

Aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, demissionair minister Hugo de Jonge, demissionair minister drs. Tamara van Ark en demissionair staatssecretaris drs. Paul Blokhuis

Onderwerp: Reactie op de discussienota Zorg voor de Toekomst.

Geachte demissionair minister De Jonge, demissionair minister van Ark en demissionair staatssecretaris Blokhuis,

Dit schrijven is een reactie op de discussienota Zorg voor de Toekomst. Daarin wordt duidelijk dat door de dubbele vergrijzing en de toenemende zorgvraag het huidige zorgsysteem ernstig onder druk komt te staan. De discussienota richt zich op de hoofdvraag hoe we de houdbaarheid van het Nederlandse zorgsysteem kunnen waarborgen met alle uitdagingen die er aankomende jaren op ons af zullen komen.

Met de drie hoofdthema's Preventie & gezondheid, Organisatie & regie en Vernieuwing & werkplezier wordt er in de discussienota uiteengezet op welke gebieden het in eerste plaats noodzakelijk is om veranderingen door te voeren en hoe dat zou moeten gebeuren.

Vereniging Arts en Leefstijl herkent de knelpunten en erkent dat op alle drie de thema's veranderingen nodig zijn. We zijn zeer verheugd met het feit dat er in deze discussienota al veel aandacht is voor de transitie van zorg naar gezondheid en gedrag, en dat er wordt toegewerkt naar concrete oplossingen. Onzes inziens is er nog wel ruimte voor verbetering in de concretisering. Wij stippen graag 2 overkoepelde thema's aan en daarna zullen wij een handreiking doen ten aanzien van het zorgbeleid.

Ten eerste, de wetenschappelijke onderbouwing van de ziektelast.

In uw discussienota stelt u dat ongezond gedrag, zoals roken, ongezonde voeding, te weinig bewegen en alcoholgebruik, verantwoordelijk is voor 20% van de ziektelast. Er wordt gesteld dat roken hierbij de belangrijkste oorzaak van sterfte en ziekte is (20 duizend doden en 9 procent van de ziektelast), gevolgd door ongezonde voeding, alcoholgebruik en weinig bewegen. Echter, uit (recente) onderzoeken komt naar voren dat deze schatting een duidelijke onderrapportage lijkt te zijn. De internationale data kunnen niet direct vertaald worden naar de Nederlandse samenleving, echter liggen deze cijfers zover uit elkaar dat het percentage van 20% evaluatie behoeft. Gezien het doel van deze discussienota zullen wij hier geen uitgebreide literatuurreview presenteren, maar wij noemen graag wel een belangrijke studie als aanzet. Christofer Murray e.a. concluderen in hun systematische review, Lancet 2019, dat een ongezond voedingspatroon wereldwijd tot meer doden leidt dan elk ander risicofactor, zelfs meer dan roken. Uit hun data blijkt dat een ongezond voedingspatroon voor 15% van de sterfte zorgt in West-Europa. Hoewel ze voor Nederland geen specifieke cijfers geven suggereert dit dat ook in Nederland een ongezond voedingspatroon de grootste risicofactor zou zijn voor mortaliteit. De ziektelast die voorafgaat aan de mortaliteit nog daar gelaten. Daarbij is een ongezond voedingspatroon een risicofactor die de gehele populatie betreft, onafhankelijk van leeftijd, geslacht of socio-demografische omstandigheden. Het

verbeteren van het voedingspatroon zou wereldwijd het overlijden van een op de vijf mensen zelfs kunnen voorkomen. ⁱ

Wij vinden de evaluatie van deze cijfers essentieel, omdat de urgentie hierdoor sterk wordt bepaald. Alhoewel wij de indruk hebben dat de genoemde cijfers in uw discussienota door velen al als zeer urgent worden gezien, willen wij benadrukken dat de urgentie nog vele malen groter is als we uitgaan van een verantwoordelijk percentage van 50-80% voor morbiditeit en mortaliteit van deze welvaartsziekten. Inzetten op een gezonde leefstijl zou het risico op het ontwikkelen van deze chronische aandoeningen zelfs met 80% kunnen verminderen. ⁱⁱ

We willen u dan ook dringend verzoeken deze getallen en data opnieuw onder de loep te nemen en te staven met alle, ook internationale, wetenschappelijke onderbouwingen die beschikbaar zijn. We ondersteunen hier graag bij mocht dit nodig zijn.

Ten tweede, de randvoorwaarden voor bestuurlijke kracht in het zorgveld en daarbuiten.

Zowel in uw discussienota, alsmede tijdens de werkconferentie van 26 januari jl., werd benadrukt dat het belang van domein-overstijgend denken, handelen en implementeren essentieel is. Meerdere malen kwam naar voren dat dit betekent, dat investeringen van partijen ook moeten leiden tot gezamenlijke opbrengsten. De transitie -van ego naar ecosysteem- lijkt hier aan de orde. Als organisatie willen en durven kijken over de hekken van je eigen werkgebied met als doel het geheel beter te maken, en niet alleen je eigen positie te versterken, vraagt iets belangrijks van de mensen in de bestuursfuncties. Deze bestuurders dienen onzes inziens de eco-gedachte intrinsiek te doorleven en extern durven neer te zetten. De stap -van praten naar doen- kan dan ook daadwerkelijk worden gezet. Besturen is mensenwerk. Het vraagt dus van deze specifieke mensen in de rol van zorgbestuurder dat zij in de ochtend opstaan met de juiste ethische werkhouding. Een werkhouding die niet primair gericht is op het vergroten van financiële inkomsten, het doorgroeien op de werkcladder of het zoeken naar erkenning van het -eigen ik-. Er zijn vele inspirerende zorgbestuurders die een groot voorbeeld zijn voor ons allen. We dagen u uit na te denken over hoe deze groep zorgbestuurders kan worden vergroot. Daarnaast, welke belangrijke vooruitstrevende randvoorwaarden kunnen worden benoemd om te besturen op een manier waar de -eco-gedachte- leidend is en die werkelijk bijdraagt aan het verbeteren van onze zorg voor de toekomst.

Hieronder volgt onze visie op en mogelijke oplossingen voor de concretisering en verbetering ten aanzien van het toekomstige zorgbeleid.

Preventie en gezondheid

1) Preventie: maak het specifiek

Preventie omvat “alle maatregelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, die tot doel hebben de gezondheid te beschermen en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen.”ⁱⁱⁱ Preventie is dus een breed begrip terwijl het juist voor de vormgeving van beleid zo belangrijk is om voor ogen te hebben over wat voor een soort preventie we spreken en voor wie de maatregelen bedoeld zijn. Door deze kadering wordt ook duidelijker wie verantwoordelijk en aanspreekbaar is. Universele en selectieve preventie lijken meer te liggen in het sociale domein, bij de GGD en jeugdgezondheidszorg. Terwijl juist de verantwoordelijkheid voor de geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie ook ligt bij de eerste en tweedelijns zorg. Dit gaat over mensen die risicofactoren en/of een ziekte hebben. Als men bijvoorbeeld kijkt naar de huisartsen, dan hebben zij zelf op hun zogenaamde -Woutschouten-

conferentie- kerntaken benoemd, waarvan zorg voor geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie er één van is. In de dialoog over preventie zullen zij zich wellicht niet direct aangesproken voelen, en verwijzen naar het publieke domein. Echter als men de discussie met de huisartsen toespitst op geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie, en dus ook leefstijlgeneeskunde, zal de aansluiting en het gesprek over verantwoordelijkheden logischer zijn.

Leefstijlgeneeskunde richt zich op curatieve leefstijlinterventies, dus een leefstijlaanpak als behandeling voor een ziekte. Zie daarbij tevens de uitgebreide reactie van het platform Lifestyle4health (waar ik zelf MT-lid ben) over de definitie en plek van leefstijlgeneeskunde.

2) Onderwijs over gezondheid en leefstijl: maak dit een substantieel onderdeel van basis- en voorgezet onderwijs en voor de burger.

Het is van groot belang om onderwijs over een gezonde leefstijl en gezondheidsvaardigheden al op jonge leeftijd aan te bieden op school. Ten eerste voor een relatief korte-termijn effect. Namelijk, als kinderen beter eten, meer bewegen en minder stress ervaren neemt hun kwaliteit van leven als ook hun leerprestaties toe. Ten tweede, valt er in de discussienota te lezen dat een goede gezondheid bij jezelf begint. Om de regie, ook op latere leeftijd, over je eigen gezondheid te kunnen nemen is het van belang dat de kennis daarover voldoende is. Dit kunnen we alleen bereiken door kinderen op dit onderwerp te onderwijzen. Het is daarom belangrijk om leefstijlonderwijs al op jonge leeftijd aan te bieden op school om zo de kennis en de gezondheidsvaardigheden te vergroten en het gebrek hieraan tussen eenieder te verkleinen. Hier ligt niet alleen een taak voor de scholen, maar ook voor bijvoorbeeld de jeugdarts, gemeenten en GGD. Essentieel hierbij is een open dialoog en verbinding tussen het ministerie van VWS en OCW; OCW zal het belang van bovenstaand goed moeten zien en bereid moeten zijn belangrijk beleid te implementeren.

Zorg voor overdracht van kennis op het gebied van voeding, beweging, slaap en stressmanagement bij de burger. Hoe meer kennis er is op die vlakken, hoe bewuster men keuzes kan maken ten behoeve van hun gezondheid. Zorg ervoor dat er landelijke leefstijlmodules worden uitgerold op basisscholen, consultatiebureaus, kinderdagopvang, middelbare scholen, bedrijven en natuurlijk in het onderwijs voor de zorg. Zorg voor online modules waarmee mensen bijgeschoold en geïnformeerd kunnen worden of bied online bewegings- en meditatieprogramma's aan. Maak daarnaast offline programma's beter toegankelijk voor mensen met een lage sociale economische status. Dit is in lijn met de gedachte dat de patiënt weer de regie en eigen verantwoordelijkheid krijgt over zijn of haar gezondheid. De handvatten om die verantwoordelijk te kunnen nemen moeten dan echter ook wel aangereikt worden.

3) Onderwijs over gezondheid, leefstijl(geneeskunde) en preventie: essentieel in MBO, (post) academisch en (post) HBO onderwijs voor gezondheidszorg professionals

Naast onderwijs binnen het algemeen onderwijs zou leefstijl een prominente plek in moeten nemen binnen het onderwijs van de zorgprofessional. Kennis op het gebied van voeding, beweging, slaap en stressmanagement is essentieel geworden om patiënten met Diabetes Mellitus type 2, hart en vaatziekten en andere leefstijl-gerelateerde chronische aandoeningen te behandelen met leefstijlinterventies. In veel van de richtlijnen staat aandacht voor een gezonde leefstijl als een behandeling voor de chronische aandoening ook op eerste plaats. Echter wordt deze stap door veel zorgverleners 'overgeslagen' en wordt te snel gestart met medicatie zonder dat een

leefstijlinterventie is geprobeerd. Zorgverleners geven zelf aan te weinig kennis en vaardigheden te bezitten om dit te doen. Men moet meer kennis hebben van leefstijlinterventies en met name hun vaardigheden vergroten ten aanzien van duurzame gedragsverandering. Vereniging Arts en Leefstijl heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het opnemen van leefstijl en positieve gezondheid in het nieuwe raamplan voor de opleiding geneeskunde die dit jaar van start gaat op alle universiteiten. Alle huidige werkzame zorgverleners ervaren echter nog grote hiaten in kennis en vaardigheden. Vereniging Arts en Leefstijl heeft de afgelopen 5 jaar meer dan 4000 zorgverleners bijgeschoold op post-HBO en post-academisch niveau over de toepassing van leefstijlgeneeskunde in de spreekkamer. Deze nascholingen zouden op veel grotere schaal toegankelijk moeten zijn, om adequate toepassing van leefstijlgeneeskunde in alle spreekkamers te vergroten.

4) De ontwikkeling en toepassing van leefstijlgeneeskunde

Wij sluiten hier volledig aan op de aanwijzingen met betrekking tot de ontwikkeling en toepassing van leefstijlgeneeskunde beschreven in de brief van het platform Lifestyle4Health.

5) Leefstijl en gezondheid op het werk

Werk leent zich uitstekend om leefstijlgeneeskunde te implementeren, omdat gezondheid medebepaald wordt door werkomstandigheden. Samen met de bedrijfsarts kan de werkgever bekijken wat er nodig is binnen het bedrijf om de werknemer zo lang mogelijk gezond te houden. Denk hierbij aan gezond voedsel in de kantine, de mogelijkheid om in de pauze te bewegen of e-learnings te volgen op het gebied van slaap, meditatie en stressmanagement. De bedrijfsarts heeft een belangrijke rol in zowel het voorkómen van werk- en leefstijlgerelateerde aandoeningen, als het behandelen ervan. Een bedrijfsarts kan primair signaleren waar de grootste gezondheidswinst te behalen valt en dit bespreekbaar maken met de werkgever. Niet alleen is het in het (financiële) belang van het bedrijf om zijn of haar werknemers zo lang mogelijk gezond op de werkvloer te houden, ook voor werknemers heeft het hebben van werk een positief effect op ervaren gezondheid. De samenwerking met de huisarts is hierbij ook essentieel, de zogenaamde arbo-curatieve samenwerking, en nog te weinig vormgegeven.

6) De -eerste 1000 dagen- verdienen veel meer aandacht (Kansrijke Start)

Uit wetenschappelijk onderzoek weten we dat elke euro die je investeert in de eerste 1000 dagen van het leven (3 maanden voor conceptie en tot de leefstijl van 2 jaar), 16 euro oplevert.^{iv} Een gezonde start in de eerste 1000 dagen van het leven vergroot de kansen op de arbeidsmarkt, verkleint het risico op criminaliteit en verkleint de kans op chronische aandoeningen en hoge zorgkosten. Interventies gericht op het vergroten van de gezondheid van aankomende ouders (moeders, maar ook zeker vaders), een gezonde leefstijl tijdens de zwangerschap en een optimale start in de eerste 2 levensjaren van het kind zijn van groot belang. Dit kan bijvoorbeeld op de volgende manieren een belangrijkere plek krijgen:

- Publiekscampagne voor aankomende ouders
- De jeugdgezondheidszorg laten bloeien, in plaats van te laten overleven.
- Laagdrempelige leefstijlbegeleiding en leefstijlinterventies voor aankomende moeders en zwangere vrouwen vanuit de huisartsenpraktijk, waarbij ook proactieve benadering van deze doelgroep een belangrijk onderdeel is.

- Samenwerking tussen verloskundigen, huisartsen en sociale domein intensiveren.

Het programma Kansrijke Start dient hierbij uitgebreid te worden en een duurzame plek te krijgen binnen het VWS beleid. We verwijzen u ook graag het recente en vierde voortgangsrapport van Kansrijke Start van januari 2021.

7) Onze leefomgeving kan veel gezonder worden (Preventie onder voorkomen van zorg: overheidsmaatregelen voor meer gezonde keuzen).

Sinds de tweede wereldoorlog heeft zich een verschuiving voorgedaan binnen de zorg. Daar waar eerst infectieziekten verantwoordelijk waren voor de grootste ziektelast en nummer één doodsoorzaak, zien we nu dat welvaartsziekten deze eerste plaats hebben ingenomen. Een voordeel hiervan is dat we invloed hebben op het terugdringen van deze welvaartsziekten door een gezonde leefstijl te promoten en de ongezonde leefomgeving te veranderen. Er zijn vele, ook buitenlandse initiatieven, die laten zien dat het gezonder maken van de leefomgeving een belangrijke bijdrage levert aan de gezondheid van de burger. IJsland heeft bijvoorbeeld laten zien dat een multidisciplinaire aanpak hiervan zijn vruchten afwerpt (zie IJsland Methode). Daar hebben ze het bovenmatig gebruik van genotsmiddelen fors terug weten te dringen door een systemische aanpak met alle betrokken partijen. Het is dan ook aan ons om dit goede voorbeeld te volgen en in te zetten op het promoten van een gezonde leefstijl en leefomgeving om de welvaartsziekten terug te dringen. ^v Het invoeren van een suiker- en vettax en aanpassing van BTW tarieven zijn hierbij -het laaghangende fruit- en dienen zo spoedig mogelijk doorgevoerd te worden.

Er bestaan politieke geluiden die het aanzetten tot een gezonde leefstijl als 'betuttelend' wegzetten. Dit begrijpen wij niet. Ten eerste kan betuttelen in positieve zin uitgelegd worden als -omkijken naar- en verwachten wij dat onze overheid hier zich in brede zin verantwoordelijk voor voelt. Ten tweede is de realiteit dat een groot deel van onze bevolking niet in staat is gesteld om abstracte en lange termijn afwegingen te maken ten aanzien van hun gezondheid (welke ook wetenschappelijk ondersteund worden) en het belangrijke effect hiervan op hun naasten en op de maatschappij. Als laatste is, zoals te lezen in de discussienota, 1 op de 5 ziekten te wijten aan een ongezonde leefstijl. De zorgkosten die daarmee gepaard gaan zijn enorm en we lijken, zoals u zelf ook constateert af te koersen op een onbetaalbaar zorgsysteem. Het is dan ook de taak van de overheid om maatregelen te treffen tegen deze ongezonde maatschappij die er afgelopen decennia is gecreëerd. De overheid kan mensen sturen in het maken van gezonde keuzes door bijvoorbeeld te besluiten tot het invoeren van een suikertaks, het duurder maken van bewerkt voedsel en groenten en fruit te subsidiëren. Daarnaast kan men denken aan het stimuleren van gezond gedrag door het aanleggen van stadsmoestuinen, parken en sportvelden in wijken met een laag sociaaleconomische status en het gratis aanbieden van sportlessen of onderwijs op het gebied van leefstijl. Dit lijkt in eerste instantie een betutteling van de samenleving en een beperking van de vrijheid in (voedings)keuze, maar we moeten ons realiseren dat die keuze om (on)gezond te leven nu ook voor ons gemaakt wordt. Er wordt op dit moment JUIST betutteld: we hebben afgelopen jaren zelf een obesogene omgeving gecreëerd waarin bijvoorbeeld het ongezonde en bewerkte voedsel overal wordt aangeboden tegen lagere prijzen dan het gezonde voedsel en de lift nemen meer voor de hand ligt dan het gebruiken van de trap. De burger lijkt dus zelf een keuze te kunnen maken, maar dit is een wassen neus. Het gemakkelijker maken van de keuze voor een

gezonde leefstijl is dus geen betutteling, maar onzes inziens een essentiële verantwoordelijkheid van de centrale overheid die politieke kleur in alle opzichten overstijgt.

Organisatie en regie

1) Doorontwikkeling van het financieringsmodel zodat gezondheid wordt beloond.

Beloning in de Nederlandse gezondheidszorg is voornamelijk afgestemd op ziekte, zorg en farmacie. Een huisarts krijgt geen vergoeding voor het voorkomen van Diabetes, maar wordt fors beloond voor het behandelen en vervolgen van een Diabetespatiënt (ketenzorg). Het -laten ziek worden- van mensen is dan ook aantrekkelijker en gebruikelijker dan het voorkomen van ziekte. Niet bewust, maar omdat ons systeem zo is ingericht. Hierbij zijn naar onze mening 2 zaken essentieel:

- We reageren reactief op de hulpvraag van de patiënt, vaak wanneer -the prevention-window of opportunity- al lang gesloten is. Het actief opsporen van risicopatiënten of aanbieden van prenatale leefstijl-zorg (we verwijzen graag naar het belang van de 1^{ste} 1000 dagen) is geen onderdeel van reguliere en standaard eerstelijnszorg. Het zou ons dringende advies zijn om zorgverleners, met name de huisarts en de praktijkondersteuner ruimte te geven om een deel van het werk als -proactieve zorg- in te kunnen richten. Men kan hierbij denken aan het in kaart brengen van risico-patiënten in de wijk en het actief aanbieden van -stoppen met roken- interventies. Niet afwachten, maar erop af.
- Als er wel sprake is van een (leefstijl gerelateerde chronische) ziekte, en er zijn medisch geen zwaarwegende redenen om leefstijlgeneeskunde niet als eerste behandeling in te zetten, dient leefstijlverbetering als curatie (leefstijlgeneeskunde) als eerste stap beloond te worden. Het combineren van leefstijlgeneeskunde met andere behandelingen kan ook een groot beperkend effect hebben op de duur, impact en kosten van de aanvullende behandeling en ervaren van de kwaliteit van leven.

Wij kiezen bewust voor de term -door ontwikkelen-, omdat het huidige systeem goede aanknopingspunten kan bieden, op korte termijn. Er zijn mogelijkheden binnen het huidige systeem die nog onbenut blijven. Onzes inziens heeft de Nederlandse Zorgautoriteit een belangrijke rol in het communiceren van deze mogelijkheden met het veld en ondersteuning bij de uitvoering daarvan. Aanvullend zal het integreren van wetten en budgetten kunnen helpen. De schotten zullen moeten verdwijnen. Een stimuleringsfonds ten behoeve van een grote transitie naar de beloning van gezondheid zal een mogelijk belangrijk effect hebben. Contractering op basis van shared savings is ook een belangrijke optie.

2) Gedeelde verantwoordelijkheid: iedereen is aan zet.

Gezondheid is van en voor ons allemaal. Corona heeft pijnlijk duidelijk gemaakt dat de mate van onze gezondheid en de organisatie van onze gezondheidszorg essentieel zijn om het dagelijks leven overeind te houden: maatschappelijk en economisch. Dit betekent dat we allen (centrale overheid, zorgverzekeraars, gemeentes, publieke en private organisaties etc) verantwoordelijk zijn voor het resultaat. De houding, dat de motivatie voor de inzet ten aanzien van de transitie in de zorg vooral bepaald wordt door wat het deze betreffende organisatie of domein specifiek op zal leveren (dus wat ik investeer moet ik ook zelf terugzien), kan en mag niet langer leidend zijn. Vereniging Arts en Leefstijl is van mening dat dit start bij de centrale overheid: als verschillende

ministeries elkaar niet vinden en niet met elkaar spreken over preventie, leefstijl en gezondheid in brede zin, hoe mag je dan verwachten van alle andere stakeholders en zorgverleners dit wel te doen? Wij adviseren de centrale overheid te werken aan -the tone at the top-, in gezamenlijkheid tussen de ministeries, zodat dit een steunend ethisch en moreel klimaat vormt. Een goed voorbeeld doet volgen.

3) Centraal en decentraal: een circulaire verbinding

Nog te vaak wordt er nagedacht over, of centraliseren, of decentraliseren. Naar onze mening zijn zowel een centrale aansturing in circulaire verbinding met een decentrale implementatie essentieel. Het landelijk reguleren van beleid voorziet in mogelijkheden voor opschaling en (maatschappelijke) druk voor organisaties om gezondheid werkelijk als thema te omarmen. Daarnaast zal dit regio's en wijken steunen de zorg - dicht bij de patiënt- aan te laten sluiten. Vervolgens worden lessen en ervaringen opgehaald decentraal, die centraal vertaald kunnen worden in evaluatie van beleid, beschikbaar stellen van nodige middelen of faciliteren in opschaling. Mooie burgerinitiatieven en succesvolle pilots kunnen zo duurzaam worden geïmplementeerd. Ze worden onderdeel van een lerend netwerk en -learning loops- die niet stranden maar echt vooruitbrengen. Er zal goed nagedacht moeten worden hoe deze circulaire verbinding en dit lerende netwerk vernieuwend en vooruitstrevend vormgegeven kan worden.

4) Maak de huisarts primair verantwoordelijkheid voor de coördinatie van leefstijlgeneeskunde (geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie, organisatie en regie: onder bevorderen van coördinatie tussen domeinen: 1 spil in de wijk)

Zorg dat de primaire verantwoordelijkheid voor geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie en de leefstijlgeneeskundige zorg bij de huisarts komt te liggen. Dit voorkomt versnippering van zorg en onoverzichtelijkheid voor alle betrokken partijen. Houd de zorg zo dicht mogelijk bij patiënt, en faciliteer en ontzorg de huisarts door bijvoorbeeld een POH (praktijkondersteuner)-leefstijl aan te stellen. Het is de taak van de POH-leefstijl om te verbinden met de patiënt en zal verantwoordelijk zijn voor het integreren van een gezonde leefstijl bij patiënten in de huisartsenpraktijk. Het is laagdrempelig en de patiënten weten hun weg ernaar toe gemakkelijk te vinden. De POH-leefstijl kan de populatie van de desbetreffende huisartsenpraktijk in kaart brengen en zo bekijken wat er nodig is om deze populatie te helpen en te ondersteunen in het nastreven van een zo gezond mogelijk leefpatroon in samenwerking met alle andere zorgverleners in de eerste lijn. De POH-leefstijl zal een actieve rol krijgen in de benadering en begeleiding van patiënten met leefstijl gerelateerde problematiek. Dit zou moeten leiden tot een groter bereik van het preventieprogramma en een grotere bereidheid van de patiënt.

Door de lijntjes kort te houden en de rol van de huisartsenpraktijk hierin te vergroten, kan het probleem per praktijk in kaart gebracht worden. Hierna kan worden bekeken in welke praktijken er meer of minder leefstijl-gerelateerde problematiek heerst en hoe het geld dat beschikbaar is voor preventie verdeeld moet worden. Door de lijnen voor preventieve programma's kort te houden kan je opschalen tot duurzame programma's waarin de patiënt langdurige ondersteuning krijgt in het volhouden van hun gedragsverandering. Een belangrijke rol voor deze POH-leefstijl is het verbinden van alle zorgverleners, ook over de domeinen heen. Het betrekken en intensief samenwerken met het sociale domein is hier essentieel.

De POH-leefstijl hoeft met nadruk geen nieuwe -functie- of nieuwe -werknemer- te zijn. Het is heel goed denkbaar dat dit de huidige POH somatiek betreft met een doorontwikkeling op het gebied van gezondheid, preventie en leefstijl(geneeskunde); op deze manier vindt een integratie plaats van de huidige chronische zorg en nieuwe proactieve preventieve zorg en leefstijlgeneeskunde (met name geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie).

Ten aanzien van de coördinatie van preventieve zorg en leefstijlgeneeskunde willen wij nog 2 belangrijke opmerkingen maken:

- We zijn ons ervan bewust dan er partijen zijn die een voorstel doen voor een -nieuwe coördinerende functie- in het veld. Naar onze mening is dit een onverstandige keuze. Coördineren betekent nog geen samenwerking. Daarnaast is het verbinden van de huidige zorgverleners al een grote opgave; meer schijven is meer ruis op de lijn en meer kans op versnippering. We moeten zaken juist minder complex maken, dan lagen aan de complexiteit toevoegen. Naar onze mening zouden met name de huidige zorgverleners in hun kracht gezet moeten worden (tijd, ruimte en beloning) om bovengenoemde belangrijke taken op te pakken.
- Op dit moment krijgen de handelingen samenwerken en verbinden geen significante ruimte in het zorgproces rondom een patiënt. Handelingen zoals telefonisch of fysiek overleg, deskresearch naar de beste plek en/of mailen, lijken -erbij- of -ernaast- te moeten gebeuren. Het snel typen van een korte verwijsbrief is wellicht onderdeel in het huidige tarief, maar dit is ruim onvoldoende voor het goed stroomlijnen van de beste zorg op de beste plek. Genoemde handelingen dienen naast een anamnese of lichamelijk onderzoek een significante plek te mogen innemen. Dit betekent meer tijd voor de patiënt. Samenwerken kost tijd, tijd die er nu niet is, deze dient gecreëerd te worden. Men kan bijvoorbeeld denken aan het verkleinen van de normpraktijken voor huisartsen.

Vernieuwing en werkplezier

1) Het toepassen van leefstijlgeneeskunde zorgt voor meer werkplezier bij de zorgprofessional.

Artsen zijn opgeleid om een medische oorzaak te zoeken voor klachten. Vanuit de leefstijlgeneeskunde en Positieve gezondheid van Machteld Huber zou er een cultuurverandering moeten plaatsvinden waarbij artsen en patiënten zich meer gaan richten op gezondheid en gedrag in plaats van ziekte en zorg. Onderzoek in verschillende huisartsenpraktijken liet zien dat deze verandering in behandeling juist zorgde voor een hogere ervaren kwaliteit van zorg, minder verwijzingen en medicatievoorschriften met lagere zorgkosten tot gevolg en bovenal meer werkplezier bij de medewerkers.^{vi} Door de toepassing van leefstijlinterventies bij chronische aandoeningen werkt men daadwerkelijk aan de oorzaak van de ziekte en kan een leefstijlbehandeling leiden tot vermindering van medicatiegebruik en zelfs tot genezing. Medicatie heeft vaak slechts een symptomatisch effect en pakt de aandoening niet bij de wortel aan. Helaas zorgt stress en tijdgebrek bij huisartsen ervoor vooral curatief te werken, terwijl het centraal zetten van de leefstijl van de patiënt zorgt voor meer gezamenlijke besluitvorming en meer regie bij de patiënt.^{vii} Zorgverleners geven aan dat in hun beleving het werk hierdoor zinvoller en leuker is.

Het is de missie van Vereniging Arts en Leefstijl om 'leefstijl als medicijn' (leefstijlgeneeskunde) binnen 10 jaar volledig te implementeren in de gezondheidszorg, en in de huisartsenpraktijk in het bijzonder, zodat de zorgverlener en zijn netwerk 'leefstijl als medicijn' als eerste keus inzetten bij chronische en leefstijl-gerelateerde aandoeningen van hun patiënten, zowel preventief en curatief.

Vereniging Arts en Leefstijl is een onafhankelijke, actieve, vooroplopende, innovatieve vereniging voor en door leden. Onze speerpunten zijn:

- Bewustwording: we informeren, inspireren en enthousiasmeren leden en aspirant-leden actief om met leefstijl aan de gang te gaan. Secundair proberen we de patiënt en de burger te activeren begeleiding te vragen van de huisarts, specialist of zorgprofessional.
- Scholing: we bieden scholingen aan zorgverleners op het gebied van leefstijl en afbouw van medicatie bij chronische aandoeningen, zoals DMT2.
- Congres: we organiseren jaarlijks het grootste leefstijlcongres van Nederland
- Lobby: we zijn een autoriteit op het gebied van leefstijl en zetten onze expertise en onze relaties in om leefstijl hoger op de agenda te krijgen en integratie te versnellen, bij overheid, opleiders, zorgverzekeraars en relevante stakeholders.
- Wetenschap: we vertalen de nieuwste wetenschappelijke inzichten van leefstijl(geneeskunde) bij preventie en curatie van chronische aandoeningen naar de praktijk van de (huis)arts, medisch specialist en zorgprofessionals met wie wordt samengewerkt.
- Samenwerking: we zoeken samenwerking met organisaties die onze missie delen om krachten te bundelen en onze impact te vergroten.

We hopen van harte dat we u kunnen ondersteunen in het concretiseren van oplossingen voor de beschreven problemen en uitdagingen in uw discussienota. We zijn te allen tijde bereid bovenstaande punten schriftelijk of mondeling toe te lichten en vanuit onze expertise, kennis en ervaring (gedragen door onze achterban) oplossingsgericht met u verder 'te denken' en 'te doen'.

Met vriendelijke groet,

drs. I.A.C. (Iris) de Vries
Huisarts en voorzitter Vereniging Arts & Leefstijl

ⁱ CJL Murray e.a., Lancet 2019; 393: 1958-72. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)

ⁱⁱ F Al-Maskari, Lifestyle diseases: an economic burden on the health services, United Nations. <https://www.un.org/en/chronicle/article/lifestyle-diseases-economic-burden-health-services>

ⁱⁱⁱ Volksgezondheid en gezondheidszorg, JP Mackenbach en K Stronks, Reed Business 2012

^{iv} De eerste 1000 dagen, T. Roseboom, De Tijdstroom 2018

^v Handboek leefstijlgeneeskunde, de basis voor iedere praktijk. M de Vries en T de Weijer, Bohn Stafleu van Loghum 2020

^{vi} HP Jung e.a. Meer tijd voor de patiënten, minder verwijzingen. H&W, 3, 39-41

^{vii} L Kiestra e.a., Determinants of lifestyle counseling and current practices: A cross-sectional study among Dutch general practitioners. PLoS ONE 15(7): e0235968