorg
<b>Patiënt en omgeving</b>	Aansluiten functionaliteiten van EPD op de zelfmanagement-behoefte bij chronische ziektebeelden in de thuissituatie	Ontsluiting EPD aan patiënten Financiering van EPD voor consumenten Faciliteren van zelfmanagement
<b>Zorg-microsysteem</b>	Aansluiten functionaliteiten van EPD op de behoeften van zorgverlener op de werkvloer	Faciliteren van geïntegreerde zorg en sluitende zorgketen
<b>Zorgorganisatie</b>	Eenvoudige, maar beveiligde toegang tot EPD voor alle betrokkenen in de zorgorganisatie	Invoeren technologische standaardisatie voor raadplegen en uitwisselen van gegevens tussen ziekenhuizen
<b>Zorgomgeving</b>	Opstellen van wegwijzer om beleidsbepalers inzicht te verschaffen in randvoorwaarden eHealth	Bepaling van wet- en regelgeving over wie welke gegevens mag inzien in het EPD

## DISCUSSIE

Om tegemoet te komen aan de disbalans in de zorgvraag en -aanbod wordt van patiënten verlangd dat zij zelfmanagement uitoefenen en de regie over hun zorg en gezondheid meer in eigen hand nemen. De focus ligt hierbij op vier aspecten. Dit zijn:

- Inzicht in de ziekte en eigen gezondheid;
- Geïnformeerd beslissen over zorg en zelfmanagement;
- Coachen van zelfmanagement met het oog op een goede kwaliteit van leven;
- Ondersteuning van de omgeving.

Dit artikel bespreekt deze aspecten en hoe patiënten hierbij kunnen worden ondersteund door middel van innovaties op het gebied van diensten en technologie.

Bij het ontwikkelen en introduceren van deze innovaties is het belangrijk goed te voldoen aan gebruikersbehoefte in relatie tot de zelfmanagementaspecten. Daarnaast wordt de ontwikkeling en implementatie van eHealth geplaatst binnen een integrale zorgaanpak met als leidraad de vier zorgniveaus uit het Chain of Effect model.<sup>18</sup> Dit betekent dat op ieder zorgniveau de innovatie moet worden doorgevoerd, waarbij wordt gelet op relaties tussen de patiënt en omgeving, het zorg-microsysteem, de zorgorganisatie en de zorgomgeving. Per niveau moeten bestaande barrières in innovaties voor zelfmanagement, op het gebied van financiering, wet- en regelgeving, zorgcultuur, know-how, empirische onderbouwing en technologische standaardisatie worden geslecht.<sup>25</sup>

Een manier om deze systematische toepassing van innovaties voor zelfmanagement te introduceren is via het Chronic Care Model (CCM). Deze brede programmatische aanpak waarbij een sluitende keten wordt gevormd bestaat uit een goede diagnostiek, behandeling en begeleiding en uit preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement.<sup>30-33</sup> Daarbij is het tenslotte van belang dat er één breed gedragen nationaal programma komt dat eenduidig wordt toegepast. Dit zal de kwaliteit van de zorg ten goede komen.<sup>29</sup> Concluderend kan door het inzetten van innovaties voor zelfmanagement aan de hand van de besproken aanpak een goede weg worden ingeslagen naar duurzame zorg.

## ABSTRACT

*Innovations for self-management: Innovative services and technology for sustainable health care*

The world population is graying and becomes more prone to chronic illnesses. This demographic development leads to an increased care demand, over a longer time span, and to a decrease in the potential health work force. Self-management can alleviate this imbalance in the care demand and supply. It aims at organizing the care around patients, who are more self-reliant and have greater responsibility over decisions and self-management activities affecting their health. It focuses on gaining insight in own health, informed medical decision-making, self-management coaching, and including the environment. Innovative services and technology can support self-management. However, throughout the development and implementation of these innovations, it is important to assess and adhere to user requirements in relation to self-management and in needs to take place within an integrated care approach, based on the Chain of Effect Model. When these guidelines are met, the introduction of innovations for self-management can contribute to a sustainable health care.

**Key words:** self-management, disease management, eHealth, Chain of Effect Model

## LITERATUUR

1. Berg Jeths Avd, Timmermans JM, Hoeymans N, Woittiez IB. Ouderen nu en in de toekomst : gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
2. Goris A, Mutsaers H. Ruimte voor arbeidsbesparende technologie om in 2025 voldoende zorg te bieden. Leiden: STG/Health Management Forum, 2008.
3. Lau DH. Patient empowerment. A patient-centred approach to improve care. Hong Kong Med J / Hong Kong Acad Med 2002; 8(5):372-4.
4. Alsop R, Heinsohn N. Measuring empowerment in practice : structuring analysis and framing indicators. Washington, D.C.: World Bank, Poverty Reduction and Economic Management Network, Poverty Reduction Group, 2005.
5. Aujoulat I, Marcolongo R, Bonadiman L, Deccache A. Reconsidering patient empowerment in chronic illness: a critique of models of self-efficacy and bodily control. Soc Sci Med 2008;66:1228-39.
6. Halme M, Hrauda G, Jasch C et al. Sustainable Consumer Services: Business Solutions for Household Markets. London; Sterling, VA: Earthscan, 2005.
7. Tang PC, Ash JS, Bates DW, Overhage JM, Sands DZ. Personal Health Records: Definitions, Benefits, and Strategies for Overcoming Barriers to Adoption. J Am Med Informatics Assoc 2006;13(2):121-6.
8. O'Connor AM, Stacey D, Rovner D et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2001;(3).
9. Thun MJ, Hannan LM, Stefanek M. Risky Business: Tools to Improve Risk Communication in a Doctors Office. J Nat Cancer Inst 2008;100:830-1.
10. Woloshin S, Schwartz LM, Byram S, Fischhoff B, Welch HG. A new scale for assessing perceptions of chance: a validation study. Medical Decision Making 2000;20(3):298-307.
11. Leventhal H, Weinman J, Leventhal EA, Phillips LA. Health Psychology: the Search for Pathways between Behavior and Health. Ann Rev Psychol 2008;59:477-505.
12. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behavioral Med 2003;26:1-7.
13. Maes S, Karoly P. Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. Appl Psychology 2005;54:267-99.
14. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. Am Psychol 2000;55:68-78.
15. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care helping patients change behavior. New York, New York: Guilford, 2008.
16. Blanson Henkemans OA, Boog PJMvd et al. An Online Lifestyle Diary with a Persuasive Computer Assistant Providing Feedback on Self-Management. Technology Health Care - Special Issue "Smart environments: technology to support health-care" 2009;17:253-67.



17. Vermeulen JNAM. Langer zelfstandig wonen en hoe ICT daarbij kan helpen : actieonderzoek naar de inzet van ICT ter ondersteuning van ouderen die zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen. Tilburg: Drukkerij Universiteit van Tilburg, 2006.
18. Berwick DM. A User's Manual For The IOM's 'Quality Chasm' Report. Health Affairs 2002;21:80-90.
19. Ken I. Innovatieplatform. Probleemanalyse Innovatie in de zorg. 2008. URL: <http://zorginnovatieplatform.nl/upload/file/Documentatie/Probleemanalyse%20Innovatie%20in%20de%20Zorg.pdf>
20. Eysenbach G. What is ehealth? Scope and definitions of an emerging field. Toronto: JMIR Publications, 2005.
21. Dumay AC. Innovating eHealth in the Netherlands. Studies Health Technology Informatics 2007;127:157-65.
22. Kushniruk AW, Borycki E. Human, social, and organizational aspects of health information systems. Hershey: Medical Information Science Reference, 2008.
23. Jimison HB, Gorman P, Woods S et al. Barriers and drivers of health information technology use for the elderly, chronically ill, and underserved. 2008. URL: <http://purl.access.gpo.gov/GPO/LPS105166>
24. Nooijer J.de, Veling ML, Ton A, de VH, de Vries NK. Electronic monitoring and health promotion: an evaluation of the E-MOVO Web site by adolescents. Health Educ Res 2008;23:382-91.
25. TNO. Bruggen slaan tussen gezondheid, zorg en vrager. Delft: TNO; 2009. Report No.: 34999.
26. Peeters JM, Francke AL. Monitor Zorg op afstand: Verslaglegging van de peiling eind 2008/begin 2009. Utrecht: NIVEL; 2009.
27. Stroetmann VN, Kalra D, Lewalle P, Rector A, Rodrigues JM, Stroetman KA, et al. Semantic Interoperability for Better Health and Safer Healthcare. European Communities; 2009. Report No.: KK-80-09-453-EN-C.
28. Vredenberg K, Isensee S, Righi C. User centered design : an integrated approach. Upper Saddle River, N.J.; London: Prentice Hall PTR; 2001.
29. Vrijhoef HJM, Steuten LMG. Innovatieve zorgconcepten op een rij: disease management (1). Tijdschr Gezondheidswet 2005;84:305-6.
30. Belkadi H. Disease management en de chronische ziekenzorg een analyse van 121 afgeronde ZonMW projecten. Den Haag: ZonMw, 2006.
31. Drewes HW, Boom JHC, Graafmans WC, Struijs JN, Baan CA. Effectiviteit van disease management: Een overzicht van de (internationale) literatuur. Bilthoven: RIVM, 2008.
32. Schrijvers G, Spreeuwenberg C, Laag Hvd, Rutten G, Nabarro G, Schene AH, et al. Disease management in de Nederlandse context. Utrecht: Igitur, 2005.
33. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Effective Clin Practice 1998;1(1).

**CORRESPONDENTIEADRES**

**O.A. Blanson Henkemans,  
Wassenaarseweg 56, 2333 AL  
Leiden, tel: 071-51 81654, e-mail:  
olivier.blansonhenkemans@tno.nl**

## Crossing borders: impressies en impact van de internationale cursus Public Health

Reinhard de Jong,<sup>1</sup> Tamara van Keulen,<sup>1</sup> Mariël Droomers,<sup>1,2</sup> Pim van Arkel,<sup>3</sup> Karien Stronks<sup>1</sup>

*De publieke gezondheid is al lang niet meer een nationale aangelegenheid. Zo zijn infectieziekten een goed voorbeeld van een grensoverschrijdend volksgezondheidsprobleem, dat noodzaakt tot internationale samenwerking. In de (nieuwe) lidstaten van de Europese Unie en in de buurlanden van de EU is een sterke behoefte aan mogelijkheden om internationale expertise en ervaringen uit te wisselen en om de nationale en internationale collegiale netwerken te versterken. Het MTEC-programma (Matra Training for European Cooperation) van het Ministerie van Buitenlandse Zaken voorziet in deze behoefte.*

### GRENDOVERSTIJGEND OPLEIDEN EN SAMENWERKEN

De NSPOH heeft in samenwerking met het AMC en met medewerking van het RIVM en het Ministerie van VWS in de afgelopen twee jaar de MTEC-cursus Applied Public Health uitgevoerd voor nieuwe en kandidaat-lidstaten van de EU en enige buurlanden. De cursus van twee weken beoogt leidinggevend, programmamanagers en beleidsmedewerkers uit deze landen uit de publieke volksgezondheidssector te voorzien van actuele kennis en inzichten over de (internationale) publieke gezondheidszorg, en van vaardigheden om deze kennis en inzichten over te dragen in hun landen van herkomst. Tevens is de intentie om

de uitwisseling tussen de deelnemers te stimuleren ter versterking van de samenwerking van beleid, onderzoek en uitvoering in de publieke volksgezondheid. Ten slotte beoogt de cursus de versterking van samenwerking tussen instituten uit de deelnemende landen en Nederlandse instellingen.

### PROGRAMMA APPLIED PUBLIC HEALTH

Het programma bestaat uit interactieve werkcolleges over een breed spectrum van relevante thema's: het beleid en programma's van internationale netwerken publieke gezondheid, zoals de EU, WHO, OESO; verschillende systemen van publieke gezondheidszorg; integrale pu-

blieke gezondheidszorg; monitoring en evaluatie van programma's. Toepassingsgerichte workshops en werkbezoeken aan GGD'en betreffen het terrein van gedragsgerichte gezondheidsbevordering en preventie; infectieziektebestrijding, omgeving en gezondheid; sociaal-economische achterstand en gezondheidsverschillen.

Een belangrijke toepassing in het programma is dat de deelnemende landen een concreet actieplan per land ontwikkelen. De deelnemers van elk land identificeren een relevant onderwerp. De criteria voor de keuze zijn, dat het een kleinschalig, haalbaar en uitvoerbaar plan is dat binnen een termijn van een zes tot negen maanden verder ontwikkeld en geïmplementeerd kan worden in het land van herkomst. In een driedaagse vervolgbijeenkomst na een jaar in één van de deelnemende landen wordt de voortgang besproken en onderzocht in welke mate de deelnemers erin slagen het plan daadwerkelijk te effectueren.

## IMPRESSIES EN IMPACT

In 2007 en 2008 zijn er respectievelijk 40 en 36 deelnemers uit 14 landen. Het aantal belangstellenden is aanzienlijk groter maar er gelden strikte criteria voor

deelname, waaronder 3-5 jaar ervaring in het veld van de publieke gezondheidszorg en een goede beheersing van de Engelse taal. Een opvallend gegeven is dat de deelnemers afkomstig zijn uit de beleidssector, onderzoek, onderwijs en praktijkveld. Dat biedt in de cursus goede mogelijkheden om het onderlinge netwerk in het eigen land te versterken, iets waar men naar eigen zeggen in de desbetreffende landen nog weinig vertrouwd mee is.

Het maken van een actieplan als onderdeel van de cursus wordt unaniem zeer positief beoordeeld. Het biedt een concreet resultaat van de cursus en het stimuleert de onderlinge samenwerking tijdens de cursus.

Bij de bespreking van de voortgang van de actieplannen in de vervolgbijeenkomsten geven deelnemers te kennen: "We konden onze fouten, obstakels en uitdagingen die we zijn tegengekomen bij de uitvoering van de actieplannen thuis heel open en eerlijk met elkaar uitwisselen en kregen verdere suggesties voor de toekomst".

Het ontwikkelen van één actieplan per land tijdens de 14-daagse cursus in Nederland wordt soms moeilijk uitvoerbaar gevonden door enkele deelnemers. De samenwerking tussen mensen vanuit verschillende achtergronden (universiteiten, ministeries, praktijkorganisaties) werkt

goed in de cursus, maar is lastiger in de praktijk van de uitvoering in het land van herkomst. De geografische afstand tussen de instellingen werkt dan in het nadeel van de implementatie. Er zijn ook verschillende initiatieven genomen voor samenwerking tussen Nederlandse instellingen en die van de deelnemende landen.

## CONCLUSIE

Internationale uitwisseling door opleidingsactiviteiten loont. De inhoudelijke en didactische opzet van de cursus met het integreren van actieplannen in samenhang met de organisatie van een vervolgbijeenkomst, versterken de directe toepassing van de verworven kennis en inzichten. Ze verstevigen ook de onderlinge werkrelaties in de landen van herkomst en leiden tot vernieuwende contacten tussen Nederlandse instellingen en die van de deelnemende landen. Internationaal opleiden krijgt zodoende meer betekenis dan alleen de overdracht van actuele kennis kan bewerkstelligen.

## CORRESPONDENTIEADRES

**R. de Jong, NSPOH, Tafelbergweg 51, 1105 BD Amsterdam, tel. 020 4097020, e-mail: r.dejong@nspoh.nl**

# Academische werkplaats: broedplaats voor gezond beleid

Manon Penris,<sup>1</sup> Reinhard de Jong,<sup>1</sup> Urmila Gangaram Panday<sup>2</sup>

*Publieke gezondheid is een van de beleidsthema's voor de nieuwe gemeenteraden en colleges. Wetenschappers en professionals kunnen een belangrijke rol spelen bij lokaal gezondheidsbeleid, mits zij efficiënt samenwerken met de plaatselijke politiek. Bijvoorbeeld in een academische werkplaats.*

Volksgezondheidsbeleid gaat niet alleen over gezondheid en welzijn, maar bij-

voorbeeld ook over woonomgeving, milieu, onderwijs en openbare orde. Het is een breed terrein, waarvoor vele soorten kennis van belang zijn. Van oudsher heeft de GGD hier een belangrijke taak in het doen van onderzoek en het adviseren van de gemeente. De professionele praktijk van de GGD is inmiddels onlosgerief aan een sterke academisering, onder meer door de intensieve samenwerking in negen academische werkplaatsen Publieke Gezondheid. Steeds duidelijker wordt dat professionals in de gezondheidsbevordering niet alleen weten-

schappelijk verantwoorde vakkennis nodig hebben. Ze moeten ook kunnen opereren in het politieke en maatschappelijke krachtenveld.

De ervaring van de academische werkplaatsen leert dat praktijk en wetenschap elkaar steeds beter weten te vinden. Maar de sprong naar het lokale beleid wordt nog altijd onvoldoende gemaakt, en dat is jammer. De complexiteit van volksgezondheidsproblemen vraagt immers om een multidisciplinaire benadering, en die is alleen te realiseren via een intensieve samenwerking tussen onderzoek, praktijk

én beleid. Het is in de eerste plaats aan de adviseurs van de GGD om het lokale bestuur te overtuigen van de meerwaarde daarvan. In de rol van beleidsadviseur moet een professional de kunst verstaan om een bestuurlijke vraag te vertalen in een onderzoeksvraag. Maar zeker zo belangrijk is de terugvertaling van de resultaten van onderzoek naar de bestuurlijke werkelijkheid.

### DRIEHOEK OF KETEN?

Het gaat erom de probleemstelling zo te formuleren, dat mensen over de grenzen van hun vakgebied heen met elkaar in gesprek gaan over de achterliggende problematiek. Tijdens een *masterclass*, die de NSPOH in opdracht van ZonMw in 2009 organiseerde, werden mogelijke modellen voor samenwerking besproken. Een daarvan is de driehoek, waarbij de gemeente al in een vroeg stadium aanschuift in de academische werkplaats. Voordeel is dat de gemeente ziet hoe lastig het benodigde onderzoeksproces

is en waarom het zoveel tijd kost. Bovendien leren de verschillende partijen van elkaar, door drie soorten kennis bij elkaar te brengen: beleids-, praktijk- en onderzoekskennis.

Een ander model is dat van de keten. De GGD kent de praktijk en weet bovendien dat er soms verschillende wetenschappelijke visies op een bepaald probleem bestaan. Dat maakt de GGD een geschikte adviseur voor gemeentelijk gezondheidsbeleid. In een ketenmodel kan en moet de GGD de gemeente uiteraard actief betrekken in de academische werkplaats, maar het beleid hoeft niet per se aan tafel te zitten. De academische werkplaats is in dit model te zien als een research & development afdeling van de GGD, waarmee deze zijn adviesfunctie aan de gemeente versterkt. Om de behoeften van de lokale beleidspraktijk goed in beeld te houden, is het belangrijk om vanuit de werkplaats continu in interactie te zijn met relatiebeheerders van de gemeente. Het ketenmodel lijkt vooral kansrijk in gebieden met veel kleinere gemeenten. Kleine gemeenten hebben immers te weinig beleids capaciteit om

met gerichte vragen daadwerkelijk aan te schuiven in een academische werkplaats. De GGD is namens hen dan de aangewezen instantie om met gerichte probleemstellingen te komen en aansluitend effectieve interventies uit te voeren.

De academische werkplaats is bij uitstek de plek om onderdak te bieden aan een proces dat leidt tot een afgewogen lokaal gezondheidsbeleid. In zo'n proces analyseren wetenschap, professe en beleid gezamenlijk wat de kern is van het probleem, de oorzaken, het doel van een oplossing, de middelen, en ieders eigen rol in het geheel. Dit proces vergt niet alleen de betrokkenheid van wetenschap en professe maar ook die van de gemeente, het maatschappelijk middenveld én de burger zelf. Voor welk model men ook kiest, alleen via samenwerking kunnen gemeenten bouwen aan wetenschappelijk en professioneel verantwoord lokaal gezondheidsbeleid.

Met dank aan Toon Kerkhoff

**CORRESPONDENTIEADRES**  
**Manon Penris, NSPOH, Amsterdam,**  
**e-mail: m.penris@nspoh.nl**

## V&W Nieuws

### Organisatie 'cafe-local' bijeenkomsten

De Vereniging voor Volksgezondheid & Wetenschap (V&W) wil haar functie als wetenschappelijk discussieplatform nadrukkelijker uitbouwen. Daartoe wil zij ondermeer (zoals te lezen in TSG, 88, nr. 1, 2010 pag 13-14) 'cafe-local' bijeenkomsten organiseren door heel het land: van Groningen tot Maastricht en van Den Haag tot Nijmegen.

Het idee erachter is eenvoudig, denk bijvoorbeeld aan de volgende elementen:

- Lokale partijen zijn steeds in hun eigen plaats de motor achter de bijeenkomsten.
- Centraal staat wetenschappelijke discussie over actuele Public Health thema's (bron: TSG) van nationaal én lokaal belang. Wat te denken van: het vaccinatiedebacle, het rookverbod in de horeca (in sommige dan toch...), coma-dranken, loverboy-problematiek.

- Ook de vorm kan variëren: denk aan een panel met meerdere sprekers, één of meer sprekers in discussie met de zaal, 'lagerhuisdebat' met de zaal waarbij sprekers stellingen innemen, individuele debatwedstrijd, stellingen toegelicht door bekende sprekers waarna in groepen gediscussieerd wordt met de diverse sprekers en natuurlijk de "PH-wetenschaps-pubquiz" met weetjes over actuele PH thema's én coryfeeën
- Gezellige, ontspannen entourage (de "PH-PUB", cafe's, gezellige zaaltjes etc.)
- Enthousiaste lokale V&W leden zorgen (samen met lokale organisaties) voor uitvoering in hun stad/regio.
- Daarbij gesteund door de Vereniging V&W: denk aan netwerk/bemiddeling landelijk bekende sprekers, V&W gad-

gets, tegemoetkoming in materialen/kosten, berichtgeving via emailing aan V&W leden vermelding in TSG en op website.

- Beroemde en beruchte sprekers en alle andere zaken waar we nog niet aan gedacht hebben

Om e.e.a. 'vlot te trekken' zijn enkele enthousiaste kartrekkers nodig voor de werkgroep 'Cafe Local Public Health' ofwel de Public Health PUB. Laat deze kans om (ook zelf) in de schijnwerpers te komen staan (eeuwige roem...) niet aan je voorbijgaan!

Je kunt je aanmelden via de website V&W: [www.verenigingvenw.nl](http://www.verenigingvenw.nl) of door een email te sturen naar [venw@orange.nl](mailto:venw@orange.nl) onder vermelding van Werkgroep Cafe local.