

Gezondheid 2.0



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling van de Raad

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Leden

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Gezondheid 2.0

U bent aan zet

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 3405060
Fax 070 3407575
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Vijfkeerblauw
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: Koninklijke Broese & Peereboom
Uitgave: 2010
ISBN: 978-90-5732-213-6

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatie-nummer 10/01.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Kern van het advies

Gezondheid 2.0: patiënten en zorgverleners werken actief samen waardoor de doeltreffendheid en de kwaliteit van de zorg toeneemt.

Welk probleem lost dit advies op?

Alle partijen in de zorg zijn het erover eens dat de zorgconsument centraal moet staan in het zorgproces. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd het geval te zijn. Gezondheid 2.0 leidt ertoe dat de zorgconsument echt centraal staat.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

De zorgconsument krijgt meer mogelijkheden om actief partner in de zorg te worden: hij wisselt ervaringen uit met lotgenoten, hij krijgt meer mogelijkheden voor zelfmanagement.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

De zorgverlener krijgt te maken met een beter geïnformeerde patiënt die - omdat hij beter geïnformeerd is - meer bewust omgaat met zijn gezondheid en met de adviezen die hij heeft gekregen.

Wat kost het?

Er zijn geen meerkosten. Doordat de patiënt meer zelf doet (zelfmanagement) en bepaalde taken verschuiven van hoog gekwalificeerde zorgverleners naar andere zorgverleners, kan de toename van de zorgkosten en de druk op de arbeidsmarkt verminderen.

Wat is nieuw?

Gezondheid 2.0 is een nieuwe maatschappelijke ontwikkeling waarbij de burger/patiënt participeert in communities die hem of haar ondersteunen in zijn activiteiten om gezond te blijven, weer gezond te worden of te leren omgaan met een aandoening of beperking.

Dit advies is tot stand gekomen via vele discussies met onder meer patiënten, artsen, zorgverzekeraars, onderzoekers en ondernemers. Hiermee is het debat echter niet afgesloten. Graag nodigen wij u uit mee te discussiëren over de realisatie van Gezondheid 2.0. U kunt dit doen via de website: <http://rvz-health20.ning.com>

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Adviesopdracht	13
1.1 Inleiding	13
1.2 Beleidsvragen	13
1.3 De functie van het advies	14
1.4 Domein	14
1.5 Werkwijze	17
1.6 Leeswijzer	18
2 De omgeving	21
2.1 De maatschappij	21
2.2 De informatie consumerende burger	22
2.3 De participerende burger	24
2.4 De patiënt	26
2.5 De zorgverlener	27
2.6 De zorgverzekeraar	29
2.7 De overheid	29
2.8 Ontwikkelingen richting gezondheid 2.0	30
2.9 Conclusie	32
3 De betekenis van Gezondheid 2.0	35
3.1 Inleiding	35
3.2 Kernpunten gezondheid 2.0	35
3.3 Een alternatief: gezondheid 1.0 ontwikkelt zich verder	39
3.4 De impact van gezondheid 2.0	41
3.5 Realiteitsgehalte	45
3.6 Mogelijke maatregelen	51
4 Aanbevelingen	57
4.1 Inleiding	57
4.2 Aanbeveling voor alle actoren	58
4.3 Aanbevelingen voor de overheid	58
4.4 Aanbevelingen voor andere actoren	59
Bijlagen	
1 Relevant gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2009, vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	65
2 Adviesvoorbereiding	67
3 Lijst van afkortingen	75
4 Referenties / Eindnoten	77
Overzicht publicaties RVZ	83

Gezondheid 2.0

U bent aan zet

Samenvatting

Internetontwikkelingen

Van informatie
consumeren naar
informatie produceren

Het internet heeft ervoor gezorgd dat de informatiekloof tussen burger en professional is verkleind. Het aanbieden van informatie was in de eerste 'internetjaren' voorbehouden aan een beperkte groep leveranciers van informatie. Het web 1.0 kenmerkte zich door eenrichtingsverkeer van informatieleverancier naar internetgebruiker. De afgelopen jaren is het voor iedereen mogelijk geworden om informatie 'op het web te zetten'. Iedereen kan immers tekst, gesproken woord, muziek, foto's en filmpjes plaatsen via onder meer blogs, wiki's en online discussieplatforms. Hyves, Facebook, Twitter en YouTube zijn bekende voorbeelden van dergelijke 'sociale media'. Internetprogrammatuur en eenvoudige, goedkope technische hulpmiddelen, zoals webcams en mobieltjes met camera maken het de burger steeds meer mogelijk om op elk tijdstip te reageren op wat er om hen heen gebeurt. Deze nieuwe vorm van internetgebruik staat bekend als web 2.0.

Gezondheid, zorg en internet

Aanvankelijk was
Internet vooral
informatiebron.....

Het internet heeft een belangrijke plaats in de maatschappij gekregen: ca. 90% van de huishoudens in Nederland heeft toegang tot internet. De laatste 10 jaar gebruikt de burger het internet om zich te informeren, ook over gezondheid en zorg. Wanneer men een gezondheidsprobleem heeft, is de meest gangbare eerste stap inmiddels 'googlen' via internet. Bijna eenderde van de internetgebruikers raadpleegt altijd of vaak internet, voordat men zijn huisarts bezoekt en een kwart raadpleegt internet na bij de huisarts te zijn geweest.

..... en nu steeds meer
discussieplatform

Maar liefst een kwart van de internetgebruikers gebruikt fora of discussiegroepen op het gebied van gezondheid en zorg. Aanvankelijk gebeurde dit via websites van patiëntenverenigingen, nu in toenemende mate via online communities als Hyves en Facebook. Vooral chronisch zieken onderhouden lotgenotencontact. Ongeveer de helft van degenen die lotgenotencontact heeft, wisselt ervaringen over hun contacten met hun arts uit, bespreekt internetinformatie met hun zorgverlener en zoekt via internet naar informatie om de kwaliteit van artsen en ziekenhuizen te vergelijken.

Schoolplein wordt wereld

Consumenten hechten veel meer waarde aan de mening van elkaar dan bijvoorbeeld aan advertenties in massamedia. Sociale media hebben mond-op-mond reclame, discussies op het schoolplein, in het buurthuis, en in de familie- en kennissensfeer sterk opgeschaald. Waartoe dit alles kan leiden, is in negatieve zin te zien bij de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker en in positieve zin bij de digitale IVF-poli van het Radboud-ziekenhuis in Nijmegen.

Gezondheid 2.0 = participatie

Gezondheid 2.0

De maatschappelijke ontwikkeling die burgers met name door het gebruik van sociale media op het gebied van gezondheid en zorg dichterbij elkaar brengt, wordt gevat in het begrip 'Gezondheid 2.0'. Gezondheid 2.0 kenmerkt zich door participatie tussen patiënten onderling, tussen professionals onderling en tussen patiënten en professionals. Nieuwe technologieën, als wiki's en online communities ondersteunen daarmee zowel persoonlijke als professionele besluitvorming over gezondheid en zorgangelegenheden, informatie-uitwisseling, samenwerking en community building, gericht op het verbeteren van het eigen functioneren en van het zorgsysteem als geheel.

Geïnformeerde, participerende patiënten

Impact van gezondheid 2.0

Gezondheid 2.0 houdt in dat de patiënt niet passief is, maar participeert en daarmee echt centraal staat. Dit laatste wordt niet langer met de mond beleden, maar het is realiteit. De patiënt krijgt meer mogelijkheden tot en ondersteuning bij zelfmanagement en door zijn deelname aan sociale netwerken komt er meer aandacht voor preventie, hetgeen de last voor het individu verlicht. Hij heeft de mogelijkheid regie over zijn eigen gezondheid te voeren, daarbij ondersteund door een netwerk van professionals en lotgenoten. Dit leidt tot een andere arts-patiëntrelatie, waarbij zowel de arts als de patiënt baat heeft. De arts krijgt een geïnformeerde patiënt tegenover zich aan wie hij niet de meest basale zaken hoeft uit te leggen, hetgeen zijn werk inhoudelijk aantrekkelijker maakt. Deze informatie heeft de patiënt voorafgaand aan het consult via internet tot zich kunnen nemen. De patiënt kent in beginsel de inhoud van zijn gezondheidsdossier, weet welke behandelingen mogelijk zijn en wat deze inhouden, en is op de hoogte van ervaringen van patiënten die in dezelfde situatie verkeren of verkeerd hebben. Naar aanleiding hiervan zal de patiënt vragen hebben die verdere uitleg noodzakelijk maken, welke vervolgens leidt tot een gezamenlijke beslissing over het meest geschikte behandelplan.

Met 2.0 meer vraagsturing

Niet alleen voor patiënt en zorgverlener, maar ook voor de overheid kan gezondheid 2.0 winst opleveren. Voor de overheid betekent een meer betrokken zorgconsument iemand die meer preventieve maatregelen neemt, meer therapietrouw is en meer aan zelfmanagement doet. Dit heeft een gunstig effect op de ontwikkeling van de zorgkosten, het vraagt immers een lagere inzet van professionals. Tegelijkertijd draagt het bij aan het verminderen van het dreigende arbeidstekort in de zorg. Het is dus ook

Zelfmanagement beter voor de patiënt én voor de zorgkosten

in het belang van de overheid om belemmeringen voor de adoptie van gezondheid 2.0 zo veel mogelijk weg te nemen en de toepassing ervan, waar mogelijk, in goede banen te leiden.

Waarom een advies over gezondheid 2.0?

Het is primair aan de burger om te bepalen of gezondheid 2.0 gerealiseerd wordt en hoe snel. Op het eerste oog lijkt een advies aan de overheid hierin niet te passen. Toch kan en moet de overheid een rol spelen. In de eerste plaats om zelf de mogelijkheden van gezondheid 2.0 te benutten rond het verwezenlijken van beleidsdoelstellingen. De overheid moet dus actief meedoen. Daarnaast zijn er belemmeringen voor de adoptie van gezondheid 2.0, waardoor de voordelen ervan niet worden behaald en de risico's, zoals het handelen van burgers op grond van onjuiste informatie, werkelijkheid kunnen worden. De overheid moet erbij helpen deze belemmeringen weg te nemen of te verminderen.

Belemmeringen voor gezondheid 2.0

Belangenorganisaties kunnen overbodig worden

De huidige organisatie- en financieringsstructuur van de zorg past onvoldoende bij gezondheid 2.0. Verder zijn geïnstitutionaliseerde organisaties die weinig of niet genegen zijn zich aan te passen aan nieuwe omstandigheden, gebaat bij een gezondheid 1.0-situatie. Een 2.0-situatie waarbij de zorgconsument zelf regie voert, maakt belangenorganisaties, als zij hun strategie niet wijzigen, deels overbodig. In het algemeen is de cultuur in de zorg onvoldoende gericht op vernieuwing. Niet alle partijen in het veld lijken bereid om transparantie te bevorderen. Deze factoren maken dat gezondheid 2.0 slechts langzaam van de grond komt.

Bedreigingen

Kans op misbruik

Daar komt bij dat een deel van de zorgconsumenten onvoldoende bekend is met de kansen en bedreigingen van gezondheid 2.0. Aangezien in principe iedereen aanbieder van informatie in de 2.0-situatie is, wordt de kans op onbetrouwbare informatie nog groter dan in de 1.0-situatie. In de 2.0-situatie geven mensen hun privacy deels op omdat zij prioriteit geven aan de toegevoegde waarde van 2.0 boven hun eigen privacy, waardoor anderen daarvan misbruik kunnen maken.

Gevaar voor 2.0 kloof

In de praktijk zal een deel van de zorgconsumenten actief zijn in de gezondheid 2.0-situatie. Zij zullen profiteren van de mogelijkheden die 2.0 biedt, dit is onvermijdelijk. Dit kan ten koste van 'kansarmen' gaan. Voorkomen moet worden dat de digitale kloof en de zorgkloof tussen de 'happy few' en de rest van de samenleving groter wordt.

Het is wenselijk dat de overheid 'bijstuurt' teneinde kansen die gezondheid 2.0 biedt, optimaal te benutten en de risico's op negatieve effecten zo klein mogelijk te maken. Partijen in het veld dienen echter ook hun verantwoordelijkheid in deze te nemen.

1.0 en 2.0 combineren	<p><i>Wat moet er gebeuren?</i></p> <p>De positieve elementen van 1.0 en 2.0 moeten gecombineerd worden. Zo moet medisch-inhoudelijke kennis door zorgverleners op een patiëntvriendelijke en begrijpelijke wijze beschikbaar gesteld te worden, bijvoorbeeld via een website van een ziekenhuis. Er zijn vele mogelijkheden, denk aan videos en podcasts over onderzoek en behandeling (bv. operaties) en aan blogs over nieuwe technologieën die de zorgaanbieder aanbiedt (1.0). Wanneer het gaat om met zorg opgedane ervaringen dan kunnen patiënten deze ervaringen delen (2.0).</p>
You can't beat it, so join it!	<p>Alle actoren in de zorg dienen te beseffen dat zich een ontwikkeling in gang heeft gezet die niet te stoppen is en het nodig maakt erover na te denken hoe ermee moet worden omgegaan. Organisaties die niet of niet adequaat reageren, zullen in een moeilijke positie terecht kunnen komen. Gelet op de kansen die gezondheid 2.0 biedt, doen zij er goed aan de nieuw geboden kansen te benutten. Zij dienen in hun communicatie- en informatiestrategie te bepalen hoe sociale media ingezet moeten worden om hun (beleids)doelen te realiseren. Dit betekent bijvoorbeeld dat zij moeten bezien hoe zij burgers/verzekerden/patiënten betrekken bij nieuw beleid en hoe zij transparant kunnen zijn teneinde het vertrouwen van de burger te behouden of te (her)winnen.</p>
Waardevolle innovaties moeten financieel beloond worden	<p><i>Wat moet de overheid doen?</i></p> <p>De overheid dient te bezien hoe zij moet omgaan met informatie en misinformatie binnen sociale netwerken. Daarnaast dient de overheid de financiering van de zorg zodanig in te richten dat vernieuwingen in de zorg, waarbij de patiënt centraal staat, structureel gefinancierd worden. Dit betekent onder meer financiële prikkels geven om hiermee een innovatieve cultuur te bevorderen. Perverse financiële prikkels die ertoe leiden dat zorgprofessionals er geen baat bij hebben om innovaties met meerwaarde in de zorg toe te passen of er juist voordeel bij hebben om verouderde verrichtingen en werkwijzen te blijven hanteren, moeten verdwijnen.</p>
Sociale media benutten om samen met de patiënt tot optimale zorg te komen	<p><i>Wat moeten zorgaanbieders doen?</i></p> <p>Zorgaanbieders doen er goed aan te bezien hoe zij sociale media kunnen inzetten om het contact met hun patiënten te optimaliseren. Patiënten hebben behoefte aan betrouwbare informatie en verwachten dat zorgaanbieders deze bieden. Dit vraagt enerzijds om een 1.0-benadering dat wil zeggen betrouwbare informatie aanbieden en anderzijds om een 2.0-benadering: profiteren van de ervaringen van patiënten. Zorgaanbieders en zorgconsumenten dienen samen te werken aan 'shared care', zoals het samen ontwikkelen van zorgstandaarden, waarbij zelfmanagement ook door zorgaanbieders aangemoedigd wordt. Zelfmanagement biedt immers interessante mogelijkheden. Het gaat hierbij om lifestyle management, preventie in plaats van medische zorg, en ook om autonomie van de patiënt. Bovendien kan zelfmanagement tot besparingen leiden.</p>

Gebruik maken van de ervaringen van verzekerden

Wat moeten zorgverzekeraars doen?

Ook zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan het bereiken van een ‘gezonde’ gezondheid 2.0-situatie. Zij hebben immers de mogelijkheid om verzekerden e-faciliteiten te bieden. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het melden van met de zorg opgedane ervaringen door hun verzekerden op basis waarvan de zorgverzekeraar betere zorgproducten kan inkopen. Wanneer gezondheid 2.0-toepassingen gepaard gaan met een abonnementsvorm van deelname aan bepaalde communities kunnen verzekeraars de eraan verbonden kosten vergoeden, analoog aan de huidige vergoeding van het lidmaatschap van patiëntenorganisaties.

2.0-eisen stellen bij de zorginkoop

In relatie tot zorgaanbieders kunnen verzekeraars randvoorwaarden stellen door bij de inkoop van zorg voor functioneel bekostigde aandoeeningen zelfmanagement als een substantieel onderdeel van het behandelprotocol of de zorgstandaard aan te merken, door zorgaanbieders te stimuleren om in hun communicatie met zorgconsumenten sociale media te hanteren, en door een tijdpad aan te geven waarbinnen aan de te stellen randvoorwaarden voldaan dient te zijn.

Actieve rol in het zorgproces

Wat moeten burgers en patiëntenorganisaties doen?

De burger kan een grote bijdrage leveren aan het verschuiven van taken van professional naar burger. Dit begint bij lifestyle management en preventie om te voorkomen dat men aanspraak moet maken op zorg. Verder betreft het onder meer ‘administratieve handelingen’ ter voorbereiding van een consult, waaronder het digitaal aanleveren van gegevens en (intake) vragenlijsten. En ook zorg door de patiënt zelf: zelfmanagement, zoals bij diabetes, COPD, e.d. is steeds meer een optie, mede mogelijk gemaakt door nieuwe technologieën.

Ondersteunen à la 2.0

Patiënten- en cliëntenorganisaties kunnen hierbij een rol vervullen. Zij kunnen het adequate gebruik van persoonlijke gezondheidsdossiers, onder meer ten behoeve van zelfmanagement bevorderen en kunnen door samen te werken eraan bijdragen dat patiënten met comorbiditeit niet aandoeningsspecifiek benaderd worden. Ook is het belangrijk dat zij activiteiten ontplooien om de kloof tussen degenen die wel en niet met internet en meer specifiek met gezondheid 2.0-toepassingen overweg kunnen, te verkleinen.

Door gezondheid 2.0 toe te passen werken patiënten en zorgverleners actief samen. De doeltreffendheid en de kwaliteit van de zorg zal hierdoor toenemen.



1 Adviesopdracht

1.1 Inleiding

Internet is onderdeel van het leven

Sinds het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw heeft het medium internet een belangrijke plaats gekregen in de maatschappij. In de beginfase was het gebruik van internet met betrekking tot gezondheid en zorg vooral gericht op de beschikbaarstelling van algemene informatie op dit gebied; later kwamen daar e-health-toepassingen bij die onder meer door professionals aangeboden werden zoals het beoordelen van huidandoeningen op afstand door dermatologen en therapie via internet voor mensen die aan posttraumatische stress lijden. Inmiddels is een grote groep internetgebruikers zelf actief geworden onder andere door zelf informatie aan te bieden en actief te participeren binnen fora, discussiegroepen, en dergelijke. Zij hebben ook mogelijkheden aangereikt gekregen om in grotere mate zelf hun ziekte te managen en daardoor meer grip te krijgen op hun eigen gezondheid.

In eerdere adviezen van de Raad ging het vooral om de kansen en bedreigingen die het gebruik van internet in relatie tot volksgezondheid en zorg biedt voor zorgconsumenten (Advies Patiënt en internet¹) en voor zorgaanbieders (advies e-Health in zicht²) en wat de overheid kan ondernemen om de realisatie van de geboden kansen te bevorderen, om de bedreigingen te reduceren en om te stimuleren waar dat nodig was.

Heeft web 2.0 impact op de sturingsdriehoek?

In een door de Raad op 10 april 2008 georganiseerde bijeenkomst over nieuwe ontwikkelingen rond het gebruik van internet - met name web 2.0 - in relatie tot zorg, werd duidelijk dat deze ontwikkelingen mogelijk effect hebben op de bestuurlijke verhoudingen tussen de partijen in de klassieke sturingsdriehoek: zorgvrager, zorgaanbieder en zorgfinancier. Dit was voor de minister van VWS aanleiding om dit thema op te nemen in het werkprogramma van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voor het jaar 2009 (zie bijlage 1).

In dit advies gaat het dus om de vraag welke invloed deze ontwikkelingen, samen te vatten onder de titel gezondheid 2.0 hebben of zullen hebben op de verhoudingen tussen voornoemde partijen in de zorg, en - daarvan afgeleid - op de rol van de overheid.

1.2 Beleidsvragen

In dit advies worden de volgende drie vragen beantwoord:

- Wat is de impact van gezondheid 2.0 cq. wat kan de impact van gezondheid 2.0 zijn voor de actoren in de zorg, zoals zorgconsument, zorgaanbieder en zorgfinancier?
- Welke consequenties heeft dit voor de onderlinge bestuurlijke verhoudingen in de zorgdriehoek (rollen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden)?

- Welke consequenties heeft dit voor de rol van de overheid (als wet- en regelgever, toezichthouder, faciliteerder)?

Het advies is een verkenning van de ontwikkelingen die op dit gebied spelen en welke consequenties hieraan verbonden moeten worden. Relevante aspecten daarbij zijn onder meer:

- de betekenis van deze ontwikkelingen voor het huidige sturingsconcept van de zorg en voor de reikwijdte van de overheidsbemoedening;
- de mogelijkheden en bereidheid van zorgverleners om in te spelen op deze ontwikkelingen;
- de vereiste kennis en vaardigheden van zorgconsumenten om deze ontwikkelingen mede te sturen, en het beperken van de kloof tussen degenen die dit wel en die dit niet kunnen of willen.

Het advies richt zich in belangrijke mate op het veld van de zorg: consumenten, aanbieders en financiers. De bevindingen leiden uiteindelijk tevens tot consequenties die de overheid hieruit mogelijk moet trekken.

1.3 De functie van het advies

Dit advies beoogt inzicht te geven in:

- het effect van gezondheid 2.0 op de bestaande besturingsfilosofie van de zorg; veranderen de verhoudingen tussen partijen;
- de kansen en bedreigingen die gezondheid 2.0 biedt voor de doelstellingen van de overheid: betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg;
- de mogelijkheden die gezondheid 2.0 biedt om mensen en organisaties in de zorgsector zelf sturing en uitvoering te geven aan borging van de publieke belangen.

Wat betekent gezondheid 2.0 voor de zorg?

Hiermee kan de bewustwording van overheid en stakeholders ten aanzien van de ontwikkelingen van het gebruik van internet in de zorg, en meer specifiek gezondheid 2.0 ontwikkelingen vergroot worden en welke kansen er voor hen op dit gebied zijn. Dit advies heeft dus in belangrijke mate het karakter van een verkenning, die overigens besluit met een aantal aanbevelingen.

1.4 Domein

Momenteel wordt op allerlei terreinen de term 2.0 gebezigd. Zo zijn termen in zwang als politiek 2.0³, science 2.0⁴, trendwatching 2.0⁵, onderwijs 2.0⁶, politiek 2.0⁷, adviseur 2.0⁸, ambtenaar 2.0⁹ en in de zorg: health 2.0, gezondheid 2.0, zorg 2.0 en medicine 2.0 om er maar enkele te noemen. Zij zijn afgeleid van de term web 2.0. Tim O'Reilly en Dale Dougherty, die gezien worden als de bedenkers van de term Web 2.0, spreken over samenwerking door middel van netwerken, waarbij gebruik gemaakt wordt van collectieve intelligentie. Hoe meer mensen hiervan gebruik maken, hoe groter de effecten zijn¹⁰.

Veel omschrijvingen van de term leggen een relatie met een nieuwe generatie websites die dynamischer zijn dan de oorspronkelijke (web 1.0) websites. In plaats van een 'solitaire webervaring', zoals het lezen van een online krant of folder, stellen web 2.0 websites gebruikers in staat om met elkaar in contact te komen, en zelf te bepalen welk type informatie op welke manier op het computerscherm verschijnt.

Bij web 2.0 speelt de 'wijsheid van de massa' (wisdom of crowds) een grote rol. Hoe meer mensen in een sociaal netwerk participeren, des te meer waarde zij creëren.

De website *Innocentive.com* is opgericht voor bedrijven die moeite hebben om complexe problemen op te lossen. Bijvoorbeeld hoe je na een olieramp in het poolgebied de olie kan scheiden van het ijs? Het publiek wordt gevraagd te helpen het probleem op te lossen. Los je het probleem op, dan krijg je een beloning (variërend van 5.000 tot een miljoen dollar, afhankelijk van de grootte van het bedrijf). In doorsnee wordt tot op heden een op de drie problemen opgelost, zelfs problemen waarop wetenschappers al jaren studeren. Opvallend is dat 80% van de probleemoplossers uit een andere bedrijfstak komt¹¹.

Samen weten we meer

Volgens Surowiecki zijn groepen mensen opmerkelijk intelligent en zijn zij samen intelligenter dan de slimsten binnen de groep¹². Dit fenomeen wordt aangeduid als de 'wijsheid van de massa', naar de titel van zijn boek. De input van gebruikers kan zo tot een beslissing leiden die op zoveel mogelijk individuele meningen gebaseerd is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan websites waar mensen hun vakantie-ervaringen¹³, en recensies van producten¹⁴ met elkaar kunnen delen. Hoe meer mensen hieraan deelnemen, hoe waardevoller de gebruikerservaring (en natuurlijk de website)¹⁵. Web 2.0 kan dus gezien worden als een verzameling van nieuwe ontwikkelingen, variërend van technologie tot sociale fenomenen¹⁶.

Zo ook zou gelden dat wanneer patiënten met dezelfde chronische ziekte hun ervaringen met anderen delen, dit leidt tot een gezamenlijke wijsheid die de wijsheid van de individuele patiënt overstijgt. Hetzelfde geldt voor artsen die hun kennis en ervaring delen. Door ervaringen en meningen te delen en behandelingsmogelijkheden te bespreken, verandert de relatie tussen patiënt en arts. Gebruik maken van de wijsheid van de massa is een vorm van het ondersteunen van de besluitvorming. Dit kan leiden tot andere keuzen, bijvoorbeeld als het gaat om de keuze van een ziekenhuis, arts of behandeling.

Bij termen als health 2.0, zorg 2.0, gezondheid 2.0 en medicine 2.0 is participatie één van de sleutelbegrippen.

Health 2.0 wordt op verschillende manieren gedefinieerd¹⁷, zoals:

- 'Participerende gezondheidszorg', die zich kenmerkt door mogelijkheden om snel persoonsgerichte gezondheidsinformatie te delen, te classificeren en samen te vatten met als doel de zorg te verbeteren¹⁸, of als 'Participerende gezondheidszorg', waarbij de combinatie van content en community het de patiënt mogelijk maakt om een actieve partner

bij zijn eigen gezondheidszorg te zijn en om als burger een gelijkwaardige partner bij het verbeteren van het zorgsysteem te zijn¹⁹.

- Een nieuw zorgconcept, waarin alle actoren (patiënten, artsen, zorgaanbieders en zorgfinanciers) zich richten op de prijs-resultaatverhouding ('value') en daarbij competitie op het niveau van gezondheidstoestand over de hele zorgketen gebruiken als katalysator voor het verbeteren van de veiligheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg²⁰.

Apomediation: de 'onzichtbare' intermediair

Het gaat hierbij om een zich voortdurend ontwikkelende cyclus van zorginnovatie die mogelijk wordt gemaakt door de empowerment van burgers, patiënten, zorgaanbieders en onderzoekers door toenemende samenwerking, participatie, apomediation, feedback en transparantie van zorginterventies²¹. Apomediation houdt in dat personen of internet-hulpmiddelen de gebruiker bijstaan bij het vinden van goede informatie en diensten, zonder daarbij zelf invloed te hebben; dit in tegenstelling tot een intermediair die tussen consument en informatie staat en waarbij de kwaliteit van de intermediair bepalend is voor hetgeen de consument aan informatie krijgt²².

Eysenbach hanteert de term "Medicine 2.0": die deze definieert als het gebruik van een specifieke set van internet-hulpmiddelen (blogs, podcasts, tagging, search, wiki's, etc.) door actoren in de gezondheidszorg, zoals artsen, patiënten en wetenschappers, daarbij gebruik makend van open source principes en de productie van content door internetgebruikers, en van de kracht van netwerken om de zorg te personaliseren, samen te werken en gezondheidseducatie te bevorderen²³

Gezondheid 2.0: actief zijn en participeren

Gezondheid 2.0 is niet alleen de meest letterlijke vertaling van Health 2.0, het is ook beter dan het veel gebruikte begrip Zorg 2.0. Zorg wordt door anderen verleend, terwijl de 2.0-situatie zich kenmerkt door de activiteit en participatie van de burger/patiënt zelf. Het gaat hier om een sociaal maatschappelijke ontwikkeling, waarbij gebruikers van sociale netwerken, vaak ondersteund door web 2.0 hulpmiddelen, de kracht van die netwerken bepalen. Een karakteristiek kenmerk hierbij is het ontbreken van een centrale regie.

Patiënten bepalen zelf hun indicatoren waarop ze kiezen

In de 1.0-situatie zorgt de zorgverlener, bijvoorbeeld de huisarts, voor de continuïteit van zorg ten behoeve van de patiënt. Bij het bepalen van de geboden kwaliteit van zorg en de vergoeding voor de verleende zorg spelen indicatoren een steeds grotere rol. Dergelijke indicatoren worden momenteel doorgaans 'bureaucratisch' bepaald. Sociale netwerken kunnen tot andere conclusies over de te hanteren indicatoren komen en op basis van hun 'eigen' indicatoren keuzen in de zorg maken. De continuïteit van zorg is in de 2.0-situatie niet meer geheel in handen van één specifieke zorgverlener, maar komt deels in handen van de zorgconsument (of diens partner, ouder of kind), die daarbij onder-

steund wordt door een multidisciplinair netwerk van professionals en ondersteuners (andere zorgconsumenten in het netwerk, mantelzorgers, enz.).

Sociale contacten zijn van levensbelang

Voor een goede gezondheid zijn sociale contacten belangrijk. In 1979 publiceerden Berkman en Syme een artikel waarin op grond van een negen jaar durend onderzoek was gebleken dat de sterftcijfers van mensen met de minste sociale contacten 2 tot 4½ hoger waren dan de sterftcijfers van mensen met grote sociale netwerken²⁴. In de jaren 70 ging het daarbij uiteraard niet om netwerken via internet.

Regie meer bij de patiënt

Centraal staat dus het gebruik van sociale media die de samenwerking tussen patiënten en hun zorgverleners mogelijk maken. Hierbij verschuift de regierol deels van de zorgaanbieder naar de zorgconsument. Door informatie uit te wisselen ontstaat een leerproces met betrekking tot ziekte, behandelingsmogelijkheden, besluitvorming en ondersteuning. Het domein van het advies is deze maatschappelijke ontwikkeling die mogelijk wordt gemaakt door het gebruik van sociale media. Dit gebruik ondersteunt persoonlijke als professionele besluitvorming over gezondheid en zorgaangelegenheden, informatie-uitwisseling, samenwerking en community building, gericht op het verbeteren van het eigen functioneren en van het zorgsysteem als geheel.

1.5 Werkwijze

Dit advies is voorbereid onder leiding van de raadsleden de heer mr. H. Bosma en mevrouw prof. dr. D.D.M Braat.

Achtergrondstudie levert bouwstenen voor advies

Ter voorbereiding van een advies heeft mw. prof. dr. V. Frissen een achtergrondstudie geschreven over de betekenis van nieuwe media op de relaties tussen actoren in het zorgveld onder de titel Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life. Deze studie is gelijktijdig met dit advies gepubliceerd.

Zorgbelang Nederland heeft de Raad de mogelijkheid geboden via een enquête te onderzoeken wat de invloed van nieuwe media op het handelen van zorgconsumenten is. In vervolg hierop zijn een drietal bijeenkomsten gehouden waarin met patiënten/cliënten is gediscussieerd over hun rol in de zorg en de ondersteuning van internethulpmiddelen daarbij. Meer informatie hierover is te vinden via de RVZ-website (<http://www.rvz.net>).

Een aantal gegevens is verkregen via onderzoek dat door Flycatcher is uitgezet onder meer dan 2000 Internetgebruikers²⁵.

Met deskundigen uit het zorgveld is in verschillende bijeenkomsten gesproken over visies, over problemen bij de toepassing van gezondheid 2.0 en mogelijke oplossingen daarvoor en over scenario's, te weten op 7 april 2009, 30 juni 2009 en 8 september 2009. De verslagen hiervan zijn via de RVZ-website gepubliceerd.

Adviesvoorbereiding op
2.0 wijze

Daarnaast zijn via een online community (rvz-health20.ning.com) op grond van discussies en in gang zijnde ontwikkelingen ‘bouwstenen’ verkregen voor dit advies.

Ook heeft het secretariaat gesprekken met deskundigen en belanghebbenden gevoerd en literatuur bestudeerd.

Het conceptresultaat is in bijeenkomsten op 30 november 2009 en 7 december 2009 met deskundigen en belanghebbenden uit het veld besproken.

In bijlage 2 is een verantwoording van de adviesprocedure is opgenomen. Een meer gedetailleerde verantwoording is te vinden op de RVZ-website (www.rvz.net) en op de online community website (rvz-health20.ning.com).

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de omgeving geschetst: de ontwikkelingen in de maatschappij en bij diens burgers en de posities van de te onderscheiden actoren op dit gebied. Hoofdstuk 3 beschrijft wat gezondheid 2.0 in de toekomst kan inhouden, en wat er gebeurt wanneer we blijven steken in de 1.0-situatie. Hieruit vloeit voort wat de impact van gezondheid 2.0 zal kunnen zijn. In hoeverre dit realiteit zal worden, wordt in de navolgende paragraaf van dit hoofdstuk besproken. Er blijken belemmeringen te zijn om tot een 2.0-situatie te komen. Dit hoofdstuk eindigt met het schetsen van mogelijke oplossingen voor het opheffen of verminderen van deze belemmeringen.

Ten slotte bevat hoofdstuk 4 een aantal aanbevelingen.



2 De omgeving

2.1 De maatschappij

Kennis is macht
Meningen van medeburgers krijgen steeds meer aandacht

De verhoudingen binnen de maatschappij veranderen. De burgemeester, de dominee, de hoofdonderwijzer en de notaris staan niet langer op een voetstuk. Burgers zien overheidsorganisaties en bedrijven minder als autoriteit dan vroeger. Oorzaak is onder meer de ‘democratisering’ van de informatie²⁶. Terwijl in het verleden een beperkt aantal instanties de mogelijkheid had om informatie te genereren en te distribueren, kan nu in principe elke burger zijn zelf gegenereerde informatie aanbieden. Dit laatste wil uiteraard niet zeggen dat deze door anderen ook geconsumeerd wordt, maar vooral door het samenvoegen van informatie stijgt de informatie van de burger aan belang. Terwijl men zich in het verleden veelal beperkte tot het communiceren binnen een beperkte kring, bestaat nu de mogelijkheid om de kennis en ervaringen van grote groepen burgers te benutten. Vooral de mogelijkheden die het internet hiertoe biedt, hebben eraan bijgedragen dat de burger meer dan in het verleden afgaat op de meningen van medeburgers dan die van overheid, bedrijven en andere professionele organisaties²⁷. Het tegenvallende percentages meisjes dat bereid was zich te laten inenten tegen het HPV-virus dat baarmoederskanker veroorzaakt, is een illustratie van deze beweging²⁸. De kennis verzameld op het schoolplein van vroeger is nu exponentieel opgeschaald naar de kennis van ‘lotgenoten’ in heel Nederland, en zelfs daarbuiten.

Door technologische ontwikkelingen is nieuws tegenwoordig overal en is het via internet bovendien mogelijk nieuws te krijgen dat is toegesonden op de persoon. De burger kan nu ook zelf op relatief eenvoudige manier mensen met dezelfde interesse vinden²⁹ en desgewenst een community van gelijk geïnteresseerden vormen of daartoe toetreden. Kranten lijken de waarde van deze profilering en ‘verniching’ te zien en creëren via hun website communities³⁰. Mensen, en jongeren in het bijzonder, zijn daarbij steeds meer gewend media interactief te gebruiken.

De digibeet wordt met uitsterven bedreigd

Inmiddels is het internet in zo’n mate gepenetreerd in de Nederlandse samenleving dat een afnemende minderheid van de burgers aan de ‘verkeerde kant’ van de digitale kloof zitten. Er blijven echter ook groepen in de maatschappij die geen toegang tot internet hebben of onvoldoende vaardigheden hebben om ermee om te gaan. Van de Nederlandse huishoudens heeft 90% een internetaansluiting³¹. Ongeveer 2 miljoen mensen in Nederland hebben geen internet. Bij een aantal specifieke groepen ligt de toegang significant lager, zoals ouderen en migranten, maar ook hier is sprake van een snelle diffusie van toegang³². Wel is het zo dat het niet hebben van toegang veel zwaarder weegt dan vroeger. Toegang tot nieuwe media wordt steeds meer voorondersteld. Overigens gaat het daarbij niet meer alleen om fysieke toegang tot de infrastructuur, maar om vaardigheden qua gebruik. Zo zijn anderhalf miljoen Nederlanders boven de zestien jaar laaggeletterd³³: zij hebben grote moeite met lezen en schrijven.

Je moet echter wel kunnen lezen

Zij zijn niet in staat gedrukte of geschreven informatie te gebruiken en kunnen hierdoor minder goed functioneren in de samenleving, thuis en op het werk. Tweederde is van Nederlandse afkomst en eenderde is van buitenlandse afkomst. Ouderen bevonden zich in een achterstandspositie qua gebruik van internet, maar zij zijn hun achterstand aan het inlopen. De vaardigheden van ouderen en lager opgeleiden qua internetgebruik zijn geringer dan die van jongeren en hoger opgeleiden³⁴. Allochtonen verkeren in een achterstandspositie. Met deze situatie dienen actoren - vooral de overheid - rekening te houden. Zij moeten voorkómen dat deze groepen qua zorg in een achterstandspositie komen, doordat andere burgers wel op een handige manier gebruik maken van de nieuwe mogelijkheden die worden geboden en hen niet. De eerstbedoelde groep dient daartoe meer aandacht te krijgen; laatstbedoelde groep moet niet belemmerd worden om zo dit potentiële probleem aan te pakken.

2.2 De informatie consumerende burger

Internet is een belangrijke bron van zorginformatie

De laatste 10 jaar is de burger gewoon geworden om het internet te gebruiken om zich te laten informeren. Informatie op het gebied van gezondheid en zorg wordt veel geraadpleegd: meer dan eenderde van de internetgebruikers raadpleegde in 2007 meerdere keren het internet hiervoor, bijna de helft een enkele keer en slechts een-op-de-vijf internetgebruikers deed dit niet³⁵.

Hulpmiddelen die het internet biedt zijn, naast andere traditionele mogelijkheden, in de ogen van de internetgebruikers de afgelopen drie jaar voor hen belangrijker geworden, zoals volgend overzicht laat zien:

Tabel 2.1

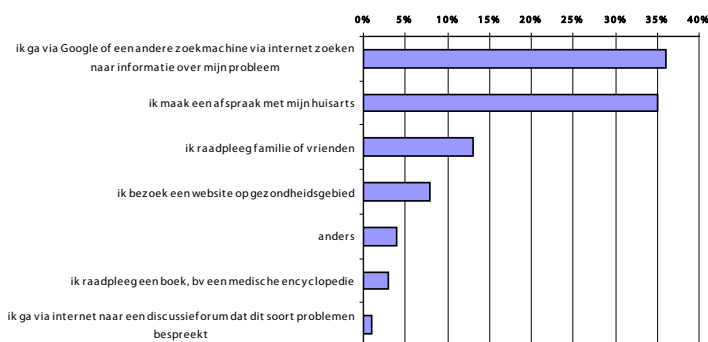
Google of andere algemene zoekmachines	53%
Overleg met mijn arts	31%
Wikipedia	23%
Websites van patiëntenverenigingen	23%
Overleg met familie en vrienden	21%
Specifieke gezondheidszoekmachines	21%
Contact met personen die in dezelfde situatie verkeren als ik	17%
Nieuwsgroep of internetfora over gezondheid	16%
Medische TV-programma's	14%
Websites van de overheid bv. Kiesbeter.nl	13%
Informatie over de kwaliteit van zorg (AD, Consumentenbond, Elsevier, e.d.)	12%
Weblogs van gezondheidsdeskundigen	10%
Nieuwsbrieven over gezondheid	8%
Boeken (medische encyclopedie, etc.)	7%
Sociale netwerk websites (Hyves, Facebook, etc.)	7%
Websites van farmaceutische bedrijven	6%
(Medische) tijdschriften	6%

Video's over gezondheid bv. YouTube	3%
Medische radioprogramma's	2%

% dat zegt dat deze bron van gezondheids(zorg)informatie in de afgelopen drie jaar voor hen belangrijker is geworden. Bron: onderzoek RVZ/Flycatcher, 2009.

Wanneer men een gezondheidsprobleem heeft, is de meest gangbare eerste stap inmiddels 'googlen' via internet:

Figuur: 2.1



Bron: Onderzoek RVZ/Flycatcher, 2009.

En ook in relatie tot bezoeken aan de huisarts wordt het internet veelvuldig gebruikt:

Tabel 2.2

	Altijd/vaak	Soms/zelden	Nooit
a. Kijkt u voordat u uw arts raadpleegt eerst op Internet om informatie te krijgen over uw gezondheidsklachten?	29%	55%	16%
b. Wanneer u informatie op Internet over uw gezondheids-klachten heeft gevonden, bespreekt u deze informatie dan met uw arts?	22%	66%	12%
c. Heeft u wel eens - nadat u uw arts geraadpleegd heeft - op Internet gezocht naar hetgeen uw arts u gezegd heeft?	25%	44%	31%

- a. Percentage van alle geënquêteerden (N=2145)
- b. Percentage van degenen die voorafgaand aan het bezoek internet geraadpleegd hebben (N=1803)
- c. Percentage van alle geënquêteerden (N=2145)

Bron: Onderzoek RVZ/Flycatcher, 2008.

Soms weet de patiënt meer over zijn ziekte dan de dokter

Vooral het internet heeft ervoor gezorgd dat de informatiekloof tussen burger/leek en professional is verkleind. Het aanbieden van informatie was in de eerste 'internetjaren' voorbehouden aan een beperkte groep aanbieders van informatie. De afgelopen jaren is het voor iedereen mogelijk geworden om informatie aan te bieden, gefaciliteerd door daartoe

opgezette websites en door het beschikbaar komen van eenvoudige, goedkope technische hulpmiddelen als webcams, mobieltjes, enz.

2.3 De participerende burger

In 2009 voorzag YouTube, opgericht in 2005, in 75 miljard doorgiften van videofilmjes aan 375 miljoen unieke gebruikers³⁶. Wereldwijd zijn er 66 miljoen Facebook-gebruikers en 54 miljoen MySpace gebruikers. Onderzoek door Nielsen Online laat zien dat sociaal netwerken inmiddels populairder is dan e-mailen: 67% van de internetgebruikers maakt gebruik van sociale netwerken en 65% van e-mail³⁷.

Sociale media zijn populair

Hyves, de populairste 'social networking-website' van Nederland schijnt 7 miljoen in Nederland woonachtige geregistreerde leden te hebben³⁸. Net zoals bij Facebook en MySpace maken gebruikers een profiel aan waarin ze zichzelf beschrijven. Hieraan kunnen ze hun persoonlijke blogs, muziek, foto's en video's toevoegen. Hyves telt inmiddels vele tientallen communities op het gebied van gezondheid en zorg. Van de Hyvesgebruikers, die voornamelijk tussen 15 en 35 jaar oud zijn, is 56 procent vrouw³⁹.

Mogelijkheden voor de burger om via internet gegevens te delen, zijn onder meer:

- *Blog*: een logboek van informatie die de auteur ervan wil delen met de bezoekers van zijn weblog. Deze informatie kan niet alleen tekst zijn, maar ook foto's (fotoblog), video (vlog) of audio (podcast). Weblogs bieden hun lezers doorgaans de mogelijkheid om te reageren.
- *Internetforum of discussiegroep*: digitale publieke discussiepagina's op het web.
- *Microblog*: tekstblog met een lengte van een beperkt aantal karakters (bv. Twitter).
- *Podcasts*: audiobestanden met discussies, radioprogramma's, muziekprogramma's, e.d. die via internet beschikbaar zijn.
- *RSS* (Really Simple Syndication; eenvoudige gelijktijdige publicatie) om op de hoogte te kunnen zijn van het laatste artikel/nieuws.
- *Sociaal Netwerk*: netwerk van mensen dat functioneert als ondersteuningsbron voor het eigen welzijn en welbehagen en dat van de personen in het netwerk, en daarnaast als ondersteuning voor zakelijk gebruik (bv. LinkedIn).
- *Video-sharing*: het via een website delen van video's (bv. YouTube)
- *Wiki*: toepassing, waarmee een webdocument over een bepaald onderwerp door een groep mensen kan worden bewerkt; gezamenlijk controleren zij de inhoud en houden deze up-to-date.

Voornoemde toepassingen worden samengevat 'sociale media' genoemd.

Voordat de gevestigde media berichtten over de Schipholcrash van het Turkse toestel bij Schiphol werd al druk getwitterd over de crash en waren al foto's van het toestel te zien. Op TV zeiden de nieuwspresentatoren en verslaggevers dat op dat moment niet meer informatie voorhanden was terwijl ooggetuigen via Twitter meldden dat hulpdiensten arriveerden en mensen uit het vliegtuig kwamen. Een van hen was zelfs in het vliegtuig geweest om de passagiers te helpen.

In het algemeen zijn vergelijkingssites, wiki's en online sociale netwerken als Hyves, MySpace en Facebook zijn het meest populair.

Tabel 2.3

	Gebruik		
	actief	passief	niet
online sociale netwerken	45%	20%	34%
vergelijkingssites	22%	51%	27%
wiki's	14%	51%	34%

Bron: Ruigrok – NetPanel. The Next Web 2009

Discussieplatforms zijn in de zorg populair

Voor gezondheidszorgissues worden veel sociale media minder gebruikt, zoals uit onderstaande tabel blijkt. Uitzondering vormen het gebruik van zoekmachines (geen sociaal medium) en het gebruik van fora (lotgenotencontact). Wanneer een aanzienlijk deel van de mensen die 'googlen' daarbij ook naar gezondheidsinformatie zoekt, zou men mogen verwachten dat in eenzelfde verhouding degenen die sociale media voor algemene onderwerpen gebruiken dit ook voor gezondheidszorgonderwerpen doen. Dit blijkt echter niet het geval.

Tabel 2.4

Welke van de volgende media gebruikt u wel eens voor	algemene onderwerpen	gezondheidszorg	verhouding zorg-algemeen
zoekmachines: Google	87%	75%	0,86
wiki's: Wikipedia	52%	33%	0,63
consumer review sites: Kieskeurig.nl	38%	9%	0,27
online communities: Hyves, Facebook	37%	5%	0,14
foto en videosites: YouTube, Flickr	36%	2%	0,06
fora, discussiegroepen	35%	25%	0,71
chat: MSN, etc.	24%	3%	0,13
sociale nieuws sites: NUjj.nl	18%	4%	0,22
blogs	15%	4%	0,27
microblogs: Twitter	2%	0%	0
bookmarksites: Delicious	2%	0%	0

Bron: RVZ/Flycatcher, 2009.

Je zoekt voor je plezier een leuke vakantiebestemming, maar je zoekt

Redenen hiervoor zijn te vinden in het gegeven dat reviewsites in de gezondheidszorg met waarderingen voor artsen in Nederland nog nauwelijks bestaan; er zijn inmiddels initiatieven op dit gebied genomen⁴⁰.

niet voor je plezier een goede arts.

Daarnaast zien veel mensen het gebruik van internet voor het plannen van reizen, e.d. als plezier, terwijl dit voor gezondheidsaangelegenheden eerder als noodzakelijk kwaad wordt gezien⁴¹.

Ook passief meedoen leidt tot empowerment

Van de sociale media zijn fora en discussiegroepen in de gezondheidszorg de meest gebruikte 2.0-toepassing, waarbij de deelnemers zelf informatie genereren en delen. Het percentage internetgebruikers dat wiki's gebruikt is weliswaar hoger, maar dit gebruik heeft hoofdzakelijk betrekking op het raadplegen van informatie (1.0) en nauwelijks op het produceren van informatie. Onderzoek laat zien dat deelname aan online communities hetzelfde effect qua ervaren empowerment oplevert voor degenen die actief participeren als voor degenen die 'meelezen'⁴².

2.4 De patiënt

Aan een deel van de patiënten lijkt gezondheid 2.0 niet besteed

Dé patiënt bestaat niet. Het is echter wel mogelijk zorgcliënten te segmenteren. Zo kan bijna de helft van de patiënten gekarakteriseerd worden als minder zelfredzame zorgcliënten; ca. 40% als pragmatische zorgcliënten en 10% als maatschappijkritische zorgcliënten⁴³. Het eerste en grootste segment is het minst tevreden over zijn gezondheidstoestand. De zorgvraag van deze groep is in het algemeen groot en aan hen te verstrekken informatie moet eenvoudig zijn. Zij hebben een passieve houding ten aanzien van de zorg. Zelfmanagement spreekt deze groep patiënten niet aan.

Pragmatische zorgcliënten zijn daarentegen zelfredzaam, veeleisend en vragen naar de nieuwste technologieën. Ze gaan zelf actief op zoek naar betrouwbare informatie over de zorg en maken gebruik van de toenemende keuzemogelijkheden. Zij willen goed geïnformeerd zijn en meebeslissen over hun behandeling. Deze 'mondige' patiënten zijn geen nieuw fenomeen; zij waren er decennia geleden ook⁴⁴.

De laatste en kleinste groep is kritischer en mondiger dan de minder zelfredzame zorgcliënten. Zij hebben doorgaans een gezonde levensstijl en zijn tevreden over hun gezondheidstoestand. Zij zoeken naar betrouwbare informatie en vragen om keuzevrijheid en inspraak. Zij willen zelf regie voeren over hun ziekte en behandeling.

Voor de pragmatische zorgcliënten zijn geïnteresseerd in gezondheid 2.0. Zij leveren bijdragen aan zorgwiki's, zoals nu al gebeurt op het gebied van vruchtbaarheidsbehandelingen, en aan 'ratings' op het gebied van de zorg en zij zijn actief binnen sociale netwerken.

Oudere chronische patiënten consumeren vooral informatie

Oudere patiënten (50-plussers) met een chronische ziekte die een hogere opleiding hebben genoten, verkeren nog hoofdzakelijk in de 1.0 situatie. Zij consumeren veel meer informatie dan dat zij zelf informatie aanleveren. Doordat zij over veel meer informatie beschikken dan vroeger (zon-

Binding met patiënten-organisaties neemt af

der internet) het geval was, zien zij de huisarts-patiëntrelatie veranderen. Vroeger was de arts de expert, nu vindt de huisarts het normaal wanneer de patiënt zich een eigen mening heeft gevormd op grond van de informatie die hij of zij heeft vergaard. Huisartsen zijn ook meer dan vroeger bereid om onderwerpen als onderzoeksresultaten samen met de patiënt te bespreken. Over specialisten is deze groep minder positief. Zij hebben met name klachten over het gebrek aan communicatie tussen specialisten onderling, hetgeen door patiënten die zijn aangewezen op de hulp van meerdere specialisten, als frustrerend wordt ervaren⁴⁵.

Deze groep zorgconsumenten onderkent het toenemende belang van sociale media. Het vervangt steeds meer het traditionele lotgenotencontact waarbij patiënten fysiek bij elkaar komen om ervaringen uit te wisselen. Zij zien ook dat de huidige jeugd deze nieuwe vormen van lotgenotencontact gebruikt en dat de jeugd geen of veel minder behoefte heeft aan binding met een patiëntenorganisatie.

Degenen die lotgenotencontact onderhouden zijn op velerlei gebied actiever dan degenen zonder lotgenotencontact, zoals uit de volgende tabel blijkt.

Tabel 2.5

Activiteit	Lotgenoten-contact	Geen lotgenoten-contact
deelt ervaringen met artsen met anderen	55%	9%
bespreekt via internet gevonden informatie met zijn zorgverlener	55%	30%
vergelijkt via internet de kwaliteit van artsen en ziekenhuizen	44%	24%
stelt via e-mail vragen aan zijn zorgverlener	44%	20%
stelt via internet zelf een diagnose	33%	22%
houdt zijn medische gegevens bij	20%	10%

Bron: Onderzoek RVZ via Zorgbelang Nederland, 2009 (N=1317).

Binnen sociale netwerken vertrouwen consumenten elkaar

Indien zorgconsumenten denken dat hun privacy geschaad wordt, zullen zij niet of minder bereid zijn hun gegevens te delen met lotgenoten. Transparantie draagt ertoe bij dat consumenten elkaar en sociale netwerken vertrouwen. De voordelen die zij zien in het delen van informatie geven zij dan eerder prioriteit boven het beschermen van hun privacy.

2.5 De zorgverlener

Veel specialisten lopen achter

Informatie- en communicatietechnologie heeft in de afgelopen jaren in de zorg breed ingang gevonden. Zo is de groene kaart van de huisarts ver-

vangen door het elektronisch medisch dossier en zijn ook administratieve en financiële functies van de huisartspraktijk geautomatiseerd. De meeste specialisten zijn nog niet zo ver dat zij patiëntgegevens elektronisch vastleggen. Alhoewel er veel stappen zijn en worden ondernomen om de praktijkvoering in brede zin te digitaliseren, kan vastgesteld worden dat e-zorg nog beperkt wordt toegepast. Weliswaar zijn er vele initiatieven en projecten op dit gebied, maar structureel is de toepassing relatief gering. Er zijn uitzonderingen, bijvoorbeeld op het gebied van de dermatologie en de geestelijke gezondheidszorg⁴⁶.

Weinig huisartsen bieden e-consult

Het gebruik van sociale media is beperkt in verhouding tot hetgeen tegenwoordig mogelijk is. Wel wordt door professionals in toenemende mate internet gebruikt om kennis te verspreiden⁴⁷. Nog slechts een gering deel van de artsen biedt echter hun patiënten de mogelijkheid tot e-mail communicatie. Naar schatting bood in 2008 9% van de huisartsen hun patiënten de mogelijkheid tot een e-consult⁴⁸.

Wel communiceren artsen onderling via fora, discussiegroepen, e.d. In de Verenigde Staten is Sermo een veel gebruikt medium⁴⁹; ook in Nederland is inmiddels dit type platforms om onderling kennis en ervaring uit te wisselen in het leven geroepen⁵⁰. Daarnaast hebben artsen door internet nieuwe mogelijkheden gekregen om snel de laatste stand van zaken op klinisch gebied tot zich te nemen via websites als UptoDate.com, waaraan meer dan 4.000 artsen informatie leveren¹.

Sociale Media zijn voor veel ziekenhuizen braakliggend terrein

Ziekenhuizen gebruiken internet steeds meer voor de communicatie met hun patiënten. Zo biedt het Flevoziekenhuis hun patiënten de mogelijkheid digitaal afspraken te maken en via hun persoonlijke website uitslagen van onderzoeken en brieven aan andere zorgverleners over hen in te zien⁵², en geeft het Medisch Centrum Haaglanden hun patiënten via internet inzage in hun medisch dossier⁵³. Ziekenhuizen gebruik nog nauwelijks sociale media⁵⁴, in tegenstelling tot ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Voor ziekenhuizen ligt hier een te ontginnen gebied. Een ziekenhuis kan zich als autoriteit opwerpen door betrouwbare kennis over ziekten en behandelingen te delen. Patiënten verwachten ook van ziekenhuizen dat zij dit doen, zo blijkt uit discussies met patiënten⁵⁵. Daarnaast kan het de interactie en binding met de patiënt versterken en kan hierdoor de communicatie tussen zorgprofessionals onderling een stimulans krijgen.

In de laatste jaren zijn er initiatieven om de kennis en ervaring van artsen en patiënten bij elkaar te brengen in netwerken die de patiënt of cliënt ondersteunen. Een voorbeeld is de Nijmeegse Digitale IVF-poli⁵⁶. Hierbij hebben de deelnemers aan het netwerk in een beveiligde omgeving inzicht in alle relevante gegevens, kunnen zij met elkaar kennis en ervaringen uitwisselen en worden zij ondersteund door de betrokken artsen. Ook in het buitenland worden door artsen positieve ervaringen opgedaan in het gebruik van gezondheid 2.0 toepassingen⁵⁷.

Patiënten gaan zorgverleners rapportcijfers geven

Patiëntenfora zijn niet alleen een bron van informatie, maar dragen ook bij aan de verwerking en het omgaan met een aandoening. Door het gebruik van sociale media verandert de rol van de actoren als artsen en ziekenhuizen in de informatievoorziening; sociale media worden deel van de communicatie en informatiestromen. Afgezien van de hierboven bedoelde initiatieven, benutten deze actoren nog nauwelijks de mogelijkheden die sociale media bieden. Knelpunten zijn een gebrek aan kennis, tijd, financiële middelen en strategie⁵⁸.

De opkomst van waarderings- en vergelijkingssites⁵⁹, waar patiënten hun ervaringen met zorgverleners kunnen uitdrukken in een waardering, welke andere patiënten kunnen gebruiken om zorgverleners te vergelijken en keuzes te maken, zal naar verwachting impact hebben op het handelen van betrokken zorgverleners.

2.6 De zorgverzekeraar

Op gezondheid 2.0 gebied zijn zorgverzekeraars actiever dan zorgaanbieders

Zorgverzekeraars bieden hun verzekerden al geruime tijd toegang tot hun websites met informatie over hun relatie en over een scala van onderwerpen gerelateerd aan gezondheid, lifestyle en aandoeningen. Ook zetten zij in toenemende mate sociale media in om contact te onderhouden met hun verzekerden. Verder worden deze media onder meer gebruikt om meer inzicht te krijgen in de houding van hun verzekerden en om nieuwe klanten te werven.

Veel zorgverzekeraars, waaronder CZ, kennen een persoonlijke digitale pagina voor hun verzekerden waarop deze gegevens over hun polis en gedeclareerde bedragen kunnen vinden. Sommige zorgverzekeraars bouwen dit verder uit. Het is immers mogelijk om ook de declaraties die rechtsreeks aan de zorgverlener betaald zijn bij deze gegevens te vermelden. Zo is het ook mogelijk vragen over de door de zorgaanbieder geboden kwaliteit aan de verzekerde voor te leggen. De geaggregeerde gegevens van de verzekerden kunnen zowel benut worden voor de zorginkoop als ter informatie van hun verzekerden bij de keuze van een zorgaanbieder, bijvoorbeeld in de vorm van aanbiedersvergelijkingen.

Zorgverzekeraars zijn samen met onder meer patiëntenorganisaties partner bij het implementeren en operationeel houden van websites die patiënten op basis van elkaars ervaringen helpen bij het maken van keuzen voor zorgverleners, behandelingen, e.d.⁶⁰

2.7 De overheid

Overheid kan 2.0 moeilijk bijbenen

De overheid gebruikt een variëteit aan instrumenten om haar beleidsdoelen zoals goede toegankelijkheid, goede betaalbaarheid en goede kwaliteit van zorg te realiseren. De overheid past zich daarbij aan de zich veranderende omgeving en omstandigheden aan. De overheid heeft op sommige

terreinen moeite om het tempo van de veranderingen bij te benen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer het gaat om gezondheid 2.0: het inspelen op de nieuwe mogelijkheden die internet biedt om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg te verbeteren door de patiënt centraal te stellen.

Burgers willen
transparante overheid

Burgers verlangen in toenemende mate transparantie, ook van de overheid. Transparantie werkt positief op het vertrouwen van de burger in de overheid; het niet verstrekken van informatie die door de burger relevant wordt geacht, doet het wantrouwen van de burger toenemen.

Kort na het aantreden van Obama als president van de Verenigde Staten is data.gov van start gegaan. Deze website biedt zo veel mogelijk 'raw data' (onbewerkte gegevens) aan. Data.gov maakt het mogelijk voor ieder die dat wenst om gebruik te maken van de gegevens die de overheid verzamelt. Niet gefilterd of verwerkt door de overheid zelf, maar open, transparant en toegankelijk. Het is een vervolg op het memorandum van Obama, waarmee hij zich uitsprak voor een open overheid.

Wetgeving 2.0 laat nog
op zich wachten

Niet onvermeld mag blijven dat in overheidsland initiatieven zijn rond het inzetten van sociale media voor beleidsdoeleinden. Een van de belangrijkste is het initiatief ambtenaar 2.0⁶¹. De 2.0-filosofie wordt door de overheid in de zorgsector tot op heden echter nog nauwelijks vertaald in aanpassing van wet- en regelgeving. Zo spitst de financieringsstructuur van de zorg zich nog in belangrijke mate toe op de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en zijn er beperkte mogelijkheden om de samenwerking tussen zorgaanbieder en zorgconsument structureel financieel te ondersteunen.

2.8 Ontwikkelingen richting gezondheid 2.0

Ranking the stars

Toename van 'ratings'

Elsevier en het Algemeen Dagblad behoorden tot de eerste media die ranglijsten opstelden van de 'beste ziekenhuizen'. Inmiddels zijn er vele initiatieven op dit gebied. Enkele daarvan, waaronder die van de Stichting Consument en de Zorg, spitsen zich toe op het verzamelen en delen van ervaringen die patiënten hebben opgedaan met de aan hen verleende zorg. Het ligt in de verwachting dat op termijn een balans wordt gevonden in de combinatie van empirische gegevens, gegevens aangeleverd door patiënten, en gegevens op basis van de beoordeling van collega-zorgverleners.

Crowdsourcing

Organisaties of personen maken voor uiteenlopende doeleinden in toenemende mate gebruik van de kennis van een grote groep niet vooraf gespecificeerde individuen: professionals, vrijwilligers, geïnteresseerden. Deze benadering vloeit voort uit de filosofie rond de 'wijsheid van de massa'.

Na de aardbeving in Haïti werden hulpoproepen die via de mobiele telefoon binnenkwamen door honderden vrijwilligers vertaald in het Engels en doorgegeven aan hulpverleners ter plaatse. Zo kreeg een ziekenhuis binnen 20 minuten brandstof voor de aggregatoren. Duizenden vrijwilligers maakten binnen korte tijd een gedetailleerde plattegrond van Haïti van plaatsen waar hulp nodig was. Hulpverleners konden deze downloaden in hun mobiele GPS-systemen, zodat zij precies wisten waar ze naar toe moesten gaan⁶².

Persoonlijke gezondheidsdossiers vinden ingang

Personal Health Record (PHR)

Zorgverleners maken al langere tijd gebruik van Elektronische Patiënten Dossiers (EPD). Inmiddels bieden naast Nederlandse initiatiefnemers⁶³ ook grote bedrijven als Microsoft en Google⁶⁴ elektronische persoonlijke gezondheidsdossiers aan die door de patiënt zelf beheerd worden. Deze PHRs kunnen ook de communicatie van ervaringskennis met professionals faciliteren. Mogelijk als 'tussenfase' worden portalen ingericht om patiënten digitaal toegang te geven tot hun gegevens, informatie te bieden over gezondheid en zorg, afspraken te plannen en e-contact te bieden met zorgverleners⁶⁵.

Integratie van netwerken

Consumenten zijn vaak lid van meerdere netwerken. Zo komt comorbiditeit bij chronische patiënten veel voor. Nieuwe technologieën zullen het mogelijk maken dat daar waar consumenten dit wensen deelname aan deze netwerken geïntegreerd op een gebruiksvriendelijke manier mogelijk is.

Nieuwe 2.0 diensten

Nieuwe organisaties gaan zorgvragers en zorgaanbieders aan elkaar koppelen. Zorgvragers hebben daarbij keuzemogelijkheden. Een voorbeeld is ZoekPGBZorg.nl.

Naast MOL ook PL

Nu zijn het de Medical Opinion Leaders die aanzien hebben (en vooral voor de farmaceutische industrie belangrijk kunnen zijn): artsen die in hun vakgebied gelden als dé deskundige. Doorgaans publiceren ze het vaakst in wetenschappelijke bladen, niet zelden zitten ze in het bestuur van de wetenschappelijke verenigingen van hun specialisme, ze spreken op medische congressen en treden op in 'de lekenpers' - kranten en tijdschriften⁶⁶. Naast de MOL ontplooit zich de POL: de Patient Opinion Leader: patiënten die veel kennis hebben over het omgaan met een bepaalde aandoening. Zij kennen praktische oplossingen voor de ongemakken die een chronische ziekte met zich meebrengt. Zij zullen veel invloed krijgen op andere patiënten en op de organisaties die hen zorg verlenen.

Naast MOL nu ook POL

Toename van mobiele communicatie

Eind 2009 ligt de penetratie van mobiel internet op bijna 20%. Ongeveer 2,8 miljoen Nederlandse telefoonbezitters maakt gebruik van internettoegang op zijn mobieltje⁶⁷. Daarmee zet de stijgende trend van de laatste jaren door. Dit geeft de mogelijkheid om de hele dag toegang te hebben tot sociale (zorg)netwerken. Voor zelfmanagement is dit belangrijk, gedrag heeft immers bij veel aandoeningen gevolg voor gezond-

heidssituatie en welzijn. In dit advies wordt niet ingegaan op specifieke mobiele zorgtoepassingen, ook wel aangeduid als m-Health of m-Zorg⁶⁸.

Web 3.0

Web 2.0 is niet het eindpunt; web 3.0 gloort

Web 2.0 is een ongeorganiseerde verzameling van bestanden (tekst, geluid, beeld). Web 3.0 gebruikt metadata: gegevens over gegevens. Hierdoor wordt het web getransformeerd in een dataweb; het wordt ook wel aangeduid als het semantische web. Doordat gegevens aan elkaar gerelateerd kunnen worden, wordt het mogelijk om tot gepersonaliseerde zorg te komen. Zo kunnen op grond van genetische profielen risico's op aandoeningen in kaart worden gebracht en lifestyle adviezen worden gegeven.

2.9 Conclusie

VS loopt voorop

Hoewel het internet vele mogelijkheden biedt voor sociale interactie, geldt voor de zorg - in tegenstelling tot voor andere sectoren - dat relatief weinig gebruik gemaakt wordt van interactieve communicatie tussen professionals en patiënten. Deze situatie is overigens niet specifiek voor Nederland⁶⁹. Deelname aan sociale media is in de Verenigde Staten overigens wel aanzienlijk hoger dan in Nederland⁷⁰.

Vooralsnog is sprake van gezondheid 1.0: internet als platform voor het verkrijgen van informatie en minder voor sociale interactie - met uitzondering van lotgenotencontact -, voor samen informatie delen en voor het daarbij gebruik maken van verschillende media (video, geluid, e.d.) en toepassingen.

Ondernemende zorgaanbieders trekken de kar

Ziekenhuizen maken nog slechts spaarzaam gebruik van de nieuwe mogelijkheden die beschikbaar zijn. Innovaties op dit terrein komen vooral van de grond door individuele acties van gemotiveerde, ondernemende professionals.



3 De betekenis van Gezondheid 2.0

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn de omgeving en een aantal ontwikkelingen geschetst. Waartoe kan dit leiden wanneer het om gezondheid 2.0 gaat? De volgende paragraaf geeft enkele kernpunten van een toekomstbeeld voor gezondheid 2.0 aan. Hiermee is niet gezegd dat dit toekomstbeeld ook snel werkelijkheid wordt. Dit hangt van een aantal factoren af. Het alternatief voor dit toekomstbeeld wordt beschreven in paragraaf 3; het is een beeld waarin de huidige gezondheid 1.0 situatie zich verder heeft ontwikkeld. Paragraaf 4 van dit hoofdstuk gaat in op de impact van gezondheid 2.0. In hoeverre dit realiteit wordt, komt in paragraaf 5 aan de orde. Er zijn namelijk belemmeringen. De laatste paragraaf van dit hoofdstuk beschrijft mogelijke maatregelen om deze belemmeringen weg te nemen of te verminderen.

3.2 Kernpunten gezondheid 2.0

Basis voor dit scenario vormt de achtergrondstudie van mw. prof. dr. V. Frissen, getiteld 'Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life'. Uitgangspunt voor een optimale gezondheid 2.0 situatie vormen de door haar in de slotparagraaf van de studie geschetste kansen. Er zijn ook risico's, zoals het vergroten van de kloof tussen kansarmen en kanrijken, de kans op misinformatie en de kans op misbruik van informatie. Deze risico's doen zich ook voor in het in de volgende paragraaf te beschrijven alternatieve toekomstbeeld. De verschillen qua risico's zijn gradueel.

Patiëntgerichte zorg, transparante zorg, vraaggestuurde zorg en efficiënte en doeltreffende zorg staan in dit scenario centraal. Daarom zijn de kernpunten van het gezondheid 2.0 scenario naar deze aspecten geclusterd.

Patiëntgerichte zorg

Menswaardige zorg

Patiënten worden en voelen zich als persoon benaderd. Zij zijn partner in de zorg, zorg die bij hun identiteit past, en zij houden zoveel mogelijk de regie over hun leven en programma. Zij hebben keuzevrijheid ten aanzien van hun behandeling, het tempo waarin de zorg wordt aangeboden en de wijze waarop de behandeling wordt aangeboden (face-to-face, e-health, etc.). De patiënt kan zo deze dat wenst gebruik maken van de ervaringen van andere patiënten die in dezelfde situatie verkeren of verkeerd hebben.

Professional als coach en adviseur

Beroepsbeoefenaren oefenen het beroep uit waarvoor zij zijn opgeleid. Zij hebben tijd om vragen van patiënten te beantwoorden en uitleg te geven aan patiënten die beter geïnformeerd op consult komen. Professional

Shared decision making

en patiënt hebben beide verschillende rollen, verantwoordelijkheden en soorten kennis. De professional kan zijn professionele kennis vergroten door deel te nemen en gebruik te maken van netwerken met collega's; de patiënt vermeerderd zijn ervaringskennis door ervaringen te delen met lotgenoten. Gezondheid 2.0 biedt de middelen om de vermeerderde kennis voor de andere partij te ontsluiten en zo meerwaarde te creëren. Deze meerwaarde komt ten goed aan de behandeling. De 'paternalistische' arts van vroeger wordt coach en adviseur. Patiënt en arts besluiten samen tot een behandeling: shared decision making. De arts-patiëntrelatie is gebaseerd op vertrouwen.

Transparante zorg

Waardering van behandelaars/behandelteams en zorginstellingen

Degenen die zorg verleend is, geven op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier hun oordeel over hun behandeling, bijvoorbeeld gebaseerd op de Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS-methodiek⁷¹ of de CQ-Index⁷², waarbij aspecten die patiënten belangrijk vinden, zoals ervaringen van andere en bejegening worden meegenomen. Mede op grond van feitelijke informatie en de waarderingen kunnen patiënten bepalen welk behandelteam/behandelaar zij kiezen.

Toezicht op de zorg

Zorgconsumenten signaleren misstanden in de zorg via internet, bijvoorbeeld onvoldoende hygiëne. Dit kunnen zij onder meer doen binnen de platforms waar ze aan deelnemen, via 'ratingsites' en dergelijke. Zorgaanbieders zullen zoveel mogelijk zien te voorkomen dat hun naam in negatieve zin op bedoelde websites verschijnt. Overigens dienen zij de gelegenheid te krijgen tot wederhoor dan wel aan te geven welke maatregelen zij hebben genomen om herhaling van misstanden zoveel mogelijk te voorkomen. Deze 'sociale controle' kan het werk van de IGZ verlichten; de IGZ hoeft immers niet in actie te komen wanneer zorgaanbieders 'misstanden' wegnemen naar aanleiding van signalen van zorgconsumenten. Daarnaast blijven zorgconsumenten de mogelijkheid houden misstanden in de zorg bij de IGZ te melden. De IGZ gaat zonodig tot actie over. Patiënten spelen een belangrijke rol bij het definiëren van kwaliteitsindicatoren.

Vraaggestuurde zorg

Netwerken

Er zijn (dynamische) netwerken van artsen, nurse practitioners, apothekers, patiënten, enz. voor vele aandoeningen. In deze netwerken wordt informatie verstrekt, uitgewisseld en gedeeld, bijvoorbeeld door wetenschappelijke verenigingen in de vorm van patiëntvriendelijke versies van richtlijnen en standaarden en door patiënten over hun ervaringen met de zorg qua behandelingen en behandelteams. Apothekers spelen onder meer in op vragen en opmerkingen over bijwerkingen en interacties van geneesmiddelen. Zowel behandelteams als patiënten participeren actief in

Die pet past ons
allemaal

Zorgconsumenten en
zorgaanbieders samen in
netwerken

deze netwerken. Deelnemers opereren daarbij als informatiemakelaars: in hun ogen relevante documenten en websites voorzien zij van ‘tags’, waardoor het met behulp van social bookmarking sites voor anderen mogelijk wordt snel relevante informatie te vinden.

(Medisch) profiel

Informatie op maat

Zorgconsumenten stellen een medisch profiel op waarin zij relevante gegevens over zichzelf en hun aandoening opslaan. Zij hebben de keuze dit publiek te maken dan wel dit in beperkte mate of niet te doen. Op grond van dit profiel kunnen zij, zo zij dit wensen, op de hoogte worden gehouden van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de medische wetenschap en eventueel nieuwe relevante ervaringen van lotgenoten die een soortgelijk (risico)profiel hebben. Op termijn zal dit leiden tot gepersonaliseerde adviezen voor leefstijl, behandeling en zorg, en uiteindelijk tot gepersonaliseerde behandeling, waarbij ook het genetische profiel wordt betrokken. Het anonimiteit delen van profielen door grote aantallen patiënten zal gedetailleerd wetenschappelijk onderzoek naar populaties mogelijk maken.

Zelfmanagement

Patiënt wordt deels zijn eigen dokter

(Chronische) patiënten voeren zelf handelingen uit, daarbij ondersteund door behandelteams en platforms. Zij leggen gegevens (meetwaarden) over hun gezondheidssituatie en over hun therapie (bv. geneesmiddelengebruik) vast en delen dit met anderen in de hiervoor bedoelde netwerken. Op deze wijze kunnen zij hun eigen situatie (incl. therapie) vergelijken met andere patiënten die in dezelfde fase van de aandoening verkeren cq. met hetzelfde risicoprofiel (dit kunnen dus ook groepen patiënten met dezelfde comorbiditeit zijn, bijvoorbeeld depressieve diabetespatiënten met hartfalen). De gegevens kunnen geaggregeerd en geanonimiseerd gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek.

Regie

Patiënt krijgt regie

Van de ‘traditionele’ regie, zoals deze in het verleden door de arts werd gevoerd, is niet langer sprake. Zorgconsument en behandelaars binnen het behandelteam werken op voet van gelijkheid samen ter bevordering van de gezondheid van de zorgconsument. Wanneer men iemand de regie zou moeten toedichten, dan komt hiervoor de zorgconsument als eerste in aanmerking. Deze kan de regierol desgewenst delegeren aan iemand van het behandelteam of aan een derde.

Vraagmacht creëren

Samen sterk

Netwerken van zorgconsumenten organiseren zich zo dat ze zich als een ‘inkooporganisatie’ kunnen gaan opstellen, zoals patiëntenverenigingen als de Diabetes Vereniging Nederland nu al doet in de vorm van een webshop, waar leden met korting hun materiaal kunnen betrekken⁷³. Hiermee kunnen ze aanvullende eisen aan kwaliteit en service van het geleverde gaan stellen. Waar nog aanbodgestuurde zorg is, kunnen ze afdwingen dat die vraaggestuurd gaat worden.

Gebruikersorganisaties

Zorgconsumenten nemen taken over van traditionele intermediaire belangenorganisaties. Dit houdt in dat zij een zekere vorm van toezicht op de zorg houden door (publiekelijk) te rapporteren over hun gebruik van zorg. De rol van de patiëntenorganisaties, traditioneel voor voorlichting, belangenbehartiging en lotgenotencontact, zal veranderen; zij dienen toegevoegde waarde te hebben boven netwerken (zie onder vraaggestuurde zorg) willen zij hun bestaansrecht behouden.

Efficiënte en doeltreffende zorg

Collegiale consultatie

Behandelteams maken gebruik van fora, discussiegroepen, e.d. om kennis up to date te houden, samen onderzoek te doen en collegae in te schakelen bij complexe gevallen, bijvoorbeeld door met elkaar te discussiëren over de meest wenselijke vorm van behandeling van bijzondere gevallen.

EPDs en PHRs

Patiënt houdt zelf gegevens bij in PHR

Beroepsbeoefenaren houden, conform wettelijk voorschrift, een dossier bij. Dit gebeurt in de vorm van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Patiënten die daaraan behoefte hebben, houden hun gegevens bij in een Personal Health Record (PHR). Dit kunnen gegevens zijn over zonder recept verkrijgbare geneesmiddelen, eigen gemeten waarden (gewicht, bloeddruk, bloedsuikerspiegel, e.d.; hetgeen op termijn automatisch kan geschieden via daartoe geschikte devices) en ervaringen in het omgaan met een aandoening. Gegevens tussen EPD en PHR zijn digitaal uitwisselbaar c.q. EPD en PHR worden gesynchroniseerd. Zo krijgt de patiënt de gegevens die over hem/haar in het EPD zijn opgenomen en helpt de patiënt via zijn PHR de in het EPD opgenomen gegevens te verrijken.

Decision Support Systems

De computer als adviseur

Zowel artsen als patiënten beschikken over geautomatiseerde systemen die te nemen beslissingen ondersteunen. Artsen maken er gebruik van in combinatie met digitaal beschikbare richtlijnen en standaarden, en met het EPD van een patiënt. Patiënten gebruiken het om te bepalen of ze al dan niet een arts moeten raadplegen en ter ondersteuning van zelfmanagement. Een voorbeeld hiervan is te vinden in de hartfalenpoli van het Martini ziekenhuis⁷⁴. Daarnaast kan dit type systemen door EPD's / PHR's zoeken naar patronen waardoor bijvoorbeeld vroegtijdig mensen met een bepaald risicoprofiel opgespoord kunnen worden.

Standaarden en richtlijnen

Wikiaanse standaarden

Standaarden en richtlijnen worden opgesteld door relevante partijen, waaronder artsen, verpleegkundigen en patiënten. Dit doen zij onder meer in de vorm van wiki's. Toepassing van 'best practices' wordt gerealiseerd in een samenwerking model rond de zorgconsument. Gezamenlijk wordt de 'best practice' die het best bij de zorgconsument past gekozen; alle teamleden werken samen om het gewenste resultaat te behalen.

Innovatieve behandelingen

Ook kleine groepen burgers bundelen hun krachten door gezamenlijk gelden te werven voor bijvoorbeeld onderzoek naar zeldzame ziekten. Met de beschikbare fondsen geven zij wetenschappelijke instituten opdracht tot onderzoek die de genezing van een aandoening dichterbij kan brengen.

3.3 Een alternatief: gezondheid 1.0 ontwikkelt zich verder

Als alternatief voor het in de vorige paragraaf geschetste scenario geldt de zich ontwikkelende gezondheid 1.0-situatie. Deze kenmerkt zich doordat:

- de zorgconsument zich grotendeels beperkt tot het verkrijgen van informatie over gezondheid en zorg;
- de zorgconsument die wel informatie uitwisselt dit doet in het kader van lotgenotencontact en hoofdzakelijk ter ondersteuning van het omgaan met een aandoening;
- de regierol primair bij zorgaanbieders blijft liggen

Voor de eerder aangeduide aspecten betekent dit in dit scenario het volgende.

Transparantie

Feitelijke informatie over verleende zorg

De verleende zorg wordt top-down transparant gemaakt. Zo zijn er via internet per ziekenhuis gegevens beschikbaar over de kwaliteit van de verleende zorg, zoals sterftecijfers, het vóórkomen van ziekenhuisinfecties, MRSA-bacterie, e.d. en per behandelteam/behandelaar over genoten opleiding, frequentie van uitvoering van verrichtingen, succespercentages van die verrichtingen (gecorrigeerd voor populatie), e.d. Bestaande instituten doen hun best om feitelijke informatie over verleende zorg te verzamelen en openbaar te maken. Overheidsprojecten, zoals Zichtbare zorg, spelen hierbij een belangrijke rol.

Waardering van behandelaars en zorginstellingen

Media, zoals AD, Elsevier en Independer.nl verzamelen en publiceren gegevens over instellingen en maatschappen.

Toezicht op de zorg

De Inspectie voor de gezondheidszorg houdt toezicht op de verleende zorg. Overheid en koepels geven inhoud aan kwaliteitsindicatoren.

Vraaggestuurde zorg

Patiëntenorganisaties

Geïstitutionaliseerde patiëntenorganisaties vertegenwoordigen patiënten, verstrekken voor hen relevante informatie, zoals nieuwe therapieën/ geneesmiddelen. Ze maken het mogelijk om onderling te communiceren teneinde ondersteuning te bieden bij het omgaan met hun aandoening.

Business as usual

Passieve patiënt	<p><i>Behandeling</i></p> <p>Patiënten ondergaan de door hun behandelaar voorgeschreven therapie, waaronder zorg op afstand. Voor zover zelfmanagement hierbij aan de orde is, beperkt zich dit tot het uitvoeren van handelingen en het communiceren van meetwaarden met de behandelaar teneinde tot een zo optimaal mogelijke gezondheidssituatie te komen.</p>
Zorgaanbieder is de baas	<p><i>Regie</i></p> <p>In beginsel voert de zorgaanbieder de regie. Bij aandoeningen waarbij meerdere behandelaars betrokken zijn, wordt één van deze behandelaars de rol van hoofdaannemer/regievoerder toegekend. Bij bepaalde groepen chronisch zieken, zoals diabetes, ligt de regievoering dichterbij de patiënt.</p>
<p>Efficiënte en doeltreffende zorg</p>	
<p><i>Collegiale consultatie</i></p> <p>Deelname aan congressen en symposia, conventionele literatuur, zowel in papieren vorm als in digitale vorm, en (na- en bij-)scholing zijn voor de zorgaanbieders leidend bij het behandelen van patiënten. Bij complexe gevallen gaat men te rade bij collegae binnen de eigen organisatie of andere collegae die men kent.</p>	
Patiënt levert zelf geen informatie	<p><i>EPDs en PHRs</i></p> <p>Beroepsbeoefenaren houden, conform wettelijk voorschrift, een dossier bij in de vorm van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Het EPD is de centrale informatiebron. Patiënten kan digitaal inzage gegeven worden in hun dossier, bijvoorbeeld door desbetreffend bestand toegankelijk te maken via een daartoe ingerichte, beveiligde website. Patiënten die daaraan behoefte hebben houden hun gegevens bij in een Personal Health Record (PHR).</p>
<p><i>Decision Support Systems</i></p> <p>Artsen beschikken over geautomatiseerde systemen die te nemen beslissingen ondersteunen.</p>	
<p><i>Standaarden en richtlijnen</i></p> <p>Standaarden en richtlijnen worden opgesteld door wetenschappelijke verenigingen van beroepsbeoefenaren. Patiëntenorganisaties worden in staat gesteld te reageren op concepten.</p>	
Top-down innoveren	<p><i>Innovatieve behandelingen</i></p> <p>Degenen die voorstellen hebben tot het in gang zetten van projecten die een innovatie in de zorg kunnen betekenen, wenden zich voor ‘subsidie’ tot organisaties als ZonMw, het ministerie van EZ, enz., doen een beroep op de (NZa)-beleidsregel innovatie, en andere klassieke financieringswijzen voor projecten.</p>

3.4 De impact van gezondheid 2.0

Op grond van het voorgaande kunnen de in paragraaf 1.3 geformuleerde beleidsvragen over de impact van gezondheid 2.0 op de zorg en de rollen van de actoren daarbij worden beantwoord.

Patiënt heeft regie over eigen gezondheid
Patiënt komt goed beslagen ten ijs

Met de beschrijving van de kernpunten van de twee scenario's ontstaat een beeld van de impact van gezondheid 2.0. Het meest kenmerkende is dat in dit scenario de patiënt echt centraal staat; het wordt niet langer met de mond beleden, maar het is realiteit. De patiënt heeft de regie over zijn eigen gezondheid, daarbij ondersteund door een netwerk van professionals en lotgenoten. Dit leidt tot een andere arts-patiëntrelatie, die zowel ten voordele van de arts als van de patiënt is. De arts krijgt een geïnformeerde patiënt tegenover zich aan wie hij niet de meest basale zaken hoeft uit te leggen. Basale informatie heeft de patiënt immers voorafgaand aan het consult tot zich kunnen nemen. Zo kent deze in beginsel de inhoud van zijn gezondheidsdossier, weet hij welke behandeling(en) er mogelijk is/zijn en wat deze inhouden, en is hij op de hoogte van ervaringen van patiënten die in dezelfde situatie verkeren of verkeerd hebben. Naar aanleiding hiervan zal de patiënt vragen hebben die verdere uitleg noodzakelijk maken, welke vervolgens leidt tot een gezamenlijke beslissing over het meest geschikte behandelplan.

Voor de patiënt is het belangrijk dat er een netwerk is waarvan ook professionals deel uitmaken en waarvan de deelnemers de patiënt desgewenst kunnen bijstaan. De financieringsstructuur moet professionals stimuleren tot deelname aan die netwerken. Dit ligt binnen het domein van de overheid.

Wanneer de patiënt de regie over zijn gezondheid heeft, en dus in hoge mate zelf kan bepalen hoe hij of zij de aan hem te verlenen zorg organiseert, kan dit tot wijzigingen in de structuur (en de financiering) van het zorgaanbod leiden cq. deze noodzakelijk maken.

Vroeger moesten mensen die antistollingsmiddelen gebruikten voor het bepalen van de stolling periodiek (doorgaans eens in de twee weken) naar de trombosedienst. Deze stelde voor de patiënt de dosering van het antistollingsmiddel vast. Tegenwoordig kan de patiënt deze bepaling zelf thuis doen met als gevolg dat zelfmeting frequenter en dus nauwkeuriger kan geschieden. Hierdoor blijven patiënten beter binnen de gewenste range dan vroeger via de trombosedienst het geval was. Patiënten moeten echter wel vooraf enige training krijgen en bij vragen telefonisch geholpen kunnen worden. Dit vraagt om een hierop afgestemde structuur en financiering. De noodzaak tot het in stand houden van trombosediensten vervalt.

Zelfmanagement: beter voor de patiënt en voor de samenleving

Voor zorgconsumenten komen er steeds meer technologische mogelijkheden om hun ziekte te managen. Meer regie door de patiënt en meer zelfmanagement kan tot verschuiving van taken leiden niet alleen tussen professionals (bijvoorbeeld van arts naar nurse practitioner), maar ook van professionals naar de patiënt of mantelzorg. Dit is in de eerste

plaats ten voordele van de patiënt, omdat hij zijn zorg naar behoefte kan inzetten en minder afhankelijk is van anderen. In de tweede plaats is het ten voordele van de maatschappij omdat de kosten hierdoor lager kunnen zijn dan wanneer professionals moeten worden ingezet. En in de derde plaats draagt het bij aan het verminderen van de arbeidsproblematiek in de zorg: de nu nog noodzakelijk geachte toename van arbeidskrachten in de zorg kan lager zijn dan oorspronkelijk verwacht⁷⁵.

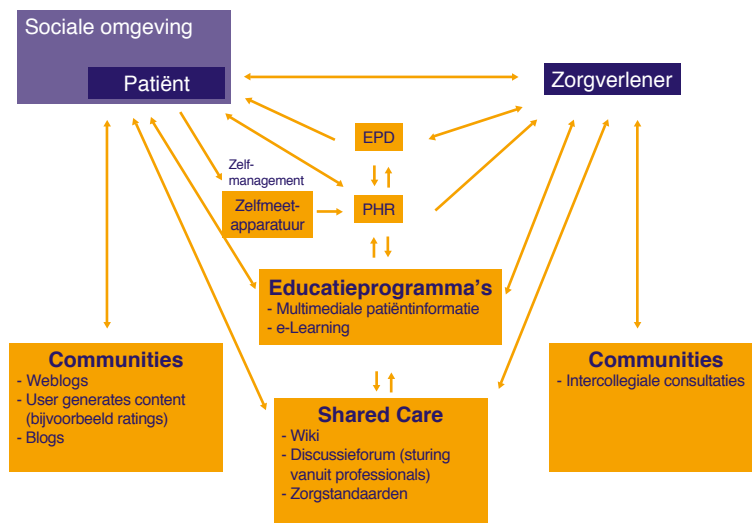
Volgens de Amerikaanse Agency for Health Care Research Quality (AHRQ) betreft 70% van alle kosten in de gezondheidszorg kosten voor chronisch ziekten⁷⁶. Het aantal mensen met een chronische ziekte neemt toe. Zo zal het aantal mensen in Nederland met diabetes de komende jaren naar verwachting met 80% stijgen. Naar schatting 1,3 miljoen mensen zal in 2025 diabetes type 1 of type 2 hebben. In 2007 waren bij de huisarts nog 740.000 mensen met diabetes bekend. Daarnaast leden er toen nog minimaal 250.000 mensen aan diabetes zonder dat zij dit zelf wisten⁷⁷

Gezondheid 2.0: betere
therapietrouw

Wanneer de burger/patiënt de mogelijkheid heeft meer regie te nemen met betrekking tot zijn gezondheid, draagt deze hiermee meer verantwoordelijkheid in het voorkómen en de behandeling van zijn of haar ziekte of aandoening. Hij kan op basis van het met de zorgverlener afgesproken zorgplan bijvoorbeeld medicatie zelf reguleren op basis van metingen die men zelf verricht (bijvoorbeeld bloeddruk, gewicht, bloedsuiker, creatinine, aanpassen van dieet, etc). Dit zal leiden tot meer betrokkenheid en resulteren in een verbeterde terapietrouw. De separaat beschikbare hulpmiddelen, zoals een PHR, online communities en medische informatiebronnen, bijvoorbeeld in de vorm van Wiki's, worden in dit model geïntegreerd. Op basis van de beschikbare informatie wordt educatie gecreëerd met betrekking tot vaardigheden en interpretatie van zelfmetingen. Centraal bij de communicatie in het kader van zelfmanagement staat het PHR, waar de patiënt zijn of haar bevindingen vastlegt⁷⁸. Ook kunnen hierin gegevens uit het EPD, zoals onderzoeksuitslagen, vanuit het ziekenhuis vastgelegd worden⁷⁹. Doordat zowel patiënt als zorgverlener overzicht hebben over al deze meetresultaten kan de patiënt optimaal zelfmanagement bedrijven en de zorgverlener als coach dit proces op afstand begeleiden. Het model bevat verschillende terugkoppelingen, waardoor er een flexibel systeem ontstaat, dat de patiënt op maat kan bedienen.

De volgende figuur geeft schematisch aan op welke wijze de verschillende elementen gecombineerd kunnen worden.

Figuur 3.1



Bron: Gezondheidsmanagementmodel, de patiënt centraal (vrij naar P.J.M. van der Boog).

Financieel sturen op resultaat

Wanneer de overheid de patiënt inderdaad centraal wil stellen, dan zal de overheid dit moeten faciliteren. Nu is de structuur en de financiering van de zorg nog te veel gericht op ‘gefixeerde’ relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, waarbij nieuwe toetreders tot de markt weinig kansen krijgen. Een positieve ontwikkeling die door het ministerie van VWS is ingezet, is om ‘functioneel’ te gaan bekostigen, waarbij gestuurd wordt op outputcriteria, en waarbij de keuze wie waar een deel van de behandeling volgens de zorgstandaard uitvoert, niet langer vooraf bepaald wordt⁸⁰. In het geval de patiënt een in natura polis heeft, zal de zorgverzekeraar in hoge mate de zorgverleners bepalen; bij een restitutiepolis kan de patiënt zelf kiezen.

Aanpassing van wet- en regelgeving kan de toetreding van nieuwe partijen tot de zorgmarkt vergemakkelijken. Volgens Christensen kunnen veel onnodige kosten bespaard worden wanneer de financiering wordt afgestemd op de optimale (organisatorische) setting waarin desbetreffende zorg verleend wordt. Hiervoor is het nodig dat disruptieve innovatoren kansen krijgen, aangezien het in de praktijk voor veel bestaande organisaties moeilijk blijkt rigoureuus te innoveren⁸¹.

In een 2.0-situatie worden burgers door de overheid bij haar werkzaamheden betrokken. In de sfeer van handhaving, opsporing en toezicht wordt steeds meer erkend dat men burgers een rol in de publieke keten kan geven, bijvoorbeeld als ‘ogen en oren’, als waakhond, enz., terwijl juist hier sprake lijkt van een klassieke overheidstaak. Zo zet de politie online netwerken in om burgers bij onderzoeken te betrekken (bijv. YouTube)⁸² en wordt internet afgezocht naar tips en bewijsvoering (bijv. op Hyves)⁸².

Het gebruik van social media als effectieve opsporingsmethode wordt onderkend. Op politiebureau's wordt echter de toegang tot websites als GeenStijl.nl of YouTube voor personeel geblokkeerd. Terwijl tijdens de gijzeling in juni 2008 in Almelo al op GeenStijl.nl te lezen was wie de dader was en waarom, zocht de politie op straat naar aanwijzingen. En terwijl via Twitter al te achterhalen was dat de zoon van de gijzelaar zelf het wapen had geleverd, werd er door de politie een persconferentie voorbereid met verzoek om informatie. Regionale Veiligheidsdag, 19 november 2009⁸³

2.0: patiënten signaleren misstanden in de zorg

Ook in de zorg zou gezien moeten worden welke aspecten van inspectie in de zorg gedeeld of gedelegeerd kunnen worden en waarvoor burgers ingezet kunnen worden. In een aantal gevallen zullen burgers spontaan actief worden, bijvoorbeeld door zelf 'toezicht' te houden op de zorg en informatie over de ervaren mate van kwaliteit van zorg te poolen. De inspectie zal dan ook in zijn strategie hieromtrent moeten bepalen, waaronder de rol die zij burgers hierbij toekent en de wijze waarop zij sociale media wil inzetten.

Burgers discussiëren mee over wetten en regels

In andere gevallen zal de overheid zelf initiatieven moeten nemen, bijvoorbeeld het inzetten van sociale media voor bepaalde wet- en regelgeving. Zo ligt het voor de hand om daar waar het 'patiëntenwetten' betreft de burger direct bij het wetgevingsproces te betrekken, bijvoorbeeld door middel van een wiki, zoals voor een nieuwe politiewet in Nieuw Zeeland heeft plaatsgevonden⁸⁴. Onlangs heeft de Nederlandse overheid voor een passieve vorm van burgerparticipatie gekozen in de vorm van een rijksbrede proef waarbij burgers, bedrijven en belangengroepen via internet mee kunnen discussiëren over nieuwe regels. Iedereen kan de komende twee jaar via internet aangeven wat ze van bepaalde wetsvoorstellen vinden⁸⁵. Het streven is dat alle ministeries tenminste 10% van hun voorstellen voor nieuwe wet- en regelgeving ter consultatie aanbieden.

Nadat bij de HPV-vaccinatie de overheid zich beperkte tot eenrichtingsverkeer van overheidswebsite richting burger, is de communicatie rond de vaccinatie tegen de Mexicaanse griep aanzienlijk anders aangepakt. De overheid participeerde in het debat. Zo verscheen de minister in discussieprogramma's op tv en beantwoordde via een internet sessie vragen van burgers. Verder richtte de overheid een ondersteunende website en een Twitteraccount in. Voor de toekomst mag verwacht worden dat ook gebruik gemaakt gaat worden van viral campaigns en het inkopen van zoektermen bij Google, zodat zoekopdrachten leiden tot relevante overheidssites.

Slecht functionerende zorgverleners krijgen het moeilijk

In de afgelopen jaren is het belang van verantwoording afleggen, transparantie bieden en adequaat communiceren sterk toegenomen. Wanneer organisaties slecht functioneren wordt dit breed uitgemeten. Dit geldt ook voor de zorgsector, denk bijvoorbeeld aan de problemen van slecht functionerende ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties. Wanneer men zijn organisatie niet op orde heeft zullen in toenemende mate burgers/klanten eisen dat dit wel gebeurt. Naming and shaming mechanismes waar een organisatie zelf minder invloed op heeft, zullen door burgers worden toegepast. Het is dus in het belang van organisaties zelf om dit type reacties voor te zijn.

Het is de vraag of vijf jaar geleden leningen aan klanten die niet kredietwaardig zouden blijken te zijn, gecombineerd met twijfelachtige producten, ertoe zouden leiden dat een bank failliet zou gaan. Sociale Media speelden in 2009 een belangrijke rol bij de ondergang van DSB. Gedupeerden konden elkaar makkelijk vinden via fora, weblogs, etc., ze konden gezamenlijk een mening vormen en zich als blok tegen DSB keren. Ook kon deze groep de media makkelijker vinden en omgekeerd, bijvoorbeeld via Twitter. Heel Nederland kon deze discussies volgen en zich een mening vormen. Toen bekend werd dat een toezichthouder, de AFM, in juli 2009 de DSB een boete had opgelegd voor ondeugelijke hypotheekadvisering, reageerde de klanten niet. Waarschuwingen van toezichthouders blijken weinig impact te hebben op het gedrag van consumenten⁸⁶. Nadat echter een individu (Lakeman) had opgeroepen om geld van de DSB bank te halen en daarmee de bank failliet te laten gaan, reageerde de klanten wel. Via social media werd dit bericht overgenomen. In anderhalve week werd 600 miljoen euro opgenomen. Volgens de mediadeskundigen communiceerde DSB niet of te laat⁸⁷. Lukte het vroeger om een probleem of misstand in de doofpot stoppen, tegenwoordig is dit geen optie meer. Verantwoording afleggen, transparantie en adequate communicatie wordt vereist om vertrouwen in een organisatie en zijn producten en/of diensten te houden.

3.5 Realiteitsgehalte

Wordt gezondheid 2.0 werkelijkheid?

Mogelijkheden van 1.0 moeten ook beter benut worden

In het gezondheid 1.0 scenario zullen bestaande faciliteiten worden uitgebouwd. Zo zullen steeds meer ziekenhuizen patiënten de mogelijkheid geven om zelf afspraken voor een poli in te boeken (zowel uit oogpunt van klantenbinding als arbeidsbesparing), zullen ziekenhuizen/specialisten patiënten via internet inzage in hun gegevens gaan geven en zullen ziekenhuizen meer gebruik gaan maken van sociale media, vooral vanuit promotioneel oogpunt.

Tegelijkertijd is het onvermijdelijk dat ook in dit scenario in ieder geval een deel van de zorgconsumenten gezondheid 2.0 zal omarmen, daarbij gefaciliteerd of gestimuleerd door nieuwe mogelijkheden die het internet biedt en door een deel van de professionals. Zonder maatregelen kan dit tot gevolg hebben dat meer de risico's dan de kansen die gezondheid 2.0 biedt, tot wasdom komen.

'De HPV-vaccinatie heeft tot nu toe tientallen levens gekost, heeft vele duizenden bijwerkingen, waarvan honderden zeer ernstig en blijvend. Minister Ab Klink laat een HPV-vaccin vanaf 2009 testen op uw dochters. Kosten: 30 miljoen euro belastinggeld per jaar. Uit geheime FDA documenten blijkt dat HPV geen kanker veroorzaakt! Daarentegen: De HPV-vaccinatie wijzigt het DNA, beschadigt het immuunsysteem, veroorzaakt kanker en onvruchtbaarheid. Vaccins bevatten kwik, aluminium, natriumboraaat (rattengif) en vele andere stoffen die zeer schadelijk zijn voor de hersenen.'

Dit bericht⁸⁸ en vele andere berichten met oproepen om niet te vaccineren zijn op internet te vinden. Meisjes gingen op grote schaal op Hyves en MSN met elkaar in discussie over de voor- en nadelen van vaccinatie. Dit leidde ertoe dat een groot deel van hen besloot af te zien van vaccinatie. Relevante partijen die over de juiste informatie beschikten, mengden zich niet of onvoldoende in het debat. De uiteindelijke opkomst bij de inenting was nog geen 50% terwijl gerekend was op 70 tot 75%.

2.0 ook voor stimulering van gezond gedrag

Het is dus belangrijk dat, waar mogelijk, gestimuleerd wordt dat het gezondheid 2.0 scenario gerealiseerd wordt om daarmee de kansen die het biedt te benutten. Deze kansen liggen zowel op het gebied van de

preventie als de zorg. Het gaat dan zowel om het gebruik maken van 2.0 toepassingen, bijvoorbeeld om gezond gedrag te bevorderen⁸⁹, als om het nemen van maatregelen om bestaande belemmeringen op te heffen. Deze belemmeringen worden met name veroorzaakt door de organisatiestructuur en de financieringsstructuur van de zorg.

Belemmering als gevolg van de organisatiestructuur

Volgens Christensen zijn er in principe drie organisatorische settings waarin zorg verleend wordt⁹⁰. De huidige ziekenhuizen zijn ingericht om ongestructureerde problemen op te lossen. Hiervoor maken zij gebruik van de diensten van specialisten die op basis van hun ervaring, analytisch denken en probleemoplossend vermogen de oorzaken van gezondheidsproblemen kunnen diagnosticeren. Betaling geschiedt op basis van ‘fee for service’, aangezien vooraf niet bekend is welk proces doorlopen gaat worden en hoeveel tijd en geld daarmee gemoeid is. Het gaat hier immers om ‘maatwerk’.

Aard van
verrichtingen moet
organisatiestructuur en
financiering bepalen en
niet andersom

In deze zelfde ziekenhuizen worden echter niet alleen ongestructureerde problemen opgelost, maar ook routinematige verrichtingen uitgevoerd, die efficiënter uitgevoerd zouden kunnen worden bijvoorbeeld in de vorm van behandelstraten. Voorbeelden waar dit efficiënt kan gebeuren, zijn zelfstandige behandelcentra (ZBC's) voor ooglaseren, herniaklinieken, e.d. De processen zijn rule- of evidence based. Betaling kan in dit geval op basis van het resultaat geschieden ('fee for outcome', waarbij garantie gegeven kan worden), want aan het begin van het proces zijn de te ondernemen handelingen vastgelegd en is het eindresultaat in principe bekend. Het gaat hier dus om routinematige activiteiten. Door de aard van de werkzaamheden hoeven hiervoor in principe geen langdurig opgeleide specialisten ingezet te worden.

Een derde type activiteiten geschiedt in de vorm van netwerken. Deze kenmerken zich doordat mensen onderling kennis en ervaring uitwisselen. Buitenlandse bedrijven in de zorg die faciliteiten voor bepaalde patiëntgroepen aanbieden zijn dLife.com en SugarStats.com voor diabetici in de Verenigde Staten⁹¹. Voorbeelden in Nederland zijn de Nijmeegse Digitale IVF Poli en ParkinsonNet⁹². In het algemeen gaat het om disease management toepassingen, waarbij patiënten een grote rol kunnen spelen bij het managen van hun ziekte. Betaling geschiedt in principe op basis van abonnement ('fee for membership'). In de Verenigde Staten worden ook andere businessmodellen gehanteerd bijvoorbeeld financiering door de farmaceutische industrie die daarvoor geaggregeerde gegevens krijgt over de ervaringen van patiënten met geneesmiddelen (PatientsLikeMe).

Onnodige kosten kunnen bespaard worden wanneer de financiering wordt afgestemd op de optimale organisatorische setting waarin desbetreffende zorg verleend wordt⁹³. Een optimale organisatorische setting kent de Nederlandse zorg niet. En hiermee komt tegelijkertijd het financieringssysteem in beeld.

Belemmeringen als gevolg van het huidige financieringssysteem

In principe biedt de Zorgverzekeringswet door zijn functionele omschrijvingen veel mogelijkheden om zorg in het basispakket op te nemen. De belangrijkste criteria hiervoor zijn:

- het moet zorg zijn conform de stand van de wetenschap en praktijk⁹⁴;
- het moet zorg zijn zoals artsen plegen te bieden⁹⁵.

Binnen dit kader zijn ‘innovatieve’ verschuivingen qua uitvoering van de zorg in principe mogelijk. Zorg die door artsen worden uitgevoerd, kunnen ook door andere zorgverleners, zoals nurse practitioners en physician assistants, worden uitgevoerd, wanneer dit tot gelijkwaardige of betere resultaten leidt. Dit geldt in beginsel ook voor zelfmanagemen.

Inhoud basisverzekering blijkt niet altijd duidelijk te zijn

Het voorgaande wil echter niet zeggen dat direct duidelijk is wat wel en wat niet tot te verzekeren prestatie Zvw gerekend mag worden. Zo was het nodig dat het CVZ een uitspraak deed over de vraag of ketenzorg tot het pakket behoort. Ketenzorg komt als begrip niet voor in de Zvw. Door ketenzorg te beschouwen als samenhangende, multidisciplinaire zorg rond een aandoening ofwel een organisatorische schil rond de zorg die nodig is om samenhangende zorg te realiseren, rekent het CVZ ketenzorg tot de te verzekeren prestaties⁹⁶.

NZa-beleidsregels timmeren de zaak weer dicht

Opgemerkt kan worden dat, ondanks het feit dat de Zvw functionele omschrijvingen kent, de vrijheden qua uitvoering in de tarieven sfeer weer worden ingeperkt. Zo is de strekking van de door het CVZ beoordeelde NZa-beleidsregel bekostiging ketenzorg dat de huisarts een centrale rol in de ketenzorg voor diabetes, vasculair risicomangement en COPD heeft, terwijl het volgens de Zvw mogelijk is dat de verzekeraar een contract sluit met een nieuwe toetreders tot de markt waarin nursepractitioners samenwerken met relevante medisch specialisten.

DBC's is een probleem

Gezondheid 2.0 kent veel organisatorische aspecten, maar is anders dan ketenzorg, aangezien het in veel gevallen niet alleen om de één op één relatie zorgverlener-patiënt gaat, maar om de relatie zorgverlener(s)-patiënten. De financiering van de zorg blijkt in de praktijk onvoldoende afgestemd op gezondheid 2.0, waarbij patiënten een grote rol spelen. Realisatie van gezondheid 2.0 kan in beginsel tot een andere infrastructuur leiden en andere businessmodellen noodzakelijk maken; de huidige financieringswijze lijkt dit echter in de weg te staan. Zo blijven bestaande instituties door de DBC-systematiek financiële vergoedingen ontvangen (terwijl ze minder diensten zouden hoeven te leveren). Dit komt omdat DBC's 'ondeelbaar' zijn: een zorgverzekeraar koopt DBC's als geheel in en kan dus niet onderdelen die van dezelfde kwaliteit, maar goedkoper zijn, elders inkopen. Dit betekent dat nieuwe toetreders tot de markt in zo'n geval louter een kostenverhogend effect hebben, wanneer iemand van hun diensten gebruik maakt.

Iemand die een niertransplantatie heeft ondergaan moet hierna 20 keer op consult komen om zijn creatinine en zijn bloeddruk te laten bepalen. De patiënt kan echter zelf zijn bloeddruk meten en er zijn inmiddels thuisstests om het creatininegehalte te bepalen. Bij verschuiving van deze bepalingen door de patiënt derft de professional inkomsten (tenzij de specialist deze verrichtingen in desbetreffende DBC vergoed krijgt, hetgeen niet terecht is wanneer de patiënt ze zelf uitvoert) .

Het vinden van structurele financiering is vaak een probleem

Innovaties kunnen gefinancierd worden op basis van de beleidsregel innovatie. Het moet dan wel om zorgverlening gaan. Nieuwe producten, hulpmiddelen, organisatiekosten of ICT vallen hier niet direct onder. Alleen als het een integraal onderdeel is van een innovatieve (nog niet bestaande) zorgprestatie zit het in het tarief versleuteld. Het gaat hier overigens niet om een subsidie, maar om een afspraak tussen zorgverzekeraar en een aanbieder om met een nieuwe prestatie, die dan gedeclareerd kan worden door de zorgaanbieder, te experimenteren. Verder betreft het tijdelijke financiering: maximaal 3 jaar en betreft uitsluitend projecten met zorgverzekeraar en zorgaanbieder als participanten (het overgrote deel van de projecten betreffen diabetes). Een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder sluiten hiervoor op lokaal niveau een contract. Bekostiging van de nieuwe prestatie na afloop van de drie jaren stuit op problemen. Ook de Algemene Rekenkamer constateert dit in zijn rapport Zorg op afstand⁹⁷.

Samenwerking/coördinatie bijvoorbeeld in het kader van keten- of netwerkzorg kan in principe via twee wegen gefinancierd worden: via de beleidsregel innovatie voor zover het valt onder het begrip zorg uit de Wmg, of via een 'koptarief' maar daarmee valt het momenteel niet onder de definitie van het begrip zorg. Het CVZ onderzoekt of samenwerking via het koptarief ook als zorg in het kader van de Zvw beschouwd kan worden, en daarmee valt binnen de reikwijdte van de Wmg. Op dat moment is het wellicht mogelijk om samenwerking via gezondheid 2.0 ook onder het begrip zorg te laten vallen. Deze duidelijkheid is er op dit moment echter niet.

Patiënt past niet in de financiering van innovaties

Bij samenwerkingsafspraken binnen de beleidsregel Innovatie kan het uitsluitend gaan om samenwerking tussen BIG-geregistreerde zorgaanbieders. Samenwerking tussen patiënt en behandelaar valt daar niet onder. Deze contacten zouden wellicht beschouwd kunnen worden als consulten en op die basis vergoed kunnen worden. Er zouden dan nog wel meerdere tarieven aan gekoppeld moeten worden die betrekking hebben op de intensiteit van het contact. Dit lijkt een moeizame constructie, bijvoorbeeld omdat in netwerken er in een aantal gevallen geen sprake is van een een-op-een relatie tussen behandelaar en patiënt maar op een een-op-veel relatie.

Schotten in de financiering

Preventieve zorg is binnen netwerkzorg een belangrijke component. Zorggerelateerde preventie valt binnen het bereik van de Wmg. Zodra preventie op populatieniveau gaat valt het niet meer onder de reikwijdte van de Wmg en kan de NZa geen prestaties vaststellen. Preventieve ge-

zondheid 2.0 hulpmiddelen moeten dus (deels) onder een ander regime gefinancierd worden.

Financiële baten van innovaties gaan zorgverzekeraars vaak aan hun neus voorbij

Het is de vraag of zorgverzekeraars in innovatieve ontwikkelingen geïnteresseerd zijn. In de meeste gevallen zal dit niet het geval zijn, omdat dit voor de verzekeraar tot extra kosten leidt; er vindt geen substitutie plaats, zo gaat er bij de DBC's door hun ondeelbaarheid niets af, wanneer een onderdeel elders tegen lagere kosten en dezelfde of hogere kwaliteit vervangen kan worden. Ook is het feit dat verzekerden jaarlijks kunnen wisselen een perverse prikkel voor innovatie door de verzekeraar. Waarom zou de verzekeraar investeren in preventie terwijl zijn verzekerden kunnen overstappen naar een concurrent? Een reden om dit wel te doen is om zich te kunnen onderscheiden van de concurrentie, maar de baten moeten dan wel opwegen tegen de lasten.

DBC-systematiek remt innovatie

De huidige overgangsfase met gedeeltelijke bekostiging via de DBC-systematiek en gedeeltelijke bekostiging via de oude budgetparameters werkt belemmerend op nieuwe ontwikkelingen. Wanneer onderdelen van een DBC op een andere wijze (patiëntvriendelijker, kosteneffectiever, e.d.) worden uitgevoerd bijvoorbeeld via een nieuwe toetreder tot de markt of door de patiënt zelf, heeft dit geen consequentie voor de kostprijs van de desbetreffende DBC (tenzij sprake is van het vrij onderhandelbare segment B) of het budget. Denk bijvoorbeeld aan laboratoriumtesten via een nieuwe toetreder buiten het ziekenhuis: die gaan niet ten koste van de DBC in het ziekenhuis want die kosten zitten in de DBC versleuteld. Een huisarts die een DBC opent en een dienst inkoop bij een instelling zonder dat die instelling een nieuwe DBC opent, is nu nog niet mogelijk. Beroepsverenigingen zullen hieraan niet willen sleutelen; dat kan immers inkomstenderving betekenen.

De NZa heeft voorgesteld om het B-segment uit te breiden tot 50% in 2011⁹⁸. Juist het B-segment bevat zorgvormen waarbij sprake is van keuzemogelijkheden voor de patiënt c.q. waar health 2.0 toepassingen relevant zijn. Dit is minder het geval voor het A-segment, waartoe onder meer gaat om acute zorg en topklinische zorg.

WMG beschermt 'traditionele' zorgaanbieders te veel

De NZa is gebonden aan de Wet Marktordening Gezondheidszorg. Dit begrenst hun reikwijdte. Feitelijk kan de NZa weinig of niets doen om de patiënt (financieel) te empoweren inzake reguleringsprincipes. De NZa moet zich op grond van wet- en regelgeving ten aanzien van tarief- en prestatie-regulering hoofdzakelijk beperken tot regels/tarieven voor zorgaanbieders. Deze zorgaanbieders hebben als marktpartij veel macht. Beroepsverenigingen zijn niet altijd gebaat bij innovaties door nieuwe toetreders, waarbij taken verschuiven van specialist naar een andere specialist, huisarts, nurse practitioner, physician assistant of patiënt. Dit kan immers hun inkomen, en status raken. Het face tot face contact staat bijvoorbeeld als vereiste nog in desbetreffende beleidsregel. Gevestigde

zorgaanbieders zullen dat er niet graag uit willen halen. Het zal in ieder geval lang duren voordat de beroepsverenigingen het daar over eens zijn.

MinuteClinics zijn walk-in centers voor de eerste lijn in de Verenigde Staten. Ze worden bemest door nurse practitioners en physician assistants. Zij gebruiken EPD's en decision support systemen om te voorzien in aanzienlijk goedkopere evidence-based eerste lijnszorg. Patiënten waarderen de kwaliteit en patiëntvriendelijkheid als excellent⁹⁹.

Doorbraken worden door de huidige regelgeving eerder belemmerd dan gestimuleerd

Kortom 'disruptive innovations' in de zorgsector zijn op grond van huidige wettelijke regelgeving vanuit de regulering bezien en de macht die daarbij aan beroepsverenigingen is toegekend, vrijwel uitgesloten. In het algemeen kan gesteld worden dat veranderingen een bedreiging vormen voor gevestigde belangen. Taak- en daarmee inkomensverschuivingen leiden doorgaans tot verzet van de groeperingen die moeten 'inleveren', qua geld, status, enz.

In bredere zin kan gesteld worden dat de cultuur in de zorg onvoldoende gericht is op vernieuwing.

Aan de kant van de zorgvragers is nog onvoldoende bekend welke mogelijkheden inmiddels via internet geboden worden. Het is nodig dat zij hiermee meer bekend gemaakt worden en dat zij leren omgaan met de mogelijkheden die internet biedt en met de beperkingen van dit medium, waaronder het herkennen van en omgaan met onbetrouwbare informatie en het voorkómen dat misbruik wordt gemaakt van gegevens die zij aan het internet hebben toevertrouwd.

Belemmeringen

Belemmeringen voor de ontplooiing van gezondheid 2.0 zijn daarmee:

- De huidige organisatiestructuur en financieringsstructuur passen bij het gezondheid 1.0-scenario en onvoldoende bij het 2.0-scenario.
- Geïstitutionaliseerde belangenorganisaties/koepelorganisaties die weinig of niet genegen zijn zich aan te passen aan nieuwe omstandigheden, zijn gebaat bij een gezondheid 1.0-situatie; een 2.0-situatie waarbij de zorgconsument zelf regie voert, maakt belangenorganisaties, als zij hun strategie niet wijzigen, deels overbodig.
- Partijen in het veld (ziekenhuizen, artsen, inspectie) lijken onvoldoende bereid om transparantie te bevorderen.
- De cultuur in de zorg is onvoldoende gericht op vernieuwing.
- Zorgvragers zijn onvoldoende bekend met de kansen en bedreigingen van gezondheid 2.0.
- Niet de kansen, maar de mogelijke risico's worden door partijen als leidend gezien:
 - . Er lijkt te veel onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk en aansprakelijk is in de gezondheid 2.0-situatie.
 - . Aangezien in principe iedereen aanbieder van informatie is in de 2.0-situatie wordt de kans op onbetrouwbare informatie nog groter dan in de 1.0-situatie.
 - . In de 2.0-situatie geven mensen hun privacy deels op omdat zij pri-

oriteit geven aan de toegevoegde waarde van 2.0 boven hun eigen privacy; anderen kunnen daarvan misbruik maken.

- . In de praktijk zal in dit geval slechts een klein deel van de zorgconsumenten actief in de gezondheid 2.0-situatie participeren door bv. content te genereren; zij zullen profiteren van de mogelijkheden die 2.0 biedt; dit gaat ten koste van 'kansarmen'; voorkomen moet worden dat de digitale kloof en de zorgkloof tussen de 'happy few' en de rest van de samenleving groter wordt.

Conclusie

Wil men de kansen van gezondheid 2.0 benutten, dan zijn maatregelen nodig. De maatregelen hebben daarmee invloed op het realiteitsgehalte van het gezondheid 2.0-scenario.

Zonder maatregelen lijkt het geschetste gezondheid 1.0 scenario meer kans te hebben om werkelijkheid te worden. Zoals aangegeven zijn ook in dit scenario maatregelen nodig om de negatieve effecten van gefragmenteerde toepassing van gezondheid 2.0 te voorkomen.

3.6 Mogelijke maatregelen

Overheid moet belemmeringen voor 2.0 wegnemen

In beginsel is het aan de deelnemers van de maatschappij om gezondheid 2.0 te realiseren. Door te participeren krijgt men zeggenschap en neemt men verantwoordelijkheid. Participatie is helaas niet voor iedereen mogelijk. Iemands gezondheidstoestand kan zodanig zijn dat hij hiertoe niet in staat is en de mate van geletterdheid kan te laag zijn om goed te participeren.

Het is niet in lijn met de 2.0-filosofie om de overheid aan te sporen ervoor te zorgen dat gezondheid 2.0 gerealiseerd wordt. Dit is aan de deelnemers van de maatschappij. Het is echter wel gewenst dat belemmeringen voor toepassing van gezondheid 2.0 worden weggenomen. Een adequate financieringsstructuur is daarbij waarschijnlijk de belangrijkste randvoorwaarde.

Vorkomen is beter dan genezen

De financiering van artsen is gericht op het genezen, dus de verzekering betaalt voor een amputatie als gevolg van diabetes, maar niet of nauwelijks voor het gezond houden van een verzekerde. In het geval therapie-ontrouw en levensstijl weinig directe gevolgen voor de korte termijn hebben, maar voor de lange termijn wel belangrijk zijn, kunnen netwerken burgers/patiënten en professionals een oplossing bieden. Dit brengt met zich mee dat verleende diensten betaald zouden moeten worden op basis van 'fee for membership' ofwel abonnement.

In de praktijk blijkt dit laatste echter alleen te werken wanneer de verzekeraar tegelijkertijd zorgaanbieder is, zoals in het geval van Kaiser Permanente in de Verenigde Staten. Een andere mogelijkheid is om een 'disease management netwerk' in te schakelen die 'verantwoordelijkheid' neemt voor de gezondheid van de aangesloten patiënten, zoals bijvoorbeeld Healthways in de VS¹⁰⁰. Healthways werkt met nurse practitioners die contact onderhouden met de patiënten en hen leren hun ziekte te monitoren. Werkgevers huren Healthways in om hun chronisch zieke werknemers zo gezond mogelijk te houden. Hiervoor betalen zij een vastgestelde jaarlijkse premie per chronisch zieke werknemer.

Er zijn twee typen oplossingen: rigoureuze (het systeem wordt ingrijpend veranderd) en geleidelijke (het bestaande systeem wordt gemodificeerd).

Rigoureuze oplossingen zijn bijvoorbeeld:

Alles onder één paraplu

1. De mogelijkheid bieden aan ondernemers om op basis van marktprikkels geïntegreerde zorgorganisaties tot stand te brengen waarbij alle voor de aandoening(en) relevante professionals tot één organisatie behoren en bij die organisatie in loondienst zijn. Daarmee vervalt het probleem dat de baten bij een ander terechtkomen dan degene die de lasten heeft. Voor de zorgorganisatie is dan immers het eindresultaat leidend. Een en ander naar analogie van Kaiser Permanente.

Via PGB patiënt de mogelijkheid tot regie geven

2. De chronische patiënt krijgt ook in de cure de mogelijkheid te kiezen voor een Persoonsgebonden budget (PGB) of Persoonsvolgend budget, zoals in de AWBZ reeds het geval is. De patiënt heeft dan de regie. Uiteraard heeft de patiënt de vrijheid om de regie delegeren aan een ander, bijvoorbeeld een zorgverlener (en daarbij afspraken te maken wat men wederzijds van elkaar verwacht).

Met het toestaan van PGB's in de Zorgverzekeringswet is weliswaar reeds een beperkte proef genomen (bijvoorbeeld voor visueel gehandicapten en de GGZ in de Zvw). Hierover is een NZa rapport verschenen¹⁰¹. De proef bleek geen succes. Zorgverzekeraars stelden zoveel voorwaarden, dat er nauwelijks gebruik van gemaakt kon worden (uit vrees voor meerkosten).

Geleidelijke oplossingen zijn:

Functionele bekostiging op basis van regie door de patiënt

1. Zorgverzekeraars kunnen in hun polis opnemen dat de kosten van lidmaatschap aan een sociaal netwerk voor hun verzekerden vergoed worden, naar analogie van het vergoeden van de lidmaatschapskosten van een patiëntenvereniging.

2. Tarieven vaststellen voor het door beroepsbeoefenaren actief participeren binnen een sociaal netwerk

3. In de extramurale zorg wordt functionele bekostiging ingevoerd¹⁰². Hierbij wordt niet voor allerlei aparte verrichtingen, onderzoek, medicijnen, etc. betaald maar voor een totaalpakket aan zorg per type patiënt. In eerste instantie gaat het om de bekostiging van de aandoeningen diabetes en cardiovasculair risicomangement, en vervolgens om COPD en hartfalen. Zorgverleners verzorgen daarbij samen de behandeling van de aandoening. Eén van de zorgverleners, bijvoorbeeld de huisarts, wordt daarbij 'hoofdaannemer'. Hij krijgt het budget en verdeelt dit onder de zorgverleners. Het hoofdaannemerschap is echter

Competitie stimuleert innovatie	<p>omstreden; 2.0 impliceert gelijkwaardigheid van actoren. In beginsel zou de patiënt de regie moeten voeren. Dit hoeft niet te betekenen dat hij zelf een persoonsgebonden budget krijgt. Zo is ook een persoonsvolgend budget een optie.</p> <p>4. Nader te bepalen ‘zelfmanagementpakketten’ worden in het basispakket opgenomen (naar analogie van de als te verzekeren prestatie aangemerkte ‘preventie van diabetes’ en ‘preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie’).</p> <p>5. De beleidsregel innovatie verruimen, zodat gezondheid 2.0 innovaties inclusief projecten tussen patiënt en zorgverzekeraar of zorgaanbieder bekostigd kunnen worden. Gezien het feit dat de adoptie van een innovatie gemiddeld meer dan 10 jaar in beslag neemt¹⁰³, ligt het voor de hand om de in de beleidsregel genoemde termijn substantieel te verruimen.</p> <p>6. Het vrij onderhandelbare B-segment verruimen, waardoor zorgverzekeraars meer mogelijkheden krijgen om in te spelen op de wensen van hun verzekerden. Voor instellingen en zorgverzekeraars is het immers interessanter om in het B-segment te innoveren dan in het A-segment, omdat men zo voordelen ten opzichte van de ‘concurrentie’ kan realiseren en de baten aan de eigen organisatie ten goede kunnen komen (uiteraard afhankelijk van het onderhandelingsresultaat).</p>
Tweedeling tegengaan	<p>Daarnaast zijn maatregelen nodig om de met toepassing van gezondheid 2.0 samenhangende risico’s te verminderen of weg te nemen. Dit betekent dat:</p>
Tegenwicht bieden aan onzin op internet	<ul style="list-style-type: none"> - Voorkomen moet worden dat bepaalde groepen in de maatschappij die erg actief zijn qua gezondheid 2.0 betere kansen op adequate zorg krijgen dan anderen die dit niet zijn; overigens hoeft het niet zo te zijn dat gezondheid 2.0 de kloof tussen kansarmen en kansrijken vergroot. Inzet van internethulpmiddelen kan deze kloof juist helpen verkleinen¹⁰⁴. Denk in dit verband bijvoorbeeld aan het verpakken van gezondheidsadviezen in filmpjes en (interactieve) games. - De kans op misinformatie en misbruik van informatie gereduceerd moet worden.
Maak regels zo dat het belang om gegevens te misbruiken wegvalt	<p>Bekend is dat internet toegang geeft tot veel onbetrouwbare informatie. Door de aard van internet is onbetrouwbare informatie niet uit te bannen. Het is daarom belangrijk dat personen en organisaties waarin patiënten vertrouwen hebben - hetgeen voor veel zorgprofessionals het geval is - voor patiënten relevante informatie via internet aanbieden en participeren in netwerken om eventuele misinformatie te corrigeren. Bij consulten kan verwezen worden naar de websites van deze organisaties en in zorgnetwerken kan ‘gelinkt’ worden naar relevante informatie die via deze websites te vinden is.</p>
	<p>Ten slotte is het belangrijk om misbruik van informatie te voorkomen. Burgers kunnen eraan bijdragen dat geen misbruik van hun gegevens</p>

gemaakt wordt door hun gegevens niet voor jan en alleman toegankelijk te maken. Anderzijds moeten burgers veel persoonsgegevens aan vele organisaties verstrekken, waarbij degene die dergelijke gegevens in bezit heeft deze relatief eenvoudig kan combineren. Dit is waarschijnlijk moeilijk tegen te gaan, maar de overheid kan wel voorkomen dat verkregen gegevens misbruikt worden. Een voorbeeld in dit verband is de acceptatieplicht die zorgverzekeraars hebben om burgers toe te laten tot een verzekering voor het basispakket. Ook al beschikt de zorgverzekeraar over de gegevens waaruit blijkt dat de kandidaat-verzekerde qua te voorzien schadelast onaantrekkelijk is om tot het verzekerdenbestand toe te laten, heeft hij de plicht deze in zijn verzekerdenbestand op te nemen. De overheid moet als grootste gegevensverzamelaar van privacygevoelige gegevens hierbij het goede voorbeeld geven.



4 Aanbevelingen

4.1 Inleiding

Gezondheid 2.0: de patiënt centraal

Gezondheid 2.0 stelt de patiënt centraal. Adoptie van 2.0 geeft invulling aan het overheidsbeleid dat sinds jaar en dag is gericht op vraagsturing.

Het vorige hoofdstuk maakt duidelijk dat gezondheid 2.0 een win-win situatie kan opleveren voor patiënt, beroepsbeoefenaar en overheid:

- de patiënt kan zijn zorg naar behoefte inzetten, hij krijgt meer mogelijkheden tot en ondersteuning bij zelfmanagement; door zijn deelname aan sociale netwerken komt er meer aandacht voor preventie, hetgeen de last voor het individu verlicht;
- de beroepsbeoefenaar krijgt met een beter geïnformeerde en betrokken patiënt te doen, hetgeen zijn inhoudelijke werk aantrekkelijker maakt;
- doordat de patiënt meer betrokken is, meer preventieve maatregelen neemt, meer therapietrouw is en meer aan zelfmanagement doet, heeft dit een gunstig effect op de ontwikkeling van de zorgkosten, het vraagt immers een lagere inzet van professionals. Tegelijkertijd draagt het bij aan het verminderen van het (komende) arbeidstekort in de zorg.

Zonder maatregelen worden de voordelen van 2.0 onvoldoende benut

Ook beschrijft het vorige hoofdstuk dat zonder maatregelen het scenario gezondheid 1.0 de meeste kans heeft werkelijkheid te worden. Zowel binnen de patiëntenpopulatie als bij de beroepsbeoefenaren zal echter druk ontstaan om gezondheid 2.0 te realiseren. Patiënten zijn immers al in grote mate actief binnen communities en het gebruik van sociale media zal toenemen. Zij zien de ontwikkelingen op dit gebied in andere landen, zoals in de Verenigde Staten, waar reeds legio gezondheid 2.0 toepassingen beschikbaar zijn, en zij zullen eraan bijdragen dat deze overslaan naar Nederland. Ook door innoverende professionals zal druk worden uitgeoefend om de (gezondheid van de) patiënt voorop te stellen en in relatie hiertoe beloofd te worden. Zij kiezen niet voor het uitvoeren van verrichtingen als belangrijkste beloningsmechanisme.

Combineer het goede van 1.0 en 2.0

Het streven moet erop zijn gericht de positieve elementen van gezondheid 1.0 en die van 2.0 te combineren. Wanneer het gaat om medisch-inhoudelijke kennis, ligt het voor de hand dat de wetenschap en in diens verlengde de arts deze heeft en beschikbaar stelt, bijvoorbeeld via een website van een ziekenhuis, die de patiënt informeert via videos en podcasts over onderzoek en behandeling (bijvoorbeeld operaties) en via blogs over nieuwe technologieën¹⁰⁵ (1.0). Wanneer het gaat om opgedane ervaringen, dan kunnen patiënten deze ervaringen delen (2.0). Het is zaak een goede synthese te vinden tussen gezondheid 1.0 en 2.0. Veel burgers zijn steeds meer geïnformeerd. Zij gaan meer eisen stellen. Zij moeten vertrouwen houden in het zorgsysteem.

In andere sectoren dan in de zorgsector gaat de adoptie van een 2.0-situ-

atie sneller, omdat in die sectoren nieuwe toetreders minder ‘last’ ondervinden van de complexe tarievenstructuur van de zorgsector. Net als voor patiënt en zorgverlener, levert gezondheid 2.0 ook voor de overheid winst op. Het is dus ook in het belang van de overheid om belemmeringen voor de adoptie van gezondheid 2.0 weg te nemen en de toepassing ervan in goede banen te leiden.

4.2 Aanbeveling voor alle actoren

Alle actoren in de zorg moeten beseffen dat zich een ontwikkeling in gang heeft gezet die om bezinning vraagt. Actoren die niet adequaat reageren, zullen in een moeilijke positie terecht komen. Gelet op de kansen die gezondheid 2.0 biedt, is het zaak die te benutten.

Stilstand is achteruitgang

Aanbeveling

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars én overheid moeten sociale media meer gebruiken voor het transparant beschikbaar stellen van informatie.

Eén van de mogelijkheden die de overheid hiervoor heeft, is om informatie, waaronder gegevens en rapporten die voor de burger/patiënt relevant zijn en uit gemeenschapsgelden betaald zijn, vrij toegankelijk via internet op publieksvriendelijke wijze beschikbaar te stellen en daarover in debat te gaan. Door transparant te zijn en het debat aan te gaan, kan het vertrouwen van de burger behouden blijven of herwonnen worden.

Aanbeveling

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars én overheid moeten de mogelijkheden van sociale media beter benutten om burgers, verzekerden en patiënten bij nieuw beleid te betrekken.

4.3 Aanbevelingen voor de overheid

Gezondheid 2.0 biedt nieuwe kansen om de beleidsdoelen die de overheid nastreeft, zoals patiëntgerichte, vraaggestuurde en kwalitatief goede zorg, te realiseren, terwijl dit ook nog tot kostenbeheersing kan leiden. De overheid heeft er dus baat bij deze nieuwe kansen te benutten. Doet de overheid dit niet, dan kan dit tot problemen leiden. Een pregnant voorbeeld hiervan was de HPV-vaccinatie, waaruit de overheid lering heeft getrokken getuige de aanpak van de voorlichting rond de H1N1-vaccinatie.

Aanbeveling

De overheid dient zich actief op sociale netwerken te begeven zowel om voeling met de maatschappij te houden alsook om door het inbrengen van objectieve informatie discussies te verrijken.

Financieel kan er meer dan men denkt

Het zorgveld wijst op de financiële belemmeringen voor innovatie in het algemeen en de adoptie van gezondheid 2.0 in het bijzonder. Volgens het ministerie van VWS kan er op basis van de huidige wet- en regelgeving veel meer dan het zorgveld denkt dat mogelijk is. Er is sprake van deels vermeende belemmeringen, maar ook van een cultuur in de zorgsector die niet innovatiegericht is. Zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven, blijkt het moeilijk voor bestaande instituties om te innoveren. Het is belangrijk dat de overheid duidelijk communiceert waarom ervaren financiële belemmeringen feitelijk geen belemmering zijn. Daarnaast is het gewenst de NZA-beleidsregel innovatie te verruimen en structurele financiering van gezondheid 2.0 toepassingen met toegevoegde waarde mogelijk te maken.

Aanbeveling

De overheid dient vernieuwingen in de zorg met meerwaarde, waarbij de traditionele verhoudingen tussen actoren in de zorg veranderen cq. de empowerde patiënt centraal staat, structureel te financieren.

Deze aanbeveling houdt onder meer het volgende in:

- Bevorder verruiming van de beleidsregel innovatie, zodat gezondheid 2.0 innovaties die waardecreatie bij de patiënt mogelijk maken door patiëntgerichte samenwerking tussen professionals en patiënten, bekostigd kunnen worden. Hierdoor kunnen niet alleen projecten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, maar ook projecten tussen verzekerde/patiënt en zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder op dit gebied gerealiseerd worden.
- Stimuleer via financiële prikkels de totstandkoming van een innovatieve cultuur. Dit betekent het wegnemen van perverse financiële prikkels. Deze weerhouden zorgprofessionals ervan innovaties met meerwaarde in de zorg toe te passen of brengen hen ertoe verouderde verrichtingen en werkwijzen te blijven hanteren.
- Bevorder dat zowel in basispakket als in tarieven mogelijkheden bestaan om professionals te honoreren voor gezondheid 2.0 toepassingen die meerwaarde hebben voor de gezondheid van patiënten, maar volgens de letter van de wet niet als 'zorg' zijn bestempeld (zoals onlangs voor ketenzorg is geschied).

4.4 Aanbevelingen voor andere actoren

Organisaties die de boot missen, moeten voor hun voortbestaan vrez

Niet alleen de overheid, maar ook andere actoren in de zorg dienen zich te bezinnen op de vraag wat gezondheid 2.0 voor hen betekent en welke actie zij hierop dienen te ondernemen. Het gaat daarbij onder meer om de vraag hoe zij sociale media moeten inzetten om hun doelstellingen te realiseren. Ervaringen in het bedrijfsleven laten zien dat niet adequaat reageren op signalen uit de samenleving ernstige gevolgen kan hebben voor de continuïteit.

Patiënten hebben behoefte aan betrouwbare informatie. Zij verwachten

dat zorgaanbieders deze bieden. Dit vraagt enerzijds om een 1.0-benadering, bijvoorbeeld een ‘recept’ voor websites die betrouwbare informatie bieden over het gezondheidsprobleem en anderzijds om een 2.0-benadering, zoals het profiteren van de ervaringen van patiënten.

Aanbevelingen voor zorgaanbieders

1. Zorgaanbieders moeten sociale media gebruiken om het contact met hun patiënten te optimaliseren.
2. Zorgaanbieders zijn - net als zorgconsumenten - erbij gebaat dat het ‘gezondheidsmanagementmodel’, weergegeven in paragraaf 3.4, gerealiseerd wordt. Dit houdt onder meer in dat zorgaanbieders en zorgconsumenten samen werken aan shared care: zorgstandaarden en zelfmanagement door zorgaanbieders aangemoedigd wordt.

Zelfmanagement en taakherschikking kunnen ook besparingen opleveren

Zelfmanagement biedt voor de zorg interessante mogelijkheden. Het gaat hierbij om lifestyle management, om preventie in plaats van medische zorg, en ook om autonomie van de patiënt. Bovendien kan zelfmanagement tot besparingen leiden. Voor verzekeraars is dit interessant, omdat een belangrijk deel van de professionele ondersteuning naar bijvoorbeeld nurse practitioners verlegd kan worden. Misschien zelfs deels naar communicatieprofessionals: interactie en meer communicatieve ondersteuning wordt belangrijker, ook vanuit patiëntenperspectief (persoonlijk aandacht, steun bij het vinden van de juiste bronnen en netwerken).

Aanbevelingen voor zorgverzekeraars

1. Biedt verzekerden faciliteiten:
 - door transparant inzage te geven over geleverde diensten, waaronder betaalde declaraties, opdat zij inzicht krijgen in kosten en hierop actie kunnen ondernemen;
 - door hen de gelegenheid te bieden om de door hen met de zorg opgedane ervaringen te melden. Op basis hiervan kan de zorgverzekeraar betere zorgproducten inkopen;
 - om te participeren in gezondheid 2.0-toepassingen (analoog aan of als opvolger van de vergoeding van het lidmaatschap van patiëntenorganisaties).
2. Stel randvoorwaarden bij de inkoop van functioneel bekostigde zorg door:
 - zelfmanagement als een substantieel onderdeel van het behandelprotocol/de zorgstandaard aan te merken;
 - zorgaanbieders aan te moedigen om in hun communicatie met zorgconsumenten sociale media te hanteren;
 - een tijdspad aan te geven waarbinnen aan de te stellen randvoorwaarden voldaan dient te zijn.

Patiënt kan veel voorwerk doen

Andere sectoren laten zien verschuivingen zien tussen de rol van de verkoper en die van de klant in het verleden en nu. Professionals in de zorg blijven een uiterst belangrijke rol spelen. De burger kan echter een grote bijdrage leveren aan het verschuiven van taken van professional naar burger. Dit begint bij lifestyle management om te voorkomen dat men aanspraak moet maken op zorg. Verder betreft het onder meer ‘administratieve handelingen’ ter voorbereiding van een consult, waaronder het digitaal aanleveren van gegevens en (intake) vragenlijsten (in andere sectoren is dit heel gebruikelijk). En ook zorg door de patiënt zelf (diabetes, COPD, e.d.) is steeds meer een optie, mede door nieuwe technologieën.

Uiteindelijk bepaalt de burger/verzekerde/patiënt in welke mate en in welk tempo gezondheid 2.0 gerealiseerd wordt. Andere actoren moeten belemmeringen om dit te realiseren wegnemen. Patiënten- en cliëntenorganisaties kunnen hierbij een rol vervullen.

Aanbevelingen voor patiëntenorganisaties

1. Draag eraan bij dat patiënten met comorbiditeit niet aandoeningsspecifiek benaderd worden door samen te werken en aandoeningsspecifieke webtoepassingen te integreren.
2. Onderneem activiteiten om de kloof tussen degenen die wel en niet met internet en meer specifiek met gezondheid 2.0-toepassingen overweg kunnen, te verkleinen
3. Bevorder het adequate gebruik van Personal Health Records, onder meer ten behoeve van zelfmanagement.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Pieter Vos,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het RVZ-werkprogramma 2009, vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het medium internet heeft in de zorg veel impact. Door het beschikbaar komen van informatie over gezondheid en zorg heeft internet bijgedragen aan het verkleinen van de informatiekloof tussen zorgprofessional en zorgconsument. Aanvankelijk werd internet gebruikt voor het aanbieden en afnemen van informatie, ook wel het 'alleen lezen web' of Web 1.0 genoemd. Het internet maakte het mogelijk informatie te zoeken en te lezen. Inmiddels is internet geëvolueerd tot Web 2.0: het 'lezen en schrijvenweb'. Internetgebruikers kunnen zelf 'content' aan het web toevoegen en in interactie treden met andere gebruikers. Voorbeelden zijn websites als YouTube.com, MySpace.com en Hyves.nl, RSS-feeds, wiki's en het zogenoemde 'bloggen': internetgebruikers leveren zelf informatie waaraan zij en gelijkgestemden behoefte aan hebben.

Inmiddels is sprake van de opkomst van Web 3.0, het semantische web. Het huidige web is niet in staat om te onderscheiden wat relevant is en wat niet. Door gebruik te maken van bepaalde formats kunnen gegevens begrepen worden door programmatoeepassingen, zoals nu mensen gegevens kunnen interpreteren door hun plaats binnen de context.

De opkomst van Web 2.0 heeft ook betekenis voor de zorgsector. De interactie tussen internetgebruikers kan invloed hebben op het gebruik van zorgvoorzieningen. Wiki's zouden gebruikt kunnen worden om de toepassing van behandelrichtlijnen te bevorderen. Relevant is ook de aankondiging van grote bedrijven als Google en Microsoft om het gebruik van door hen ontwikkelde elektronische patiëntendossiers te faciliteren. Dit zou de toepassing van EPD's in een stroomversnelling kunnen brengen. En wat eerder overheden en partijen in het veld niet lukte, slaagt nu misschien wel door grote groepen internetgebruikers.

Vragen hierbij zijn: wat zijn de kansen en bedreigingen van Web 2.0 en Web 3.0 voor de volksgezondheid en de zorg en welke rol moet de overheid bij deze ontwikkelingen spelen? De meer strategische vraag hierachter is die naar de betekenis van het internet voor het huidige sturingsconcept.

Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad

Mr. H. Bosma
Mw. prof. dr. D.D.M Braat.

Adviesvoorbereiding door de ambtelijke projectgroep

Drs. A.J.G. van Rijen, projectleider
Drs. L. Ottés, arts
Mw. I. de Prieëlle, projectsecretaresse
Mw. drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer
Drs. P. Vos

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:

De heer mr. H. Bosma
- Lid bestuur Nictiz

Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

- Lid Gezondheidsraad
- Voorzitter Bestuur Stafconvent; UMC St. Radboud

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies geëngageerd.

Gevolgte procedure

Het adviesproject is begonnen met een startbijeenkomst tussen representanten van het ministerie van VWS als opdrachtgever en van de RVZ als opdrachtnemer. De startbijeenkomst, gehouden op 3 maart 2009 biedt het kader voor de te ondernemen werkzaamheden ter voorbereiding van het advies. Aan deze bijeenkomst namen de volgende personen deel.

VWS

Drs. F.A. Berens	CZ/EKZ
Drs. M. J. Boereboom	DG Langdurige Zorg
Dr. G-J. van Boven	NICTIZ
Dhr. G.J. Buijs	MC/MO
Drs. H.B. Haveman	MEVA/ICT
Mw. drs. L. Mintjes	MEVA/ICT

RVZ

Mr. H. Bosma
Drs. A.J.G. van Rijen
Mw. drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer
Drs. P. Vos

In vervolg op deze bijeenkomst heeft de Raad op 19 maart 2009 een plan van aanpak voor dit advies vastgesteld.

Ter voorbereiding van een advies heeft mw. prof.dr. V. Frissen een achtergrondstudie geschreven over de betekenis van nieuwe media op de relaties tussen actoren in het zorgveld onder de titel "Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life".

Op 7 april 2009 is een startbijeenkomst gehouden met deskundigen en belanghebbenden uit het veld teneinde zicht te krijgen op de verschillende aspecten van het adviesdomein:

Voorzitter

Dhr. Ch. Bos

Deelnemers

Dr. A. van Bochove, oncoloog	Zaans Medisch Centrum;
Mw. drs M.H.P. Bögels	Nederlandse Federatie van Kankerorganisaties
Mw. Y. Bunnik	Nederlands Astma Fonds
Dhr. L.J.L.P.G. Engelen	Acute Zorgregio Oos
Dhr. Chr. Flim	Nederlandse Vereniging voor e-Health
Mw. prof. dr. V. Frissen	TNO
Dr. M. Heldoorn	NPCF
Dhr. S. van Heukelum	Achmea
Dhr. P. Hooogenberk	UVIT
Ir. M. Huls	Hutspot / Tam Tam
Prof dr. J.A.M. Kremer	UMC St. Radboud
Prof. dr. J.M.M. van Lith	LUMC
Dhr. H. Nienhuis, arts	Menzis
Mw. drs. B. Pluut	Zenc
Dhr. H.J. Reesink, huisarts te Tiel	
Prof.dr. R. van Schilfgaarde	Nederlandse Diabetes Federatie.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Mr. H. Bosma, raadslid

Drs. L. Ottes, arts

Drs. A.J.G. van Rijen

Mw. drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer

Drs. P. Vos

Op 30 juni 2009 is in een bijeenkomst nader ingegaan op een aantal problemen die zich bij de toepassing van gezondheid 2.0 voordoen en hoe deze oplossingen kunnen worden opgelost.

Deelnemers

Dr. P.J.M. van der Boog, internist-nefroloog	Leids Universitair Medisch Centrum
Mw. drs. J. Dries	TNO/ICT
Drs. C.P.J. Flim	Nederlandse Vereniging voor eHealth

Mw. C. Kunst	Goodcaresupport.nl
Mw. E. Lems	Masterstudente Vrije Universiteit Amsterdam
Mw. drs. L. Meijnckens	Redmax
Dhr. R. Slob	Nederlandse Zorgautoriteit
Dhr. S. Verlinden, arts	Vivici.nl
Dr. A.C. de Vries, chirurg	Medisch Centrum Haaglanden.
<i>Raad voor de Volksgezondheid en Zorg</i>	
L. Ottes, arts	
Drs. A.J.G. van Rijen	voorzitter
Mw. drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer	

Zorgbelang Nederland heeft de Raad de mogelijkheid geboden via een enquête te onderzoeken wat de invloed van nieuwe media op het handelen van zorgconsumenten is. In vervolg hierop zijn een drietal bijeenkomsten gehouden waarin met patiënten/cliënten is gediscussieerd over hun rol in de zorg en de ondersteuning van internethulpmiddelen daarbij. Discussieleider tijdens deze bijeenkomsten was drs. B. Hengst.

Eerste bijeenkomst “U en het Internet” op 28 juli 2009

Discussieleider

Drs. B. Hengst

Deelnemers

Dhr. J.C.L. Bakker, Amstelveen
Mw. B. Baurdoux-Alink, Rijsbergen
Mw. F. Bolderheij, Landsmeer
Dhr. A.P.L. Burger, 's-Hertogenbosch
Dhr. P. Carbaat, Oosthuizen
Mw. H.D. Dessaur, Haarlem
Mw. H. Dulfer, Voorschoten
Dhr. K. Elling, Rolde
Dhr. P. van den Elsaker, Apeldoorn
Dhr. M.F.E. Heestermans, Leiden
Mw. B. van Hes, Steenwijk
Dhr. D. van Heun, Haarlem
Mw. A.C. Huisman, Amstelveen
Mw. Z. Jordacevic, Rotterdam
Dhr. S. Kisoensingh, Den Haag
Mw. H. v.d. Linden-Broné, Oosterwijk
Mw. E. Roelse, Bergambacht
Mw. L. Roelse, Bergambacht
Dhr. M. Sanders, Nieuwkoop
Dhr. H. Winters, Luyksgestel.
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
L. Ottes, arts
Drs. A.J.G. van Rijen

Tweede bijeenkomst “U en het Internet” op 30 juli 2009 (ochtend)

Discussieleider

Drs. B. Hengst

Deelnemers

Dhr. R.A. Baker, Eindhoven

Mw. T. Baker, Eindhoven

Dhr. Ch. Beun, Naarden

Mw. S. van der Burgt, Heerlen

Dhr. W. van Gessel, Utrecht

Mw. G. Geven, Arnhem

Mw. M. Jager-Lanooy, Amsterdam Zuidoost

Mw. M.B.R. Jimenez-Ernens, Diemen

Mw. D. Krens, De Westereen

Dhr. mr. drs. G.Th.A. Menges, Woerden

Dhr. H. Poortvliet, Zeist

Dhr. W. van Stijn, De Westereen

Dhr. J. Stuu, Almere

Mw. N. Tromp, Arnhem

Dhr. H.S. van der Veen, Westzaan

Dhr. J. Vierdag, Oosterbeek

Dhr. A.E. van der Water, Hilversum

Dhr. P. van Zanten, Hilversum.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

L. Ottes, arts

Drs. A.J.G. van Rijen

Derde bijeenkomst “U en het Internet” op 30 juli 2009 (middag)

Discussieleider

Drs. B. Hengst

Deelnemers

Dhr. B.A. Arents, Kerkrade

Dhr. A.P. Bastiaans, Groningen

Dhr. J. van Beers, Gassel

Mw. T. van Beers, Gassel

Dhr. H. van Dijk, Emst

Mw. C. Dortland-Dazert, Meppel

Mw. J. Ederveen, Goes

Mw. L. Eggens, Veendam

Dhr. R. de Graaf

Dhr. A.J. Greuter, Leek

Mw. C.M. Klumpert, Linne

Mw. E.M.F. Kruyssen-Vincken, Nieuwstadt

Dhr. C.M.J. Lambermont, Oostkapelle

Dhr. L. Leerssen, Simpelveld

Dhr. M. Ploum, Kerkrade

Mw. mr. M.A.J. Smits, Vlissingen

Mw. D. Stolte-Zwijenberg, Tjalleberd

Dhr. G.J.W. Tretmans, Almelo
 Dhr. R. Westplat, Venhuizen
 Mw. J. Wetzels-Kloet, Belfeld
 Dhr. J. Zuidema, Musselkanaal.
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
 L. Ottes, arts
 Drs. A.J.G. van Rijen

In een bijeenkomst d.d. 8 september 2009 is ingegaan op twee scenario's. In het eerste scenario wordt beschreven hoe de situatie zal zijn wanneer gezondheid 2.0 breed wordt toegepast. In het tweede scenario wordt aangeduid hoe de toekomst eruit zal zien wanneer gezondheid 1.0 zich verder ontwikkelt.

Deelnemers aan deze bijeenkomst waren:

Voorzitter

Mr. H. Bosma RVZ-Raadslid

Deelnemers

Mw. J. Baardman	NPCF
Dr. P.J.M. van der Boog, internist-nefroloog	Leids Universitair Medisch Centrum
Dhr. L.J.L.P.G. Engelen	Acute Zorgregio Oost
Mw. prof. dr. V.A.J. Frissen	TNO - ICT
Dhr. W. Geerlings, internist	Medisch Centrum Haaglanden
Prof dr. J.A.M. Kremer	UMC St. Radboud
Mw. prof. dr M.J. Sorbi	Universiteit Utrecht / Migraine.nl

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

L. Ottes, arts
 Drs. A.J.G. van Rijen

Naast het bestuderen van literatuur en informatie over dit onderwerp die via internet toegankelijk is, is tijdens het adviesproject met een groot aantal deskundigen en belanghebbenden bilateraal van gedachten gewisseld over de inhoud die het advies moet krijgen. Deze gesprekken hebben waardevolle informatie opgeleverd. Gesproken is met de volgende personen:

Drs. B. van Aken, gynaecoloog	Flevoziekenhuis
Dhr. J. Beun	Nederlandse Vereniging voor Addison en Cushing Patiënten
Prof. dr. B.R. Bloem	UMC St Radboud
Mw. A. Bögels	NFK
Dr. P.J.M. van der Boog, internist-nefroloog	LUMC
Ir. H.M. le Clercq	LUMC
Mw. dr. S. Drossaert	Universiteit Twente
Mw. dr. L. van Gemert-Pijnen	Universiteit Twente
Dhr. J.R.C. Hopmans	Achmea
Prof.dr. J.A.M. Kremer	UMC St Radboud

Drs. L. Nordeman	Stichting Pandora
Mw. drs. J. Schraeverus	Flevoziekenhuis
Dhr. Ele Visser	CG-raad
Dr. A.C. de Vries, chirurg	Medisch Centrum Haaglanden
Dhr. E. Visser	CG-Raad
Mw. drs. J. van Vuuren-de Jong	CZ
Dhr. B. van Wijngaarden	Astma Fonds

Daarnaast zijn via een online community (rvz-health20.ning.com), die ca. 160 leden telt, op grond van discussies en in gang zijnde ontwikkelingen ‘bouwstenen’ verkregen voor dit advies.

Over de financiering van gezondheid 2.0 is overleg gevoerd met vertegenwoordigers van de Nederlandse Zorgautoriteit en van het College voor Zorgverzekeringen op 14 juli 2009 resp. 5 november 2009.

Aan het overleg op 14 juli 2009 namen deel:

Nederlandse Zorgautoriteit

Mw. T. Hilde-olde Scheeper

Mw. K. Lops

Dhr. R. Polet

Mw. M. Rooseboom

Dhr. R. Slob

Mw. A. van Zoest

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Mw. A. Rijkschroeff-van der Meer

Dhr. L. Ottes

Dhr. O. van Rijen

Aan het overleg op 5 november 2009 namen deel:

College voor Zorgverzekeringen

Mw. M. Kroes

Mw. dr. G. Ligtenberg

Mw. F. van der Meer

Mw. mr. P.C. Staal

Mw. L. Visser

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Mw. A. Rijkschroeff-van der Meer

Dhr. L. Ottes

Dhr. O. van Rijen

De conclusies die door de RVZ uit deze gesprekken zijn getrokken, zijn verwerkt in het advies.

Een conceptversie van het advies is op 19 november 2009 door de Raad besproken. Deze bespreking heeft geleid tot bijstelling van het conceptadvies.

Het concept is in een bijeenkomst op 30 november 2009 besproken met deskundigen, waarvan het merendeel zich in september 2009 heeft gebogen over de scenario's:

Mr. H. Bosma (voorzitter)	RVZ-Raadslid
Drs. C.P.J. Flim	Nederlandse Vereniging voor eHealth
Dr. P.J.M. van der Boog, internist-nefroloog	Leids Universitair Medisch Centrum
Dhr. W. Geerlings, internist	Medisch Centrum Haaglanden
Drs. H.C. Ossebaard	RIVM
Mw. prof. dr M.J. Sorbi	Universiteit Utrecht / Migraine.nl
L. Ottes, arts	RVZ-secretariaat
Drs. A.J.G. van Rijen	RVZ-secretariaat
Mw. drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer	RVZ-secretariaat

Vervolgens is een volgend concept op 7 december 2009 besproken met vertegenwoordigers van koepelorganisaties in de zorg. Hierbij waren aanwezig:

Mr. H. Bosma (voorzitter)	RVZ-Raadslid
Mw. prof. dr. D.D.M Braat	RVZ- Raadslid
Mw. drs. M.A.H.M. Fluitman	KNMP
Dhr. P. Jansen	Zorgverzekeraars Nederland
Dhr. J. Schrieke	GGZ Nederland
Mw. M. van Stiphout-Zwartkruis	Nederlandse Associatie Physician Assistants
Dhr. M. Vermeer, MBA	NPCF
Dhr. E. Visser	CG-Raad
L. Ottes, arts	RVZ-secretariaat
Drs. A.J.G. van Rijen	RVZ-secretariaat
Mw. drs. A.C.J. Rijkschroeff-van der Meer	RVZ-secretariaat

De hiervoor genoemde twee besprekingen hebben geleid tot aanpassingen van het concept.

Tijdens de adviesprocedure is contact met de opdrachtgever in de persoon van Mw. L. van Herten onderhouden.

Ter toetsing van feiten en interpretaties van het conceptadvies is op 8 december 2009 overleg gevoerd met medewerkers van verschillende directies van het ministerie en de inspectie.

Op 19 januari 2010 is de onderhavige materie besproken met drs. M.J. Boereboom, directeur-generaal Langdurige Zorg van het ministerie van VWS, mw. drs. E.M. Maat en dr. ir. C.M. Vos, beide van de Directie Macro-Economische Vraagstukken Arbeidsvoorwaarden van het ministerie van VWS.

Op 21 januari 2010 heeft de Raad dit advies vastgesteld.

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

AHRQ	Agency for Health Care Research Quality
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DNA	Desoxyribonucleïnezuur
DSB	Dirk Scheringa Bank NV
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EZ	ministerie van Economische Zaken
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
HPV	Humaan Papilloma Virus
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVF	In-vitrofertilisatie
MOL	Medical Opinion Leader
MRSA	Methicilline Resistente Staphylococcus Aureus
MSN	Microsoft Network
N1H1-virus	Mexicaanse griepvirus
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoonsgebonden budget
PHR	Personal Health Record
POL	Patient Opinion Leader
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VS	Verenigde Staten
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
ZBC	Zelfstandige Behandelcentra
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 4

Referenties / Eindnoten

- 1 Raad voor de Volksgezondheid. Advies Patiënt en Internet. RVZ, Zoetermeer, 2000
- 2 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. E-Health in zicht. RVZ, Zoetermeer, 2002
- 3 <http://nieuwemedia.web-log.nl/nieuwemedia/2008/06/barack-Obama-en.html>
- 4 <http://debibliotheek.blogspot.com/2008/06/is-science-20-de-toekomst.html>
- 5 <http://trendslator.nl/wordpress/wp-content/trendwatching.pdf>
- 6 http://www.boekcover.nl/1089/onderwijs_2_0
- 7 <http://criminaliteitswijzer.ning.com/>
- 8 <http://www.linkedin.com/groupInvitation?groupID=1571547&sharedKey=6B4E38440FEB>
- 9 <http://www.ambtenaar20.nl/>
- 10 O'Reilly, Tim. Why Dell.com (was) More Enterprise 2.0 Than Dell IdeaStorm. <http://radar.oreilly.com/2008/09/why-dell-dot-com-is-more-enterprise.html>
- 11 <http://www.frankwatching.com/archive/2008/06/22/crowd-sourcing-het-publiek-onderschat/>
- 12 Surowiecki J. The Wisdom of Crowds. Anchor Books, New York, 2005
- 13 Bijvoorbeeld: <http://www.zoover.nl/>
- 14 Bijvoorbeeld: <http://www.kieskeurig.nl/> en: <http://www.vergelijk.nl/>
- 15 Sattler, Bart. Succesfactoren op het Internet: Lessen van Web 2.0. Zie: <http://www.twanetwerk.nl/default.ashx?DocumentId=6572>
- 16 http://www.brickmeetsbyte.com/berichten/web_20_het_dilemma_van_een_hype_zonder_definitie/
- 17 http://health20.org/wiki/Main_Page
- 18 Furst, Ian. 2008. New Health 2.0 Definition, June 13, 2008. <http://waittimes.blogspot.com/2008/06/new-health-20-definition.html>
- 19 Eytan, Ted / Sharp, John. Updated Health 2.0 Definition. <http://ehealth.johnwsharp.com/2008/06/23/updated-health-20-definition.aspx>
- 20 Shreeve, Scott. <http://blog.crossoverhealth.com/>
- 21 http://markhawker.tumblr.com/post/63534151/health20#disqus_thread
- 22 <http://www.jmir.org/2008/3/e22/>
- 23 Eysenbach G. Medicine 2.0 Congress website launched (and Definition of Medicine 2.0 / Health 2.0). Gunther Eysenbach's Random Research Rants. 2008. <http://gunther-eyenbach.blogspot.com/2008/03/medicine-20-congress-website-launched.html>
- 24 Berkman LF & Syme SL. Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A nine-Year Follow-up Study of Alameda County residents. American Journal of Epidemiology Vol. 109, No. 2: 186-204, 1979 (<http://aje.oxfordjournals.org/cgi/content/short/109/2/186>)

25 <http://www.flycatcher.eu/>

26 Nationaal Onderwijsdebat 2009; zie: <http://www.goedbloed.net/content/view/85/51/>

27 <http://www.marketingweek.co.uk/home/how-deference-became-reference/2065417.article>, en Edelman Trust Barometer 2009; zie: http://www.edelmanpr.nl/downloads/20080128_DEF%20Edelman%20Trust%20Barometer%202009.pdf

28 <http://www.nu.nl/algemeen/1930130/opkomst-vaccinatie-baarmoederhalskanker-valt-tegen.html>

29 Bijvoorbeeld via <http://www.meetup.com/>

30 Raad voor Cultuur. Advies Persbeleid; zie: http://www.cultuur.nl/files/pdf/advies/advies_0eabac2c-d09d-4b09-1b8c-00007f75f068_med-2008.04948-2.pdf

31 Eurostat. Internet access and use in 2009; One person in two in the EU27 uses the internet daily. Newsrelease 176/2009, 8 December 2009

32 [http://www.hiil.nl/files.nsf/pages/NWOP_697KFS/\\$file/MES_verslag_seminar_Social_Policy.pdf](http://www.hiil.nl/files.nsf/pages/NWOP_697KFS/$file/MES_verslag_seminar_Social_Policy.pdf)

33 <http://www.lezenenschrijven.nl/nl/analfabetisme/vragen/>

34 Deursen AJAM van en Dijk JAGM van. Using the Internet: Skill related problems in users' online behavior. Interacting with Computers, doi: 10.1016/j.intcom.2009.06.005, 2009

35 Onderzoek RVZ/Flycatcher (N=2080), 2007

36 <http://mashable.com/2009/04/17/web-in-numbers-social-media/>

37 http://blog.nielsen.com/nielsenwire/wp-content/uploads/2009/03/nielsen_globalfaces_mar09.pdf

38 http://www.hyped.nl/details/20090111_de_echte_statistieken_van_hyves/#When:07:15:00Z

39 http://www.nrc.nl/media/article1885705.ece/De_digitale_gezelligheid_van_Hyves_?service=Print

40 Denk bijvoorbeeld aan: www.zorgkaartnederland.nl, www.consumentendezorg.nl en www.zoekdokter.nl

41 Onderzoek RVZ/Flycatcher, november 2009

42 Uden-Kraan F van, Drossaert CHC, Taal E, Seydel ER & Laar MAFJ. Self-Reported Differences in Empowerment between Lurkers and Posters in Online Patient Support Groups. Journal of Internet Research, 2008 (<http://www.jmir.org/2008/2/e18/>)

43 De Praktijk/Motivaction: <http://www.motivaction.nl/downloads/Wat-werkt-bij-wie.pdf>

44 Snelders E en Meijman FJ. De mondige patiënt; historische kijk op een mythe. Bert Bakker, Amsterdam, 2009

45 Deze bevindingen vloeien voort uit drie discussiebijeenkomsten met in het totaal 60 chronische patiënten waarvan het merendeel 50-plusser was en een hogere opleiding heeft genoten.

46 Zie bijvoorbeeld: <http://www.interapy.nl/> en http://www.ksyos.org/in_dex.php/telemedicine-diensten/teledermatologie

47 Zie bijvoorbeeld op het gebied van radiologie: <http://www.radiologysassistent.nl/en/>

- 48 Gegevens Curavista BV: http://www.nvfm.nl/images/eConsult%20in%20de%20huisartsenpraktijk_ppt.pdf
- 49 <http://www.sermo.com/>
- 50 Zie bijvoorbeeld: <http://www.mednet.nl/>
- 51 <http://www.uptodate.com/home/index.html>
- 52 <http://www.MyHealthOnline.nl>
- 53 <http://www.medischegegevens.nl>
- 54 <http://hospitalseu.wordpress.com/>
- 55 Deze bevindingen vloeien voort uit drie discussiebijeenkomsten met in het totaal 60 chronische patiënten waarvan het merendeel 50-plusser was en een hogere opleiding heeft genoten.
- 56 <http://www.umcn.nl/extern/patfol/CSS0842.pdf>
- 57 Zie bijvoorbeeld: Nordqvist C, Hanberger L, Timpka T & Nordfeldt S. Health Professionals' Attitudes towards using a Web 2.0 Portal for Child and Adolescent Diabetes Care: Qualitative Study. Journal of Medical Internet Research, 2009 (<http://www.jmir.org/2009/2/e12/>)
- 58 Lems E. Gezondheid 2.0, onderzoek naar de invloed van sociale media op communicatie- en informatiestromen rondom ziekte, behandeling en geneesmiddelen bij borst- en darmkanker. Amsterdam, 2009
- 59 Zoals www.zorgkaartnederland.nl, www.consumentenzorg.nl en www.zoekdokter.nl
- 60 Zo is Achmea partner bij de vergelijkingsite www.zorgkaartnederland.nl en is De Friesland in de Stichting Aesclepedia partner met de CG-Raad bij de site doejeverhaal.nl
- 61 <http://www.ambtenaar20.nl/>
- 62 <http://www.newscientist.com/article/mg20527453.600-how-crowdsourcing-is-helping-in-haiti.html>
- 63 Zoals www.thuisepd.nl en www.medlook.nl
- 64 <http://www.google.com/intl/nl/health/about/index.html> en <http://www.healthvault.com/>
- 65 Een voorbeeld is www.pazio.nl, een initiatief van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, Imtech, VitalHealth Software, Mediportal, VitaValley en het Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentrum
- 66 Bouma J. De MOL is goud waard. Trouw, 15 augustus 2005 (http://www.trouw.nl/achtergrond/Dossiers/article1431509.ece/De_MOL_is_goud_waard.html?all=true)
- 67 <http://tweakers.net/nieuws/61431/forrester-een-vijfde-nederlanders-gebruikt-internet-op-telefoon.html>
- 68 Zie bijvoorbeeld: mHealth for development: http://www.globalproblems-globalsolutions-files.org/unf_website/assets/publications/technology/mhealth/mHealth_for_Development_full.pdf
- 69 Lupianez-Villanueva F, Mayer MA & Torrent J. Opportunities and challenges of Web 2.0 within the health care systems : An empirical exploration. Informatics for Health & Social Care, vol 34 no. 3, pag. 117-126, 2009
- 70 Chou WS, Hunt YM, Beckjord EB, Moser RP, Hesse BW. Social Media Use in the United States: Implications for Health Communi-

- cation. Journal Medical Internet Research, 2009;11(4):e48 (<http://www.jmir.org/2009/4/e48/>)
- 71 <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=8363>
- 72 <http://www.nivel.nl/cqi/>
- 73 <http://www.dvnwinkel.nl/>
- 74 In de hartfalenpoli van het Martini ziekenhuis te Groningen stuurt de cardioloog René van Dijk zijn patiënten twee dagen eerder naar huis met een DSS en zelfmeetapparatuur. Bij afwijkingen be vraagt het DSS de patiënt en bepaalt het of de patiënt met de poli contact moet opnemen.
- 75 In het in 2010 door de Raad uit te brengen advies over arbeidsbesparende technologieën zal hierop nader worden ingegaan.
- 76 <http://www.ahrq.gov/>
- 77 <http://www.rivm.nl/persberichten/2009/stijgingdiabetes.jsp>
- 78 Zie bijvoorbeeld: Baardman J, Booy s M de, Heldoorn M & Meulmeester M. Zelfmanagement 2.0; Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht, 2009 (<http://www.ikregelmijnzorgonline.nl>)
- 79 ChipSoft. CS-EZIS.Net en het Personal Health Record, proefopstelling integratie met Microsoft HealthVault. Amsterdam, 2009
- 80 Brief van de minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 22 december 2008
- 81 Christensen CM, Grossman JH & Hwang J. The Innovator's Prescription, a disruptive solution for health care. McGraw-Hill, New York, 2009
- 82 <http://www.ambtenaar20.nl/?p=3348>
- 83 <http://mobile.emerce.nl/2009/11/23/politie-onderkent-kracht-social-media/>
- 84 <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/7015024.stm>
- 85 <http://www.internetconsultatie.nl/>
- 86 Erp J van. Naming en shaming in het markttoezicht; een onderzoek naar de openbaarmaking van sancties op de financiële markt. Boom, 2009
- 87 <http://www.olafmolenaar.com/2009/12/4-social-media-tips-voor-bedrijven.html>
- 88 <http://nederlander.wordpress.com/2008/11/20/hpv-vaccinatie-niet-doen/>
- 89 Wilson K & Keelan J. Coping with public health 2.0. Journal of the Canadian Medical Association, Vol. 180, No. 10, page 1080, 2009
- 90 Christensen CM, Grossman JH & Hwang J. The Innovator's Prescription, a disruptive solution for health care. McGraw-Hill, New York, 2009
- 91 <http://www.dlife.com/> en <http://www.sugarstats.com>
- 92 <http://www.parkinsonweb.nl>
- 93 Christensen CM, Grossman JH & Hwang J. The Innovator's Prescription, a disruptive solution for health care. McGraw-Hill, New York, 2009

- ⁹⁴ College voor Zorgverzekeringem. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. CVZ, Diemen, 2007 (http://www.cvz.nl/resources/rpt0711_stand-wetenschap-en-praktijk_tcm28-25006.pdf)
- ⁹⁵ College voor Zorgverzekeringen. Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. CVZ, Diemen, 2008. (http://www.cvz.nl/resources/rpt0811_criterium_plegen_te_bieden_tcm28-26913.pdf)
- ⁹⁶ College voor Zorgverzekeringen. Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw. CVZ, Diemen, 2009 (http://www.cvz.nl/resources/Zorgstandaarden%20ketenzorg%20voor%20chronisch%20aandoening_tcm28-28244.pdf)
- ⁹⁷ Algemene Rekenkamer. Zorg op afstand. Tweede Kamer der Staten-Generaal, 31 967 Nr. 2, 2009
- ⁹⁸ Nederlandse Zorgautoriteit. Advies uitbreiding B-segment 2011. NZA, Utrecht, 2009 (http://www.nza.nl/7113/10118/84814/Advies_uitbreiding_B-segment_2011.pdf)
- ⁹⁹ <http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=1772>
- ¹⁰⁰ http://www.thisishealthways.com/downloads/Healthways_Fact_Sheet.pdf
- ¹⁰¹ Nederlandse Zorgautoriteit. Evaluatierapport Het PGB in de Zorgverzekeringswet. Utrecht, 2008
- ¹⁰² Brief van de minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 22 december 2008
- ¹⁰³ Schrijvers AJP. Tien theorieën om de snelheid van de verspreiding van zorginnovaties te verklaren. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Weten wat we doen; verspreiding van innovaties in de zorg. RVZ, Zoetermeer, 2005
- ¹⁰⁴ Lamaitre M en Meijer H. Web 2.0 tegen de armoede. Digitaal Bestuur, 16 september 2009 (<http://digitaalbestuur.nl/opinie/web-20-tegen-de-armoede>)
- ¹⁰⁵ De Mayo Clinic in de VS is een voorbeeld van een ziekenhuis dat sociale media inzet; zie onder meer: <http://www.mayoclinic.org/blogs/index.html>

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de web-site van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG. De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Publicaties RVZ vanaf 2007

- 10/02 Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie bij advies Gezondheid 2.0), februari 2010
- 10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, november 2009
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/15 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, achtergrondstudies bij advies, januari 2010
- 09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
- 09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatver-slag), januari 2009
- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008
- 08/12 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familie-verband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
- 08/09 Schaal en zorg: achtergrondstudies mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008

- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
- 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies, april 2008
- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
- 07/06 Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
- 07/05 Werkprogramma 2008, december 2007
- 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg (advies), oktober 2007
- 07/02 Vertrouwen in de arts (advies), mei 2007
- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies, mei 2007
- Sig 08/01a Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008
- Sig 07/02 Goed patiëntschap, februari 2008
- Sig 07/01 Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, maart 2007
- Sig 07/01a Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, oktober 2007

Publicaties CEG vanaf 2007

- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008
- Sig 07/04 Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (signalement), januari 2007
- Sig 07/03 Financiële stimulering van orgaandonatie (signalement), november 2007
- Sig 07/02 Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg (signalement), juli 2007

