

# Laat preventie ook “wortelen” in

Dit voorjaar zijn we met een groep dokters ontsnapt uit Holland-indicatorenland, naar Cuba-preventieland. Cuba is een ontwikkelingsland, maar de mensen worden er ongeveer even oud als hier (79). En de kindersterfte is even laag (4 promille). Het geheim van de kok: de Cubaanse gezondheidszorg is volledig gebaseerd op preventie. Doel van onze studiereis was dan ook: uitzoeken waarom wijkpreventie dáár zo goed en bij ons nog zo slecht lukt. Wat kunnen wij nog leren? En waar zitten onze blinde vlekken?

Met vijftien mensen, huisartsen, GGD-stafleden, specialisten ouderengeneeskunde, en een NHG-official, namen we een zeer intensieve kijk in de preventiekuken van Cuba onder het motto: samen leren, samen werken. Eerdere literatuurstudie, studiereizen, studenten- en aios-uitwisseling met Havana gedurende de afgelopen drie jaar, hielpen ons om te weten wáár we moesten zijn, en aan wíé we wát moesten vragen. Hieronder vier essenties voor onze praktijken, die we meenamen uit Preventielaboratorium Cuba:

spectief geven. Ze vormen gespreksstof voor dokter met wijkbewoner, maar ook tussen wijkbewoners onderling. Bij uittingen in de media, in openbare gebouwen en op straat staat de vraag “hoe blijf ik gezond” op de eerste plaats.

**Toepassing in de Nederlandse situatie:** Zorg dicht bij huis, en dus dicht bij de eerste lijn, biedt kansen voor preventie. Organisatorisch zijn een klein “dedicated” kernteam (inclusief huisarts), kleinschalige feedback van medische- en wijkgegevens en communicatie in eenvoudige en voor iedereen begrijpelijke

heid en daarmee overheidsfinanciering zijn in Cuba grondwettelijk vastgelegd en vormen de zichtbare basis van continuïteit en de motor van preventieve zorg. Uit enkele Europese studies blijkt overigens dat het Haagse mantra van een negatief verband tussen overheidsbemoeienis en burgerparticipatie niet meer houdbaar is.

**Toepassing in de Nederlandse situatie:** Bij het bewerkstelligen van geïntegreerde preventie speelt de snel veranderende huisartsfinanciering een belangrijke rol. Deze sluit niet voldoende aan bij de wens om met meerdere partijen met preventie aan de slag te gaan. Vooralsnog zullen huisartsen hun geïntegreerde preventieactiviteiten uit segment 3 moeten financieren. In de toekomst is het model van populatiebesteding onder overheidsregie het meest kansrijk voor een duurzame vorm van financiering van preventie.

### 3 Actieve deelname wijkbevolking is *conditio sine qua non*

Zowel het onderwerp preventie, als de “lange adem” als basis voor succes, moeten wortelen in de wijkbevolking. Preventie heeft de meeste toegevoegde waarde bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen. Huidige preventieprofessionals zijn juist mensen met een hoge opleiding en zij begrijpen die leefwereld met haar wensen en angsten vaak niet of slecht. In Cuba hebben CDR (buurtcomité) en FMC (vrouwenorganisatie) een centrale rol bij preventie. Ook worden mantelzorgers doorbetaald om ze in staat te stellen die actieve

## Preventie heeft de meeste toegevoegde waarde bij mensen met een lage opleiding en een laag inkomen

### 1 Eenvoud in organisatie en concept

De bemoeienis van veel gespecialiseerde disciplines en dito financiers met uiteenlopende belangen in Nederland, leidt vaak tot een waterig vlees-noch-vissoepje. Het maakt een duidelijk doel en heldere organisatie nagenoeg onmogelijk. In Cuba is het ijzersterke duo huisarts-generalistische wijkzuster de spil van preventie. De “wijk- epidemioloog” koppelt de dagelijks aangeleverde gezondheidsgegevens halfjaarlijks terug voor bijstelling van de zorgprioriteiten in die wijk. En men werkt er met vier algemene en voor iedereen begrijpelijke risicoklassen, die van 4 naar 1 een verbeterend, niet-ziektespecifiek gezondheidssper-

risicoklassen nodig: 1 =gezond, 2=risicofactoren, 3=chronische ziekte aanwezig, 4= invaliditeit. De gezondheids- en kostenvoordelen zullen eerder zichtbaar worden nu de financiering van zorg en welzijn *bij minder partijen* ligt (zorgverzekeraar en gemeente).

### 2 Overheidsregie en overheidsfinanciering nodig

Marktwerking met bijbehorende versnippering en kortetermijndenken, vormen in ons land een grote handicap. Onder andere om die reden kwam KPMG - namens VWS in 2012 op zoek naar oorzaken van de explosieve zorgkosten-groei in Nederland - tot de conclusie: “*mission impossible*”. Overheidsverantwoordelijk-

# de wijkbevolking



Essentieel is dat bij alle preventie-initiatieven in de wijk, inwoners vanaf het eerste begin zijn betrokken, zodat er daadwerkelijk sprake is van een "bottom-up" benadering. (Foto: Thinkstock)

rol te vervullen.

#### *Toepassing in de Nederlandse situatie:*

Er liggen nog veel kansen in het betrekken van inwoners van een wijk bij preventie en "bottom-up" bezig te gaan met gezondheid in de wijk. De eerste lijn kan hierbij ook leren van de gemeenten die steeds meer ervaring opdoen met samenwerking met wijkbewoners en zelfs de organisatie van een aantal zaken (buurthuizen) uit handen geven. Essentieel is dat bij alle preventie-initiatieven in de wijk, inwoners vanaf het eerste begin zijn betrokken, zodat er daadwerkelijk sprake is van een "bottom-up" benadering. Het argument van "betutteling" dat de politiek vaak gebruikt als reden om preventie weg te zetten als niet wenselijk, vervalt op het moment dat inwoners en professionals gezamenlijk optrekken om de gezondheid in de wijk positief te beïnvloeden.

#### **4 Bij dokters moeten kernvoorwaarden voor succes bij preventie aanwezig zijn**

Kernvoorwaarden voor succes bij preventie zijn niet meetbaar, maar moeten wel bij iedereen, juist ook bij de dokters, aanwezig zijn. Eigenschappen zoals vertrouwenwekkend, bezielend, opofferingsgezind, mededogen, zorgbereidheid, leiderschap en saamhorigheid, zijn we tijdens onze studiereis tegengekomen, zowel als selectievoorwaarden voor toelating tot de medische opleiding (!), als in de vele individuele contacten. Daarbij zagen sommige Cubaanse dokters het zelfs als een persoonlijk falen wanneer iemand bijvoorbeeld diabetes kreeg. Dit laatste gaat te ver, maar tekent wel de sfeer.

#### *Toepassing in de Nederlandse situatie:*

Ook in Nederland is er voor geïntegreerde preventie behoefte aan transformatieel verbindend leiderschap.

In de praktijk zijn dat gepassioneerde waardegedreven leiders, in *best practices* zijn dat directeuren van gezondheidscentra of huisartsen die preventie als aandachtsgebied hebben. Naast de sterk persoonlijke drive zitten zij op een positie om anderen in hun directe omgeving mee te kunnen nemen, hebben ze een groot netwerk, en ze hebben doorzettingsmacht en invloed. Om preventie minder afhankelijk te maken van enkele gepassioneerde leiders zou een kaderopleiding preventie bij Huisartsopleiding Nederland of het NHG meer structurele ondersteuning kunnen bieden. <<

*Paul Jonas MD, MSc., Leiden University Medical Center, afdeling Public Health and Primary Care*