



# COMMUNITY ASSISTED SELF-MANAGEMENT: VAN BELOFTE NAAR REALISATIE

White paper Voka Health Community preventie



# inhoudstafel

inleiding p. 4

---

hoofdstuk 1: Preventie: wat en waarom p. 6

---

hoofdstuk 2: De (nabije) preventieve toekomst p. 22

---

hoofdstuk 3: Community Assisted Self-Management:  
van belofte naar realisatie p. 40

---

besluit en CASMA-aanbevelingen p. 57

---

De white paper preventie die u voor zich heeft, is de visie van een gevarieerde groep stakeholders over hoe preventie er in de toekomst kan uitzien. Voka Health Community brengt ondernemers, zorgprofessionals, onderzoekers en patiëntengroepen uit Vlaanderen en Brussel samen om hun visie en kennis te delen over de topics die onze gezondheidszorg de komende jaren fundamenteel zullen veranderen. Preventie is er één van.

Preventie is meer dan wat we er ons klassiek bij voorstellen. Het betreft complexe uitdagingen, waarbij lichaam, geest, sociale verhoudingen en ruimere omgeving elk hun rol spelen. Er zijn heel wat mythes over wat wel en niet 'helpt'. Preventie is tegelijk een verhaal dat vaak de extremen oproept in onze beeldvorming.

Eenzijds is er een **genetische** component aan het werk, waarbij we weten dat dit bij iedereen uitermate sterk bepaalt hoe we van start gaan als jonge kinderen. Slechts een beperkt aantal van de relevante genen zijn geïdentificeerd. Anderzijds wordt het steeds duidelijker dat de **omgeving** mee bepaalt welke genen tot uiting komen in onze fysiologie, verbranding van vetten, enz. Men noemt dit het domein van 'epigenetics'.

**“WE PASSEN IN DIT VAAK GEVOELIGE THEMA DE PUZZELSTUKKEN IN ELKAAR OM DE TOEKOMST NIET ENKEL PREDICTIEF, PARTICIPATIEF EN PERSOONSGERICHT TE MAKEN, MAAR VOORAL OOK PREVENTIEF.”**

Eenzijds gaat het over persoonlijke **keuzes**. Bijvoorbeeld welke voedingsproducten kopen we, hoe groot is de portie die we opscheppen, welke snacks eten we tussendoor? Hebben we een sedentaire levensstijl met weinig beweging? Kiezen we voor de fiets of de wagen? Anderzijds zijn zulke keuzes tegelijk ook **routines**. Patronen zijn diep ingebed in onze sociale en materiële levensomstandigheden en sociale context. We zullen zien dat dit het begrip 'keuze' relateert en tegelijk ook mogelijkheden biedt om bij te sturen.

In deze paper gaan we na hoe we met zulke complexiteit kunnen omgaan. Klopt het dat enkelvoudige interventies zelden tot oplossingen leiden? En hoe kunnen we dat dan best onderzoeken vermits effecten zich op de lange termijn situeren? Er wordt wel eens gewezen op het gebrek aan 'evidence', wat keuzes en beslissingen nog moeilijker maakt. Maar is het zo slecht gesteld met die beschikbare bewijzen?

Eén ding is zeker: er is op overtuigende wijze aangetoond dat het veranderen van gedrag en levensstijl (als samenspel van genetica, omgeving, keuzes en routines) een ruime impact kan hebben op de meest invloedrijke oorzaken van slechte levenskwaliteit en lagere levensverwachting, met de daarbijhorende kosten voor individu en samenleving. Preventie houdt zeer sterk verband met chronische aandoeningen en het al dan niet (gelukkig) kunnen blijven functioneren. Ongeveer de helft van alle ziektes in de wereld, en van de welzijn- en gezondheidsrisico's die we lopen, is gerelateerd aan (on)gezonde dagelijkse keuzes van al dan niet roken, hoe en wat we eten, onze alcoholconsumptie, (on)voldoende bewegen, enz. (McDaid et al, 2014). Preventie is nog ondergewaardeerd en onderbenut. Als we onze levenskwaliteit in een vergrijzende samenleving willen verhogen, dan is een gezond-

heidszorg die zich veel meer focust op preventie het antwoord. Maar niet om het even welke preventie. Nee, er is ook een radicaal andere aanpak binnen preventie nodig. In deze white paper schetsen we hoe we dat zien.

We passen in dit vaak gevoelige thema de puzzelstukken in elkaar om de toekomst niet enkel predictief, participatief en persoonsgericht te maken, maar vooral ook preventief. De vruchten die we ervan plukken, overstijgen de grenzen van de zorg (evident), maar ook waar en hoe we moeten ingrijpen overvleugelen diezelfde grenzen (minder evident).

**“NU IS HET MOMENTUM OM EEN PLAN VOORUIT TE SCHUIVEN, EN OOK DAADWERKELIJK TE IMPLEMENTEREN, DAT ALLE ELEMENTEN SAMEN BRENGT.”**

Niet alles wat we beschrijven kan morgen (met een vingerknip) worden gerealiseerd. Het is de taak van Voka Health Community om vooruit te kijken en bakens te verzetten. We zijn hierbij niet enkel partner in visie, maar ook in de geleidelijke uitrol van deze visie. Voka en Voka Health Community nemen hierbij een duidelijk engagement op als ambassadeur en voortrekker en willen dit mee helpen uitdragen zodat de preventieve toekomstvisie en uitwerking zich als een positieve olievlek verspreidt.

Tal van actoren doen reeds goed werk in preventie – we gaan vooruit. In dat licht kijken we uit naar de resultaten op de beoogde gezondheids-

doelstellingen in Vlaanderen. Tegelijk moeten we de lat steeds hoger leggen en altijd ambitieuzer durven zijn. Nu is het momentum om een plan vooruit te schuiven, en ook daadwerkelijk te implementeren, dat alle elementen samen brengt. Net zoals federaal het plan chronische zorg uitvoering krijgt, met ook (preventieve) aandachtspunten, vragen we aan Vlaanderen en al zijn ministers om het plaatje volledig te maken met een preventief plan (en ook federale aandachtspunten), dat onze troeven en uitdagingen inzake preventie koppelt aan gerichte acties op multidisciplinaire terreinen en dat ruimte geeft aan een veelheid van private en publieke actoren. Zo willen we komen tot Community Assisted Self-Management (CASMA), waarbij fysieke, mentale, socioculturele, politieke en familiale factoren mee de mate bepalen waarop iemand goed voor zichzelf zorgt. Maak van ons land een CASMA-walhall! Nooit is de tijd hiervoor zo rijp geweest. We kunnen het met zijn allen goed gebruiken.

We hopen met deze white paper een eerste stap te zetten: die van de inspiratie. We staan uiteraard open voor verder debat en gesprek over alle ideeën die u doorheen dit document zou willen oppikken. Op het einde van deze paper kan u onze gegevens vinden. We horen graag van u.



## 1. Preventie: wat en waarom

**Preventie is een breed begrip. Wanneer we het dus hebben over hoe we als samenleving en als individu meer belang moeten en kunnen hechten aan preventie, is het belangrijk het begrip goed te omschrijven en af te bakenen. Daarna kijken we waar de drempels liggen en detecteren we de bouwstenen voor een preventieve aanpak in de gezondheidszorg.**

### 1.1. Definitie en afbakening van het begrip preventie

*Nowhere is there agreement about what prevention is, while everywhere there is agreement that it is a good thing' (Freeman 1992: 47).*

Er bestaan talloze definities van het begrip preventie. Sommige definities zijn eenvoudig: 'Preventie is voorkomen dat er problemen ontstaan door van tevoren in te grijpen.' Andere definities zijn meer complex: 'Preventie is het geheel van doelbewuste initiatieven die anticiperen op risicofactoren (dus handelen voordat het probleem ontstaat) en ingrijpen wanneer eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is.'

Vanuit een historisch-medisch perspectief onderscheiden we **primaire, secundaire en tertiaire preventie**. Kort gezegd: Primaire preventie betekent werkelijk voorkomen (tandenpoetsen voorkomt gaatjes). Secundaire preventie impliceert het zo snel/vroegtijdig mogelijk opsporen van een probleem dat het behandelbaar is zonder verdere negatieve gevolgen (borstkankerscreening). Tertiaire preventie komt nog wat later in deze opeenvolging van mogelijkheden om 'te voorkomen': het vermijden dat een probleem

zich opnieuw voordoet (andere levensstijl na een hartaanval) of nog verder verergert met bijkomende schade of complicaties (preventie van oogaandoeningen in relatie met diabetes). Het spreekt voor zich dat zulke schakels in de keten van risicobeheersing best geïntegreerd worden aangepakt, zonder tussenschotten.

Een focus op preventie impliceert niet dat welzijns- en gezondheidsproblemen volledig uitgesloten worden, maar gaat wel uit van de idee van 'compressie' van ziekte en functiebeperking: de tijdsduur van 'gezond' functioneren in ons leven heeft een zo groot mogelijk aandeel; de jaren met gezondheidsproblemen of beperkingen een zo klein mogelijk aandeel. De mate waarin we zulke compressie kunnen realiseren is niet alleen afhankelijk van de uitbouw van een goede chronische zorg, maar dus van elk van de drie types preventie, van primair tot tertiair. Met een steeds ouder wordende populatie zal het belang van preventie alleen maar toenemen.

**“MET EEN STEEDS OUDER WORDENDE POPULATIE ZAL HET BELANG VAN PREVENTIE ALLEEN MAAR TOENEMEN.”**

Bovendien is het vooral de preventie die geleidelijk doorheen decennia tot stand komt die tot positieve compressie kan bijdragen. Vandaar dus de match met meer chronische hartaandoeningen, kanker, diabetes, astma, COPD, maar evengoed een groot aandeel

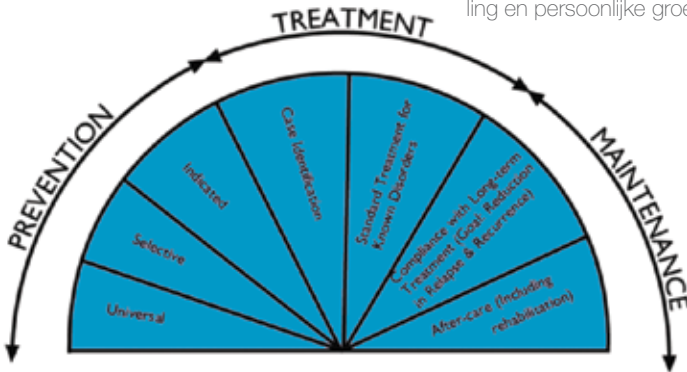
# Preventie: wat en waarom

van psychosociale problemen (kinder- en jeugdwelzijn, geestelijke gezondheid, 'on'-welzijn op het werk, enz.). Zoals de WHO het formuleert is de opeenvolging hierbij **typisch intersectoraal van aard, waarbij 'care' en 'cure' samenkomen**. Preventieve maatregelen situeren zich zowel 'stroomopwaarts', meer nabij de bron, vaak buiten de zorg, met focus op de ruimere determinanten van welzijn en gezondheid (bijvoorbeeld achterstand in onderwijs, armoede, ongelijkheden en sociale deprivatie). En daarnaast meer 'stroomafwaarts' met de aanpak in zorg en daarbuiten van problemen die zich beginnen te manifesteren.

We verwijzen naar de indeling van het Institute of Medicine in 2006, zoals weergegeven in onderstaande figuur, om de reikwijdte en focus van preventie te benadrukken binnen de zorg en de sociale zekerheid.

Ons zorgsysteem zal in de komende jaren verbreden van de nadruk op 'behandeling' (de bovenste 2 segmenten) naar 'preventie' en 'onderhoud', links en rechts in de figuur. Binnen preventie maken we een onderscheid tussen **universeel (alle burgers), selectief (per doelgroep) en geïndiceerd (in functie van het individueel risicoprofiel)**. Preventie wordt in diezelfde zin opgedreven in de richting van geïndiceerd.

Klassieke methodes van preventie focussen nogal op gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering. Daarbij horen ook allerhande maatregelen die de gezondheid van producten en omgevingen verzekeren, bijvoorbeeld op het vlak van voedselkwaliteit. Gezondheidsbevordering omvat die algemene of gefocuste maatregelen die mensen bewust maken van gezondheidsrisico's – bijvoorbeeld campagnes tegen roken – en die hen aanzetten om actie te ondernemen vooraleer er sprake is van enig begin van ziekte. We richten ons in deze paper steeds op het volledige potentieel: dus niet enkel het voorkomen van ziekte, maar ook het ondersteunen van welzijn in termen van bewustzijn, ontwikkeling en persoonlijke groei.



Bron: Institute of Medicine, 2006



Tot slot wijzen we erop dat preventie niet enkel vorm krijgt via concrete ingrepen en interventies binnen en buiten de zorg (diensten), maar ook via het opzet van financiële bijdragen en ondersteuning, via fiscaliteit en uitkeringen (bijvoorbeeld kinderbijslag) in de sociale zekerheid of in private verzekeringssystemen. Ook hier kan men spreken in termen van universeel, selectief en geïndiceerd naargelang het voorkomen van risico's en problemen. Rugzakmodellen van financiering overstijgen het onderscheid tussen diensten en uitkeringen.

**Preventie is dus het geheel van acties en (financierings)mechanismen dat de levenskwaliteit en/of het aantal (gezonde) levensjaren verhoogt door tijdig actie te ondernemen. We maken een onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. Preventie is essentieel multidisciplinair en langdurig, en kan zowel erg breed als erg gefocust of selectief uitgewerkt worden.**

## 1.2. Waarom en hoe preventie aan belang wint

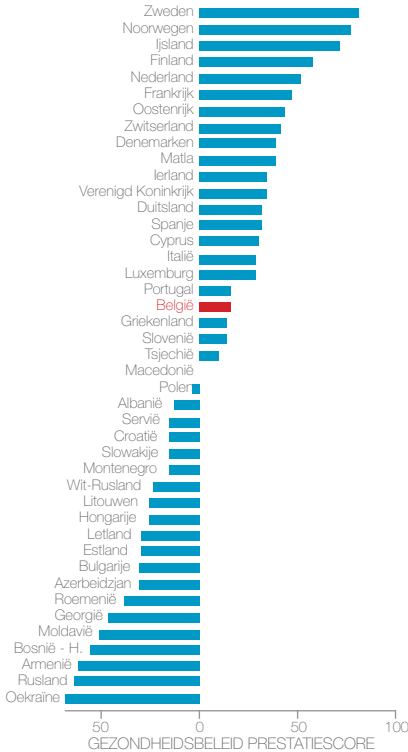
België kent, net zoals quasi alle andere landen, nog aanzienlijke ruimte voor preventieverbetereing. We geven enkele voorbeelden op basis van de meest recente cijfers van de OESO (2014): In vergelijking met andere landen doen we het goed qua consumptie van groenten en fruit. Idem wat betreft het vermijden van roken en overdreven alcoholgebruik. Ook qua obesitas (problematisch overgewicht) scoren we niet slecht. Tegelijk kennen we de derde slechtste positie van alle OESO-landen in bijkomende

kankergevallen. Opvallend hierbij is de slechte positie bij longkanker en zeker bij borstkanker, waar we spijtig genoeg nummer één zijn. Met betrekking tot zelfdoding staan we op de vijfde plaats. Bij HIV doen we het niet goed, met een derde hoogste positie in termen van nieuwe gevallen in de OESO.

Deze indicatoren zijn van belang omdat ze in verband gebracht kunnen worden met telkens één of meer chronische gezondheidsproblemen of problemen die een grote impact hebben op onze levenskwaliteit op lange termijn. Ze maken internationale benchmarking mogelijk. Werken aan één of meer van deze indicatoren, betekent een langetermijnvoortgang voor onze gezondheid en dus ook voor onze welvaart.

De cijfers lijken de stelling van Mackenbach en andere onderzoekers bij de WHO te bevestigen dat België gedurende vele jaren heeft achtergelopen in termen van preventie, maar sinds een vijftal jaren aanzienlijke inspanningen levert om bij te benen. Maar we behoren absoluut nog niet tot de best-practice-landen. Willen we naar hun positie op schuiven, dan moeten we nog grote welzijn- en gezondheidswinsten boeken.

## Landenvergelijking van preventieve en public health-performantie



We blijven in België vooral moeilijkheden hebben met de omgang met **psychosociale problemen**. Dit geldt ook voor de mate van sociale integratie (vermaatschappelijking), het benutten van psychosociale interventies en de preventieve, de detecterende en ondersteunende rol van zorgprofessionals in onderlinge interdisciplinariteit (zie ook het rapport van het Vlaams Steun-

punt WVG m.b.t. suicidepreventie). Kortom, er is nog werk aan de winkel. En de ambities zijn er alvast, maar nog slechts een minderheid van ons allen leeft in optimaal preventieve omstandigheden (buiten en binnen een zorgcontext).

**Waar ligt dan de meerwaarde die we met een inhaalbeweging t.o.v. de best-practice-landen kunnen behalen?** 80% van de hartaandoeningen, beroertes en diabetes type II en 40% van de kankers kunnen vermeden worden indien we de preventieve belofte kunnen realiseren. (Deels) vermijdbare aandoeningen en psychosociale problematiek wegen zwaar op de onderwijs- en ontwikkelingskansen en het welzijn van de volgende generatie, vaak met een heel rechtstreekse impact (stigma op school omwille van zwaarlijvigheid, passief roken, intergenerationeel alcoholmisbruik, ...) (Busse et al, 2010). Dit heeft impact op welzijn, maar ook op welvaart gezien de logische relaties met ziekteverzuim, productiviteit en koopkracht (vanwege de relatie met carrière- en loonopbouw). Het betreft hier relaties die elkaar in beide richtingen negatief versterken: minder of niet professioneel actief zijn staat op zijn beurt in verband met een hoger risico op onwelzijn en ziekte. Zo belanden we in een vicieuze cirkel.

Bovendien clusteren risicofactoren in de bevolking, met dramatische effecten op welzijn en levensverwachting. Ongelijkheden in voedingspatroon, fysieke activiteit en rookgedrag verklaren 75% van de ongelijkheid in vroegtijdig overlijden (Spring et al, 2015). Indien we via preventie die clustering kunnen aanpakken, inclusief de onderliggende oorzaken, zullen ongelijkheden afnemen en het algemene welzijn sterk toenemen. Ook de OESO heeft gesimuleerd hoe preventie aanleiding kan geven tot meer sociale welvaart en minder ongelijkheid.

Tegenover zulke opportuniteiten (beloften) staat de realiteit dat obesitas in de westerse landen toeneemt met 5% per decennium (Sabin et al, 2015). De totale kost van obesitas, binnen en buiten de zorg, is reeds hoger dan 1% van het bbp (Sassi, 2010). Roken draagt nog steeds bij tot één vijfde van alle sterfgevallen (Merkur et al, 2013).

Er wordt al lang gesproken over preventie, bijna als marketingterm die goed klinkt bij alle betrokken actoren. Maar tussen droom en daad... blijkt het hier echt wel een werk van uitzonderlijk lange adem te liggen. Moeten we dan niet wanhopen? Hoe de belofte, liefst in een versneld tempo, te realiseren?

In het vervolg van deze paper geven we hierop een antwoord. Omdat de inzichten bestaan om preventie op de best mogelijke manier vorm te geven. Omdat we steeds beter weten wat wel en niet waar voor ons geldt oplevert in preventie. Omdat er tal van innovatieve mogelijkheden opkomen voor preventie, binnen en buiten de zorg. Omdat de ingesteldheid van het individu en van zijn of haar 'samenleving' positief evolueren naar meer preventie. En omdat anderen aangetoond hebben dat het kan werken. We vertrekken hierbij vanuit de analyse van preventie vandaag. Ziekte-inzicht en bewustzijn/besef zijn immers vaak een eerste stap in gedragsverandering.

### **1.3. Preventie en vechten tegen de bierkaai (met zijn allen samen)**

De kern van ons (Belgisch) gezondheidszorgsysteem is nog steeds een vrij versnipperde benadering van consultaties op basis van ziekte en niet op basis van het gezond houden van de zorgvrager. Acute aandoeningen en/of acute achteruitgang van chronische aandoeningen

**“DE MEERWAARDE VAN EEN OMSLAG NAAR PREVENTIE IS VOOR BELGIË ENORM EN HEEFT IMPACT OP WELZIJN EN WELVAART.”**

staan centraal. Dat heeft te maken met de financiering, die procedurele interventies stimuleert in plaats van intellectuele en vaak meer tijdsintensieve interventies. Specialisatie kent een zwaar overgewicht ten opzichte van een generalistische aanpak. In ons model negeren we signalen en patronen totdat risicofactoren op klinische wijze gemedicaliseerd worden, en de patiënt plots overgaat van asymptomatisch naar ziek. Dat is trouwens nog zo in de meeste Europese zorgsystemen. In België komt daar nog de moeilijke bevoegdheidsverdeling bij, waarin 'cure' eerder federaal en 'care' regionaal bestuurd worden. Dwarsverbindingen tussen financiering en beloning voor preventieresultaten ontbreken.

In de vorige eeuw verschoof de nadruk in de medische zorg steeds meer naar onderzoek en praktijk van geïsoleerde problemen om gerichte, direct toepasbare oplossingen te bekomen. Zoals Marvasti stelt in de New England Journal of Medicine: chemotherapie is gedurende lange tijd gemodelleerd naar het opzet van antibiotica-therapie. Hartaandoeningen pakt men aan via bypasses als moderne nakomer van het curatief uitsnijden van abcessen. Heel gunstig en innovatief, maar niets oorzakelijk. Hierin komt heel geleidelijk verandering, maar het onevenwicht tussen preventie en behandelen is direct duidelijk als men naar de budgetten kijkt (minder dan

1% besteed aan preventie). Dit alles behoort tot de sociaal-culturele fundamenteën van ons zorgsysteem, die je niet met een vingerknip wijzigt.

De sociale verwachtingen in de samenleving sluiten aan op het huidige dominante zorgmodel. Mensen hebben er onbewust vertrouwen in dat een 'magic bullet' gezondheidsproblemen zal oplossen, met een focus op symptoombestrijding. Op zijn beurt versterkt die verwachting een verdere zelfde werking van het zorgsysteem. Ook de marketing van allerhande middelen die 'genezing' bieden, draagt bij aan het idee van snelle probleemoplossing. Het onderlinge opbod van curatieve nieuwigheden (met vaak marginaal nut) maakt van ons allen meer een passieve consument i.p.v. een actieve co-producent van onze gezondheid. Niets mis met curatie uiteraard, maar het evenwicht is momenteel volledig zoek. We dienen de omslag te maken van 'zz' (zorg en ziekte) naar 'gg' (gedrag en gezondheid). **Vanuit onze overheersende cultuur devalueren we preventie.** Met deze analyse doen we geen afbreuk aan de positieve inspanningen die welzijnswerkers en public health-professionelen dagelijks doen. Meer nog, we kunnen enkel bewondering hebben voor de inzet, waarbij mensen vaak moeten vechten tegen de bierkaai.

Omgekeerd functioneert ons zorgsysteem ook niet in isolatie. De beschikbaarheid van (vooraf bewerkte) voeding neemt steeds toe, net zoals de gelegenheden waarbij men niet aan fysieke activiteit doet (tv, pc, tablet, bureauwerk,...). We worden dagelijks omringd door ongezonde verlokkingen en wat ongezond is, is meestal goedkoper, sneller en gemakkelijker dan het gezonde alternatief. Energiebommen in voeding en drank induceren fysiologische patronen en wijzigingen die kenmerkend zijn voor een verslaving, met

een eigen psychologisch als belonend ervaren waarde. Tijdsdruk en stress vergroten de risico's en zijn tegelijk een barrière om het anders aan te pakken. Tel daarbij de goed gemarkete snacks voor kinderen, met merkloyaliteit van kindsbeen af, en vroegtijdige blootstelling aan zulke levensstijl, wat verwachtingen en voorkeuren kneedt. Niet moeilijk om te beseffen dat de bierkaai zich niet enkel binnen maar zeker ook buiten het zorgsysteem bevindt. De overheid is hierbij dus in veel ruimere zin betrokken dan enkel door het gezondheidszorgbeleid, ook via het voedingsbeleid, het transportbeleid, de ruimtelijke ordening, het sportbeleid, vorming en onderwijs,...

## Barrières voor een vernieuwende en meer preventieve aanpak in de gezondheidszorg zijn:

- **Financiering van zorg gebaseerd op acties en niet op lange termijn**
- **Een gebrek aan multidisciplinaire samenwerking tussen zorgverstrekkers**
- **Complexe bevoegdheidsverdeling in België waarbij de financier van preventie niet deelt in de opbrengsten**
- **Maatschappelijke cultuur en gewoonte gericht op het oplossen van ziektes, eerder dan op gezond blijven. Te veel 'zorg en ziekte', te weinig 'gedrag en gezondheid'**
- **Marketing en levensstijl**

## 1.4. Wat werkt: bouwstenen van waardevolle preventie

Wanneer we inzicht willen krijgen in hoe en welke preventie werkt, mogen we niet alleen focussen op het effect van één preventieve maatregel. Als we het brede samenspel van factoren in de hierboven beschreven bierkaai willen bevechten en omkeren naar een beter evenwicht, gaat het over het geheel en niet over de optelsom van enkele delen. Tegelijk dienen we het bewijs per onderdeel wel mee op te nemen daar waar gekend. We focussen eerst op de 'waar voor ons geld' (kosteneffectiviteit) van subthema's (zie Cohen et al, 2009 en Merkur et al, 2013 voor een gedetailleerd overzicht van de onderliggende studies m.b.t. kosteneffectiviteit) en we halen binnen elk subthema de enkele reeds bewezen effectiviteit aan. Deze lijst is niet exhaustief, maar geeft al een leidraad over wat we specifiek weten. Nadien staan we stil bij evidence over de 'hoe'-vraag en hoe alles best samen komt.

Een interessante bron voor professionals in het Nederlandstalige taalgebied die de variatie aan preventieve acties en hun effectiviteit mooi in kaart brengt, is [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl). U kan er interventies vinden per regio, per doelgroep en geselecteerd naar hun kosteneffectiviteit of werkzaamheid.

### 1. Educatie en informatie

Is gezondheidspromotie over fysieke activiteit en gezonde voeding kosteneffectief? Soms, zo blijkt, afhankelijk van het opzet. Succes heeft veel te maken met de context van de informatie, wat een pleidooi impliceert voor een gecombineerde aanpak. Korte interventies en counseling vanuit de eerste lijn zijn op dezelfde thema's kosteneffectief. Hetzelfde geldt voor beweging

op voorschrift, zo blijkt uit recent advies van het expertisecentrum voor gezondheidspromotie VI-GeZ. Gerichte mailings van informatie op basis van een online hulpkanaal zijn waardevol. Face-to-face-counseling over aspirinegebruik bij coronaire hartaandoeningen is kostenbesparend. Counseling over calciumsupplementen is kosteneffectief. Zelfmanagement-educatie bij diabetes is ook waardevol.

Health literacy, het geheel van gezondheidskennis- en vaardigheden is en blijft een belangrijk aandachtspunt, en zal belangrijker worden naarmate de preventieve mogelijkheden verder uitbreiden.

### 2. Mediacampagnes

Gerichte campagnes op het niveau van de lokale gemeenschap, die effectief sensibiliseren tot gedragsverandering (bv. No Smoking Days in de UK) zijn kosteneffectief. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor de campagne 'Five a Day', waarbij de consumptie van ten minste vijf porties groenten of fruit per dag wordt aangemoedigd, met een multistakeholder-betrokkenheid. Sommige andere mediacampagnes zijn echter niet kosteneffectief. Bij mediacampagnes speelt de fit met de brede culturele perceptie een grote rol in de einduitkomsten. Daarnaast werken ze beter voor eenmalige gevolgen (zoals een vaccinatie), en minder als geïsoleerde aanpak voor langdurige gedragsverandering.

### 3. Coaching van gedrag en levensstijl

Screening en coaching bij probleemdrinken zijn kostenbesparend. Tabaksscreening en –preventie zijn kostenbesparend. Een breed omvattend obesitasprogramma is kosteneffectief

(OESO, 2010), hoewel men vanuit de WHO op bepaalde inconsistenties wijst (Busse et al, 2010). Bij de OESO was er een complementaire nadruk op omgevingsfactoren in het programma, wat dit verschil kan verklaren. Coaching i.v.m. fysieke activiteit en voeding op het werk is kosteneffectief, hoewel dit niet altijd consistent is (Merkur et al, 2013). Bijkomende face-to-face-adviseurs of coaches doen het plaatje van kosteneffectiviteit vaak teniet. Het benutten van een pedometer bij coaching van fysieke activiteit is kostenbesparend voor de samenleving (zie Walking for Wellbeing in the West). Internetgebaseerde programma's zijn vaak kosteneffectief, met relatief lage kosten (McDaid et al, 2014).

**We verwijzen hier ook graag naar het programma 'ex-smokers are unstoppable' van de Europese Commissie, waarbij het Belgische bedrijf BrandNewHealth met de iCoach-app in 27 landen tot nu toe meer dan 350.000 deelnemers heeft bereikt. Voor meer informatie: <http://stopsmokingcoach.eu/web>.**

## **Kost per QALY die bespaard kan worden door maatregelen die obesitas verminderen of voorkomen**

| <b>Intervention</b>   | <b>Target Population</b>                                    | <b>Estimated cost per qaly (US\$)</b> | <b>Source</b>          |
|---|---|---------------------------------------|------------------------|
| Planet health (a school based intervention to improve nutrition and increase physical activity) | Middle-school children                                      | Girls: 4305                           | Wang et al. (2003)     |
| Orlistat*   | Overweight and obese patients with type 2 diabetes mellitus | 8327                                  | Maetzel et al. (2003)  |
| Bariatric surgery   | Middle-aged men and women who are morbidly obese            | Women: 5400-16100 Men: 1000 – 35600   | Craig and Tseng (2002) |
| Diet exercise and behavior modification   | Adult women   | 12640                                 | Roux et al. (2006)     |

\* Pharmaceutical intervention to reduce adiposities

Bron: Busse et al, 2010; WHO

#### 4. Screening

Perinatale screening is kosteneffectief. Brede screening op gehoorverlies of osteoporose is niet kosteneffectief. Gezondheidscheck-ups door zorgverleners bij de algemene bevolking blijken ook weinig effect te hebben. Gezichtsscreening bij ouderen dan weer wel, zelfs kostenbesparend. Borst-, darm- en cervixkankerscreening zijn kosteneffectief. Dit wordt ook in sterke mate bevestigd door recent onderzoek van Putman en Annemans in opdracht van de Vlaamse overheid, met een kost per gewonnen levensjaar van respectievelijk slechts 23.000 euro, 3.000 euro en 15.000 euro. Hypertensie- en cholesterol-screening kunnen kosteneffectief zijn (bij cholesterol zijn de resultaten niet volledig consistent: ze zijn sterk afhankelijk van de doelgroep in termen van risicoprofiel en leeftijd). De National Audit Office in de UK wees er in 2010 op dat een brede upscaling van hypertensie- en cholesterol-screening een aanzienlijk aandeel van ongelijke gezondheidsuitkomsten zou wegwerken. Diabetesscreening is kosteneffectief indien toegespitst op de juiste doelgroep (bv. ouderen met hypertensie). Screening van HIV, chlamydia en gonorrhoe is kosteneffectief en soms kostenbesparend. Screening op een aneurysma van de abdominale aorta bij oudere mannen is kosteneffectief.

#### 5. Vaccinatie

De onderzochte vaccinaties bij kinderen zijn kostenbesparend. Booster-vaccinaties bij volwassenen bieden vaak onvoldoende waar voor het geld. Griepvaccinatie is dan weer wel kosteneffectief.

#### 6. Valpreventie

Valpreventie is kostenbesparend indien de actie

aan de juiste elementen voldoet of goed ontworpen is.

#### 7. Kinderopvang, jeugdzorg en school

Programma's gericht op de vroegtijdige ontwikkeling van het kind zijn kosteneffectief, vooral wat betreft de psychosociale ontwikkelingsuitkomsten. Opvoedingsondersteuning is waardevol. Hetzelfde geldt voor preventie wat betreft voeding, fysieke activiteit en beperkte schermtijd in het kader van kinderopvang (Wright et al, 2015). Fysieke activiteit en acties i.v.m. gezonde voeding op school zijn ook waardevol. Schoolprogramma's over roken zijn sterk kostenbesparend (Srivastava et al, 2008). Educatie op school over alcoholgebruik is echter vaak niet kosteneffectief, tenzij binnen een ruimer programma. Interventies gericht op een jongere leeftijd hebben meer kans om kosteneffectief te zijn, omdat de voordelen zich doorheen meer jaren kunnen manifesteren (Merkur et al, 2013).

#### 8. Geestelijke gezondheid

Ingrijpen vroeg in het leven, zoals benadrukt in het vorige item, is cruciaal voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (McDaid et al, 2011; EU). Preventie van overmatige stress biedt waar voor het geld. Psychosociale preventie op het werk is kosteneffectief op relatief korte termijn, soms kostenbesparend, zonder een lange ontwikkelingsperiode (Merkur et al, 2013). Brede screening op depressie is niet kosteneffectief, maar gericht op kinderen en adolescenten is het dat wel. Preventieve therapie bij kinderen van ouders met een depressie is kosteneffectief. Acties m.b.t. suicidepreventie zijn kostenbesparend of kosteneffectief (Annemans et al, 2011). Gerichte ondersteuningsinformatie bij risicovolle plaatsen (bv. bruggen, spoorweg,...) zijn ook goed

werkzaam tegen een lage kost. De preventie van postpartum depressie via (thuis)consultaties is waardevol. Diverse vormen van psychosociale begeleiding op het werk zijn kostenbesparend. Preventie m.b.t. voeding en fysieke activiteit binnen GGZ is ook kosteneffectief (Verhaeghe et al, 2014). Beperkte preventieve therapie bij personen met een lichamelijke problematiek is eveneens kosteneffectief. Getrapte zorg en groepsbegeleiding van ouderen zijn waardevol. Psychosociale groepsrehabilitatie voor ouderen met gevoelens van eenzaamheid werkt kostenbesparend. Participatie in zangkoren is eveneens kostenbesparend. Vrijwilligersbezoeken aan personen die hun partner verloren zijn, zijn kosteneffectief. Gespecialiseerde verpleegkundige bezoeken om de psychosociale weerstand van ouderen te versterken, zijn dat ook.

**We verwijzen hier graag naar een traject dat we met Voka Health Community ondersteunen: [www.ikmaakdeklik.be](http://www.ikmaakdeklik.be), een online platform met informatie, ondersteuning, hulp en peer-to-peer-contacts en kennisdeling tussen kinderen van ouders met psychische problemen.**

Deze groep is nog relatief onbekend in België en wordt al te vaak vergeten. Zij hebben echter een grotere kans op schooluitval en latere persoonlijke mentale problemen. Ikmaakdeklik.be is een initiatief van vzw huishouden en probeert dit preventief aan te pakken.

## 9. Fiscaliteit, subsidies, marketing, productinhoud en labeling

De gerichte inzet van taksen om de consumptie van voeding, alcohol en tabaksgebruik te

beïnvloeden is kostenbesparend en bevordert indirect tewerkstelling en economische groei (zie ook Long et al, 2015; Merkur et al, 2013). Bonnen of winkelvouchers daarentegen zijn niet kosteneffectief. Een verbod op reclame (kostenbesparend) en een verplichte vermindering van bijvoorbeeld zout in voeding (zelfs een vrijwillig maximum) is kostenbesparend of een substitutie van transvetten zijn tevens waardevol in termen van gezondheidsuitkomsten per kost. Hetzelfde geldt voor aangepaste labeling (kostenbesparend), een rookverbod en gereduceerde toegang tot alcoholverkoop.

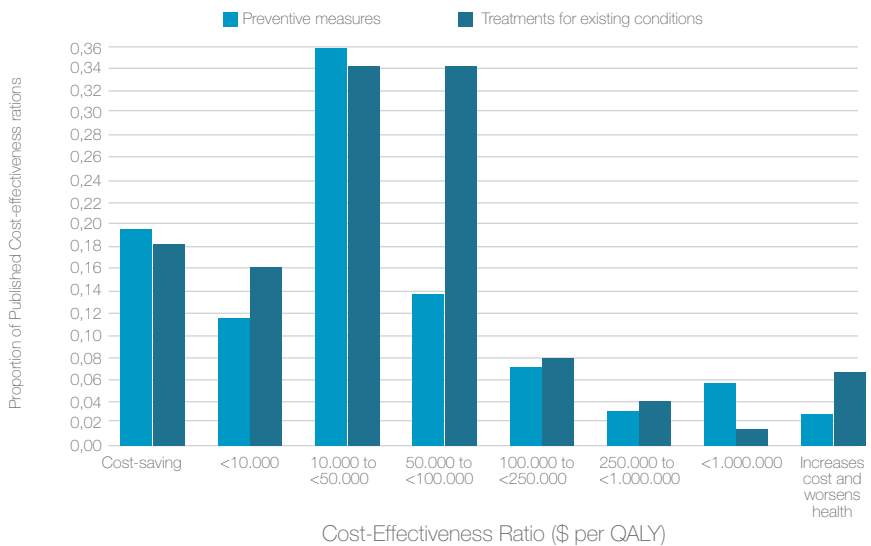
## 10. Aanpassing van fysieke omgeving en ruimtelijke ordening

De aanleg van fietspaden en het aanbod en onderhoud van fietsroutes zijn kosteneffectief. Hetzelfde geldt voor de toegang tot fitnessfaciliteiten.

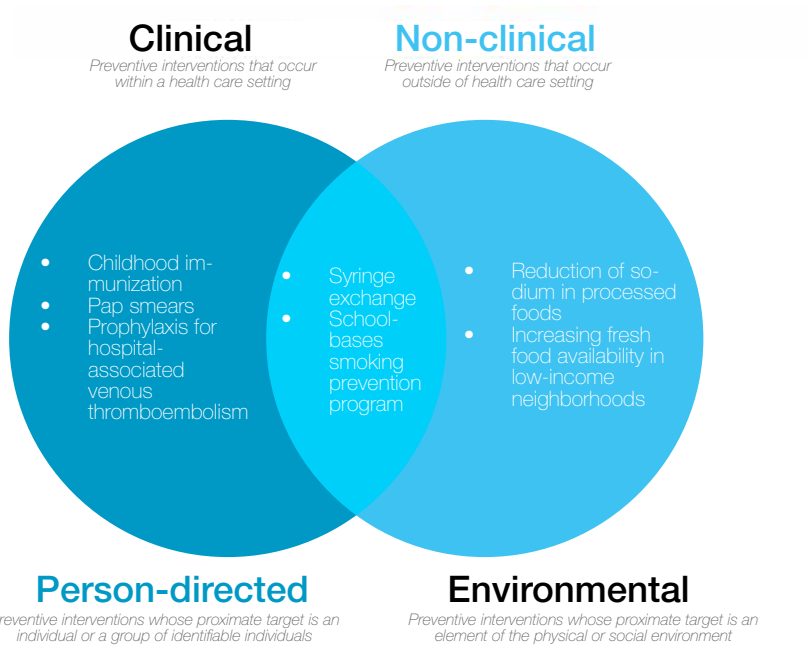
**Uit bovenstaande overzicht blijkt dat ongeveer 80% van de bestudeerde preventieve acties kostenbesparend of kosteneffectief zijn. De evidence hierover neemt snel toe. Dit impliceert dat 'preventie' in haar huidige opzet evenveel waar voor ons geld oplevert als 'behandeling' (zie onderstaande figuur).**



## Verhouding preventie versus behandeling



Bron: Cohen et al, 2008; New England Journal of Medicine



Bron: Cohen et al, 2008; New England Journal of Medicine

Een correcte afbakening van de doelgroep en het ontwerp van de acties (frequentie, enz.) is cruciaal. Zo niet worden vele van deze positieve bevindingen al snel teniet gedaan, met onvoldoende waar voor het geld tot gevolg. Er bestaat ook vaak enige onzekerheid over de langetermijneffectiviteit als deel van de onderliggende assumpties. Combinaties van acties zijn vaak ook kosteneffectiever en/of meer kostenbesparend dan een geïsoleerde actie (Merkur et al, 2013). Preventieve acties kunnen worden

ingedeeld in persoons/groepsgericht versus omgevingsgestuurd, en in klinisch versus niet-klinisch (zie bovenstaande figuur). Opvallend genoeg zijn fysieke en sociale omgevingsinterventies vaker kosteneffectief of kostenbesparend. Dit is niet onverwacht vermits men langs deze weg een heel groot aantal mensen bereikt, met dus een heel beperkte kost per persoon. Zelfs indien het gezondheidseffect relatief beperkt blijft, kan het hierdoor nog steeds waardevol zijn (Chokshi et al, 2012). Bovendien

brengen taken ook bijkomende inkomsten op. Het is echter een 'en-en'-verhaal, want een individuele en groepsaanpak is vaak ook waardevol, zoals uit het overzicht blijkt.

De totale sociale return on investment (inclusief productiviteit) van preventieve acties ligt internationaal tussen de 20 en 50 dollar per geïnvesteerde dollar (Srivastava et al, 2008; EU). De economische voordelen omvatten een verbeterde jobretentie, lagere werkloosheid en een minder snelle uitstroom uit de arbeidsmarkt. Maar een rechtstreekse kostenbesparing in de zorg zelf (hoewel niet de primaire doelstelling van preventie), vereist een meer gerichte en geïndiceerde intensieve preventiebenadering vanuit de klinische wereld, met daarnaast een universele inzet op omgevingsfactoren doorheen alle beleidsdomeinen.

**“DE TOTALE SOCIALE RETURN ON INVESTMENT (INCLUSIEF PRODUCTIVITEIT) VAN PREVENTIEVE ACTIES LIGT INTERNATIONAAL TUSSEN DE 20 EN 50 DOLLAR PER GEÏNVESTEERDE DOLLAR.”**

Om het plaatje volledig te maken in de nuancering van besparingen, moeten we erme rekening houden dat effectieve preventie vaak ook het leven verlengt, met naargelang het gezonde of ongezonde extra levensjaren betreft, bijkomende zorgkosten later in het leven. In de praktijk is het meestal een mix van zowel gezonde als ongezonde extra levensjaren.

## Hoe zit het met het preventiebeleid in Vlaanderen?

De hoofdverantwoordelijkheid voor het beleidsdomein preventie ligt in ons land bij de regio's. Het is dus de Vlaamse regering die hier de bakens uitzet. Preventie in Vlaanderen wordt in toenemende mate getoetst op haar kosteneffectiviteit. Dit is een goede zaak die in een systematisch evaluatiekader voor alle preventieve maatregelen verankerd moet worden, met aandacht voor de 'delen' en de 'som van de delen'. Hier kan [www.loketgezondheid.nl](http://www.loketgezondheid.nl) misschien inspiratie bieden. Vlaanderen zet terecht in op cruciale onderdelen zoals vaccinatie, screening en campagnes. Er is ook positieve aandacht voor preventie bij het kind. Maar de meer gerichte aanpak van preventie bij individu (coaching) en via de omgeving (nudging) zijn nog onvoldoende benut. Zoals we verder zullen zien, is een goede uitwerking van en interactie tussen beide cruciaal. De preventie van zelfdoding is goed uitgewerkt, maar het beleid botst hier op een historisch weinig preventieve aanpak van geestelijke gezondheid in haar geheel (zorg, werk, scholen, ... samenleving). Dit vereist een brede en bewuste aanpak, waarover we alvast positieve signalen opvangen.



De meerderheid van de preventieve acties is kosteneffectief. Dat betekent dat ze effect hebben tegen een redelijke investeringsprijs. De acties zijn echter waardevoller naarmate ze een combinatie vormen van zowel persoons/groepsgerichte elementen als omgevingselementen.

Om ook een werkelijke kostenbesparing in het gezondheidszorgsysteem te brengen, moet de hele werking van het systeem echter de omslag maken naar een gezond evenwicht tussen preventie en behandeling. En dat is niet alleen van belang vanuit het oogpunt van kostenbesparing. Neen, het is primair van belang in het kader van een toename van levenskwaliteit en van kwaliteit van gezondheidszorg.



## 2. De (nabije) preventieve toekomst



**Preventie maakt meer en meer de omslag van een belerende en waarschuwend informatieve stijl, naar een positieve en (on)bewuste keuze-architectuur voor elk individu. Naast de gangbare face-to-face-contacten winnen de sociale media en community's daarbij aan belang. De technologie zorgt voor een transformatie van preventie met nieuwe mogelijkheden voor opvolging en inspraakmethoden. Uiteindelijk moeten we zien te komen tot CASMA: Community Assisted Self-Management.**

### **2.1. Nudging of keuze-architectuur: waar individu, context en omgeving samenkomen**

Uit het voorgaande deel komt sterk naar voor dat een (on)gezonde levensstijl niet het gevolg is van óf individuele keuzes óf de omgeving, maar wel steeds voorkomt uit de interactie tussen beiden. Immers, quasi al ons gedrag is het gevolg van een vaak onbewust leerproces van kindsbeen af. Zoals we hierboven overlopen hebben, bestaan er waardevolle (zelfs kostenbesparende) preventie-interventies die zich richten op de begeleiding van het individu en andere positieve maatregelen die ingrijpen op de omgeving. Maar we haalden al aan dat preventie idealiter een interactie is tussen individu en omgeving. Nudging maakt die combinatie en speelt, zoals elk ander leerproces, in op vaak subtiele elementen die gewoontes, gebruiken en attitudes vorm geven (Yach et al, 2014).

Elk leerproces bestaat immers uit acties en reacties en via deze feedback leren we wat kan/niet kan of goed/fout is. Het vormt dus een geheel van eigen acties en impulsen uit de micro- (het

gezin bijvoorbeeld) of de macro-omgeving (het overheidsbeleid), die mensen in een bepaalde richting duwen. 'Nudge' betekent letterlijk een klein duwtje in de rug bij de dagelijkse keuzes in levensstijl door de omgeving veel bewuster te gaan inrichten. De mate waarin iemand goed voor zichzelf 'zorgt' (zelfmanagement) wordt beïnvloed door tal van contextuele elementen: politiek, fysiek, sociocultureel en familiaal (Spring et al, 2015).

Het belang van dit samenspel van contextuele elementen met onze keuzes wordt direct duidelijk als we teruggrijpen naar de huidige 'bierkaai' (zie eerder). We worden immers voortdurend 'genudged' in de richting van keuzes. Onze ongezonde gewoontes worden mee beïnvloed door onze omgeving. De sociale factor is hierbij cruciaal: we nemen gewoontes op het vlak van bijvoorbeeld voeding of beweging in grote mate over van anderen.

**“WE HEBBEN DE KRACHT VAN DEZE ONBEWUSTE LEERPROCESSEN TOT OP HEDEN NOG ONVOLDOENDE BENUT.”**

Illustrerend is de getuigenis van Justin King, CEO van de Britse supermarktketen Sainsbury in 2011: "... bij de introductie van een labeling met 'verkeerslichten' gedurende een periode van 12 weken, nam de verkoop van verse maaltijden met 26,2% toe. De verkoop van zalm steeg met 46,1%, daar waar de verkoop van moussaka (vooral rood verkeerslicht) afnam met 24%."



We hebben de kracht van deze onbewuste leerprocessen tot op heden nog onvoldoende benut. Beleidsmakers, coaches, zorgprofessionals,... dienen in de toekomst 'keuze-architecten' te worden, waarbij zoveel als mogelijk invloeden positief benut worden. Reeds heel wat onbewuste leermechanismen zijn gekend. Denken we maar aan het succes van zelfonderzoek op borstkanker, waarbij mensen bewust gemaakt werden van de voordelen (framing en verliesaversie). Of aan het succes van opt-out-methodes bij orgaandonaties, die beter werken dan opt-in procedures.

We staan er niet bewust bij stil, maar trekken ons in het algemeen ook minder aan van risico's op lange termijn, en kunnen die gewoonweg ook minder accuraat inschatten. We zijn over het algemeen veel te optimistisch in de afweging van de gevolgen van ongezonde keuzes op korte termijn tegenover de negatieve gevolgen op lange termijn. We nestelen ons in reeds bestaand gedrag en tonen heel wat weerstand tegenover verandering. **Kleine, onbewuste suggesties of aansporingen kunnen hierbij behulpzaam zijn om wat wenselijk is anders te gaan opnemen in gedrag.** Denk hierbij aan typische preventieslogans zoals 'vijf

stukken fruit per dag'. Een studie uit het Verenigd Koninkrijk toont aan dat dit de fruitconsumptie per dag met 0,3 porties verhoogt, en dat lage inkomensgroepen er zeker zoveel baat bij hebben als hoge inkomensgroepen.

Een ander voorbeeld van positieve benutting is het 'LazyTown'-programma: Sinds 1996, gestart in IJsland, maar nu reeds in 100 landen, focust dit televisieprogramma, met bijhorende mobiele apps, op de belevenissen van de gezonde superheld Sportacus, die kinderen motiveert om gezond te eten en actiever te zijn. Jonge kinderen tekenen een 'energiecontract' met hun ouders en ontvangen bijhorende beloningen. Fruit is bijvoorbeeld 'sportsnoep'. In IJsland had dit een positief effect op obesitas bij kinderen. Kinderen vinden dat voeding van een Lazy Town-merk beter smaakt dan het identieke voedsel zonder zulk merk (effect van kindgerichte verpakking). Als we even stilstaan dat bij ons hetzelfde mechanisme vooral negatief wordt benut (kidsboxen bij fastfood en frituren, gemerkte snacks met figuren van Studio 100, voeding in pretparken,...) dan is het niet zo moeilijk om in te zien hoe zulke 'nudging' ook heel anders zou kunnen. We passen dezelfde principes wel toe als het over afbeeldingen op



pakjes sigaretten gaat (om afkeer te creëren), maar nauwelijks bij tal van andere domeinen. Voorkeuren zijn niet vast en stabiel, maar worden regelmatig bijgestuurd vanuit onze keuzecontext.

**“NUDGING DWINGT OF  
VERBIEDT NIET,  
MAAR HELPT ONS WEL IN  
EEN JUISTE RICHTING ZONDER  
DAT WE HET ZELF  
BESEFFEN.”**

Er zijn tal van mogelijkheden: afbeeldingen van gezonde voeding en vermelding van calorie-aantal bij voeding in cafetaria, het gebruik van aangepaste winkelkarren, die een groter, afzonderlijk compartiment voorzien voor fruit en groenten (een studie stelde een verdubbeling in aankoop vast). Zo geven we net dat ene duwtje in de rug, complementair aan de waardevolle preventiestrategieën die we eerder beschreven (inclusief wetgeving en regulatie). Nog voorbeelden zijn het veel meer beschikbaar maken van de gezonde keuzeopties, en deze meer prominent centraal plaatsen (waar het nu in winkels, restaurants, etalages, nabij de kassa,... vaak omgekeerd is); de grootte van een bord aanpassen of de grootte van een chocoladereep. ‘Happy hours’ en ‘all-in buffet’ formules werken in die zin eerder negatief.

Nudging dwingt of verbiedt niet, maar helpt ons wel in een juiste richting zonder dat we het zelf beseffen. Deze ‘extra’ is fundamenteel om rationele argumenten te versterken als de verandering bijvoorbeeld tegen sterke sociale druk dient in te gaan. Omgekeerd kan sociale druk ook positief benut worden. Dat is bijvoorbeeld wat bij succesvolle formules als de

Anonieme Alcoholisten en Weight Watchers, aan de grondslag ligt.

Nudging maakt ook gebruik van referentiepunten: mensen hechten meer belang aan wat men wilt of verliest ten opzichte van een startpunt in bijvoorbeeld gewicht of conditie dan aan het eindresultaat. Hoe vaak spreken we niet in termen van ‘ik ben 5 kilo afgevallen’? Het verwerken van verschillende referentiepunten is dan ook een succesvolle techniek in een preventietraject. We hechten overdreven belang aan directe ‘winst’ of ‘verlies’ op het moment zelf. Dit kan positief benut worden. In een experiment in het Stockholmse station installeerde men een ‘piano-trap’. Door de trap in plaats van de lift te nemen, kon u muziek maken als directe beloning. De keuze om de trap te nemen nam hierdoor duidelijk toe.

Nudging maakt ook gebruik van visualisatie en identiteit: wat we beter kunnen visualiseren, schatten we als waarschijnlijker in. We hechten veel belang aan associatie met onze identiteit en hoe we deze in positieve of negatieve zin beïnvloeden. En dat kan ver gaan: in Zweden krijgen bloeddonoren bijvoorbeeld een sms-je telkens ‘hun’ bloed gebruikt wordt. Sommige groepen (sociaal-economisch, leeftijd, geslacht, herkomst,...) zijn meer beïnvloedbaar door het ene, andere groepen zijn meer gevoelig door het andere (bv. het langetermijnrisico versus imago of zelfbeeld bij alcoholgebruik). De koppeling met specifieke doelgroepen is steeds van belang.

Bewust ontwerp en sociale marketingtechnieken zijn bruikbaar om preventie meer op de specifieke behoeften van diverse doelgroepen af te stemmen (zoals nu ook reeds toegepast in verkoop, maar dan wel in positieve i.p.v. negatieve zin). Het komt er vooral op aan om

kwetsbaarheden van individuen en groepen, die mede gestuurd worden vanuit de omgeving, niet zuiver als een bewuste keuze te beschouwen (negatieve verantwoordelijkheid), maar door een meer transparante en positief stimulerende omgeving mensen beter in staat te stellen om te kiezen (positieve verantwoordelijkheid) (Roberto et al, 2015; The Lancet).

Voor wie meer wil weten, er bestaan ondertussen al diverse Europese nudging-netwerken, zoals [www.nudge.nl](http://www.nudge.nl) en [nudgingsweden.org](http://nudgingsweden.org).

Dit vereist ook dat preventiebeleid van bij de start intersectoraal wordt vormgegeven. Nudging maakt gebruik van tal van omgevingselementen verspreid doorheen quasi alle beleidsdomeinen op Vlaams, federaal en lokaal niveau. Het zou in eerste instantie een prachtige prestatie zijn indien de Vlaamse en federale regering één coherent preventief omgevingsbeleid (via nudging) zouden uitwerken doorheen de domeinen van zorg, onderwijs, werk, innovatie en financiering. Nadien kan de verdere koppeling gemaakt worden met andere domeinen en met het lokale beleidsniveau.

## 2.2. Sociale interactie en omwenteling

Elementen als sociale steun, peer pressure of normen vanuit uw omgeving, blijken sterk bepalend te zijn voor een (on)gezonde levensstijl. Sociale activiteit kent ook een sterk preventieve waarde voor ons psychosociaal welzijn – op hetzelfde prioriteitsniveau als fysieke activiteit. De impact van sociale activiteit op het welzijn van ouderen is hiervan een goede illustratie. Naast onze meest nabije sociale omgeving (familie en mantelzorg) wordt de sociale dimensie in preventie benut via groepseffecten (bv. in coachingprogramma's, scholen, jeugdbeweging, buurtwerking,...). Een 'buddy'-systeem voor de ondersteuning van fysieke activiteit (als een vorm van onbewuste contractering voor het behalen van doelstellingen via de steun van anderen) kan bijvoorbeeld dat extra zetje (nudge) geven dat u nodig hebt. Tegelijk staat de wereld niet stil en **merken we dat de sociale evolutie stilaan in de richting van een omwenteling gaat, waarbij we fundamenteel anders interageren met anderen. Ook hiervan kunnen we gebruik maken vanuit een preventieve invalshoek.**

**Nudging is het geheel van positieve, irrationele stimulansen die kunnen ingeschakeld worden om gezond gedrag en preventie te stimuleren. Ze beïnvloeden op onbewuste wijze het gedrag van individuen, op een positieve manier, en rekening houdend met sociale interacties. Nudging werkt en is 'fun'.**

**Preventie maakt meer en meer de omslag van een belerende en waarschuwend informatieve stijl, naar een positieve en (on)bewuste keuze-architectuur voor elk individu. Zorgprofessionals en andere disciplines samen worden keuze-architecten. Preventief beleid dient deze beweging te ondersteunen, inclusief het engagement van de industrie en dienstensectoren. Door schijnbaar kleine veranderingen kunnen grote stappen vooruit gezet worden. Iedereen doet hier op het einde van de rit zijn voordeel bij.**



**“ELEMENTEN ALS SOCIALE STEUN, PEER PRESSURE OF NORMEN VANUIT UW OMGEVING, BLIJKEN STERK BEPALEND TE ZIJN VOOR EEN (ON)GEZONDE LEVENSTIJL.”**

Technologie is socialer dan ooit tevoren. Denk aan de vele online communities en sociale netwerken, aan de creatie en het delen van inhoud. Soms laat zelfs een overheid bepaalde functies (zoals haar helpdesk) via sociale platformen over aan de gebruikers, die elkaar dan kunnen helpen. Resultaat: een sterk gevoel van eigenaarschap, een sterk engagement en verantwoordelijkheid.

De omgang met informatie wijzigt snel doorheen generaties: ouderen verwachten hiërarchische, directieve informatie. Jongeren lijken meer collaboratief en bevragend. Senioren gaan meer voort op kwaliteitsaanbevelingen van de artsen, junioren meer op informatie die ze zelf gevonden hebben. Onderling connecteren staat centraal bij de generaties van de laatste decennia. We aanvaarden steeds minder dat een ander ons preventief eenzijdig oplegt of voorschrijft wat goed en slecht is. Tegelijk staan we open voor

transparante informatie en willen we daarover ‘verbinden’ met tal van anderen. Dit is niet alleen een omwenteling in technologie, maar evenzeer in houding, attitude en cultuur.

Hier is duidelijk sprake van een paradox: enerzijds lijken de fysieke afstanden tussen mensen toe te nemen. Anderzijds slagen we erin om zulke afstanden op alternatieve wijze te overbruggen, misschien niet in dagelijks persoonlijk contact, maar wel via tal van andere kanalen. Er is sprake van een grote betrokkenheid, creativiteit en talent voor co-creatie. Het preventieve aspect van fysieke activiteit kan ook vorm krijgen via Xbox Kinect of Wii Sport (Spring et al, 2015). Dit wil daarom niet zeggen dat we minder gaan wandelen. Ook daar zien we ‘ondersteunende’ voorbeelden ontstaan zoals city games, geocaching, pintrail.com, enz. De oude en de nieuwe wereld van fysiek en digitaal zijn bovendien sterk complementair: online sociale netwerken kunnen de lokale buurtwerking ondersteunen (denk aan de online communicatie met de kinderopvang over het welzijn van het kind en eventuele preventieve bijsturing). Sociale media zoals Twitter en Facebook hebben op onbewust niveau wellicht effect op ons gedrag en levensstijl (al was het maar om elkaar te vinden voor tal van activiteiten). Daarnaast bestaan er ook expliciet gerichte online sociale netwerken, bv. i.v.m. diabetesopvolging, met goede resultaten wat betreft HbA1c, bloeddruk en cholesterolwaarden (Toma et al, 2014). Zulke netwerken benutten online educatie, continu contact (ook met professionals), het delen van dossiers (personal health record), feedback van gegevens (bv. visualisatie van de trend in bloeddruk) en/of beeldbellen.

De interactie tussen onze voorkeuren in levensstijl en de omgeving waarin we ons bevinden (die deze voorkeuren aanleert, helpt uitdrukken en beoordeelt) is dus van groot belang. De wisselwerking tussen individu en zijn/haar omgeving is een 'enabler' voor preventie. **Nieuwe vormen van sociale en informatienetwerken helpen nieuwe voorkeuren te leren, uit te drukken en te (her)beoordelen. Ze helpen om barrières voor preventief gedrag weg te werken.** Maar niet alles is positief: we moeten ons er van bewust zijn dat online dezelfde positieve én negatieve impact kan hebben op leerprocessen. Online coachingprogramma's, complementair aan face-to-face-coaching zijn alvast een goed voorbeeld van hoe het op positieve wijze kan. Bijvoorbeeld voor preventie van alcoholmisbruik blijken varianten van therapeutische ondersteuning via pc, smartphone of tablet een kosteneffectieve toepassing te zijn (Spring et al, 2015).

Internetgebaseerde hulpmiddelen voor preventie zijn zowel nuttig voor de burger of cliënt (zie <http://www.exerciseismedicine.org/> in de VS of het start-to-run initiatief dichterbij), als voor zorgprofessionals (zie <http://www.letsmove.gov/health-care-providers>). Zo zijn er tal van voorbeelden in een explosie van toepassingen (Kleurjeleven.be en Gripopjedip.nl ter preventie van depressie, enz.). Het is van belang dat de burger ook hier op transparante wijze de weg in kan vinden. In Nederland helpt de website KiesBeter.nl hierbij, net zoals bij de niet-digitale zorg.

De opkomst van 'peer to peer' en van de online 'crowd' biedt overigens ook vele nieuwe mogelijkheden om specifieke doelgroepen meer gericht preventief te benaderen (bv. door de

peers rechtstreeks te betrekken bij de uitbouw van preventieprogramma's) en om vooral ook tot bij hen te geraken (outreach). Dat patiënten elkaar makkelijk online kunnen vinden en zich verenigen in online patiëntengroepen kan op zich ook al preventief werken. **Sociale netwerken zijn ook een bron van preventieve trackingtoepassingen**, bijvoorbeeld i.v.m. seksueel overdraagbare ziekten, factoren in relatie tot zwaarlijvigheid, enz. Interacties met vrije tijd, werk, kenmerken van een buurt,... kunnen geanalyseerd worden. Als alle buurtbewoners met tablets worden uitgerust om gedurende een maand alle barrières door te geven die een gezond en wel leven in de weg staan, is dat niet alleen sterk informatief, maar vooral ook sterk appellerend naar beleidsmakers toe.

**Sociale interactie verandert, niet alleen qua stijl en inhoud, maar ook qua scope en door het gebruik van technologie. Mensen gaan anders met elkaar om. Dit is het tijdperk van de netwerken. Dit heeft gevolgen voor de stijl, de kanalen en de mogelijkheden van succesvolle preventie.**

**Opnieuw wordt ons punt duidelijk: nieuwe preventie vergt een geheel van maatregelen/interventies en technieken. Hier liggen exhaustieve mogelijkheden tot ontwikkeling en waardecreatie voor erg diverse stakeholders. Tegelijk is het bij zulke opmars van technologische mogelijkheden belangrijk om ervoor te zorgen dat de voordelen ervan ook bij de meer kwetsbare doelgroepen tot stand kunnen komen. Een aanpak zoals die van Healthways (VS), dat preventie voor kwetsbare doelgroepen centraal stelt in zijn strategie, vanuit een ‘wellbeing’-startpunt, kan hier inspiratie bieden ([www.healthways.com](http://www.healthways.com)).**



### 2.3. Preventie en de digitale transformatie van de zorg

Preventie via sociale technologie dient een complementair fundament te worden, naast de vertrouwde face-to-face-contacten. Dit is niet enkel goed voor ‘early adopters’, maar ook voor vele mensen die we met de klassieke aanpak niet of nauwelijks zouden bereiken.

Net zoals bij mHealth dienen alle specifieke aandachtspunten zoals privacy en veiligheid, aansprakelijkheid, integratie in de publieke financiering volgens meerwaarde, enz. beleidsmatig uitgetekend te worden. Dit wordt uitvoerig beschreven in onze white paper over mHealth. De eerste stappen op deze weg worden gezet (roadmap 2.0 als plan voor e-gezondheid en het kader voor online therapie). De sociale ondernemingen en industrie beschikken op dit punt over tal van mogelijkheden. Het is nu zaak om ermee volop aan de slag te gaan.

De digitalisering van preventie begint nog maar geleidelijk door te dringen tot de meer ‘klassieke’ preventie. Een positief voorbeeld is de toenemende aandacht voor preventie in het Globaal Medisch Dossier bij de huisarts, wat hem of haar met behulp van indicatoren en patiëntenregisters beter in staat moet stellen om preventiemaatregelen en –resultaten op globaal niveau te kennen en ze te vertalen naar het individu. Dit vereist een grotere nadruk op elektronische patiëntendossiers en interdisciplinaire gegevensdeling. Dat kan de preventieve begeleiding sterk aanzwengelen (Dietz et al, 2015). Deze transparantie staat bij ons echter nog in de kinderschoenen.

Maar met de digitale transformatie van de zorg bedoelen we veel meer (zie onze white paper over mHealth en het Voka-boek ‘Transformeren om te overleven in de zorg’). In deze white paper focussen we op digitale tools en hun mogelijke impact op preventie. Het gaat om mobile health (mHealth), Internet of Things (IoT), serious gaming (de introductie van spelelementen) en big data.

In de voorgaande secties zagen we reeds dat preventie vooral een samenspel is van het stellen van doelstellingen als individu, het opvolgen van de evolutie, het ontvangen van feedback vanuit de omgeving, en eventuele bijsturing van doelstellingen (de kern van een gedragsgerichte ondersteuning). Dergelijke leerproces geldt zowel bij persoonlijke preventieve interventies, als bij het effect van omgevingsinterventies (nudging), ook al vindt de cyclus dan meer onbewust plaats.

**Omdat de principes van een leerproces zo cruciaal zijn in preventie, vormen digitale technologieën een ware schatkamer voor de versterking van de impact van preventieve interventies, zowel op het vlak van het individu als het individu in zijn omgeving.**

We kunnen werkelijk spreken van een digitale transformatie in preventie. Want hoe meer continu en direct (realtime) een preventieve cyclus kan ondernomen en gevolgd worden (via mHealth), hoe meer omgevingsaspecten kunnen ingepast worden in de cyclus (via Internet of Things), hoe meer kennis en informatie in het traject kunnen ingewerkt worden (big data) en hoe aantrekkelijker preventie kan gemaakt worden (door onder meer serious gaming, nudging, online sociale netwerken, ...), hoe meer effect preventie kan en zal hebben. Vermits we hier op het scherp van de snee zitten van de

innovatieve ontwikkeling van preventie, is het logisch dat het aantal kosteneffectiviteitsstudies die de waarde ervan onderzoeken nog relatief beperkt is. Enerzijds geven we de optimisten gelijk. Bijvoorbeeld bij mHealth, en dan vooral met een chronisch doelpubliek, nemen dit soort van studies toe: Kaambwa et al, 2013; Grustam et al, 2014; Nundy et al, 2014; Pandor et al, 2013; Polisena et al, 2009. Anderzijds geven we de pessimisten gelijk. Als we kijken naar serious gaming zijn er goede studies (randomised control trails over werkzaamheid, met vermelding van lage kosten), maar het volledige waardeplaatje is er voorlopig grotendeels ongekend. We moeten dus vooruitstrevend, maar ook realistisch zijn. Bovendien, zoals bij alle interventies is het goed ontwerp van digitale preventieve interventies cruciaal (zie Ryan et al, 2012 voor een voorbeeld van mobiele opvolging bij astma, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Morrison et al, 2014 bij dezelfde doelgroep). Geen enkel van de puzzelstukken vormt op zich een 'magic bullet' met oplossingen in een vingerknip (bv. Chen et al, 2012 i.v.m. rookstop). Daarnaast zijn verschillende accenten en dus andere ontwerpen nodig naargelang de levensfase. Dat wordt aangetoond met het voorbeeld van apps voor cardiovasculaire preventie hieronder.

## Het gebruik van apps voor cardiovasculaire preventie gedurende verschillende levensfasen

| Utility of apps in the prevention and management of CVD during different life stages                        |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| App influence   | Effect on different stages of life  |  |  |   |
|   | Childhood   | Adolescence  | Adulthood  | Later adulthood   |
| Type of CVD prevention or management  | Primordial*   | Primordial*  | Primary and secondary**  | Primary and secondary**                                     |
| Specific effects  | Promotion of fruit and vegetable intake at home, prenatal smoking cessation | Antismoking programmes, increasing physical activity, healthier diets, mental health | Smoking cessation, weight loss or control, hypertension or other risk factor management, increased physical activity | Healthier food choices, medication adherence, mental health |
| *Behavioural, cultural, economic, environmental, and social actions; **Risk factor reduction and management |   |  |  |   |

Bron: Neubeck et al, 2015



In feite geldt bij digitaal hetzelfde als bij niet-digitaal wanneer we kijken naar de evidence: ruim de helft van de toepassingen zijn waardevol, tien tot twintig procent werkt kostenbesparend. Het restant biedt geen meerwaarde (de la Torre-Diez et al, 2015; Mistry et al, 2014).

Hoe het ook zij, de verhoudingen tussen investeringen in behandeling en investeringen in preventie zijn op vandaag nog compleet scheef getrokken. Kijken we maar naar Nederland, dat nochtans al verder staat dan wij in digitalisering en dat dubbel zo veel middelen aan preventie besteedt: jaarlijks geeft het land 800 miljoen euro uit voor de behandeling van depressie, tegenover 31,3 miljoen euro aan de preventie er van. In België ligt deze verhouding nog slechter. Digitale preventie kan ongelijkheden in preventie verder reduceren (Neubeck et al, 2015), mét diverse langetermijnvoordelen op vlak van kwaliteit van zorg, re-integratie, kostenbesparing, welvaart en welzijnstoename, daar zijn wij van overtuigd.

In de digitale transformatie van gezondheidszorg in het algemeen en van preventie in het bijzonder is het erg belangrijk dat de zorgvrager meer 'guidance' of inzicht krijgt via geloofwaardige bronnen en dat de informatie over wat nuttig is en wat niet transparant gedeeld wordt. Hier ligt uiteraard opnieuw een belangrijke rol voor de zorgverstrekker, als keuze-architect en als coach. Maar transparant delen van informatie,

keuzes en de resultaten ervan is ook absoluut nodig om mensen het leerproces van preventie succesvoller te laten maken.

De 'realtime' of continue preventieve opvolging voedt het reflectieproces over levensgewoonten en biedt een stimulans om langetermijn-doelstellingen na te streven. Daarnaast kan de gebruiker zich engageren om via big data-analyse patronen en verbanden helpen op te sporen. Dit is bruikbaar in de eigen situatie, maar ook om voor vele andere zorgvragers preventie verder te optimaliseren. Zo wordt iedereen meer en meer een actieve participant aan gezondheid en preventie (the citizen formerly known as patient). Apps zijn ook een goed vehikel om beloningssystemen voor verandering rechtstreeks en meteen ter beschikking te stellen, zowel financieel (bv. vouchers) als niet-financieel (bv. in sociale wedstrijdvergelijkingen met andere gebruikers). De wenselijkheid van zulke systemen komt later aan bod. Feedback en beloningssystemen worden via de digitalisering op maat 'gecustomized' in functie van de individuele behoeften. Dat is voor wat betreft de digitale omzetting van klassieke preventie-trajecten.

Daarnaast stelt zich de vraag wat het gevolg zal zijn van mHealth voor de huidige preventieve screening (borstkanker, darmkanker, enz.). Zodra mHealth breed is ingeburgerd en de kwalitatieve randvoorwaarden vastgelegd, zal mHealth wellicht de klassieke screening vervangen (incorporeren) voor sommige doelgroepen. Dat gebeurt bijvoorbeeld door de toepassing of ontwikkeling van nieuwe producten als een 'slimme' tool of toestel voor onze gezondheid. Bh's die automatisch screenen op borstkanker worden nu al ontwikkeld. Deze slimme producten zullen de toegankelijkheid voor screening

voor iedereen, dus ook voor kansengroepen, sterk kunnen verhogen. Tegelijk zal het erop aan komen om ervoor te zorgen dat men niet voor elke valse positieve melding extra zorg consumeert via heel precieze onderliggende algoritmes. Het meer continu karakter van dergelijke tools biedt op zich al meer garanties dan éénmalige, niet-digitale metingen.

King et al (2015) verduidelijken dat de explosie in de technologische vooruitgang niet enkel betrekking heeft op het 'mij'-domein. Het gaat hier dan om individuele metingen bij uzelf (quantified self) en via uw omgeving (IoT), en de opvolging van het effect van zelfmanagement en professionele interventies. Technologische explosie zal enorme vooruitgang in het 'wij'-domein genereren en het via geaggregeerde data mogelijk maken te focussen op doelgroepen en grotere populatiesegmenten. Ze biedt ook een rijke input om preventieve ingrepen via de omgeving te onderbouwen en bij te sturen. Zulke brede beschikbaarheid van objectieve maatstaven van de lichamelijke, gedragsmatige, sociale en omgevingsinvloeden op welzijn en (on)gezond functioneren is nieuw. Platformen met meervoudige sensoren, zowel bij de zorgvrager als in databestanden, laten een adequate analyse toe van vaak zeer complexe fenomenen van onderlinge interactie. Het simpele feit dat u bijvoorbeeld met een automatische camera systematisch de leefgewoonten van iemand in kaart brengt, samen met positieve en negatieve afwijkingen hierop, biedt een groot potentieel in vergelijking met de ja/nee-vragen die u wellicht één maal per jaar bij een zorgprofessional beantwoordt (als het al zover komt). **Digitale technologie maakt dus een explosie aan kennis mogelijk, waarmee gezondheidsinterventies effectiever en efficiënter kunnen worden.**

Bij geaggregeerde data komen hier andere digitale bronnen bij zoals Google Earth, Google Streetview, wandelanalyses van de omgeving, metingen van luchtkwaliteit, enz. om het complete plaatje te kennen en in rekening te brengen. Het aantal studies over validiteit en betrouwbaarheid van zulke omgevingsmetingen neemt toe. Het is een domein waarin onder meer Vito, het Vlaamse instituut voor wetenschap en technologie actief is. De analyses kennen bovendien een dynamische component omdat de sensoren of apps mee met de burger bewegen en zijn of haar doen en laten (op)volgen. Voor voedingspatronen, fysieke activiteit, psychologisch welzijn (stemming), enz. biedt dit tal van mogelijkheden, mede dankzij automatische herkenningsoftware. Voeg daar nog eens de metingen bij i.v.m. mantelzorg, sociale contacten, face-to-face-professionele zorg, enz., naast zelfrapportage via blogs, dagboeken,... en we spreken van een unieke, brede vorm van crowd sourcing. Voorbeelden van gevalideerde tools zijn SOPARC (System for Observing Play and Recreation in Communities) met ook een mHealth variant (iSOPARC), SOPLAY (System for Observing Physical and Leisure Activity in Youth), SOFIT (System for Observing Fitness Instruction Time), SOCARP (System for Observing Children's Activities and Relationships during Play). Analyses hebben ook implicaties voor andere sectoren: helpt het als games met een welzijnsboodschap worden gepromoot en maakt men er hierdoor meer en langer gebruik van? (Ja!) Dienen fitnesscentra over te gaan tot een integratie met virtuele toepassingen? Enzovoort.

Het is intussen duidelijk dat we de gezonde activiteit van een virtuele 'zelf' (avatar), die bepaalde gezondheidsdoelstellingen behaalt, op de korte termijn in real-life overnemen. Virtueel



wordt dus ook reëel. Werken met virtuele rolmodellen kan deze impact bij sommige doelgroepen verder vergroten. Spel en activiteit gaan hand in hand. En dat is niet enkel zo bij jongeren, de 'virtual natives'. Zo is er 'bingo walk', een spel voor senioren waarbij men een parcours aflegt, zelf dient te navigeren, en op bepaalde locaties bingo punten verzamelt.

Tot slot zullen sensoren, games en sociale netwerken ook onderling meer en meer gaan interageren. Bijvoorbeeld met een boodschap naar de omgeving van de oudere bij valpreventie. Of door verwittiging over een onverwachte verandering in leefpatroon, ter preventie van zelfdoding. De onderlinge interacties worden steeds naadlozer dankzij nieuwe technologie.

### The 'me' domain (personal level contexts and behaviors)

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| Assessment   | Self-tracking<br>SenseCam<br>Personal Activity<br>Location Measurement<br>System (PALMS) | Apps that allow users to record data on calorie intake, exercise, medical test results, etc., in conjunction with proximal contextual information<br>Takes pictures every 15-20 seconds, which improves categorization of sedentary behaviors<br>A fully integrated measurement system that is capable of estimating Physical Activity Energy Expenditure (PAEE) by combining activity data collected by accelerometers, heart rate from hear rate monitors, and location data by GPS data loggers |
| Intervention | Quantified-Self<br>mobile apps   | Provide a platform for using dynamic personal data in conjunction with local contextual information to deliver real-time feedback and guidance for behavior change   |

### The 'we' domain (aggregated data across people and larger-scale contexts)

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| Assessment   | Web-based tools<br>and GIS<br>Aggregated de-identified data collection from mobile devices<br>Crowd-sourcing<br>Social network-based surveillance | Web-based tools such as Walk-score, Google Earth and Google Streetview can create a more comprehensive view of environments. Utilized to collect information on travel and other physical activity behaviors; also can be used to facilitate capture of observational surveillance data (e.g. SOPARC) Self-reported information that can be aggregated across large numbers of people to allow tracking of health behavior patterns and determinants on a large scale<br>Researchers can track a variety of behavioral information (e.g. exercise frequency, location information, daily app use patterns) via Twitter and other programs |
| Intervention | Citizen scientist tools<br>Virtual worlds,<br>"Stealth" interventions<br>(BingoWalk)  | Apps that allow to electronically capture barriers to active living and healthy eating in ways that compel action at the environmental and policy levels<br>Virtual environments where users can create a "virtual self" or avatar to help visualize and "practice" healthful activities and accomplishments<br>Example of an electronic game for older adults that incorporates navigation finding and outdoor walking to earn Bingo points  |

Bron: King et al, 2015

Preventie wordt getransformeerd. De nieuwe mogelijkheden voor continue opvolging, automatische leercycli en rechtstreekse inspraakmethoden die we tot op heden nooit kenden, zullen preventie herdefiniëren. Nieuwe technologieën zijn immers niet alleen interessant voor een enthousiaste adoptie door individuen; ze bieden ook nieuwe inzichten en mogelijkheden op groeps- en omgevingsniveau.

**Het beleid dient deze technologische mogelijkheden veel meer te benutten voor de totstandkoming van hervormingen, maar ook voor beleidsimplementatie en monitoring van doelstellingen. Ook wetenschappelijk onderzoek en R&D dienen deze tools veel meer te gebruiken dan vandaag. Er is verder – vooral toegepast – onderzoek nodig naar de impact en mogelijkheden van diverse basistechnologieën. Hier ligt een kans voor Vlaanderen, vertrekkende vanuit onze bestaande sterktes inzake farma, biotech, nanotech en kwaliteit van zorg, indien we de vooruitgang in andere landen willen bijhouden. Het is een pleidooi voor een healthcare-cluster die Vlaanderen als implementatielabo voor vernieuwende preventie realiseert. Een kader voor het vlot, maar veilig benutten van big data is hierbij essentieel.**

## 2.4. Precisie én populatie in preventie

We zagen hierboven hoe mHealth en big data samen met de gegevensdeling in de zorg 'het zenuwstelsel' zullen worden van ons zorgsysteem. Dit maakt dat we veel eerder en preciezer worden geïnformeerd in het kader van preventieve noden. Artificiële intelligentie (AI) zal zowel de zorgvrager als de zorgprofessional ondersteunen om hierin wegwijs te worden. Deze AI, met de Watson-supercomputer als gekend voorbeeld, heeft de overstap gemaakt naar **zelflerende systemen**. Dit is cruciaal bij preventie gezien de voortdurende toevloed aan nieuwe wetenschappelijke kennis en inzichten. Men zal dus 'on the spot' automatisch geadviseerd worden complementair aan de face-to-face-zorgverlening. Tal van 'do it yourself'-ondernemers wereldwijd werken aan zulke mogelijkheden, met een exponentiële vooruitgang. Vroegtijdige detectie (secundaire preventie) evolueert naar een bijna 'zero cost'-proces, niet enkel dankzij mHealth, maar vooral door de technologische revolutie in beeldvorming (triboluminescence i.p.v. klassieke bestralingsbronnen) en labowerk ('Lab-on-a-chip' nanotechnologie - biomerkers).

Genoomsequentiëring is goedkoop, ultrasnel en kwaliteitsvol (medical grade), met een kostprijs van ongeveer 1.000 dollar voor een volledig genoom. Zelfs indien de toepassingen nu nog beperkt zijn, zal men binnen 10 jaar bij elke foetus direct een volledige genoomanalyse uitvoeren. Het wordt immers veel informatiever en goedkoper dan de huidige analyses. De zorg zal hierdoor veel predictiever en preventiever worden. **Als we vooraf, nog voor onze geboorte, al de ziekten kennen waarvoor we een genetische aanleg hebben, zal dit een grote aansporing worden om**

**preventief te handelen.** Tegelijk moeten we voldoende stilstaan bij de ethische aspecten van nieuwe predictiemogelijkheden. Wat als u weet dat u met statistische zekerheid zal sterven aan bijvoorbeeld Alzheimer, terwijl er geen effectieve behandeling is op dit ogenblik? Hoe gaan we om met zulk 'verdicht' dat (nog) geen hoop toelaat? Wat zijn we met zulke analyse? De voor- en de nadelen dienen door eenieder zorgvuldig te worden afgewogen. Een correcte en objectieve informatieverstrekking is hier essentieel.

**“WE SPREKEN NIET ENKEL OVER TOEGENOMEN PRECISIE, MAAR OVER ‘4P WELZIJN EN GEZONDHEID’: PREDICTIEF, PERSOONSGERICHT, PREVENTIEF EN PARTICIPATIEF.”**



Daarnaast zijn er ook grote genetische moduleringsdoorbraken op komst die preventie volledig zullen hertekenen. Onderzoekers van Harvard slagen er vandaag reeds in om bij proefdieren de vet insulinerceptor uit te schakelen door hun RNA-boodschappers te blokkeren. Muizen die veel calorieën opnemen blijven slank en gezond. Ze leven 20% langer. De overstap van zulke doorbraken naar mensen zal niet meer zo lang op zich laten wachten.

We spreken niet enkel over toegenomen precisie, maar over ‘4P welzijn en gezondheid’: predictief, persoonsgericht, preventief en participatief. We zagen eerder dat preventieve omgevingsinterventies relatief sneller

kosteneffectief of kostenbesparend zijn dan individuele preventie met face to face begeleiding, wat ons tot de conclusie bracht dat beide best steeds gecombineerd worden. De 4P-evolutie van preventie versterkt het evenwicht tussen de individuele en omgevingsbenadering verder. Immers, de interactie tussen beiden staat centraal. Indien u weet dat u genetisch gezien relatief gevoeliger bent voor astma en COPD, zal u ook anders beginnen te interageren met uw omgeving, zeker indien u over gerichte data over die omgeving beschikt (luchtkwaliteit, enz.). Bovendien vult 4P de schat aan informatie in termen van big data verder aan. We belanden op populatieniveau: is de grote incidentie van borstkanker in vergelijking met andere landen

deels ook genetisch bepaald, naast factoren die te maken hebben met levensstijl (cultuur) en omgeving? Precisie op het individuele niveau zal de inzichten op populatieniveau voeden.

We wijzen er tegelijk op dat de verwachtingen over 4P op korte termijn niet overroepen mogen worden. De predictieve waarde van kennis van specifieke genetische varianten is beperkter dan vaak wordt voorgesteld. Bovendien zet deze kennis op zich onvoldoende aan tot gedragsverandering en kan het tegelijk angst en overconsumptie induceren (Joyner et al, 2015). In diezelfde zin zijn screening, rookstop en evidence based interventies tot op heden nog steeds waardevoller gebleken dan genetische biomarker-toepassingen voor een meer gerichte behandeling. Het hoge kostenplaatje moet hierbij ook in rekening worden genomen.

Wat het verhaal nog complexer maakt is de zogenaamde 'preventie-paradox'. Deze paradox beschrijft het vaak voorkomende fenomeen waarbij de meeste mensen die een ziekte hebben in feite een laag of medium-risicoprofiel hadden, terwijl degenen met een hoog risicoprofiel een relatief beperkt aandeel uitmaken. Zo is bijvoorbeeld oudere leeftijd bij zwangerschap een risicofactor voor het krijgen van kinderen met het syndroom van Down. Maar de meeste personen met het syndroom van Down zijn ter wereld gekomen bij een moeder op jongere of normale leeftijd. Een ander voorbeeld: de meeste problemen met alcohol op bevolkingsniveau situeren zich niet bij de zwaarste drinkers. Dit impliceert dat preventieve strategieën zich best ook op minder risicovolle subgroepen richten om de algemene volksgezondheid te verbeteren. Dit leidt tot een grotere maatschappelijke winst, zelfs al is de impact op individueel niveau beperkt. Preventie

is in die zin altijd een kanstoepassing: velen moeten hun gedrag wijzigen opdat enkelen er werkelijk baat bij hebben qua effect op hun gezondheid.

**Het beleid doet er goed aan geen eenzijdige positie in te nemen over de voor- en nadelen van de evolutie in genetica (en het ruimere OMICS-verhaal). Het zal erop aan komen de voordelen te benutten en tegelijk mogelijke risico's te vermijden. Ethische aspecten mogen hierbij niet uit het oog worden verloren.**

We wijzen hierbij opnieuw naar het belang van een consistent kader, met kosteneffectiviteit als kerncriterium. De moeilijke discussies over smalle (zelfs gepersonaliseerde) versus brede doelgroepen worden op die wijze geobjectiveerd.

## 2.5. Convergentie en evolutie in waardevolle preventie

Zoals Roberto et al (2015) in The Lancet beschrijft, is het grote probleem met preventie vaak de perceptie van tegenstellingen. Bijvoorbeeld de collectieve versus persoonlijke verantwoordelijkheid voor acties. Individu versus omgeving. Ingrijpen op de vraag versus het aanbod. Overheidsingrijpen versus zelfregulering. Top down versus bottom up. Preventie versus behandeling. We dienen deze tweespalt dringend weg te werken. De interactie tussen beiden is steeds wederzijds. Zowel het individu als de omgeving kennen biologische, psychologische, sociale en economische dimensies die elkaar beïnvloeden



(zelfs vormen). Ieder draagt bijvoorbeeld een deel verantwoordelijkheid, maar de vele factoren rondom ons bepalen mee in welke mate we die verantwoordelijkheid kunnen dragen en uitoefenen in functie van eigenbelang en algemeen belang. Dat deze interactie niet altijd vanzelf goed verloopt, is intussen wel duidelijk geworden. Dit is des te meer waar in tijden van positieve disruptie, waarbij tal van nieuwe mogelijkheden preventie voor een deel herdefiniëren en verruimen. Dit vereist nieuwe beleidskaders.

**Om de noodzakelijke bruggen te leggen, schuiven we vanuit de Voka Health Community het concept Community Assisted Self-Management (CASMA) naar voren: een samenspel tussen Community en Self-Management.**

De **Community** omvat verschillende lagen en componenten: familie en mantelzorg, buurtwerking en vrijwilligers, peer to peer en professionele ondersteuning. Daarnaast de meer intersectorale community: scholen, sportverenigingen, dienst voor preventie op het werk,... Ten derde de economische community die hiermee interageert (positieve of negatieve nudging). En tot slot de meer digitale en informatiedreven community: via sociale netwerken, crowd-toepassingen, serious games, mHealth en IOT (bv. de 'quantified self'-beweging), big data, genomics. De sociale ondernemer (bv. de Maker Movement) bevindt zich, net zoals de burger of cliënt, op het kruispunt van deze diverse communities.

**“DE CYCLUS VAN ZELF VOORTDUREND (ONBEWUST) INFORMATIE TE VERZAMELEN, EIGEN WELZIJN EN GEZONDHEID, EN ONDERLIGGENDE FACTOREN OP TE VOLGEN EN BIJ TE STUREN WAAR NODIG, IS EEN TYPISCH KENMERK VAN ZELFMANAGEMENT.”**

De interactie met het individu is wederkerig: communities 'enabelen' preventie bij hem of haar via normen, regels, prikkels, contacten, gegevens, tools en ondersteuning. Omgekeerd draagt ieder van ons op een eigen unieke manier positief bij tot diverse communities of netwerken. Elke organisatie maakt deel uit van verschillende communities, maar vormt ook op zich een micro-community of omgeving die preventief al dan niet bevorderlijk werkt (meestal gemengd positief en negatief): een bedrijf, een

school, een jeugdbeweging, een sportclub, een winkel, een ziekenhuis,... Communities zijn geen statisch gegeven, maar vooral sterk dynamisch. Er ontstaan voortdurend nieuwe soorten van communities. Preventie-initiatieven die succesvol zijn, worden meestal gezamenlijk gedragen vanuit meerdere communities (start to run, enz.), die samenkomen in een nieuwe, tijdelijke, flexibele community. Het mag duidelijk zijn: communities kennen geen muren, en vereisen nieuwe, flexibele organisaties in de zorg.

**Kenmerken die eigen zijn aan communities, en steeds belangrijker worden, omvatten gedeelde doelstellingen en belangen, identiteitsvorming (het individu spiegelt zich aan de community(s)), het onderling openlijk delen en participeren.** Interactie staat centraal in de natuur, in ons eigen lichaam en geest (biopsychosociaal) en onze samenleving.

De individuele component binnen de communities benoemen we als **zelfmanagement**. Zoals het woord aangeeft, staat het voortdurend streven naar het behoud, bevorderen, versterken en/of herstellen van zelfredzaamheid daarbij centraal. Het betreft alle beslissingen en handelen met impact op eigen welzijn en gezondheid. In lijn met 'empowerment' helpen we de cliënt om het eigen inherent vermogen om het leven in handen te nemen, te leren kennen en verder te ontwikkelen. Preventie kent hierbij dus een plaats in het kader van ruimere levensdoelstellingen. We wensen zelf grip te hebben op ons leven (inclusief onze levensstijl), het roer in handen te hebben en zelf te kiezen waar mogelijk. De cyclus van zelf voortdurend (onbewust) informatie te verzamelen, eigen welzijn en gezondheid, en onderliggende factoren op te volgen en bij te sturen waar nodig, is een typisch

kenmerk van zelfmanagement. Het leven is een oneindig leerproces. Dit kan enkel in interactie met communities of netwerken.

We kunnen zelfmanagement ook als volgt typeren: zelfstandigheid behouden, doelen stellen en behalen, actieve betrokkenheid, (leren) initiatief nemen en problemen oplossen, regie op kwaliteit van leven en vertrouwen in eigen kunnen. De relatie met zorgprofessionals verschuift hierbij naar partnerschap, coproductie, vertrouwen en respect. Coaching komt meer centraal te staan, met nadruk op het belang van actief zelfmanagement, de eigen regierol daarbij, het nemen van geïnformeerde beslissingen en het engagement in het dagelijks leven. We reiken de vaardigheden en het vertrouwen aan om een actief en voldoening gevend leven te leiden (waar nodig en voor zover als mogelijk).

Zelfmanagement gaat verder dan het verkrijgen van informatie en educatie. Het betreft een engagement tot het vooropstellen van doelstellingen en concrete plannen in hoe men zijn leven wil vorm geven. Hierrond fungeert er een interdisciplinair en intersectoraal 'team' van direct en indirect betrokkenen met complementaire rollen en verantwoordelijkheden. Bij zelfmanagement heroriënteert een deel van de professionele zorg van behandeling naar preventie. Bronnen en hulpmiddelen buiten de zorg worden volop opgespoord, aangeraden en benut. Via alle mogelijke communicatiekanalen begeleiden we de cliënt in zijn of haar zelfmanagement. Dit alles vereist samenhang en coördinatie, zodat de diverse preventieve rollen en acties naadloos en geïntegreerd op elkaar aansluiten in een partnerschap (community), onder regie van de cliënt en/of mantelzorger. Rollen omvatten ondersteuning bij het bepalen van doelstellingen, de ontwikkeling van actieplannen, tracking van stappen en



uitkomsten, onderlinge doorverwijzing, enz. Zorgprofessionals missen vaak nog specifieke vaardigheden zoals motivationeel interviewen. Zelfmanagement is niet enkel het hart van chronische (zelf)zorg, maar ook van preventieve (zelf)zorg.

Zelfmanagement betreft nooit eenheidsworst, maar steeds een goede afstemming (gepersonaliseerd) op de behoeften van elk van ons, zowel individueel als in doelgroepen: bijvoorbeeld nood aan gestructureerde educatie versus nood aan cognitieve en gedragsmatige begeleiding. Zulke differentiatie is volgens de evidence cruciaal; zie eerder). We verschuiven naar een systematisch en proactief management.

Zelfmanagement heeft een positief effect op fysiek functioneren en op de subjectieve ervaring (meer vertrouwen, minder angst). Zelfmanagement vermindert ongeplande opnames en verhoogt de therapietrouw (Challis et al, 2010; Kings Fund, 2013; Purdy, 2010). De mate van kosteneffectiviteit is minder eenduidig, maar de indirecte besparingen elders wijzen alvast op een positieve business case voor de samenleving.

**Om CASMA heel concreet te maken: wie van ons heeft tot op heden samen met (non-)professionals ooit een persoonlijk zelfmanagement plan opgesteld, met elementen van educatie, medicatie-ondersteuning (therapietrouw), voeding en beweging, tele- en zelfmonitoring (mHealth), psychosociale ondersteuning en coaching, met toegang tot eigen dossier en gegevens? Wie van ons werd deze mogelijkheid ooit aangeboden om al dan niet op in te gaan?**



### 3. Community Assisted Self-Management: van belofte naar realisatie





**De mogelijkheden voor en van preventie zijn op heden onderbenut. Preventie zal, vanuit een steeds grotere drive van mensen rond gezondheid, steeds centraler komen te staan in ons leven. Gecombineerd met nieuwe technologieën én nieuwe sociale interactievormen en systemen, zal preventie een modern gezicht krijgen als CASMA of Community Assisted Self-Management. Wat betekent dat nu voor preventiebeleid, voor zorgverstrekkers, ondernemers en andere relevante stakeholders (zoals onderwijs)?**

### **3.1. Een nieuw business model voor preventie nodig**

We zagen eerder hoe preventie in grote mate hetzelfde patroon in al dan niet waardevol zijn (kosteneffectiviteit) kent als behandeling, en soms ook kostenbesparend kan werken. Het effect situeert zich echter meestal op langere termijn en verschilt van doelgroep tot doelgroep, en van persoon tot persoon. Dit impliceert dat er ook op financieel vlak vaak geen directe 'return' is voor de cliënt en de samenleving, ook al is deze op lange termijn soms groot (langer kunnen werken, minder zorgkosten, betere levenskwaliteit, enz.). Er is dus alvast geen spontane financiële prikkel die preventief gedrag aanmoedigt – zeker niet indien men zelf hoge bedragen dient op te hoesten voor rookstop.

Mochten we preventie al terugbetalen op basis van meerwaarde, en dus deze preventieve acties remgeldvrij (of gratis) maken die bewezen kosteneffectief zijn, dan zouden waardeloze vormen meer afgeremd worden en zou er een groot potentieel effect zijn inzake gezondheidsdoelstellingen. Omgekeerd kunnen

we remgeld verhogen bij wat waardeloos of niet geïndiceerd is. Dit value based design of value based insurance design zou er ook toe leiden dat de verschillen in financiële toegankelijkheid van preventieve ondersteuning in grotere mate worden weggewerkt.

**“VEEL ZORGPROFESSIONALS NEMEN PREVENTIE ER DUS ZELF ‘GRATIS’ BIJ, ZONDER SPECIFIEKE VERGOEDING VOOR HEN, IN DE LOOP VAN ANDERE BEHANDELINGSACTIES.”**

Maar het probleem van gebrek aan terugbetaling is nog fundamenteeler dan dat. Noch de eerste pijler (algemene ziekteverzekering), noch de tweede pijler (aanvullende verzekeringen) van onze sociale zekerheid is vandaag gericht op een gelijkwaardige financiering van preventie en behandeling. Binnen de eerste pijler heeft men gedurende decennia moeite gekend om preventie te definiëren in diverse acties, passend binnen de logica van het aloude systeem van vergoeding per prestatie of handeling als zorgprofessional. Wat men niet kon 'vatten' of 'toewijzen' (vaak in de foutieve en verouderde veronderstelling dat preventie toch net niet-handelen is) wou men ook niet publiek financieren. Gevolg: veel zorgprofessionals nemen preventie er dus zelf 'gratis' bij, zonder specifieke vergoeding voor hen, in de loop van andere behandelingsacties. En dat terwijl preventie soms relatief meer tijd vergt (als onderbetaalde intellectuele acte). Het hoeft dus niet te verbazen dat preventie voor sommige

zorgprofessionals al snel gelijkstaat aan tertiaire preventie (bv. bij personen met hypertensie, diabetes,... chronische zorg dus) en hier een volledig veld onderbenut blijft. **De primaire preventie hing daarnaast in affiches en brochures aan de muren, maar werd niet altijd even actief ingezet of begeleid.** De prikkel voor de zorgprofessional is grotendeels afwezig (met verspilling van kostbare verdientijd). Preventie moet dus, nog steeds, heel hard teren op enkel intrinsieke motivatie, zelfs tegengewerkt door (het ontbreken van) een extrinsieke prikkel. We merken hier wel al sterke verschillen van persoon tot persoon.

**In aanvullende verzekeringen is er wel enige aandacht voor preventie, maar dit blijven investeringen in de marge.** Private verzekeraars (tweede en derde pijler) hebben ook nog niet de switch gemaakt in de richting van preventieve ondersteuning. Dit is nauwelijks ontwikkeld. Er zijn internationaal nochtans een groeiend aantal best-practice-voorbeelden aanwezig (bv. Discovery in Zuid-Afrika, Gesundes Kinzigtal in Duitsland,...), waarbij verzekeringsinstellingen een preventiepakket koppelen aan zorgdekking. Hierdoor ontstaat een positief business model voor verzekeraars, omdat men via preventie uitgaven in zorgdekking kan vermijden (logisch, maar bij ons niet doorgedrongen – in geen enkele pijler).

De schaarse specifieke Vlaamse middelen voor preventie gaan naar campagnevorming en de ondersteuning van informatie en tools (die onder meer gaan naar VIGeZ, een kenniscentrum voor gezond leven). Plus een overlegniveau van LOGO's (Lokaal Gezondheidsoverleg) voor onderlinge afstemming op lokaal niveau. Daarnaast zet men ook in op het effectief 'doen' of preventief handelen via diverse vormen van

screening. Er zijn ook initiatieven i.v.m. preventie op het werk en op school. Daarnaast valt het sterk te appreciëren dat men middelen bundelt in specifieke plannen, zoals in het kader van het preventieplan voor zelfdoding. Tegelijk heeft men niet de nodige bredere heroriëntatie van (een deel van) de middelen voorzien richting preventie, doorheen de acties van alle betrokkenen (kinderopvang, welzijnssector, huisarts,...). ICT-plannen voor preventie binnen het Globaal Medisch Dossier zijn op federaal niveau zelfs opgeborgen omwille van besparingen.

Het is te verwachten dat Vlaanderen en het federale beleidsniveau elkaar wel zullen vinden in chronische zorg/tertiaire preventie. Dit vindt immers plaats binnen een behandelingslogica die goed strookt met ons algemeen zorgmodel. Ook zorgorganisaties en professionals zien er brood in. Bij dit type van reconversies vanuit acute zorg hoeft men immers niet per se middelen te verliezen of over te dragen naar andere actoren met volledig andere competenties (zoals primaire preventie). Een hoopgevende indicatie bij de huidige, terecht ambitieuze plannen voor chronische zorg is echter wel dat tal van randvoorwaarden die worden tot stand gebracht evenzeer relevant zijn voor preventie. Niet voor niets zag het Kenniscentrum voor gezondheidszorg (KCE) beide als complementair in zijn position paper over chronische zorg. Ook de OESO en de EU leggen op beide aspecten evenveel nadruk.

Preventie is immers een combinatie van twee opkomende zorgmodellen: het belang van **interdisciplinaire netwerkvorming** rondom de gebruiker (breder qua context dan we gewend zijn en met intersectoraal karakter), in combinatie met vaak goed **evidence based standaardiseerbare** modules. Financieel

vereist dit netwerkprikkels (brede forfaits) in combinatie met kwaliteitsprikkels (pay for performance). Het is dus te verwachten dat de huidige engagementen inzake chronische zorg ook in de richting van meer preventie zullen prikkelen. Maar dezelfde prikkels moeten dan ook wel worden geïntroduceerd in de komende jaren in de welzijn en gezondheidssectoren (zoals kinderopvang of gehandicaptenzorg). Op Vlaams niveau zien we ook de evolutie naar **rugzakmodellen** (persoonsgerichte financiering). We staan aan de vooravond van de invoering ervan bij mensen met een beperking en er zijn plannen richting ouderen. Indien men de business case naar de gebruiker van zulke rugzak kan verduidelijken, zou dit ook preventie kunnen stimuleren. Want een rugzakmodel richt zich op de ruimere levensdoelstellingen dan enkel zorg. Indien de personen met een handicap en de ouderen (of hun mantelzorgers) de mogelijkheid zien tot hogere levenskwaliteit via kosteneffectieve preventie, zullen ze waarschijnlijk niet twijfelen. Dit punt raakt trouwens aan nog een andere fundamentele verschuiving in de zorg: van het focussen op beperkingen van mensen naar het centraal stellen van wat mensen wel kunnen en willen (functieclassificaties). Ons pleidooi voor ruim gebruik van preventie als Community Assisted Self-Management gaat aan de financieringszijde dus samen met brede forfaits (cfr. rugzakmodel) in combinatie met kwaliteitsbeloning voor zowel gebruiker (vrager) als aanbieder. Dat laatste kan via mechanismen van shared savings (aanbieder wordt beloond) en inclusieve shared savings (gebruiker wordt ook beloond).

Vreemd genoeg komt bij denkoefeningen rond financieringsmodellen voor preventie wel eens het argument terug van 'het recht om even ongezond te leven als eender wie'. Uiteraard

moet men niemand dwingen tot een keurslijf van een preventieve levensstijl. Maar een tegenreactie tegen positieve ondersteuning versterkt ongelijkheden in langetermijntoekomst in levenskwaliteit en levensverwachting. Preventie hangt in ruimere zin samen met positieve activering en participatie (deelname aan diensten), naast inkomensondersteuning (uitkeringen in cashvorm). Ook hierbij dienen we te evolueren naar een beter evenwicht, zoals in Scandinavische best-practice-landen. In Zweden bijvoorbeeld wordt men, veel meer dan bij ons, ondersteund via diensten als begeleiding, welzijn, zorg of kinderopvang, met een kleiner aandeel uitkeringen.

**“EEN ‘ESCALERENDE’ VORM VAN BELONING BLIJKT OP LANGERE TERMIJN HET MEEST EFFICIËNT TE ZIJN.”**

In het vorige hoofdstuk beschreven we een toekomst met preventie, ondersteund door veel meer technologie (bv. mHealth, maar ook genomanalyse), digitalisering en gegevens (bv. big data). Deze CASMA vergt nieuwe business modellen en de vraag is of de stuurlied van ons gezondheidszorgsysteem de moed zullen hebben om de huidige financiële evenwichten in vraag te stellen en geleidelijk te wijzigen. Indien zelftesting op cholesterol 9 euro kost, wat zal dan de (voorspelbare) reactie zijn van sommige klinisch biologen die momenteel op zulke test 25 euro verdienen? En hoe kunnen we ook bij hen de noodzakelijke win-wins tot stand brengen? Inzetten op preventie heeft dus

niet alleen een specifiek business model nodig voor CASMA. De volledige zorgfinanciering dient onder de loep te worden genomen, zoals men momenteel ook plant. Bovendien vergt het serieus nemen van preventie sowieso al een verschuiving van middelen. Want als we de gemiddelde preventieve uitgaven van andere landen willen bereiken (3% van budget), dienen we 250 miljoen euro structureel hier naartoe te verschuiven. Canada bijvoorbeeld spendeert tot 7% van zijn zorgbudget aan preventie.

## Financiële prikkels voor preventie: wat werkt?

Financiële prikkels gericht op preventie betreffen inderdaad een gevoelig thema. Zoals in vorige secties beschreven, mag het idee van een financiële stimulans niet laten uitschijnen dat preventie een eenzijdige verantwoordelijkheid is van het individu, in isolatie. Op die wijze zou al snel over 'schuld' gesproken worden, waarbij de prikkel negatief of bestraffend wordt. Dan belanden we in een neerwaartse spiraal ten koste van de meest kwetsbare personen die het minst in staat zijn om een gezonde levensstijl te hanteren. Ongelijkheden worden zo versterkt.

Het probleem is echter dat vele stakeholders in de beleidsvoering omwille van deze terechte bekommernis het thema van financiële prikkels liever volledig negeren. En dat is even risicovol als er wél over spreken. Zoals we in het hoofdstuk over 'nudging' besproken hebben, bestaan er op allerlei vlakken financiële prikkels rondom ons. Het is een feit dat we niet kunnen wegtoveren. En deze prikkels worden nog grotendeels overgelaten aan toeval, aan een vrije markt en/of de historische evolutie (bv. de ontwikkeling van remgelden). Het minste wat we dus moeten doen is heel bewust stilstaan bij de prikkels zoals ze vandaag aanwezig zijn.

Financiële mechanismen hebben immers effect. Het is een omgevingselement in interactie met het individu. We maken er op sommige punten in verband met gezondheid trouwens al sinds jaar en dag gebruik van. De eerder beschreven meerwaarde van een taxatiebenadering bevestigt dat (op alcohol, tabak, benzine,...). Hier wordt momenteel ook een 'suikertaks' aan toegevoegd. Deze hebben impact op ons gedrag en consumptiepatroon (en dient dus niet enkel 'om de kas te spijsen').

Blijft de vraag hoe we het effect en de kosteneffectiviteit van financiële mechanismen rijmen met de terechte bekommernis voor schuldtoewijzing en het risico op een neerwaartse spiraal. Het is hierbij vooral van belang een onderscheid te maken naargelang de doelstellingen van gedrag, en naargelang het belonend of bestraffend karakter van een prikkel. Roken heeft bijvoorbeeld geen zinvolle doelstelling (toch niet meer in onze huidige culturele perceptie). Het is enkel ongezond. Weinig mensen hebben daarom problemen met een relatief zware taks op rookwaren. Tegelijk missen we hierin een positief ondersteunende prikkel die nadruk legt op mogelijkheden i.p.v. 'schuld'. Zeker nu meer en meer Belgen zelf hulp zoeken om van hun rookverslaving af te komen. Alcohol kent in onze cultuur een ruimere doelstelling van sociale interactie en vrije tijd, plezier (net zoals roken vroeger). Daarom struikelen vele 'strengere' alcoholplannen hierover, ondanks het grote gezondheidsdeficit in onze samenleving als gevolg van overmatige alcoholconsumptie. Ten derde, voeding is uiteraard een essentieel basiselement, maar kan een gezond of ongezond patroon vertonen. Met de suikertaks tracht de overheid de negatieve nudging vanuit de markt via één (op heden nog te weinig specifieke en sterke) maatregel

enigszins te compenseren. Ook hier missen we een positieve stimulans.

Zowel belonen als bestraffen van gedrag kennen een zekere werkzaamheid, met effect op gedrag, als we de ruimere context buiten beschouwing laten. Taksen werken, zoals we eerder zagen. Belonen kent ook zijn effect, zoals we verder zullen zien.

Het komt er op neer dat (deels) ongezonde gedragingen het best niet eenzijdig worden 'bestraft', maar op zijn minst ook gecompenseerd via bijhorende positieve prikkels. En de vraag is of positieve prikkels als dusdanig niet een beter alternatief vormen dan negatieve prikkels, vermits beiden werkzaam zijn. Het antwoord hierop is dubbel en afhankelijk van de focus van de prikkel: bijsturing van het aanbod (omgeving) of bijsturing van de vraag (individu).

Belonen is in theorie altijd beter dan bestraffen, maar **belonen langs aanbodzijde**, in de omgeving, maakt het onmogelijk om zulke positieve budgetten (bv. productsubsidies voor gezonde voeding) te richten op doelgroepen die zulke stimulans nodig hebben. U beloont met andere woorden alle burgers, ook degenen die spontaan reeds een gezond patroon hanteren. Deze piste is niet realistisch, omdat het de samenleving in feite in een planeconomie brengt (marktverstoring), omwille van budgettaire redenen (het vergt grote budgetten die niet gericht worden ingezet) en omdat het de reeds aanwezige intrinsieke motivatie bij wie gezond leeft zonder hiertoe geprikkeld te worden onder druk kan zetten (crowding out). Een tussenoplossing hebben we eerder vermeld, onder de vorm van een rugzakmodel. Een financieel rugzakje legt op zich de brug tussen het individu en het aanbod. Dit laat wel toe om

de positieve prikkel te richten op die doelgroepen die een extra positieve nudge nodig hebben, zonder bovenstaande nadelen. Het betreft dus een indirecte vorm van aanbodsturing, maar evengoed een element van vraagsturing.

### Het rechtstreeks belonen van het individu

is realistischer en kent daarom internationaal een grote groei, zowel in onderzoek als in praktische toepassing. Tientallen systematische reviews en meta-analyses tonen aan dat, zoals eerder welke complexe interventie, een preventieve positieve prikkel werkzaam kan zijn of niet, afhankelijk van het goed ontwerp van de maatregel (vorm, grootte, doelgroep, doelstelling(en), frequentie, enz.). Het betreft 'pay for performance for patients' (oftewel 'P4P4P'), hoewel men dus in feite nog geen patiënt hoeft te zijn. Vermits het een domein is dat nog wel eens in twijfel wordt getrokken, geven we de volgende referenties mee: Srivastava, 2008; Mitchell et al, 2013; Adams et al, 2014; Lynagh et al, 2013; Sigmon et al, 2012; DeFulio et al, 2012; Giles et al, 2014.

### Belonen en beloningen

Enkele kenmerken van CASMA-trajecten ondersteunen een positief effect, zoals de focus op zowel vooruitgang als eindpunt, voldoende 'zekere' beloningen (zonder kansmoment), objectieve beoordeling van het gedrag (via meting of observatie). Een 'escalerende' vorm van beloning blijkt op langere termijn het meest efficiënt te zijn: de beloning neemt gradueel toe naarmate men gedrag volhoudt, en indien men eens 'hervalt' stapt men één trede terug in de beloningsladder.

## Financiële incentives

| Features                           | Attributes   |
|------------------------------------|--|
| 1. Benefit Type                    | (a) Direct (cash)<br>(b) Indirect (non-cash, e.g. voucher)<br>(c) Reimbursement (existing expense reimbursed)  |
| 2. Quantity of Benefit             | (a) Uniform (\$50 lump sum for meeting goal)<br>(b) Indexed (\$1 for each exercise session attended)<br>(c) Escalating (\$1 for first ten session; \$2 for next ten sessions)<br>(d) Random (\$1 – \$50 session attendance)  |
| 3. Probability of distribution     | (a) Assured (\$50)<br>(b) Chance (1 in 4 chance of \$200)<br>(c) Mix (\$50 and a 1 in 4 chance of \$200)   |
| 4. Timing of assessment and reward | (a) Completion of program (6 months)<br>(b) Set intervals (daily/weekly visits)<br>(c) Random intervals (ten visits in 6 months)<br>(d) Dependant intervals (varying intervals based on previous performance)<br>*consider when (1) behavior/outcome assessed, (2) when it is rewarded, and (3) whether there is a delay between assessment and reward |
| 5. Participant investment          | (a) Opportunity cost only (time, uncomfortable feelings)<br>(b) Escrow (own money lost if fail to achieve goal)<br>(c) Matching ("double or nothing"; \$50 of own money lost if fail, \$50 extra gained if successful)   |
| 6. Information disclosure          | (a) Factual (information given about meeting of failing to meet goal)<br>(b) Counterfactual (information given about reward lost by failing to meet goal, i.e. regret)   |
| 7. Dispensing type                 | (a) Resetting (discreet reward at time of each achievement)<br>(b) Aggregative ("passbook saving" information on running tally given)  |
| 8. Type of Assessment              | (a) Self-report (exercise diary submission)<br>(b) Objective, direct assessment (face-to-face)<br>(c) Objective, indirect assessment (pedometer)   |

Bron: Mitchell et al, 2013

Hoe werkt dat nu concreet? We geven enkele voorbeelden.

- In het programma 'Samen Gezond' van zorgverzekeraar Menzis in Nederland kan men via preventie punten sparen. Hiermee kan men gezonde producten aanschaffen in de webwinkel. Een ander voorbeeld hiervan is het 'Destiny Health Plan' in de VS dat gelijkaardige punten voorziet indien u wekelijks naar de gym gaat, als uw kind een sport beoefent,...
- Sarah Vansteenkiste pleitte als onderzoekster aan de KU Leuven voor

de invoering van gezondheidscheques. Eens iemand een positieve inspanning geleverd heeft, kan zulke cheque uitbetaald worden, zoals een extralegaal voordeel (maaltijdcheque), maar met een resultaatfocus.

- In Schotland ontvangen zwangere vrouwen die niet roken bijkomende 'maaltijdcheques'.
- In Australië kent men een meer uitgebreide sociale zekerheid indien men in orde is met alle vaccinaties (met een breed positief effect op bevolkingsniveau).
- Er bestaan diverse platformen (van stickk.com tot CARES in de Filipijnen) die het



mensen mogelijk maakt om te kiezen voor een financieel engagement via het storten van een bedrag, zonder dat iemand dit oplegt. Deelnemers introduceren voor zichzelf een verliespositie voor het geval ze de levensstijl niet zouden volhouden. Men kiest dus om zichzelf te bestraffen, wat werkt (met 53% meer kans om het doel te behalen bij rookstop, zoals blijkt uit het Poverty Action Lab van de MIT). De beloning is dat als men volhoudt, men het bedrag ook terugkrijgt. Noem het dus een virtuele spaarpot als beloning voor gezond gedrag. Het 'verlies' kan bijvoorbeeld worden doorgestort naar een goed doel. Dit toont meteen de kracht van mensen, zelfs zonder tussenkomst van de overheid.

- In New York benut men 'quit and win'-wedstrijden om te stoppen met roken. Iedereen die een maand gestopt is met roken, maakt kans om een prijs te winnen. Zulke benadering is aangetoond kosteneffectief (McDaid et al, 2014).
- Soms worden dus ook groeps-elementen ingebouwd: bv. een prijs op basis van teamcompetitie (bv. welk bedrijf is het meest actief in gezondheidspromotie?, een initiatief van VIGeZ).
- NICE (als state-of-the-art internationaal kenniscentrum m.b.t. 'evidence based') beveelt het gebruik van belonende vouchers aan in de aanpak van drugsproblematiek.

Tot slot wijzen we erop dat belonen niet altijd een financieel element dient te omvatten. Vele preventieprogramma's benutten 'beloningen' in de vorm van erkenning van vooruitgang via stickers, labels, badgen, enz. De sociale dimensie kan dus ook belonend werken. Spelvorm kan belonen via competitie (serious gaming). En technologie, zoals mHealth, belooft door de voortdurende realtime feedback van vooruitgang. We zien trouwens dat inderdaad die sociale beloningen en ondersteuning meer en meer en binnen ruime groepen mensen aan belang winnen.

Extrinsieke beloningen geven een duw in de richting van intrinsieke beloningen. Dat is belangrijk, omdat financiële prikkels niet bij alle doelgroepen eindelijk kunnen voorzien worden en men nadien dus op intrinsieke motivatie moet kunnen overschakelen. Dit is zeker geen automatisch gevolg van een financiële prikkel. We weten dat financiële stimulansen zo veel als mogelijk autonomie (eigenaarschap), keuze (zelfbepaling; zie ook zelfmonitoring bij mHealth) en positieve sociale stimuli (verbondenheid) dienen te stimuleren om op lange termijn een intrinsiek effect te hebben en dus gedragswijziging te behouden, ook na het wegvallen van de financiële stimulans. Naast de koppeling met intrinsieke motivatie (via brede preventieprogramma's) kan een meer langetermijnprikkel helpen om lange periodes te overbruggen. Men vermoedt ook dat prikkels samenhangen met de fase van motivering. Zeer gemotiveerde personen ontvangen best geen bijkomende financiële prikkels (eventueel wel andere beloningen?). Omgekeerd bestaat er ook een (beperkte) groep van personen die nauwelijks in beweging valt te krijgen, met geen enkel programma, ook niet met financiële prikkels. De werkzaamheid situeert zich in de tussengroep.

Vaak wordt mis begrepen dat een preventiebonus enkel zou werken omdat 'men betaald wordt'. Studies wijzen uit, bijvoorbeeld voor rookstop bij zwangere vrouwen, dat een bonus ook werkt omdat het als een excuus kan gehanteerd worden naar 'peers' die anders vanuit een sociale norm rookgedrag mee in stand houden. De financiële nudge neutraliseert in dit geval dus een negatieve sociale nudge.

Positieve prikkels werden nog te weinig bestudeerd in functie van socio-economische klasse. Maar de weinige studies die er zijn, wijzen op een relatief groter positief effect bij de lagere socio-economische doelgroepen, en dus op het omgekeerde van een neerwaartse spiraal (Mitchell et al, 2013; Lynagh et al, 2013). Dit is vooral het geval indien de beloningen indirect bestaande barrières wegnemen (transport, kost kinderopvang, kost preventieve medicatie,...).

**Globaal gezien moet het budgettaire aandeel van preventie op korte termijn toenemen tot het gemiddelde van de ons omringende landen vanuit een verschuiving van inefficiënt bestede middelen.**

**Fiscale prikkels werken, maar worden tot op heden eenzijdig negatief ingevuld (accijnzen, suikertaks,...) of fungeren als een hinderpaal (bv. bij preventie op het werk).**

**In lijn met de vele innovatieve, creatieve en ondersteunende mogelijkheden die de transformatie van de zorg biedt, dringt de noodzaak zich op om de burger ook positief te ondersteunen en te belonen waar mogelijk.**

**Preventie heeft dringend nood aan nieuwe financieringsmodellen, zowel t.a.v. de cliënt als t.a.v. de zorgprofessional en de zorgondernemers. De modellen langs aanbodzijde staan inmiddels reeds op de radar (bv. shared savings). Dit wordt best aangevuld met inclusieve shared savings, rugzakmodellen en value based benefit design (bijdrage volgens meerwaarde i.p.v. remgeld). Ook aanvullende verzekeringen zouden zich best deels wettelijk en financieel richten op preventie i.p.v. een geïsoleerde hospitalisatiefocus.**





### 3.2. Zorgprofessionals in CASMA-tijden

Preventie is een verantwoordelijkheid van zorgprofessionals doorheen alle 'lijnen' en zorgsectoren. In positieve zin zien we een evolutie waarbij bijvoorbeeld artsenpraktijken, apothekers, enz. expliciet meer willen inzetten op preventie. Dit gaat vaak hand in hand met de **specifieke toewijzing** van dit soort van rollen (coaching, coördinatie,...) binnen een geheel van functiedifferentiatie en taakverschuiving. Preventie wordt als 'zorg' ook meer tastbaar als interventie, bijvoorbeeld onder de vorm van **'green prescriptions'**, zoals in Nieuw-Zeeland waar men deelname aan een wandelclub, rookstop, enz. voorschrijft, net zoals medicatie. Leiderschap en commitment, ondersteuning door artsen en zorgmanagement, is cruciaal indien we preventie meer centraal wensen te plaatsen.

De vraag is of we ook niet zorgorganisaties meer moeten **'accréditeren'** in functie van hun preventieve performantie (net zoals de kwaliteitslabels die ziekenhuizen momenteel bekomen).

We dienen ook meer **bewust om te gaan met (onbewust) stigma** in de wereld van de zorg zelf. Er bestaat immers zoiets als bijvoorbeeld 'weight bias', waarbij zorgprofessionals patiënten met overgewicht al sneller 'opgeven' of het overgewicht simpelweg als een gegeven beschouwen (in studies worden associaties gemaakt tussen gewicht en percepties van luiheid, minder responsiviteit, minder therapietrouw,...). Dit vertaalt zich in minder inspanningen, aandacht en tijdsbesteding (Swinburn et al, 2015; Dietz et al, 2015) en wordt versterkt door het typisch traditioneel normatief opleidingsparcours waarbij seniors vaak hun eigen stereotype benaderingen

doorgeven aan de juniors. Deze stigma's zorgen mee voor ondergebruik van zorg, ongelijkheid van zorguitkomsten en vermijdingsgedrag bij de betrokken klanten. Dergelijke gedachtenpatronen en (onbewuste) vooroordelen kunnen beperkt worden door middel van gerichte opleiding. Zo zullen de zorgprofessionals zelf ook efficiënter kunnen reageren op obesitasproblemen bij patiënten.

Disrespect en inducering van schaamte schuilt soms in kleine dingen. Indien een toestel, hulpmiddel of instrument bijvoorbeeld niet afgestemd is op zwaarlijvige mensen, is het heel waarschijnlijk dat die doelgroep zulke zorg in de toekomst zal vermijden (studies rapporteren tot 68% vermijdingsgedrag).

**“ZORGPROFESSIONALS  
ZIJN IN HET ALGEMEEN  
ONVOLDENDE OPGELEID  
IN STATE-OF-THE-ART  
PREVENTIEMETHODIEKEN.”**

**Zorgprofessionals zijn in het algemeen onvoldoende opgeleid in state-of-the-art preventiemethodieken.** Men heeft vaak geen expertise in gedragsverandering (bijvoorbeeld motivationeel interviewen). En ook de interdisciplinaire component ontbreekt nog vaak (Dietz et al, 2015). Ook in The Lancet wordt al sinds 2010 een dringende oproep gedaan om de opleiding van zorgprofessionals in die zin te moderniseren. Van een episodische, gefragmenteerde naar een meer continue benadering. Opleiding dient zelf meer interdisciplinair te worden, met curricula op basis

van competenties i.p.v. silo's van zorgberoepen.

Zorgprofessionals geven in studies zelf ook aan dat ze zich onvoldoende voorbereid voelen om bijvoorbeeld goed om te gaan met uitdagingen van obesitas, rookstop,... Een brede kennis en inzichten (zoals onder meer hier beschreven) ontbreken vaak nog. Men twijfelt vaak ook of de professionele inspanningen wel zoden aan de dijk zullen brengen (dus twijfel aan de eigen effectiviteit van advies, begeleiding,...). Bijvoorbeeld slechts 20% van de huisartsen beschouwt zichzelf als effectief in de begeleiding bij een alcoholproblematiek. Vaak heeft men ook schrik dat meer gerichte inspanningen de relatie met de patiënt zullen schaden (dat men de patiënt zal verliezen), omdat het gevoelige onderwerpen betreft.

**“DE OPLOSSING ZIT IN  
RUIMER, INTERDISCIPLINAIR  
TEAMWERK.”**

Alle zorgprofessionals zouden minimaal getraind moeten worden in de eerste motivationele fasen. CASMA dient ook bij zorgprofessionals gestimuleerd te worden. Het spreekt voor zich dat heel wat van deze elementen samenhangen met de modernisering van het vergoedingssysteem inclusief honoraria, zoals eerder beschreven.

Tegelijk is er nood aan een meer expliciete 'public health'-focus en -ondersteuning, niet enkel op het niveau van de individuele praktijk. Preventie situeert zich ook deels op populatieniveau (bv. de populatie van een praktijk of van een regio). Dit vereist opvolging, systematische feedback en benchmarking. Experten, zoals

eerstelijnpsychologen, kunnen kennis overdragen en complementair werken, met meer gevorderde ondersteuning i.v.m. gedragsverandering en levensstijl.

## Positieve start door zorgprofessional

Zorgprofessionals zijn nog al te vaak gefocust op secundaire en/of tertiaire preventie, zonder daarbij voldoende oog te hebben voor een meer proactieve gezondheidspromotie, vanuit een positieve insteek, in plaats van enkel met het doel om ziekte te vermijden. De frequente openingsvraag 'wat is het probleem?' spreekt hierbij boekdelen. Een groot potentieel aan vragen en diensten wordt hierdoor bij aanvang reeds buiten beschouwing gelaten. Bijvoorbeeld bij roken: huisartsen gaan in op de vraag om te stoppen met roken, maar zijn veel minder geneigd om proactief bestaande rokers tot verandering te engageren indien de vraag niet wordt gesteld (Boyce et al, 2010). Internationaal bestaan er soms verontrustende cijfers over het gebrek aan advies i.v.m. zoutinname bij hoge bloeddruk, levensstijl bij overgewicht (vaak slechts advies verstrekt in één derde van de gevallen, zoals gepercipieerd door de patiënt). Het is minder duidelijk in welke mate die cijfers ook bij ons van toepassing zijn. Dat er ruimte voor verbetering is, is wel duidelijk. Screening en kortstondige proactieve counseling (5 tot 15 min) bij alle relevante cliënten kent een duidelijke meerwaarde, en wordt ook aanbevolen door NICE, het National Institute for Health and Care Excellence in het Verenigd Koninkrijk. Het verlaagt bijvoorbeeld de alcoholinname bij mannen.

## Ondersteuning van de zorgprofessional

Naast kennis en vaardigheden, en de opbouw van commitment, zal de zorgprofessional van de toekomst ook veel meer nood hebben aan ondersteuningssystemen en -personeel. ICT helpt om dit alles evidence based gestalte te geven op de 'point-of-care' zelf. Dit omvat ook registers van de eigen patiëntenpopulatie en meer systematische tracking om het effect van interventies op te volgen en teams gericht op de meer chronische ondersteuning. Men zal moeten leren delegeren en superviseren. Indien huisartsen alle state-of-the-art preventieve aanbevelingen daadwerkelijk zouden opnemen in hun praktijk, voegt dit 7,4 uren werk toe per dag (Boyce et al, 2010). Omgekeerd blijkt er ook een relatie te bestaan met de tijdsduur die men aan de patiënt besteedt: des te langer, des te meer aandacht voor preventie. **De oplossing zit in ruimer, interdisciplinair teamwerk.** Het is ook interessant om vast te stellen dat er steeds meer sprake is van preventieve groepsessies in de eerste lijn. Dit is niet alleen efficiënter, maar vaak ook effectiever (cf. de eerder beschreven sociale component van preventie). Buitenlandse voorbeelden van groepsessies bij de huisarts beginnen geleidelijk op te borrelen, bijvoorbeeld via positieve getuigenissen van voortrekkers die de eerste stappen hierin zetten (American Academy of Family Physicians).

## Brug naar community en zelfmanagement

Het is uitermate belangrijk dat zorgprofessionals niet enkel oog hebben voor preventie gericht op het individu zelf, maar ook via zijn of haar omgeving (CASMA in ruime zin). Samen met externe partners, heeft men dus ook oog voor woonomstandigheden, ondersteuning via technologie, enz. Dit is des te belangrijker indien

we nog sneller tussenbeide trachten te komen of te voorkomen.

Ook het zelfmanagement binnen CASMA wijzigt de rol van de zorgprofessional: het is niet meer de professional die de patiënt betreft, maar de cliënt die de professional betreft. Deze ommezwaai krijgt geleidelijk vorm (en met respect voor wat elke burger kan en wil – een meer traditionele benadering zal voor sommigen ook een keuze zijn). De gebruiker zal ook in de ondersteuning en vormgeving van de opleiding van professionals een meer centrale rol spelen, zowel op macroniveau (curricula) als tijdens de opleiding zelf.

**“HET IS NIET MEER DE PROFESSIONAL DIE DE PATIËNT BETREKT, MAAR DE CLIËNT DIE DE PROFESSIONAL BETREKT.”**

Hoewel dit hoofdstuk op de rol van zorgprofessionals gericht is, zal de 'opleiding' van de cliënt via platformen en modules van even groot belang zijn (zelfmanagementtrainingen). De professional doet er goed aan om dit zo proactief mogelijk mee vorm te geven, zodat het volledige plaatje klopt en complementair is aan de professionele zorg. Zelfmanagementondersteuning is een vaardigheid op zich, waarin professionals moeten worden opgeleid en begeleid. Ook van richtlijnen en standaarden zullen er gebruikersversies moeten ontwikkeld worden.

## Internationale best practice: Kaiser Permanente (Kings Fund, 2015)

Kaiser Permanente, een Amerikaans non-profitconsortium in de gezondheidszorg, heeft de voorbije 10 jaar zijn focus verruimd van personen met langdurige aandoeningen en de meest complexe noden aan de top van de piramide, naar iedereen voor wie mee verantwoordelijkheid draagt. Kaiser benut de data over de populatie die ze bedient, beschikbaar via het systeem-brede elektronisch zorgdossier, om de behoeften te begrijpen van zijn leden en de mate waarin bij iedereen positieve zorguitkomsten worden behaald. Op basis van deze gegevens biedt Kaiser Permanente een pallet aan interventies aan, afgestemd op de noden van het individu en binnen bepaalde populatiegroepen, zowel om mensen gezond te houden als om de juiste zorg te leveren als ze ziek worden. Bijvoorbeeld bij hartziekten focust Kaiser Permanente sterk op preventie via rookstop, fysieke activiteit en andere wijzigingen in levensstijl om het risico te verminderen. Tussen 2002 en 2005 zorgde dit in Noord-Californië voor een daling in roken bij leden van Kaiser Permanente met 25%, in vergelijking met 7,5% reductie in de brede bevolking. Via de combinatie met secundaire preventie en acute zorg nam de sterfte aan hartziekten tussen 1995 en 2004 af met 26 procent. Leden hadden in 2004 30% minder risico om te sterven aan een hartziekte dan niet-leden.

Een onderdeel van de aanpak van Kaiser Permanente is het gebruik van Community Health-initiatieven die zich vooral focussen op de ruimere omgeving. Kaiser Permanente heeft bijvoorbeeld meer dan 40 'Healthy Eating Active Living' (HEAL)-samenwerkingsverbanden opgericht sinds 2006, zodat er voldoende aandacht is voor welzijn en preventie in lokaal beleid (fietspaden, wandelwegen,...), de toegang tot groene ruimte en parken, de toegang tot gezond eten in scholen, op het werk en in achtergestelde buurten. De kracht (assets) van de community worden benut om zulke initiatieven vorm te geven en duurzaam in stand te houden.

Zorgprofessionals worden preventie-professionals. Dit vergt een grondige heroriëntatie in de basisopleidingen en permanente vorming. Nieuwe rollen en erkenningen komen tot stand, bv. de rol van coach, zonder te vervallen in gebetonneerde beroepen. Teamwerk staat centraal en evidence based technieken zoals kortdurende counseling worden op state-of-the-art wijze benut. We bouwen preventie-ondersteuning ook op populatieniveau volwaardig uit. De zorgprofessional wordt partner in zelfmanagement en in de (intersectorale) community. Transparantie, kwaliteitslabels, green prescriptions en andere tools ondersteunen deze evolutie.

### 3.3. Technologie en innovatie

We spraken eerder uitgebreid over de rol van technologie via digitalisering, mHealth, omgevingstoepassingen, sociale netwerken, big data en toenemende precisie in preventie en zorg. Het breed formuleren van aanbevelingen i.v.m. alle randvoorwaarden om deze beweging verder in te zetten, overstijgt de scope van deze paper. We verwijzen naar de Voka Health Community white paper over mHealth en het boek 'Transformeren om te overleven in de zorg'. In deze sectie benadrukken we enkele elementen die uitermate van belang zijn.

Vooreerst, veiligheid, betrouwbaarheid, kwaliteit en het tot stand brengen van vertrouwen staat voorop. Een sterke technologische beveiliging is hierbij een minimum. Zulke opbouw is voorzien in de komende beleidsstappen in kader van het plan e-gezondheid in België.

Ten tweede zijn privacy in gezondheidszorg en het bewust delen van informatie toe aan een meer dynamische invulling. Data hoeven niet meer vernietigd te worden na het gebruik ervan, want longitudinale gegevens zijn van toegenomen waarde in een CASMA-wereld waar langetermijnopvolging centraal staat. Ook wat betreft big data-toepassingen die nieuwe zorgoplossingen tot stand kunnen brengen, misschien niet meer voor de patiënt zelf, maar wel voor toekomstige patiënten, is er nood aan een nieuw kader. De (gezamenlijke) initiatieven van mensen met kanker en/of andere welzijns- of gezondheidsproblemen laten zien dat velen de meerwaarde inzien van het delen van informatie ten goede van anderen. Omgekeerd wenst men als patiënt ook te leren van anderen. Het is dus een wederzijds proces van 'community'. Het Belgische 'Esperity' of 'Curetogether' zijn hier

goede voorbeelden van. Zulke initiatieven dienen gezamenlijk ondersteund te worden, binnen de juiste randvoorwaarden.

Wat betreft genomics moet het informatief kader voor het individu verder uitgewerkt worden, rekening houdend met de onderliggende ethische vraagstukken. Dit vraagt niet enkel informatie, maar vooral ook educatie van de eindgebruiker. Correcte interpretaties zullen angst en vooroordelen wegnemen. **Het gedrag van mensen wijzigt indien u de juiste context meegeeft en duidelijke opties aanreikt.** Ook dat is een proactieve toepassing van CASMA. Het gaat bij dit alles niet enkel over de vraag wat men wil weten of niet, maar vooral de positieve en negatieve implicaties van beide zijden (ja/nee) van zulke beslissing. Ook het aanbrengen van dit kader vergt een heel gerichte expertise, die nu zeker (nog) niet breed voorhanden is.

**“VEILIGHEID,  
BETROUWBAARHEID,  
KWALITEIT EN HET TOT STAND  
BRENGEN VAN VERTROUWEN  
STAAT VOOROP.”**

Bij precisietoepassingen van preventie (via biomarkers bijvoorbeeld), is er nood aan een meer continu, waardegedreven evaluatiekader en betaalmiddel in lijn met de ontwikkelingssnelheid van zulke toepassingen (Van Herck, 2015).

Indien we technologie en preventie verruimen naar het brede, sociale ondernemerschap, stellen we vast dat sommige landen veel sneller de beweging inzetten van de Makers



Movement, waarbij eender wie bottom-up tracht innovatieve (preventieve) oplossingen aan te reiken. De gebruiker zelf is hierbij een essentiële deelnemer (of maker). Dit is 'zelfmanagement' en CASMA in de ruime zin van het woord: beiden trachten goed te doen voor elkaar, individu en samenleving. Dit vraagt ondersteuning in de vorm van duidelijkheid en guidance van wat kan en niet kan, hoe men als gebruiker zelf ondernemend kan worden, en alle mogelijke zekerheden en geruststellingen om zulke sprong te wagen. Dit heeft niet alleen betrekking op wetgeving (bv. de creatie van de 'Digital Health Valley' in België), maar ook toegang (bv. tot gegevens) en tools (instrumenten en templates van aanpak). Ook hier betreft het vaak

onderliggende technologische ondersteuning (bv. Genewall als app voor genoomanalyse). Op korte termijn verwachten we bijvoorbeeld de directe koppeling met de eigen, persoonlijke medicatie (best in het kader van een personal health record). Een andere toepassing op korte termijn is de proactieve kandidaatstelling voor klinische trials.

We verwijzen als voorbeeld naar het Personal Genomics Manifesto (PGMv2) van de Universiteit van Gent:

- Iedereen zou de macht en de mogelijkheid moeten hebben om eigen genoomdata te raadplegen, te ontwikkelen en nieuwe

dingen erover te ontdekken.

- Een intelligente exploratie, experimenteren en pogingen om de grenzen van kennis te verleggen is een fundamenteel mensenrecht. In ons land krijgt u zelfs uw eigen gegevens niet in bruikbare vorm.
- Er is respect nodig voor de privacy van het persoonlijke genoom.
- Zelfs al zijn genomische data op dit moment moeilijk te interpreteren, dat is geen reden om ze niet te kennen of de vooruitgang op dit punt niet te stimuleren.

Bij dit alles is het uit den boze dat data afgeschermd worden van de gebruikers zelf of dat de betrokkenen enkel maar kunnen 'inzien'. Data zijn er om op positieve wijze te benutten, met respect voor alle noodzakelijke randvoorwaarden. Monopolies bij ziekenfondsen of zorgaanbieders helpen dit allerminst vooruit. CASMA impliceert ook dat men als individu, in samenhang met de community, zelf een driver van verandering is.

### 3.4. Preventie is veel meer dan zorg

Er is bij beleidsmakers terecht veel aandacht voor de preventieve ondersteuning van het kind tijdens de vroege levensfase. Vroegtijdige interventies bij jonge ouders blijken immers cruciaal om schade of gemiste kansen bij kinderen later te voorkomen. Daarom gaat bij kinderen veel beleidsaandacht naar intersectorale acties, waarbij zowel kinderopvang, onderwijs en opvoeding aan bod komen. Het is een gecombineerde focus met middelen vanuit verschillende invalshoeken. Eigenlijk gaat hetzelfde op voor elke fase in ons leven. Aandacht voor preventie vereist dus inzet vanuit alle beleidsdomeinen, en is veel meer dan zorg.

Want gedrag is slechts voor een klein deel beïnvloedbaar vanuit het zorgsysteem. De coördinatie van acties doorheen meerdere beleidsdomeinen is des te meer een uitdaging (en vaak des te belangrijker) naarmate het meerdere beleidsniveaus betreft (lokaal, regionaal, nationaal, Europees). Hoe groter de ruimere 'beweging' (non profit, zorg, ondernemingen, enz.), hoe groter het maatschappelijke effect. De creatie van een 'gedeelde waarde' (shared value) kan zo zorgen voor een ware beleidsbeweging richting preventie. CASMA is niet de verantwoordelijkheid van één minister, want de bonus zal bij de hele regering liggen. Het overzicht hieronder illustreert hoe divers zulke aanpak kan en moet zijn, in dit geval ter preventie van zwaarlijvigheid.

Een ander voorbeeld vinden we terug bij het nationale diabetespreventieprogramma in Nieuw-Zeeland, waarbij alle vormen van preventie worden gecombineerd (Busse et al, 2010).

Het programma omvat **10 actiedomeinen** met telkens doelstellingen en maatstaven. Diverse sectoren werken samen: de lokale overheid, voedingsindustrie, culturele groepen, scholen, sportclubs, zorgorganisaties, enz.

1. Ondersteunen van communityleiderschap en -actie
2. Promotie van gedragsverandering via sociale marketing
3. Wijziging van de ruimtelijke indeling om gezond, actief leven te ondersteunen
4. Ondersteuning van een gezonde omgeving door samenwerking met de voedingsindustrie
5. Het versterken van gezondheidspromotie
6. Verbeteren van diensten gericht op het

welzijn van kinderen

7. Werken met scholen om ervoor te zorgen dat kinderen fit, gezond en klaar zijn om te leren
8. Ondersteunen van eerstelijnspreventie en vroegtijdige interventie
9. Het voor kwetsbare families mogelijk maken om gezonde keuzes te maken
10. De verbetering van de geïntegreerde dienstverlening voor diegenen met een ziekte

**“DE BOTTLENECK DIE LEIDT TOT SILOVORMING IS VAAK DEZELFDE ALS BINNEN DE ZORG: DE FINANCIËLE EN NIET-FINANCIËLE PRIKKELS EN BELANGEN ZITTEN NIET OP ÉÉN LIJN, EN ZIJN VAAK IN TEGENSTRIJD MET ELKAAR.”**

Op eenzelfde wijze benut Nieuw-Zeeland programma's voor andere doelgroepen. Bijvoorbeeld voor kanker: preventie van risico's op basis van levensstijl en werkomgeving; effectieve screening; effectieve diagnose en behandeling; het verbeteren van de levenskwaliteit; de verbetering van dienstverlening voor alle types kanker; verbetering van effectiviteit via onderzoek en monitoring.

Zoals ook benadrukt in het KCE-rapport over chronische zorg, wijzen de VN, de EU en de WHO in sterke mate op het belang van preventie, inclusief levensstijl en omgeving, en acties die in de eerste plaats kosteneffectief en intersectoraal zijn. Health in all policies heeft hierbij in preventieve zin ook oog voor mobiliteit, wonen, onderwijs, innovatie, leefmilieu, fiscaliteit, werk en arbeidsmarkt.

De bottleneck die leidt tot silovorming is vaak dezelfde als binnen de zorg: de financiële en niet-financiële prikkels en belangen zitten niet op één lijn, en zijn vaak in tegenstrijd met elkaar. In welke mate wil een school bijvoorbeeld middelen investeren in psychosociale welzijnspromotie bij kinderen i.p.v. in haar kernactiviteit van onderwijs? In welke mate moet

men in de gehandicaptenzorg aan primaire preventie doen? De vraag stellen is tegelijk ook het antwoord geven. Niemand twijfelt aan het belang (of toch in steeds mindere mate). Maar men ziet silo's in de budgetten en middelen. Eén manier om dit aan te pakken is om ook hier na te denken over het ruimere 'business model' doorheen de diverse betrokken actoren (Merkur et al, 2013; McQueen et al, 2012). Bijvoorbeeld door doelgericht gezamenlijke budgetten af te bakenen en te poolen doorheen sectoren (bv. Flanders' Care als vehikel). Dit vereist voldoende buy-in, waarbij de meerwaarde duidelijk is voor iedereen, vanuit een gevoel van mede-eigenaarschap. Intersectorale preventie vergt ook meer vertrouwen en open discussie (in lijn met het ruimere overlegmodel dat Vlaanderen vandaag plant). Wederzijds leren en innoveren worden hierdoor versterkt.



A close-up photograph of a hand holding a bright red apple. The hand is positioned in the lower-left foreground, with the thumb and fingers visible. The apple is the central focus, showing its natural texture and color. In the background, a white lab coat is visible, with a silver stethoscope resting on the chest. The lighting is soft and clinical, creating a professional and health-related atmosphere.

## **4. Besluit en CASMA-aanbevelingen**

**Als België in de internationale benchmarks inzake preventie naar de top zou stijgen, zou dit betekenen dat er jaarlijks tot 80% minder beroertes (CVA), diabetes type 2 en hartfalen zouden voorkomen, en tot 40% minder kanker. Het zijn ontstellende cijfers, die wijzen op wat een gezondheidszorg die meer gericht is op preventie zou kunnen betekenen.**

Onder preventie verstaan we alle activiteiten die er voor zorgen dat ziekteverschijnselen zich niet of trager voordoen en/of ons welzijn vergroten (gezondheidspromotie). Klassiek wordt een onderscheid gemaakt tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. Het gaat om het geheel van acties die er voor zorgen dat de tijd dat mensen gezond leven zo lang mogelijk is, met minimale impact van allerlei lichamelijke en geestelijke ongemakken en problemen. Het is meteen duidelijk dat in een era en continent waar de gemiddelde levensduur hoger is dan ooit tevoren, het belang van preventie niet overschat kan worden.

Nochtans is onze gezondheidszorg (en ruimer: ons hele sociale zekerheidssysteem) nog grotendeels opgebouwd rond 'ziekte' op korte termijn (cure-KT) en 'zorg' op lange termijn (care-LT): wij/ onze overheden investeren in tempels van ziekte, vergoeden zorgverstrekkers per ziektebeeld en zorgact, leren studenten in zorgrichtingen over eenmalige en losstaande ingrepen, maken de burgers wijs dat alle gezondheidsproblemen kunnen opgelost worden door zorg, en gooien ons met zijn allen verder vrolijk in de ratrace van werk-gezin-hobby's, met onvoldoende aandacht voor geestelijke gezondheid. Scheelt er iets met u? Dan moet u naar die en die zorgverstrekker, die dan grondig het bewuste lichaamsdeel onderzoekt, scant en fotografeert, medicijnen voorschrijft, u enkele adviezen meegeeft, een nieuwe

afpraak boekt, u het beste wenst en zegt dat u naar huis 'mag'. **We bewegen ons met andere woorden in een systeem en een cultuur van gefragmenteerde ziekenzorg, eerder dan geïntegreerde gezondheidszorg.** De cijfers liegen er niet om: het budget welzijns- en gezondheidszorg in Vlaanderen en België bedraagt samen ruim 32 miljard euro, waarvan 230 miljoen euro naar preventie gaat. Als we de gemiddelde budgettaire impact voor preventie in andere Europese landen willen bereiken, gaat het om een heroriëntatie van structureel 250 miljoen euro.

Bovendien zien we bij preventieve acties nog té veel de klassieke aanpak van overheids-gesubsidieerde campagnes, met brochures, ruime screeningsacties en filmpjes op televisie. Het gaat met andere woorden ook in preventie nog altijd over de klassieke, losstaande aanpak. Terwijl het anders kan en mag en moet. Gewapend met de kennis over de kosteneffectiviteit (wat kost het screenen op bv. baarmoederhalskanker en wat brengt het op) van heel wat preventieve acties, kunnen en moeten we van preventie de omslag maken naar CASMA: Community Assisted Self-Management. Preventie dient CASMA te zijn. Community Assisted Self-Management maakt de brug naar een individu dat zich bewust is van zijn gezondheid in een fysieke en systeemomgeving, die gezondheid veel meer ondersteunt dan nu. Het gaat erom dat mensen bewuster omgaan met gezondheid, als individu door self-management, en ondersteund door een flexibel netwerk, in een omgeving en systeem die gezondheid en niet ziekte stimuleren en belonen.

**Dit pleidooi voor CASMA voeren we niet zomaar. Diverse evoluties en feiten maken dat de tijd nu meer dan rijp is.** Succesvolle

preventie vergt een belangrijke gedragscomponent: preventie heeft te maken met gezond gedrag van mensen en het volhouden van dat gedrag. Gedrag wordt voor een groot deel onbewust gestuurd: door de omgeving waarin we ons bevinden en het aanbod (of de vorm ervan) binnen die omgeving. Dat is waar nudging op inspeelt: het stimuleren van een gezonde levensstijl hoeft niet paternalistisch en beperkend te gebeuren, het zit hem vaak in kleine, bijna onopgemerkte aanpassingen. Denken we bijvoorbeeld aan de frieten die op tafel komen in een puntzak (kleinere portie) in plaats van in een grote kom. Nudging wordt al langer gebruikt in de marketing, maar nu dus ook in een context van maatschappelijke doelstellingen, zoals preventie. Kijk bijvoorbeeld naar [nudge.nl](http://nudge.nl) of [nudgingsweden.org](http://nudgingsweden.org).

**“HET GAAT EROM DAT MENSEN BEWUSTER OMGAAN MET GEZONDHEID, ALS INDIVIDU DOOR SELF-MANAGEMENT, EN ONDERSTEUND DOOR EEN FLEXIBEL NETWERK, IN EEN OMGEVING EN SYSTEEM DIE GEZONDHEID EN NIET ZIEKTE STIMULEREN EN BELONEN.”**

Een tweede element betreft onze **sociale netwerken**. De idee dat mensen geen persoonlijk contact meer met elkaar hebben, klopt niet. Nooit eerder waren er zo veel Belgen die vrijwilligerswerk verrichten, zo maakte de Koning Boudewijnstichting recent bekend. Door andere gezins- en familiale verbanden en door technologie veranderen onze netwerken wel. Ze worden

meer en meer flexibel en wisselend, naargelang de rol die we opnemen, en ze beperken zich niet meer tot kleine afstanden. Deze kleine, flexibele netwerken zijn ongelooflijk sterk en zeer interessant, ook voor preventiedoeleinden. Hier komen bijvoorbeeld mogelijkheden naar voren tot ‘peer-to-peer’-contact voor steun en sturing, en tot het delen van beloningen.

Ten derde is er de ongelooflijk krachtige, exponentiële impact van **digitalisering in de gezondheidszorg**. Digitaal is het nieuwe normaal, schreef Peter Hinssen al. Digitale technologieën drijven in health care een beweging van onderuit helemaal naar de top en terug: van de individuele burger en de patiënt die zelf gezondheidsparameters meet en bijhoudt (quantified self) en die zo de professionele gezondheidszorg duwt richting volledige implementatie van elektronische medische dossiers (EMD) en mobiele kennisdeling daaruit (mHealth), en terug naar die burger en zijn/haar familie. Digitalisering verandert zowel het gezicht als de aantrekkingskracht van preventie voor het individu, de zorgverstrekker en de financier van preventie.

**Biotechnologische ontwikkelingen** maken van precisie in gezondheidszorg een realiteit, zowel voor het individu als voor grotere groepen mensen. Dankzij gentechnologie, nanotechnologie en nieuwe diagnostische mogelijkheden kan sneller en preciezer worden ingegrepen om latere ziektes te voorkomen en/of gedrag nu al aan te passen. Medicijnen en behandelingen zijn geen eenheidsworst meer, maar kunnen variëren naargelang uw genetisch profiel. Digitale technologie maakt deze biotech op zijn beurt weer goedkoper en dus toegankelijker. De Belgische mywobble-app maakt het bijvoorbeeld mogelijk snel en betaalbaar uw genoom te kennen. Op basis daarvan zijn tal van afgeleide toepassingen

mogelijk, die u informeren en consulteren over gedrag en behandeling die het beste passen bij uw genomestructuur. Tegelijk moet er aandacht zijn voor de bijhorende ethische vraagstukken, en voor een goed evenwicht tussen meer precieze preventie en omgevingspreventie (populatie).

De mate van kosteneffectiviteit zal ook hiertoe antwoorden bieden en continue bijsturing ondersteunen. Bijvoorbeeld, de inzet op screening kan waardevol zijn, maar vereist (1) een systematische aandacht bij de juiste doelgroep (zie aanpak van darmkankerscreening als best practice), (2) het verhogen van het bereik bij de bevolking, (3) het verlaten van een (te vaak arbitraire) screeningstoepassing in de dagelijkse artspraktijk, (4) een meer concurrentiële prijszetting (bv. bij HPV testing) en (5) het voortdurend bijsturen in functie van de wetenschappelijke bewijskracht (bv. bij borstkankerscreening).

## **Al deze elementen worden gecombineerd in Community Assisted Self-Management.**

Deze nieuwe manier van preventie zorgt er voor dat op zichzelf staande informatie, sensibilisering, preventieve diensten en technologieën elkaar versterken, en samen met nieuw sociaal en individueel gedrag tot een beweging met exponentiële mogelijkheden voor de volksgezondheid komen. CASMA zorgt voor meer levenskwaliteit tegen een goede prijs. De belofte kan echter enkel worden waargemaakt wanneer een aantal randvoorwaarden vervuld zijn binnen een gezondheidszorgsysteem: financieringsvormen die preventie en innovatie ondersteunen, zorgprofessionals die keuze-architecten worden en een integrale (gedeelde) verantwoordelijkheid voor preventie. Deze maken dan ook deel uit van onze *CASMA-aanbevelingen*: onze voorgestelde acties om van Vlaanderen en België een top

CASMA-land te maken.

- 1. Spreek niet langer over preventie, maar ga voor Community Assisted Self-Management:** trek radicaal de kaart van CASMA en investeer in kennis en ondersteuning voor trajecten van self-management binnen een geheel van wisselende netwerken. Maak van elke preventieve actie een combinatie van individuele en netwerkcomponenten. Maak gebruik van omgeving en technologie om gezonde gedragsveranderingen te bereiken. Maak CASMA op maat en pas deze acties én beloningen aan naargegang doelgroep en beoogde resultaat.
- 2. Betrek patiënten of 'citizens formerly known as patients' bij self-management:** valoriseer kennis en ervaring van elke burger, en zeker van mensen die zelf beperkingen ondervinden, om aan preventie te doen. Maak ruimte voor het zelfmanagement van 'patiënten' en het bereiken van individuele doelen, hoe klein ook. Denk daarbij aan het model van 'value quotient' van de University of California (UCLA), dat mensen met damaandoeningen zelf hun doelen laat bepalen en hen laat kiezen uit een geheel van diensten op maat om dat doel te bereiken. U bouwt een immense gedrevenheid en zelfwaardering op bij diegenen die voorheen als louter 'patiënt' beschouwd werden. Speel in op de flexibele, digitale netwerken van mensen die een zelfde gezondheidssituatie delen, maar die vooral zo veel meer willen zijn dan een 'patiënt'. We vinden ze bijvoorbeeld bij het Belgische Espirity. Het zijn de bewuste, digitale burgers van nu, die bereid zijn hun kennis en ervaring in te zetten, niet alleen

voor hun eigen levenskwaliteit, maar zelfs ook voor die van totaal onbekende anderen. Geef aandacht aan health literacy en gezondheidseducatie, gekoppeld aan self-management: goed en transparant geïnformeerde burgers die al van jongs af aan bewust worden gemaakt van het belang van gezondheid, zullen als volwassene sterker staan. In een wereld waarin betere en meer voorspellingen over uw latere gezondheid mogelijk worden, heeft het geen zin informatie af te schermen. Het delen van medische informatie en het correct informeren en duiden van context en mogelijke keuzes wordt net des te belangrijker.

**3. Vertrek vanuit economische sterktes en bouw Vlaanderen uit tot een internationale CASMA-cluster, binnen de Belgische Digital Health Valley:**

onze witte economie heeft een aantal onmiskenbare troeven in handen om CASMA hier als een benchmark uit te bouwen: ruime biotech-, farma-, digitale en nanotech-aanwezigheid; een toppositie inzake aantal en kwaliteit van clinical trials; een hoog opleidings- en welvaartspeil; een sterke productiviteit; een ecosysteem van multinationals; stevig verankerde Vlaamse bedrijven en zeer wendbare startups die werken rond zowel producten als diensten die nodig zijn voor CASMA (monitoringtools, apps, games, coaching en gedragspsychologie, schermen, security, buurtservices, architectuur en design van publieke ruimtes,...). En dit allemaal binnen een beperkte oppervlakte (in drie uur rijden bent u van de ene kant van het land naar de andere), en met een zorgsysteem dat volop investeert in kwaliteitsmeting en benchmarking. Het is perfect mogelijk om al deze onderzoeks-

expertise, zorgkwaliteit en ondernemerschap samen te brengen tot één health care-cluster die Vlaanderen internationaal op de kaart plaatst als experimenteer-, valiseer- en implementeer-regio voor CASMA-producten en -diensten. Hier worden met andere woorden de zelfmanagementtoepassingen voor gans de EU getest, op punt gesteld, gevalideerd en zo gevaloriseerd zodat ze toegepast kunnen worden in elk nationaal gezondheidszorgsysteem in Europa. Barrières als onze complexe bevoegdheidsverdeling en gebrek aan groene ruimte worden in deze omgeturnd tot sterktes voor de validiteit van de Vlaamse cluster. Ruimere initiatieven zoals de Europese digitale agenda en Belgian Digital Health Valley ondersteunen de uitbouw van dergelijke cluster.

**4. Geef zorgprofessionals de mogelijkheden en de onderbouw om keuzearchitecten te worden en te blijven:**

zorgprofessionals worden preventieprofessionals. Dit vergt een grondige heroriëntatie in de basisopleidingen en permanente vorming. Nieuwe rollen en erkenningen komen tot stand, bv. de rol van coach, zonder te vervallen in gebetonneerde beroepen. Teamwerk staat centraal en 'evidence based'-technieken zoals kortdurende counseling worden op state-of-the-art wijze benut. We bouwen preventie-ondersteuning ook op populatieniveau volwaardig uit. De zorgprofessional wordt partner in zelfmanagement en in de (intersectorale) community. Transparantie, kwaliteitslabels, green prescriptions en andere instrumenten ondersteunen deze evolutie.

**5. Bouw financiering uit die Community Assisted Self-Management stimuleert en tel alle afgeleide voordelen:** preventie heeft dringend nood aan nieuwe financieringsmodellen, zowel t.a.v. de cliënt als t.a.v. de zorgprofessional en ondernemers. De modellen langs aanbodzijde staan inmiddels reeds op de radar (bv. shared savings). Dit wordt best aangevuld met inclusieve shared savings, rugzakmodellen en value based benefit design (bijdrage volgens meerwaarde i.p.v. remgeld). Ook aanvullende verzekeringen zouden zich best deels wettelijk en financieel herinrichten op preventie in plaats van een geïsoleerde hospitalisatiefocus.

Globaal dient het budgettaire aandeel van preventie op korte termijn toe te nemen tot het gemiddelde van de ons omringende landen, door een verschuiving van inefficiënt bestede middelen.

Fiscale prikkels werken, maar worden tot op heden eenzijdig negatief ingevuld (accijnzen, suikertaks,...) of fungeren als een hinderpaal (zoals bij preventie op het werk). In lijn met de vele innovatieve, creatieve en ondersteunende mogelijkheden die de transformatie van de zorg biedt, dringt de noodzaak zich op om de burger ook positief te ondersteunen en te belonen.

De opbrengst is groot, zo is onze overtuiging. Dergelijke nieuwe financieringsmechanismen zullen niet alleen de medische kosten beperken, maar zullen ook tal van andere afgeleide (budgettaire) voordelen laten optekenen: hogere reïntegratiecijfers, minder burn-out, depressie en zelfdoding, kwali-

teitsverhoging door samenwerking, meer veiligheid, minder verkeersongevallen, ...

We schreven deze white paper over preventie niet voor één groep. Het CASMA-pleidooi is een oproep aan iedereen om mee te doen: doe ook aan zelfmanagement, voor uzelf en voor een ander, en bouw zo mee aan een community die gezonder is. Specifiek voor beleidsmakers en besluitvormers voegen we daar echter nog aan toe: beste regeringsleden, doe het allemaal samen. Preventie is een integrale beleidsverantwoordelijkheid en vergt een geïntegreerd actieplan. Laat uw federale en regionale collega dat management dus niet volledig 'self' doen, maar bouw ook als regering een 'community' rond dit onderwerp.



Deze white paper kwam tot stand dankzij de medewerking van de leden van de werkgroep preventie van de Voka Health Community. Met dank aan:

- Bekaert Sofie (UZ Gent)
- Boone Charlotte (Flanders' Food)
- Claus Koen (DKV Belgium)
- De Bisschop Guido (Philips Belgium)
- De Greve Olivier (Weight Watchers Belgium)
- De Meester Koen (AZ Nikolaas)
- De Vleeschouwer Ellen (AG Insurance)
- Declau Kathlyn (AG Insurance)
- Frank Charissa (Maaamse Vereniging voor Erfelijke Bindweefselandoeningen)
- Goossenaerts Jorden (CONIX RDBM Architects)
- Hemelsoet Dirk (MSD Belgium)
- Horemans Frederik (Microsoft Innovation Center Vlaanderen)
- Lampaert Aurélie (Diabetes Liga)
- Lannau Saskia (Inter Partner Assistance (Axa Assistance))
- Meersman Yves (Parki's Kookatelier)
- Monkerhey Virginie (Zorg en Farma)
- Morlion Birgit (iMinds)
- Peeters Tine (Studio Dott)
- Schraepen Elisabeth (AbbVie)
- Smolders Roel (VITO)
- Spincemaille Johan (Health Data Management Partners)
- Staelraeve Sofie (Voka)
- Van Calster Eddy (NeuroPscience)
- Van Emelen Jan (MACX)
- Van Herck Pieter (Voka)
- Van Hoylandt Nancy (ME-Vereniging)
- Van Kessel Peter (Dipsss)
- Vandamme Annelies (UC Leuven-Limburg)
- Vandenbranden Sigrid (Howest)
- Vandeweyer Katleen (Roche Diagnostics Belgium)
- Verweyen Annick (KBC Bank)
- Wauters Marleen (Stop Darmkanker)
- Willems Peter (Cubigo)

- Adams et al. Carrots, Sticks and health behaviours: a framework for documenting the complexity of financial incentive interventions to change health behaviours. *Health Psychology Review* 8:3, 2014.
- Annemans. De prijs van uw gezondheid. Lannoo, Leuven. 2014.
- Annemans. Kosten-effectiviteit van suicidepreventie. Gezondheidsconferentie suicidepreventie, 2011.
- Boyce et al. A pro-active approach. *Health promotion and ill-health prevention*. Kings Fund, 2010.
- Busse et al. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. *European Observatory of Health Systems and Policies*, WHO, 2010.
- Challis et al. Self care and case management in long term conditions: the effective management of critical interfaces. London: HMSO, 2010.
- Chen et al. Effectiveness and cost effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technology Assessment* 16:38, 2012.
- Chokshi et al. The cost effectiveness of environmental approaches to disease prevention. *New England Journal of Medicine* 367:4, 2012.
- Cohen et al. Does preventive care save money? *Health economics and the presidential candidates*. *New England Journal of Medicine* 358:7, 2008.
- Cohen et al. The cost savings and cost-effectiveness of clinical preventive care. Robert Wood Johnson Foundation. Research synthesis report no 18. 2009.
- De la Torre-Diez et al. Cost utility and cost effectiveness studies of telemedicine, electronic and mobile health systems in the literature: a systematic review. *Telemedicine & Ehealth* 21:2, 2015.
- Defulio et al. The use of incentives to reinforce medication adherence. *Preventive Medicine* 55, 2012.
- Dietz et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *The Lancet* 385, 2015.
- Ebert et al. Effectiveness and cost effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Medical Internet Research* 16:4, 2014.
- Giles et al. The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: systematic review and meta-analysis. *Plos One* 9:3, 2014.
- Grustam et al. Cost effectiveness of telehealth interventions for chronic heart failure patients: a literature review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 30:1, 2014.
- Huang et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *The Lancet* 385, 2015.
- IOM. The IOM model: a tool for prevention planning and implementation. *Prevention tactics* 8:13; 2006.
- Joyner et al. Seven questions for personalized medicine. *JAMA* 314:10, 2015.
- Kaambwa et al. Telemonitoring and self management in the control of hypertension: a cost effectiveness analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2013.
- King et al. Technologies to measure and modify physical activity and eating environments. *American Journal of Preventive Medicine* 48:5, 2015.
- Kings Fund. Population health systems. Going beyond integrated care, 2015.
- Kings Fund. Transforming our health care system. Ten priorities for commissioners, 2013.
- Long et al. Cost effectiveness of a sugar sweetened beverage excise tax in the US. *American Journal of Preventive Medicine* 49:1, 2015.
- Lynagh et al. What's good for the goose is good for the gander. Guiding principles for the use of financial incentives in health behavior change. *International Journal of Behavioural Medicine* 20, 2013.
- Mackenbach & McKee. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *European Journal of Public Health* 23:2, 2013.
- Mackenbach et al. Health policy in Europe: factors critical for success. *BMJ* 346, 2013.
- Marvasti et al. From sick care to health care – reengineering prevention into the US system. *New England Journal of Medicine* 367:10; 2012.
- McDaid et al. Making the long term economic case for investing in mental health to contribute to sustainability. *European Union*, 2011.
- MCDaid et al. Promoting health, preventing disease. The economic case. WHO & OESO, 2015.
- McDaid et al. What do we know about the strenghts and weakness of different policy mechanisms to influence health



- behavior in the population? *European Observatory of Health Systems and Policies, WHO, 2014.*
- McQueen et al. *Intersectoral governance for health in all policies. Structures, actions and experiences. European Observatory of Health Systems and Policies, WHO, 2012.*
- Merkur et al. *Promoting health, preventing disease. Is there an economic case? WHO & OESO, 2013.*
- Mistry et al. *Critical appraisal of published systematic reviews assessing the cost effectiveness of telemedicine studies. Telemedicine & Ehealth 20:7, 2014.*
- Mitchell et al. *Financial incentives for exercise adherence in adults. Systematic review and meta-analysis. American Journal of Preventive Medicine 45:5, 2013.*
- Morrison et al. *Digital asthma self assessment interventions: a systematic review. Journal of Medical Internet Research 16:2, 2014.*
- Neubeck et al. *The mobile revolution – using smartphone apps to prevent cardiovascular disease. Nature Review of Cardiology 12, 2015.*
- Nundy et al. *Mobile phone diabetes project led to improved glycaemic control and net savings for Chicago plan participants. Health Affairs 33:2, 2014.*
- OESO. *Health at a glance: Europe, 2014.*
- Pandor et al. *Home telemonitoring or structured telephone support programmes after recent discharge in patients with heart failure: systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment 17:32, 2013.*
- Polisena et al. *Home telehealth for chronic disease management: a systematic review and an analysis of economic evaluations. International Journal of Technology Assessment in Health Care 25:3, 2009.*
- Purdy. *Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say?, Kings Fund, 2010.*
- Putman et al. *De kosteneffectiviteit van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker - borstkanker - dikke darmkanker in Vlaanderen: gezondheidseconomische evaluatie. Eindrapport, 2015.*
- Roberto et al. *Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. The Lancet 385, 2015.*
- Ryan et al. *Clinical and cost effectiveness of mobile phone supported self monitoring of asthma: multicentred randomized controlled trial. BMJ 344, 2012.*
- Sabin et al. *Child obesity. Current and novel approaches. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 29, 2015.*
- Sassi et al. *Tackling harmful alcohol use. Economics and public health policy. OESO, 2015.*
- Sassi. *Obesity and the economics of prevention: fit not fat. OESO, 2010.*
- Sigmon et al. *The use of financial incentives in promoting smoking cessation. Preventive Medicine 55, 2012.*
- Spring et al. *Fostering multiple healthy lifestyle behaviors for primary prevention of cancer. American Psychologist 70:2, 2015.*
- Srivastava et al. *Is prevention better than cure? A review of the evidence. London School of Economics and Political Science, 2008.*
- Swinburn et al. *Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. The Lancet 385, 2015.*
- Thaler & Sunstein. *Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness. Yale University Press, 2008.*
- Toma et al. *Online social networking services in the management of patients with diabetes mellitus: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Diabetes Research & Clinical Practice 106, 2014.*
- Travis. *The Illness-Wellness continuum, 2004.*
- Van Herck. *Voka: Transformeren om te overleven in de zorg. LannooCampus, Leuven. 2015.*
- Verhaeghe et al. *Cost effectiveness of health promotion targeting physical activity and healthy eating in mental health care. BMC Public Health 14, 2014.*
- VIGeZ. *Advies verstrekt door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw: synthese betreffende de kosteneffectiviteit van werkzame elementen van gezonde leefstijl (beweging-overstijgend en beweging) op voorschrift. Brussel, Laken, 2015.*
- Wright et al. *Modelling the cost effectiveness of child care policy changes in the US. American Journal of Preventive Medicine 49:1, 2015.*
- Yach et al. *New opportunities in the changing landscape of prevention. JAMA 312:8, 2014.*

---

# Colofon

## Auteurs

Pieter Van Herck en Sofie Staelraeve

## Eindredactie

Ria Binst

Erik Dumez

Sandy Panis

Sofie Staelraeve

## Foto's

Shutterstock

## Verantwoordelijke uitgever

Verantwoordelijke uitgever

Hans Maertens, i.o.v. Voka vzw

Burgemeester Callewaertlaan 6

8810 Lichtervelde

T 02 229 81 11

F 02 229 81 00

[info@healthcommunity.be](mailto:info@healthcommunity.be)

[www.healthcommunity.be](http://www.healthcommunity.be)

De overname of het citeren van tekst uit deze brochure wordt aangemoedigd, mits bronvermelding.

Wettelijk depot: D/2015/0369/06

---





[www.healthcommunity.be](http://www.healthcommunity.be)

**vo**  
**ka** | Vlaams  
netwerk van  
ondernemingen

