

# Houdbare zorg en ondersteuning in tijden van crisis *Sustainable care in a time of crisis*

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



1 November 2013

**Prof.dr. Anna P. Nieboer**



*Erasmus*

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT  
GEZONDHEIDSZORG





# Houdbare zorg en ondersteuning in tijden van crisis

*Sustainable care in a time of crisis*

Prof.dr. Anna P. Nieboer

Rede

in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding  
van het ambt van bijzonder hoogleraar  
Sociaal-medische Wetenschappen  
aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen,  
Erasmus Universiteit Rotterdam, op vrijdag 1 november 2013

**Colofon**

Houdbare zorg en ondersteuning in tijden van crisis.  
Prof.dr. Anna P. Nieboer, 1 november 2013  
978-94-90420-51-2

Oplage / Circulation:  
750

Uitgever / Publisher:  
Marketing & Communicatie iBMG

Vormgeving & druk / Design & print:  
B&T Ontwerp en advies ([www.b-en-t.nl](http://www.b-en-t.nl))

# Houdbare zorg en ondersteuning in tijden van crisis

*Mijnheer de Rector Magnificus,  
Zeer gewaardeerde toehoorders,*

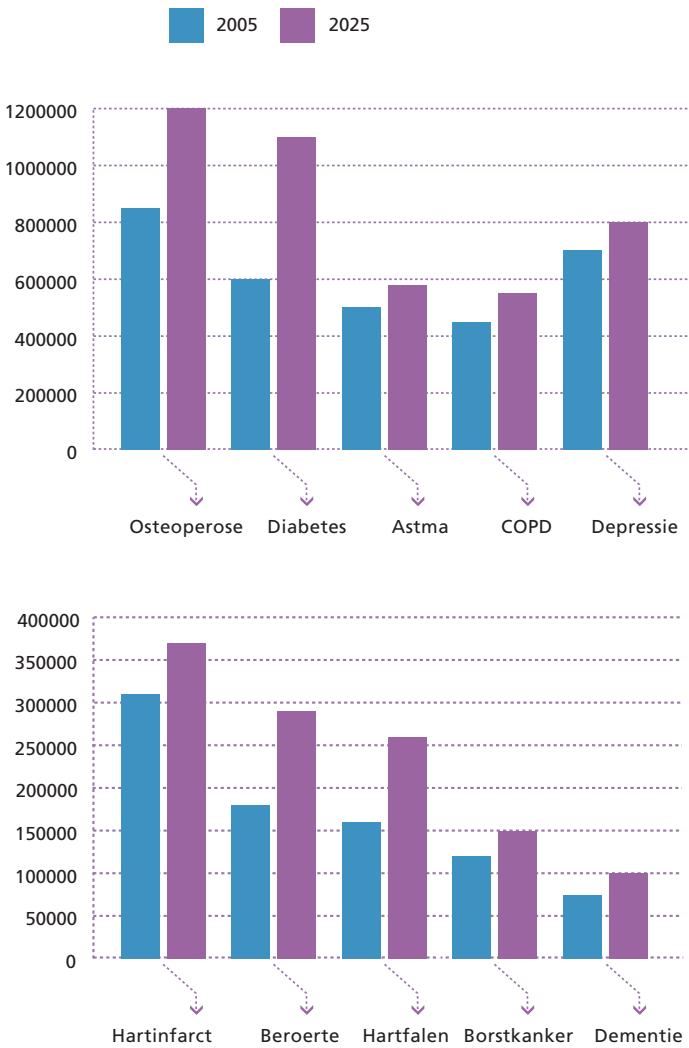
## De uitdaging \*

Mijn stelling is dat het ontwikkelen van een houdbaar zorgstelsel een aanpak vergt die traditionele, acute zorg overstijgt en aansluit bij behoeften en mogelijkheden van mensen. Wereldwijd is er sprake van vergrijzing, er zijn steeds meer mensen met –vaak meerdere– chronische aandoeningen en beperkingen. Deze veranderingen doen de vraag naar zorg en ondersteuning toenemen, terwijl publieke middelen beperkt zijn. Er is bovendien sprake van toenemende sociaal-economische ongelijkheid en daarmee gepaard gaande gezondheidsverschillen in veel landen in Europa.<sup>1,2</sup> Goede eerstelijnszorg blijkt deze sociaal-economische gezondheidsverschillen overigens wel te verkleinen en te resulteren in een betere volksgezondheid, maar brengt tegelijkertijd ook hogere kosten met zich mee.<sup>3</sup> Eén van de grootste uitdagingen voor de komende decennia is het ontwikkelen van een houdbaar zorgstelsel dat alle groepen binnen onze samenleving effectief bereikt.

Het is mijn ambitie om vanuit mijn leerstoel samen met mijn collega's van de sectie sociaal medische wetenschappen en met anderen initiërend en faciliterend te zijn in de zoektocht naar houdbare zorg die effectief is voor verschillende vaak kwetsbare groepen. Ik zal dat in deze rede nader motiveren en toelichten.

\* Ik ben dank verschuldigd aan Jane Cramm en Erik Schut voor hun nuttige commentaar op eerdere versies van deze rede.

Figuur 1. Aantal chronisch zieken in Nederland in 2005 en 2025



Bron: Rivm 2007. Vergrijzing en toekomstige ziektelast Prognose chronische ziekten prevalentie 2005-2025; Vrijhoef, H.J.M. (2010). Chronisch zieken hebben de toekomst. Inaugurale rede Universiteit van Tilburg.

## Veranderde zorgvraag

Op een totale bevolking van 16,5 miljoen mensen zijn er in Nederland meer dan 4,5 miljoen chronisch zieken. Bij 1,3 miljoen mensen (8%) is sprake van meer dan één chronische ziekte,<sup>4</sup> oftewel zogenaamde multimorbiditeit. Vooral onder ouderen komt multimorbiditeit vaak voor. Zo heeft bijna één op de drie 75-plussers meer dan één chronische ziekte zoals diabetes. Het lijkt alsof we in Nederland steeds zieker worden. Gezondheid is echter niet zozeer de afwezigheid van ziekte, maar juist ook de lichamelijke en geestelijke gesteldheid om de dingen te doen die we graag willen doen. Uit die optiek is de gezondheid van de Nederlanders de laatste jaren niet slechter geworden.<sup>5</sup> De levensverwachting is tussen 2003 en 2008 met meer dan twee jaar gestegen tot 78,3 jaar voor mannen en 82,3 jaar voor vrouwen. En de twee extra levensjaren die er recent zijn bijgekomen worden grotendeels in goede gezondheid doorgebracht. Wel blijken – zoals eerder aangegeven – steeds meer mensen één of meerdere ziekten te hebben en zal ook in de toekomst het aantal chronisch zieken toenemen.

Demografische veranderingen hebben niet alleen in Nederland maar wereldwijd vérstrekkende gevolgen voor de inrichting van zorgstelsels.<sup>6</sup> In 2060 zal door de toegenomen levensverwachting ongeveer 30% van de bevolking in Europa ouder zijn dan 65 jaar.<sup>7</sup> Deze hogere levensverwachting is een geweldige prestatie, maar brengt ook grote uitdagingen met zich mee. Door leeftijd-gerelateerde ziekten en beperkingen ervaren veel mensen een verslechtering van de gezondheid en kwaliteit van leven. Dit terwijl mogelijkheden om mensen zorg en ondersteuning te bieden onder druk staan door de economische crisis en maatschappelijke veranderingen waaronder een achteruitgang in het gemeenschapsleven.<sup>8</sup> Ik kom hier nog op terug.

### Wie is (on)gezond?

In totaal is zo'n 70% van de ervaren ongezondheid van mensen toe te schrijven aan het hebben van een chronische ziekte.<sup>9</sup> Indien er sprake is van multimorbiditeit, dan zijn de gevolgen alleen maar groter, met meer beperkingen en een lagere kwaliteit van leven. Multimorbiditeit komt overigens vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Daarnaast is een lage sociaal-economische status geassocieerd met het hebben van meer chronische aandoeningen.<sup>10</sup> Mensen met een lage sociaal-economische status ondervinden bovendien meer gevolgen van hun chronische ziekte.

Lager opgeleiden hebben meer gezondheidsproblemen en overlijden gemiddeld zelfs 6 tot 7 jaar eerder dan hoog opgeleide mensen. Dit verschil is nog veel groter als we kijken naar de als goed ervaren gezondheid; laagopgeleide mannen en vrouwen leven ongeveer 20 jaar minder in als goed ervaren gezondheid dan hoogopgeleide mannen en vrouwen.<sup>11</sup> Deze sociaal-economische verschillen in morbiditeit en levensverwachting doen zich in alle levensfasen voor. Alhoewel relatieve gezondheidsverschillen afnemen naarmate mensen ouder worden, nemen de absolute verschillen in gezondheid juist toe naarmate mensen ouder worden en zijn zelfs het hoogst bij de alleroudsten (90+).<sup>1</sup> Verder weten we dat een slechte gezondheid, chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen veel vaker voorkomen bij allochtonen dan bij autochtonen.<sup>12,13</sup> Het aantal mensen van 18-65 jaar dat de eigen gezondheid als slecht of zeer slecht ervaart is hoger onder allochtone dan onder autochtone Nederlanders. Vooral veel Turken en Marokkanen ervaren hun gezondheid als slecht of zeer slecht. De verschillen tussen allochtonen en autochtonen zijn significant ook als rekening wordt gehouden met het effect van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, burgerlijke staat en arbeidssituatie.<sup>14</sup> Deze verschillen worden dus slechts deels verklaard door verschillen in sociaal-economische status.<sup>15</sup>

De ervaren gezondheid is ook slechter naarmate mensen ouder worden. Van de 75-plussers voelt nog 59% van de mannen en 50% van de vrouwen zich goed of zeer goed gezond.<sup>16</sup> Binnen de groep ouderen is het verband met leeftijd echter zwak.<sup>17</sup> Andere factoren zoals opleiding, inkomen, burgerlijke staat en etnische achtergrond spelen hierbij een grotere rol. Zo blijken mannen met een lage sociaaleconomische status hun ambitieniveau lager te stellen als het om hun gezondheid gaat. Naarmate zij ouder worden ervaren zij hun gezondheid daardoor niet vaker als minder goed. Gescheiden mannen en vrouwen rapporteren relatief vaker dan gehuwden een slechtere ervaren gezondheid: ruim anderhalf tot tweeënhalf keer zo vaak als gehuwden. Alleenstaanden ervaren in vergelijking met samenwonenden ook een slechtere gezondheid.<sup>16</sup>

### **En kwaliteit van leven dan?**

Er blijken ook belangrijke verschillen te bestaan in kwaliteit van leven tussen mensen. Kwaliteit van leven houdt meer in dan alleen de ervaren gezondheid.<sup>18</sup> Het gaat dan bijvoorbeeld ook over de subjectieve beleving van leefomstandigheden en over de kwaliteit van onze sociale relaties. Ook in Europa wordt steeds meer aandacht besteed aan de kwaliteit van leven



van burgers en mogelijkheden om beleid in te zetten waardoor het welzijn van mensen verbetert. Resultaten van Europees onderzoek laten zien dat het welzijn van mensen sterk afhankelijk is van persoonlijke leefomstandigheden, hun gezondheid, het relatieve inkomen waarover zij beschikken, of zij een betaalde baan hebben en hun familieomstandigheden. Welzijn varieert ook met de leeftijd, waarbij juist jongeren en ouderen positiever zijn over hun leven dan mensen van middelbare leeftijd. De meest kwetsbare groepen in de samenleving – dat zijn werklozen en mensen met de laagste inkomens – hebben in de afgelopen jaren de grootste achteruitgang in subjectief welbevinden ervaren.<sup>19</sup> De opvallendste verandering als gevolg van de crisis tussen 2007 en 2009 is te zien in een teruggang in de algehele tevredenheid met het leven en met de levensstandaard. Er waren geen verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de mate van achteruitgang in levenssatisfactie. Er was echter wel een duidelijk verschil tussen ouderen en jongeren: bij mensen tussen de 18 en 34 jaar oud was de afname in levenssatisfactie één procent, terwijl deze afname vijf procent was bij ouderen.<sup>20</sup> Deze gevolgen van de crisis zullen nog groter zijn als we niet alleen financieel maar ook sociaal armer worden. Sociale relaties kunnen iemands kwaliteit van leven beschermen als leefomstandigheden, bijvoorbeeld door chronische ziekte, moeilijker worden.<sup>21</sup>

Chronisch zieken rapporteren een lagere kwaliteit van leven.<sup>22</sup>

De enorme toename van chronische ziekten<sup>23</sup> en de daarmee gepaard gaande verslechtering in ervaren gezondheid en kwaliteit van leven leidt tot een toenemende zorgvraag die bovendien ook complexer wordt. En dit in een tijd waarin de gevolgen van de crisis steeds zichtbaarder worden. De veelzijdige en complexe behoeften van chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met lichamelijke en psychische beperkingen nemen toe. Dit heeft noodzakelijkerwijs verregaande consequenties voor de inrichting van het zorgstelsel. Het afbrokkelen van professionele zorg en ondersteuning in tijden van krapte moet vooral gezien worden in het bredere perspectief van de mogelijk verstrekkende gevolgen die dit heeft voor de kwaliteit van leven bij de meest kwetsbare groepen.

## De inrichting van het zorgstelsel

Het *Institute of Medicine* beschrijft zes pijlers waar goede zorg op berust. Zorg moet *veilig* zijn, dat wil zeggen dat patiënten geen schade mogen

ondervinden van zorg die immers juist bedoeld is om hen te helpen. Ten tweede, de verleende zorg moet bewezen *effectief* zijn en vooral niet aangeboden worden aan patiënten die hier waarschijnlijk geen baat bij hebben. Ten derde, door rekening te houden met de behoeften en voorkeuren van patiënten is zorg *patiëntgericht*, alle klinische beslissingen moeten in overeenstemming zijn met de waarden van de patiënt. Ten vierde, de zorg moet *tijdig* geleverd worden. Ten vijfde, er moet sprake zijn van *efficiency* dus geen verspilling van menskracht of apparatuur. En ten slotte, de zorg moet *toegankelijk* zijn voor iedereen, dus onafhankelijk van of je vrouw of man bent, waar je woont, of je allochtoon of autochtoon bent, en wat je sociaal-economische status is.

Een zorgstelsel met deze pijlers als fundament beoogt tegemoet te komen aan de steeds complexere behoeften van patiënten. De verleende zorg is dan veiliger en betrouwbaarder, meer geïntegreerd, beter beschikbaar en bestrijkt het hele palet van preventieve, acute en chronische zorg.<sup>24</sup> Het ontwerp van een zorgstelsel dat dit alles in zich heeft brengt echter grote uitdagingen met zich mee. Het vergt zowel herontwerp van het zorgproces, effectief gebruik van informatietechnologie, zorg die bewezen effectief is, uitgevoerd door échte teams waarbij sprake is van coördinatie van zorg ook bij meerdere aandoeningen, tussen verschillende zorgverleners, tussen organisaties en door de tijd heen. Bovendien moet het ingebed zijn in een samenleving waarin ook lokaal hulp en zorg aan elkaar wordt gegeven. De overheid en de markt slagen er nog onvoldoende in om overconsumptie en inefficiënties in het zorgstelsel op te lossen – er is sprake van overheids- én marktfalen – met als reactie dat er in Nederland steeds meer verwacht wordt van familie, vrienden en de lokale gemeenschap.

### **Kwaliteit van zorg**

In de praktijk wordt de verscheidenheid aan problemen waar een patiënt mee worstelt echter vaak sterk gefragmenteerd benaderd.<sup>25</sup> De kwaliteit van zorg is in veel gevallen niet optimaal. Gebrek aan samenwerking tussen verschillende zorgverleners, mede veroorzaakt door een gefragmenteerde organisatie en bekostiging van chronische zorg, waren de aanleiding voor de introductie van een nieuwe organisatie- en bekostigingsstructuur voor chronische zorg.<sup>26,27</sup> Voor diabetes is er ondertussen een vrijwel landelijk dekkend netwerk van zorggroepen, waarin huisartsen samenwerken met onder andere praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten, internisten en oogartsen. Dit geldt nog in mindere mate

voor COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) en in beperkte mate voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Er zijn aanwijzingen dat integrale bekostiging de organisatiekracht in de eerste lijn versterkt en dat er veel winst is te behalen door het verbinden van eerste- en tweedelijnszorg. Een belangrijke boodschap in het eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging<sup>28</sup> is echter dat integrale bekostiging van afzonderlijke aandoeningen niet de gewenste eindsituatie is, maar veeleer als een tussenstap naar populatie-gerichte bekostiging moet worden gezien. Oftewel, bekostiging die integraal is op het niveau van patiënten. Financiering van een ziekteoverstijgende aanpak bij zorggroepen die gericht is op de patiënt als geheel en daarmee enerzijds gericht is op preventie in de eerstelijnszorg en delen van de tweedelijnszorg, maar anderzijds ook gericht is op preventie voorafgaand aan het hebben van een aandoening. Er valt nog veel te winnen als meer geïnvesteerd wordt in preventie.<sup>5</sup> Preventie kan de voorspelde kostenstijging in de gezondheidszorg op korte termijn verminderen,<sup>29</sup> maar deze besparingen worden op langere termijn ongedaan gemaakt door de stijgende kosten van uitgestelde en vervangende ziekten zoals dementie.<sup>30</sup>

### **Complexe behoeften**

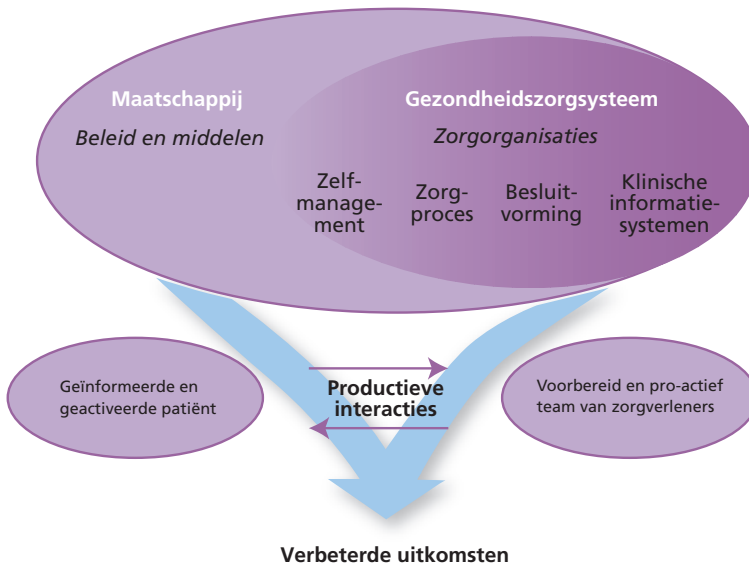
Ons huidige zorgstelsel is niet goed ingericht op de complexe behoeften van vaak oudere patiënten met multi-problematiek.<sup>31,32</sup> Juist patiënten met complexe problemen hebben behoefte aan uitstekende, integrale zorgverlening. Dit vereist echter multidisciplinaire samenwerking.<sup>33-36</sup> Er zijn helaas veel voorbeelden te geven van slechte multidisciplinaire samenwerking tussen professionals. Slechte communicatie kan leiden tot gebrek aan wederzijds respect, elkaar de schuld geven als er iets misgaat, en een gesegmenteerde in plaats van interdisciplinaire aanpak.<sup>37</sup> Als de zorg onvoldoende is afgestemd op de sociale, fysieke en cognitieve problemen van patiënten en de gevolgen die aandoeningen en de behandeling ervan hebben voor de patiënt leidt dit tot functieverlies en een verslechtering van de kwaliteit van leven.<sup>38</sup> Er zijn echter ook positieve voorbeelden, zoals een diseasemanagement aanpak bij chronisch zieken en het verbeteren van transitiezorg van chronisch zieke adolescenten.

### **Diseasemanagement**

Samen met collega's heb ik de afgelopen jaren het in 2008 gestarte ZonMw-programma Diseasemanagement Chronische Ziekten (DMCZ) mogen evalueren. Dit programma had als doel de toename van chronische ziekten

af te vlakken, complicaties en comorbiditeit te voorkomen of uit te stellen, en kwaliteit van leven en regie over de eigen gezondheid van chronisch zieken te bevorderen. 'Diseasemanagement' is een brede programmatische aanpak met een sluitende keten van diagnostiek, behandeling en begeleiding, inclusief preventie, vroegopsporing en zelfmanagement. Deze integrale aanpak, vastgelegd in multidisciplinaire zorgstandaarden, wordt georganiseerd rond de patiënt en diens omgeving. De patiënt krijgt een actieve regierol toebedeeld, waarin een voortdurende dialoog tussen patiënt en zorgverleners centraal staat. Diseasemanagement vergt een passende management- en financieringsstructuur en innovatieve bedrijfsvoering.<sup>39,40</sup> Om dit te bewerkstelligen bij de 22 deelnemende praktijkprojecten is hierbij gebruik gemaakt van Ed Wagner's chronische zorgmodel.<sup>41</sup>

Figuur 2. Het chronische zorgmodel



Het chronische zorgmodel is ontworpen om de kwaliteit van integrale zorg door de tijd heen te verbeteren.<sup>41</sup> Goed functionerende teams van professionals met verschillende achtergronden passen de principes van het chronische zorgmodel toe in hun dagelijkse werkpraktijk. Het model bestaat uit zes onderling samenhangende onderdelen die samen de kwaliteit van chronische zorgverlening bepalen. Huisartsenpraktijken die de principes van disease management toepassen ondersteunen zelfmanagementvaardigheden van chronische patiënten door educatie, leefstijlprogramma's, en het versterken van de vaardigheden van patiënten zoals het vertrouwen in eigen kunnen (1), herontwerpen het zorgproces (2), maken gebruik van beslissingsondersteuning zoals zorgstandaarden en klinische richtlijnen (3), en implementeren informatiesystemen om de communicatie en onderlinge afstemming tussen professionals te verbeteren, betere beslissingen te kunnen nemen en feedback te geven op basis van de beschikbare informatie én om de effectiviteit van zorg voor individuele patiënten beter te kunnen monitoren (4). Deze vier dimensies van chronische zorg in de eerste lijn – zelfmanagementondersteuning, beslissingsondersteuning, organisatie van zorg, en klinische informatiesystemen – zijn ingebed in de bredere context van het gezondheidszorgsysteem dat in positieve of negatieve zin van invloed is op het verbeteren van de chronische zorg (5) en de omringende gemeenschap die meer of minder ondersteunend kan zijn (6).

Op basis van onze onderzoeksresultaten blijkt dat implementatie van disease management programma's leidt tot betere kwaliteit van zorg, tot betere patiëntervaringen en tot verbeteringen in gezondheidsgedrag bij chronisch zieke patiënten.<sup>35,42,43</sup> Voor disease management programma's die zich richten op patiënten die er ernstiger aan toe zijn – zoals hartfalen patiënten, patiënten met een ernstigere vorm van COPD (GOLD 3-4) en patiënten met co-morbiditeit – blijkt het overigens wel lastiger om betere resultaten te behalen. Mogelijk sluit een disease management programma in de eerste lijn minder goed aan bij deze groep patiënten en zijn zij meer gebaat bij case management of tweedelijnszorg. Wel blijken de ervaringen van patiënten positiever te zijn naarmate disease management programma's er beter in slagen alle verschillende elementen van het chronische zorgmodel te implementeren. Over het geheel genomen hebben de praktijkprojecten geleid tot belangrijke veranderingen in de zorg voor chronische patiënten. Zowel op het vlak van de organisatie van zorg (waaronder taakherschikking van arts naar verpleegkundige en zorgsubstitutie van de tweede naar de eerste lijn), beslistkundige ondersteuning (door protocollen, zorg-

standaarden, en scholing), ICT (implementatie van een Keten Informatie Systeem (KIS) eventueel met patiënten portal), en zelfmanagement-ondersteuning (door spiegelgesprekken en motiverende gespreksvoering). Het gaat om structurele verbeteringen in kwaliteit van zorg die zelfs aan effect winnen door de tijd heen. Waarbij kwaliteitsverbetering in het eerste én tweede jaar van de implementatie van het diseasemanagement programma er bovendien voor zorgt dat het beter lukt om de nieuwe manieren van werken vast te houden.<sup>44</sup>

Een dergelijke diseasemanagement aanpak met interventies gericht op de patiënt, professional en organisatie van zorg blijkt niet alleen de kwaliteit van zorg voor de chronisch zieke patiënt te verbeteren. Ook de multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende professionals wordt beter. Een betere multidisciplinaire samenwerking tussen professionals verbetert vervolgens ook de kwaliteit van zorg.<sup>35</sup> Het is evident dat een houdbaar zorgstelsel goede multidisciplinaire samenwerking vereist.

### **Transitiezorg voor adolescenten**

Een tweede voorbeeld betreft verbetering van de transitie van chronisch zieke adolescenten van de pediatrie naar de volwassenenzorg. De vooruitgang in de medische technologie heeft geresulteerd in een aanzienlijk betere prognose voor patiënten met chronische aandoeningen, waardoor het ook steeds waarschijnlijker is dat chronisch zieke kinderen de adolescentie of de volwassen leeftijd bereiken.<sup>45</sup> Dit heeft op zijn beurt een hoger aantal adolescenten met chronische aandoeningen tot gevolg,<sup>46</sup> en er is aandacht gekomen voor de transitie van de pediatrie naar de volwassenenzorg. Deze transitie wordt gedefinieerd als 'de doelgerichte, geplande overgang van adolescenten en jongvolwassenen met chronische aandoeningen van de pediatrie naar de volwassenenzorg'.<sup>47</sup>

Het uiteindelijke doel van de transitie is om te komen tot ononderbroken, goed gecoördineerde, bij de ontwikkeling passende en geïntegreerde zorgverlening, afgestemd op de medische, psychosociale en onderwijs- en beroepsgerichte behoeften van adolescenten.<sup>47,48</sup>

Deze transitie is vaak slecht georganiseerd, met negatieve gevolgen voor de gezondheid en kwaliteit van leven van adolescenten.<sup>48</sup> Naarmate jongeren naar de volwassenheid groeien en hun medische en persoonlijke behoeften veranderen, is het zaak dat ze zorg ontvangen die past bij de leeftijd en dat rekening wordt gehouden met deze behoeften; op deze manier kunnen

ze een goede kwaliteit van leven behouden.<sup>49</sup> Om de kloof te dichten tussen pediatrische en volwassenenzorg zijn speciale transitieprogramma's ontwikkeld.

De transitiezorg dient zo ingericht te zijn dat het proces vloeiend en zonder onderbrekingen verloopt en leidt tot maximale kwaliteit van leven op de volwassen leeftijd.<sup>50</sup> Men kan adolescenten zich bijvoorbeeld laten voorbereiden op deze overgang door het formuleren van individuele doelen in een persoonlijk plan of door het trainen van zelfmanagementvaardigheden tijdens consulten met de dokter zonder dat de ouders daarbij aanwezig zijn. Een andere mogelijkheid is een consult waarbij zowel de kinderarts als een medisch specialist uit de volwassenenzorg aanwezig is.

In het kader van onze evaluatie van het transitieprogramma 'Op Eigen Benen Vooruit!' hebben wij een aantal belangrijke verbeteringen in de zorg waargenomen.<sup>51</sup> Het programma had als doel innovatieve interventies in de transitiezorg voor chronisch zieke adolescenten te ontwikkelen en te implementeren, volgens de verbeter- en implementatiestrategie van de 'doorbraakmethodiek'. In dit programma werkten verbeterteams van verschillende organisaties samen om binnen een jaar tijd aanzienlijke verbeteringen te bewerkstelligen. De verbeterteams bestonden meestal uit vier of vijf zorgverleners uit zowel de pediatrische als de volwassenenzorg, met aan het hoofd een projectleider. Deze werden uitgenodigd voor een viertal landelijke werkconferenties met workshops en sessies waarin vragen konden worden gesteld aan andere teams en aan deskundigen op het terrein van transitiezorg. Een aantal programmamanagers verzorgde trainingen en onderwijs over verbetermethoden, deelde kennis over transitiezorg en fungeerde als adviseurs. De verbeterteams ontwikkelden en implementeerden hun interventies onder leiding van de programmamanagers. Elk team kreeg de beschikking over een toolkit met interventies ([www.opeigenbenen.nu](http://www.opeigenbenen.nu)), zoals een individueel zelfmanagementplan, beschikbaarheid van een transitiecoördinator en een transitieprotocol. De teams dienden bij hun keuze rekening te houden met hun eigen patiëntengroep en de lokale context.

Na een jaar bleek de kwaliteit van transitiezorg inderdaad verbeterd te zijn. Zorgverleners gaven aan dat deelname aan het Actieprogramma hen geholpen heeft om de samenwerking tussen kinder- en volwassenenzorg te verbeteren, gezamenlijk te werken aan een gedeelde visie en beleid rondom

transitiezorg en de overdracht beter te organiseren. Jongeren ervaren dat er meer aandacht is voor niet-medische onderwerpen in de spreekkamer, hebben meer vertrouwen in eigen kunnen en worden zelfstandiger in de spreekkamer. Ouders bevestigen deze bevindingen. Ook op de langere termijn zetten deze verbeteringen door. Het onderzoek laat zien dat grotere tevredenheid met de zorg, en daarmee een betere kwaliteit van leven, kan worden bereikt door de zorgverlening af te stemmen op de individuele behoeften van de patiënt en door zorgverleners een grotere ondersteunende rol te geven met aandacht hiervoor.<sup>52</sup> Ook een proactieve opstelling van de jongere zelf blijkt tot een betere kwaliteit van leven te kunnen leiden. Het uitvoeren van interventies kan duidelijk bijdragen aan een betere organisatie en coördinatie van transitiezorg waardoor adolescenten zich beter kunnen voorbereiden op volwassenenzorg. Door op basis van gesignaleerde knelpunten specifieke doelen te formuleren is het mogelijk transitiezorg voor adolescenten met chronische aandoeningen te verbeteren. Net als bij de eerder besproken diseasemanagement aanpak is de inzet van verschillende zorgverleners én patiënten nodig om tot kwaliteitsverbetering te komen. En ook teamwerk blijkt opnieuw cruciaal om structurele systeemveranderingen door te voeren.<sup>53</sup>

### **Interdisciplinaire samenwerking in multidisciplinaire teams**

Dus zorg voor patiënten met complexe problemen vereist teamwerk. Multidisciplinaire teams van professionals met ieder hun eigen expertise die samenwerken om integrale zorg te bieden (multidisciplinaire samenwerking). Maar dat is niet genoeg. Patiënten met complexe problemen hebben eigenlijk een team van professionals nodig met overlappende professionele rollen, die samen communiceren en tot onderlinge afstemming komen in de zorg voor hun patiënt en samen problemen oplossen en besluiten nemen,<sup>54</sup> oftewel waar binnen het team ook sprake is van interdisciplinaire samenwerking.

We weten dat interdisciplinaire samenwerking tot stand komt in goed voorbereide, proactieve multidisciplinaire teams<sup>34,35,55</sup> en dat goed functioneren binnen deze samenwerking van belang is voor de houdbaarheid van zorginnovaties.<sup>56</sup> Maar we weten nauwelijks wat er voor nodig is om dergelijke teams te ontwikkelen.<sup>57</sup> Jody Hoffer Gittel <sup>37</sup> heeft laten zien dat relationele coördinatie met als doel taakintegratie een belangrijke voorspeller is van kwaliteit van zorg. Er moet sprake zijn van goede onderlinge communicatie en professionals moeten dezelfde doelen



hebben, kennis met elkaar delen en elkaar wederzijds respecteren. Zo heeft Jacqueline Hartgerink in haar onderzoek naar de kwaliteit van integrale zorg voor kwetsbare ouderen in het ziekenhuis laten zien dat die beter is als er sprake is van frequente communicatie van hoge kwaliteit, op basis van gedeelde doelen, gedeelde kennis en wederzijds respect.<sup>33</sup> Op de afdeling Geriatrie zag zij bijvoorbeeld betere relationele coördinatie en kwaliteit van integrale zorg dan op de andere afdelingen in het ziekenhuis.

Tot dusver is er echter nog maar weinig bekend over wat er precies in de samenwerking gebeurt waardoor de kwaliteit van (integrale) zorg al of niet verbetert. Als we weten wat de onderliggende mechanismen zijn en onder welke condities multidisciplinair teamwerk tot stand komt, hebben we betere aanknopingspunten om de zorg te verbeteren. Zo blijkt naast relationele coördinatie ook situationeel bewustzijn van belang te zijn voor betere integrale zorgverlening. Als professionals van uiteenlopende disciplines er beter in slagen informatie uit te wisselen zijn zij zich beter bewust van de situatie van de patiënt, en naarmate de zorg meer patiëntgericht georganiseerd is, is de kwaliteit van zorg ook beter. Verder zijn het team en de organisatie waarin de professionals werken van invloed op de kwaliteit van zorg. De organisatie moet interne communicatie tussen professionals bevorderen en daadwerkelijk een multidisciplinaire setting bieden waarin de zorg verleend wordt.<sup>58</sup>

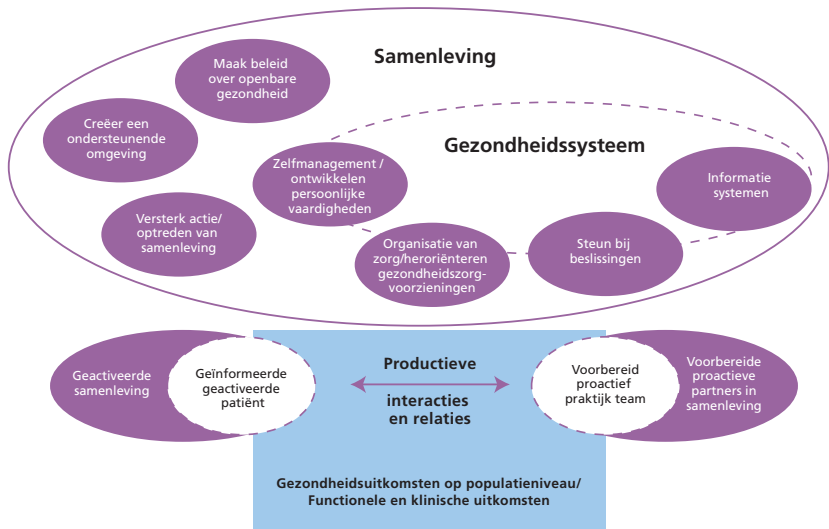
In haar boek *Transforming relationships*<sup>59</sup> beschrijft Jody Hoffer Gittel een aanpak waarin zij relationele transformatie combineert met structurele transformatie en transformatie van het werkproces om tot houdbare organisatieverandering te komen. Dit sluit aan bij het chronische zorgmodel van Ed Wagner dat eveneens uitgaat van structurele systeemveranderingen, herontwerp van het zorgproces en co-productie van zorg door de zorgverlener en patiënt. De rol van de patiënt wordt later nog uitgebreid besproken als ik het ga hebben over de betekenis van patiëntgerichte zorg, maar eerst wil ik het hebben over het uitgebreide chronische zorgmodel van Barr en collega's<sup>60</sup> waarin ook aandacht is voor de invloed van de gemeenschap op de effectiviteit van zorg en kwaliteit van leven van burgers.

### **Het belang van de gemeenschap**

Het uitgebreide chronische zorgmodel neemt betrokkenheid van mensen zelf als uitgangspunt bij het optimaliseren van voorzieningen en het verbeteren van de volksgezondheid. Vroegtijdige herkenning van klachten

en effectief zelfmanagement hebben een positieve invloed op beperkingen en kwaliteit van leven van burgers. Zelfmanagement en het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden zijn dan ook – evenals in het oorspronkelijke chronische zorgmodel – een belangrijk onderdeel.

Figuur 3. Het uitgebreide chronische zorgmodel



Bij het uitgebreide chronische zorgmodel gaat het echter niet alleen om klinische en functionele uitkomsten maar om ondersteuning op alle terreinen: preventie, care, cure, welzijn, en wonen. Het gaat niet alleen om herontwerp van het zorgproces maar om een bredere *heroriëntatie van voorzieningen* zoals van verschillende zorg- en welzijnsvoorzieningen. Steeds staat de kwaliteit van leven van mensen voorop en niet de eventuele ziekte of beperkingen.

Hulpverleners worden ondersteund in hun besluitvorming om de best mogelijke zorg en ondersteuning te bieden, en ook leken worden ondersteund in hun besluitvorming om beter om te gaan met gevolgen van ziekte of beperkingen bij anderen en bij zichzelf. Dit kan helpen om tot betere keuzes te komen die gezond zijn bevorderen. Zo kunnen screening en preventie worden ingezet om dreigend (verder) verlies aan kwaliteit van leven tegen te gaan. Ook multidisciplinaire zorg- en ondersteuning biedt feitelijk *steun bij beslissingen* door het uitwisselen van informatie en onderling overleg tussen betrokkenen.

Inzet van *informatiesystemen* is van belang voor het uitwisselen van informatie tussen hulpverleners maar ook om inzicht te krijgen in de behoeften van kwetsbare mensen in de gemeenschap. Door de sociale en economische context te kennen waarin professionals van verschillende organisaties hun werk doen kan beter ingespeeld worden op deze behoeften.

Voor *volksgezondheidsbeleid* zijn complementaire strategieën nodig waaronder wetgeving, fiscale maatregelen, belastingen en organisatieverandering. Gezien de verantwoordelijkheid van de overheid voor een houdbaar stelsel zal zij beleid moeten formuleren dat op consistente wijze bijdraagt aan goede, toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning. Hierin staat zij echter niet alleen. Voor een houdbaar stelsel wordt een groter beroep gedaan op familie, vrienden en de lokale gemeenschap.

De sociale omgeving van mensen kan ziekmakend werken of juist de gezondheid bevorderen<sup>61</sup> en daarmee de toenemende vraag naar voorzieningen mogelijk deels compenseren. Er is veel bekend over het belang van sociale steun voor de kwaliteit van leven en gezondheid van mensen.<sup>62,63</sup> Een *ondersteunende* omgeving verwijst naar een situatie waarin leefomstandigheden veilig, stimulerend, comfortabel en plezierig zijn. Hiervoor is een gemeenschap nodig die bestaat uit persoonlijke, langdurige relaties, waarin mensen niet alleen daadwerkelijk hulp uitwisselen, maar elkaar ook het gevoel geven dat ze op elkaar kunnen rekenen als dat nodig is. Het is een kring van wederkerigheidsrelaties, maar dan wordt met wederkerigheid niet 'gelijk oversteken' bedoeld, maar veel meer een bereidheid om met elkaar rekening te houden en bij te springen als dat nodig is; er is sprake van onderlinge solidariteit.<sup>64</sup>

Met het versterken van sociale relaties in de gemeenschap kan bovendien sociaal-economische ongelijkheid worden tegengegaan.<sup>65</sup>

In een samenleving met te weinig sociale cohesie is sprake van sociale wanorde en conflicten, botsende normen en waarden, sociale ongelijkheid, geringe sociale interacties binnen en tussen verschillende gemeenschappen en een gebrek aan betrokkenheid bij de eigen buurt. Het is echter niet zo dat er de afgelopen decennia sprake is van een dramatische achteruitgang in gemeenschap; activiteiten in de buurt blijven voor veel mensen van belang.<sup>66</sup> Een belangrijke verandering is wel dat contacten buiten de buurt steeds belangrijker worden en dat deze ook steeds verder af staan van lokale interacties. Mensen zijn zowel binnen als buiten de buurt sociaal actief, maar het gaat om heel verschillende werelden. Ouderen en mensen die geen betaalde baan hebben laten overigens juist weinig verandering zien in de activiteiten die zij ondernemen in de buurt en zijn duidelijk meer aangewezen op hun contacten in de buurt.<sup>67</sup>

Er zijn overigens veel buurten waar buurtbewoners relatief weinig betrokken zijn bij hun buurt, maar die toch zeer leefbaar zijn omdat mensen geen last van elkaar hebben, zich veilig voelen, en hun fysieke leefomgeving goed onderhouden. Als er sprake is van een gebrek aan leefbaarheid wordt samenwerking tussen buurtbewoners een belangrijke voorwaarde voor verbetering. Maar juist in achterstandswijken komt dit minder makkelijk tot stand; men is vaak niet goed in staat om de situatie zelf te verbeteren, gezamenlijk op te trekken en te vertrouwen op de mogelijkheden om samen de verslechterde leefsituatie te veranderen.<sup>8</sup>

Het laatste onderdeel van het uitgebreide chronische zorgmodel betreft dan ook het *versterken van de gemeenschap*. Burgers zelf maar ook welzijn- en zorgprofessionals kunnen een belangrijke rol spelen in het mobiliseren van mensen in buurten en het versterken van formele én informele netwerken. Door aan een gezamenlijk doel te werken en onderling af te stemmen kunnen zij actie ondernemen bij lokale problemen.<sup>68</sup> Een voorbeeld van een initiatief in Nederland om kwetsbare burgers te ondersteunen en lokale netwerken te versterken is het herstel van de historische rol van de wijkverpleegkundige.<sup>69</sup> Door bij mensen thuis hun problemen te inventariseren en ondersteuning te bieden wordt de ontwikkeling van beperkingen en chronische aandoeningen vertraagd en de kans op opname in een verpleeghuis kleiner.<sup>70</sup> Deze wijkverpleegkundigen – Zichtbare

Schakels genoemd – versterken de samenwerking tussen professionals uit verschillende disciplines, wat leidt tot verbeterde zorgverlening aan kwetsbare groepen in de samenleving.<sup>71</sup> Zij bieden ondersteuning, preventieve educatie, stemmen verschillende voorzieningen op elkaar af en voorkomen onnodig zorggebruik.<sup>71,72</sup> De ervaringen van kwetsbare burgers met de geboden zorg en ondersteuning zijn positiever<sup>71</sup> en de mate van zelfredzaamheid en kwaliteit van leven verbeterd.<sup>73</sup> Deze aanpak sluit aan bij het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg<sup>29</sup> dat zorgverleners meer moeten gaan samenwerken in multidisciplinaire teams op wijkniveau. Tegelijkertijd zien we in ons onderzoek naar nieuwe vormen van integrale zorg en ondersteuning in de wijk dat deze multidisciplinaire samenwerking vaak moeizaam van de grond komt.<sup>74-76</sup>

### **Een integrale wijkaanpak**

Door de dubbele vergrijzing en noodzaak van kostenbesparing in de zorg wordt steeds meer een appèl gedaan op ondersteuning van ouderen door informele netwerken. Belangrijke reden voor de toename van zorg en ondersteuning blijkt een achteruitgang in de omvang van het sociale netwerk van ouderen. Het is daarom belangrijk om het sociale netwerk van ouderen in de gaten te houden en deze ouderen op andere manieren te ondersteunen, bijvoorbeeld door buurt- of welzijnswerk. Hierdoor kan de instroom van deze groep ouderen in de AWBZ worden beperkt.<sup>77</sup> Bovendien willen vrijwel alle ouderen zelf ook zo lang mogelijk zelfstandig blijven leven in hun eigen buurt. Een sterk ondersteunend netwerk is een belangrijke voorwaarde om dat doel te bereiken. In Rotterdam is sinds mei 2011 het project 'Even Buurten' actief waarin professionals uit zorg en welzijn via een integrale wijkaanpak proberen de sociale netwerken rondom thuiswonende ouderen te versterken. Dit met als doel om (vroeg)signalering mogelijk te maken en concrete hulp en ondersteuning te bieden aan kwetsbare ouderen. Uitgangspunt hierbij is de wens van de oudere zelf, wat hij of zij zelf nog kan doen, zolang met ondersteuning uit het informele netwerk en – pas als dat niet voldoende blijkt te zijn – professionele ondersteuning.

Het succes van een wijkgerichte aanpak als Even Buurten is sterk afhankelijk van een integraal formeel én informeel ondersteunend netwerk in de buurt, waarbij partners op het gebied van preventie, cure, care, welzijn en wonen goed met elkaar samenwerken van signalering tot zorgverlening. Helaas blijkt de zo noodzakelijke samenwerking binnen het formele en tussen het formele en informele netwerk vaak nog onvoldoende van de grond te

komen. Hoewel professionals het belang van het informele netwerk rondom ouderen onderschrijven, zijn zij tegelijkertijd terughoudend in het betrekken van dit netwerk bij de ondersteuning van kwetsbare ouderen. De samenwerking tussen professionals van verschillende organisaties is ook niet vanzelfsprekend (zoals tussen zorg en welzijn). Hoewel professionals veel waarde hechten aan de behoeften en het welzijn van de kwetsbare ouderen, geven zij tegelijkertijd aan dat de (financiële) belangen van de organisatie samenwerking in de weg staan. Even Buurten en gelijksoortige initiatieven in de wijk kunnen bijdragen aan het wegnemen van concurrentiegevoelens tussen organisaties doordat financiële schotten tussen organisaties worden weggenomen. Wijkgerichte aanpakken als Even Buurten zijn echter vaak afhankelijk van tijdelijke financiering waardoor de opgebouwde wijknetwerken niet worden geborgd. Door de financiering op structurele wijze meer wijkgericht en sectoroverstijgend te organiseren, wordt samenwerking tussen professionals mogelijk meer afgedwongen. Gezien de hervorming van de langdurige zorg waarbij lichtere vormen van langdurige zorg uitgevoerd worden door gemeenten, ligt wijkgerichte financiering binnen het kader van de WMO het meest voor de hand. Hierbij kunnen – op wijkniveau – afspraken worden gemaakt over de werkwijze en te behalen resultaten. Medische zorg zoals verpleging valt straks onder de reguliere zorgverzekering. Dus ook verzekeraars hebben belangstelling voor populatie gebonden bekostiging in hun werkgebied om het samenspel tussen de eerste lijn, tweede lijn, revalidatie- en thuiszorg te verbeteren en kosten te besparen. Wijkgerichte financiering kan een gedeelde verantwoordelijkheid voor het welzijn van ouderen (of andere (kwetsbare) groepen) stimuleren, waarbij samenwerking met zowel andere professionals als informele ondersteuners beter tot zijn recht komt. Een houdbaar zorgstelsel komt namelijk alleen tot stand wanneer alle betrokkenen zich hiervoor inzetten en burgers zich meer bewust zijn van hun verantwoordelijkheid als medeproducent.<sup>78</sup> Veelbelovend is de toegenomen onderlinge solidariteit tussen mensen in wijken in Rotterdam die wij zagen. Ook gaf 22% van de ouderen aan regelmatig anderen in de buurt te helpen. De roep om een zogenaamde participatie samenleving lijkt een echo van een ontwikkeling die al gaande is – mensen zoeken steun in informele netwerken omdat zij minder vertrouwen hebben in de beschermende rol van de overheid of de sturende (onzichtbare) hand van de markt.

## Preventie

Als medeproducent van een houdbaar stelsel ben je in staat om preventief je eigen gezondheid en kwaliteit van leven te managen. Naarmate het ons beter lukt om goed voor ons zelf te zorgen, gezond te eten, niet te roken en voldoende te bewegen, en naarmate wij betere zelfmanagers zijn die onze sociale relaties onderhouden is onze gezondheid en kwaliteit van leven ook beter.<sup>79-82</sup> Om met schaarse publieke middelen zo veel mogelijk gezondheidswinst te bereiken, is er steeds meer behoefte aan preventieve maatregelen die betrokkenheid van burgers bij hun eigen gezondheid vergroten en verbetering van leefstijl ondersteunen.

Het gaat namelijk niet in alle opzichten goed met de volksgezondheid in Nederland. Zo stijgt de levensverwachting van vrouwen wel, maar blijft deze toch nog behoorlijk achter bij andere landen.<sup>5</sup> De levensverwachting van Nederlandse vrouwen is 82,3 jaar en ligt daarmee nog maar net boven het gemiddelde in de Europese Unie. De levensverwachting van Nederlandse mannen behoort wel tot de hoogste van Europa. Alhoewel de levensverwachting stijgt, neemt het aantal Nederlanders met één of meerdere chronische ziekten toe.

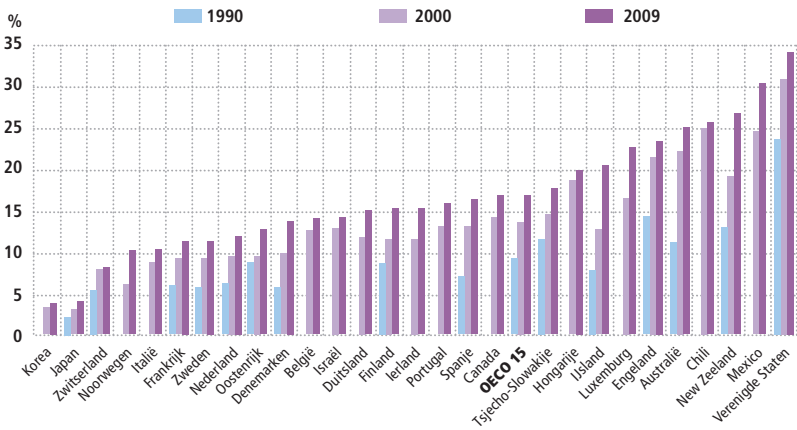
De meest voorkomende chronische aandoeningen hebben veel te maken met ongezond gedrag van mensen. Aandacht voor leefstijl en gezondheidsbevordering is dan ook van belang voor het voorkomen van ziekte. Het veranderen van leefstijl is echter niet gemakkelijk. Burgers zijn vrij in de keuzes die zij maken. Een drang of plicht tot gezondheid tast deze persoonlijke vrijheid aan. In hoeverre preventieve maatregelen als gepast of ongepast worden gezien hangt af van de afweging tussen individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid zoals bij het rookverbod in horecagelegenheden. Er zijn echter maar weinig interventiemethoden waarvan het effect is bewezen. Als er al sprake is van gedragsverandering, is vaak nog onzeker of het uiteindelijke doel – het verbeteren van de volksgezondheid – erop vooruitgaat of niet. Een extra complicerende factor hierbij is de institutionele omgeving van gezondheidsbevordering die zich kenmerkt door verticale decentralisatie en horizontale fragmentatie. Enerzijds zijn er landelijke doelen en speerpunten, anderzijds is er geen hiërarchische lijn om deze doelen te realiseren. De urgentie van preventie wordt steeds breder gevoeld, maar er zijn heel veel spelers die verschillende afwegingen maken. Er is bijvoorbeeld geen landelijke standaard voor het

takenpakket van de GGD's op het terrein van de gezondheidsbevordering. En door de decentralisatie naar de gemeenten wordt het gezondheidsbeleid een onderdeel van de lokale politiek met haar eigen doelen en afwegingen.<sup>5</sup> Terwijl in tijden van crisis het belang van preventie om zorg houdbaar te maken steeds groter wordt.

### Leefstijl en gezondheidsgedrag

De trends in ongezonde leefgewoonten zijn weliswaar gestabiliseerd, maar het niveau waarop deze zich bevinden is nog veel te hoog. Het terugdringen van ongezonde leefgewoonten stagneert, vooral onder laag opgeleiden. Voorlichtingscampagnes ten spijt neemt het aantal probleemdrinkers en drugsmisbruikers niet af, en dat zelfde geldt voor het aantal Nederlanders met (ernstig) overgewicht. Nog steeds is 40 tot 50 % van de Nederlanders te zwaar. Eén op de negen Nederlanders kampt zelfs met ernstig overgewicht. En deze trend doet zich wereldwijd voor.

Figuur 4. Percentage mensen met overgewicht van 1990 tot 2009





Niet alleen volwassenen hebben overgewicht. Onder 2- tot 9-jarigen is één op de zeven te zwaar. En ook deze trend laat zich wereldwijd zien. Wim Labree heeft in een overzichtsstudie laten zien dat in de meeste Europese landen vooral kinderen met een allochtone achtergrond een verhoogd risico hebben op overgewicht.<sup>83</sup>

Meer dan de helft van de Nederlanders voldoet niet aan de richtlijnen voor gezonde voeding, vooral waar het gaat om het eten van genoeg groente en fruit. Bijna de helft van de Nederlanders krijgt minder lichaamsbeweging dan de norm van een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit per dag. Alleen het aantal rokers nam de afgelopen jaren, na jaren stilstand, weer wat af. Toch kent Nederland met 27% nog steeds een hoger percentage rokers dan omringende landen. Bovendien komen ongezonde leefgewoonten vaak in combinatie voor. Een deel van de Nederlanders, vooral groepen die weinig opleiding hebben genoten, vertonen meerdere vormen van ongezond gedrag tegelijk. Dat effect treedt op in alle leeftijdscategorieën.<sup>84</sup>

Gezondheidsverschillen zijn dus groot en hardnekkig. Laag opgeleide Nederlanders overlijden gemiddeld zes tot zeven jaar jonger dan hoog opgeleide Nederlanders. Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen tussen hoog- en laagopgeleiden is met 14 jaar zelfs nog veel groter. Ondanks het gevoerde beleid zijn de gezondheidsverschillen de afgelopen jaren niet afgenomen. Bij sommige leefstijlfactoren zoals roken, zijn de verschillen zelfs toegenomen. Om deze kloof te verkleinen moet het gezondheidsbeleid bij laagopgeleiden veel effectiever worden. Bovendien is er tot dusver nauwelijks inzicht in de effectiviteit van gezondheidsbeleid bij allochtone Nederlanders. We weten bijvoorbeeld niet welke sociaal-culturele en sociaal-economische factoren verschillen in overgewicht tussen allochtone en autochtone kinderen verklaren. Aangezien kinderen met overgewicht ook een groter risico op tal van gezondheidsproblemen hebben is verder onderzoek naar mogelijkheden om succesvol te interveniëren urgent.<sup>85</sup>

## **Welzijn en zelfmanagement**

Het wordt steeds belangrijker dat mensen zo lang mogelijk zo goed mogelijk voor zichzelf zorgen. Door betere zelfmanagementvaardigheden kan de druk op het zorgstelsel als gevolg van de toenemende vraag naar zorg en ondersteuning verminderen. Het helpt mensen langer zelfstandig te blijven.<sup>85</sup> De meeste zelfmanagement interventies richten zich op het beter omgaan met een chronische aandoening.<sup>86</sup> Chronisch zieken moeten zelf

van dag tot dag hun aandoening zo goed mogelijk managen bijvoorbeeld door medicijnen te gebruiken, te bewegen, gezond te eten en te stoppen met roken.<sup>87</sup> Zelfmanagement vereist echter meer dan alleen omgaan met je aandoening, het gaat ook om het managen van je gezondheid en welzijn in bredere zin.<sup>79</sup>

Veel van het onderzoek dat ik de afgelopen jaren samen met mijn collega Jane Cramm heb gedaan is gebaseerd op de door Siegwart Lindenberg ontwikkelde sociale productiefunctietheorie. De sociale productiefunctietheorie veronderstelt dat mensen op allerlei manieren proberen om hun levensomstandigheden te verbeteren. Fysiek en sociaal welbevinden zijn hierbij algemene doelen waar alle mensen naar streven.

Bij beperkingen in het functioneren kunnen mensen aangewezen zijn op zorg en ondersteuning. Door zorg te verlenen proberen we als samenleving het welzijn van mensen te beschermen. Hoe de zorg het best ingericht kan worden, hangt af van de wijze waarop deze een bijdrage kan leveren aan het welzijn van mensen. Hiervoor is het noodzakelijk vast te stellen wat het welzijn van mensen bepaalt en hoe dit verbeterd kan worden.

In de volgende paragraaf worden op basis van de sociale productiefunctietheorie van Lindenberg<sup>88</sup> eerst de verschillende dimensies van welzijn beschreven en de wijze waarop deze dimensies door ziekte of functionele beperkingen van mensen beïnvloed worden. Vervolgens wordt beschreven welke rol zorg en ondersteuning kan vervullen om een achteruitgang in welzijn als gevolg van functionele beperkingen te voorkomen. En welke mogelijkheden mensen zelf hebben gezien hun zelfmanagementvaardigheden en hulpbronnen.

### **Dimensies van welzijn**

Fysiek welzijn wordt enerzijds bereikt door de juiste hoeveelheid stimulatie, bijvoorbeeld door fysieke inspanning of geestelijke en zintuigelijke prikkeling, en anderzijds door optimaal comfort. Comfort is een somatische en emotionele toestand gebaseerd op het ontbreken van fysiologische behoeften (geen pijn, honger en dorst) en het hebben van een plezierige en veilige omgeving.

Sociaal welzijn wordt bereikt door het behalen van drie doelen, namelijk status, gedragsbevestiging en affectie. Status duidt op iemands positie in sociale rangordes, zoals bijvoorbeeld beroep, levensstijl of een bepaald

talent. Met gedragsbevestiging wordt bedoeld dat iemand leeft volgens de eigen of door relevante anderen gehanteerde normen. Affectie gaat over liefde, vriendschap, intimiteit en emotionele ondersteuning die men bijvoorbeeld krijgt van de partner, kinderen of andere naasten.<sup>88-90</sup>

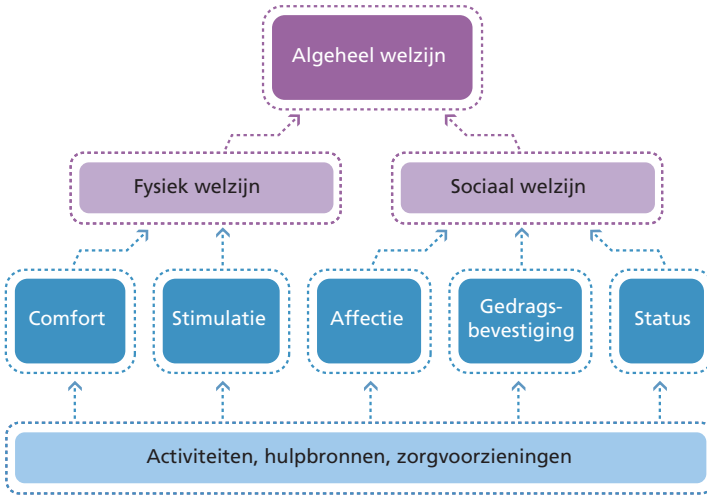
Fysiek en sociaal welzijn zijn algemene doelen in een hiërarchie van doelen met subjectief welzijn als ultiem doel, oftewel een optimale kwaliteit van leven of psychisch welbevinden.<sup>90-92</sup> Door verschillende niveaus van doelen te onderscheiden en door te onderkennen dat doelen van lagere orde nodig zijn om doelen van hogere orde te bereiken, wordt het mogelijk de gevolgen van ziekte of functionele beperkingen voor het welzijn van mensen te traceren en daarmee te bepalen aan welk type zorg en ondersteuning men behoefte heeft.

### **(Beperkte) mogelijkheden voor substitutie**

Naast de nadruk op fysiek welbevinden is het voor het welzijn van mensen noodzakelijk dat zorgverleners ook voldoende nadruk leggen op sociale aspecten.<sup>91</sup> Fysiek en sociaal welbevinden kunnen elkaar slechts in beperkte mate vervangen in de realisatie van algeheel welbevinden: een zeker niveau van zowel fysiek als sociaal welbevinden is altijd noodzakelijk voor algeheel subjectief welbevinden.<sup>93</sup> Dit geldt eveneens voor de verschillende aspecten van sociaal en fysiek welbevinden. Zonder een minimale hoeveelheid affectie (of status of gedragsbevestiging) kan er geen sprake zijn van sociaal welbevinden. En zonder een minimaal niveau aan comfort (of stimulatie) kan er geen sprake zijn van fysiek welbevinden. Op een lager niveau in de hiërarchie als het gaat om activiteiten en hulpbronnen, zijn doelen over het algemeen wel makkelijker substitueerbaar. Substitutie vindt plaats op basis van de relatieve kosten van alternatieve doelen. Wanneer de mogelijkheden voor het realiseren van status (bijvoorbeeld via werk) afnemen, zal een individu zich meer toeleggen op affectie en gedragsbevestiging bijvoorbeeld door sociale contacten te intensiveren.<sup>94</sup>

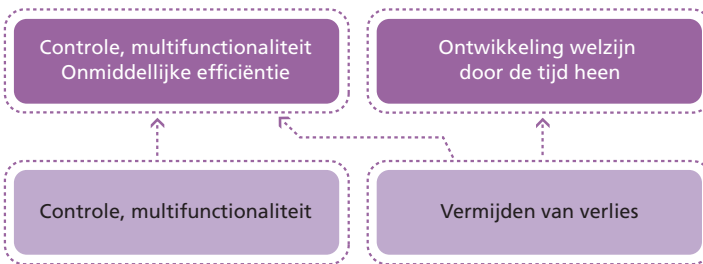
In figuur 5 worden de verschillende aspecten van welzijn weergegeven.

Figuur 5. Hiërarchische niveaus van welzijn



Naast de hiërarchie van doelen die tot sociaal en fysiek welzijn leiden, zijn voor het algehele welzijn ook zogenaamde metadoelen van belang. Dit zijn kwaliteitsaspecten van sociale productiefuncties. Het gaat dan om een universeel streven naar het verbeteren van de eigen situatie door twee algemene metadoelen: ‘(onmiddellijke) efficiëntie’ en ‘ontwikkeling van productiecapaciteit door de tijd heen’. Deze metadoelen zeggen iets over de wijze waarop mensen welzijn realiseren. Het gaat dan over de mate van controle die zij hebben, de beschikbaarheid van multifunctionele activiteiten en hulpbronnen en het vermijden van verlies zoals weergegeven in figuur 6.

Figuur 6. Hiërarchische niveaus van metadoelen



Voor het welzijn van mensen is het van belang dat de zorg die geleverd wordt zowel op korte termijn efficiënt is als bijdraagt aan het welzijn na verloop van tijd. Efficiëntie op korte termijn kan verbeterd worden door mensen controle te geven over ("de productie van") hun eigen welzijn en door zorg te leveren die multifunctioneel is, dat wil zeggen die bijdraagt aan meerdere aspecten van welzijn. Het vermijden van verlies is efficiëntieverhogend op korte termijn maar ook van belang voor de ontwikkeling van het welzijn door de tijd heen.<sup>88,93</sup>

### **Effecten van functionele beperkingen**

Het welzijn van mensen wordt niet voor iedereen op dezelfde wijze aangetast door ziekte of functionele beperkingen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat middelen waar mensen over beschikken zoals hun lichamelijke conditie, sociale relaties en inkomen het welzijn beïnvloeden ook bij ziek worden. De aanwezigheid van een partner en andere sociale contacten hebben bijvoorbeeld een belangrijke bufferfunctie.<sup>94</sup>

Sociale relaties en andere hulpbronnen stellen mensen onder meer in staat om deel te nemen aan activiteiten. Verstoring van belangrijke activiteiten vormt een bedreiging voor de mogelijkheden van mensen om fysiek en sociaal welbevinden te realiseren. Aangezien sommige activiteiten tot meer welzijn leiden dan andere activiteiten, bijvoorbeeld omdat zij multifunctioneel zijn in de zin dat zij meer dan één doel van hogere orde dienen, zal het verlies aan welzijn in deze gevallen nog groter zijn. Zo kunnen mensen om in goede conditie te blijven bijvoorbeeld aan lichaamsbeweging doen (fysiek welzijn) en als dit samen met anderen gebeurt bijvoorbeeld in verenigingsverband verhoogt het ook het sociale welbevinden. Functionele beperkingen die er toe leiden dat mensen belangrijke activiteiten opgeven, hebben verregaande consequenties voor het welzijn, tenzij men de mogelijkheid heeft te substitueren voor verliezen. Als mensen in staat gesteld worden hun belangrijke activiteiten te blijven ondernemen hoeven functionele beperkingen niet of slechts in geringe mate te leiden tot een lager niveau van welzijn. Zorg en ondersteuning kunnen hierin een cruciale rol vervullen.

Nardi Steverink<sup>95</sup> heeft een zestal zelfmanagementvaardigheden geïdentificeerd die van belang zijn voor het welzijn van ouderen ook als zij geconfronteerd worden met een achteruitgang van hun gezondheid en kleiner wordend netwerk. De eerste zelfmanagementvaardigheid is het vermogen om initiatief te nemen. Als iemand vriendschap wil of een

bestaande vriendschap wil behouden, zal hij of zij initiatief moeten nemen en niet passief afwachten. De tweede belangrijke zelfmanagementvaardigheid is het geloof in eigen kunnen - ook wel self-efficacy genoemd. Zonder geloof in eigen kunnen komen mensen niet snel tot actie. De derde belangrijke zelfmanagementvaardigheid is het vermogen om te investeren. Als we vriendschap als voorbeeld nemen betekent dit iets over hebben voor de ander, zonder meteen iets terug te verwachten. De vierde zelfmanagementvaardigheid is het vermogen om positief naar de toekomst te kijken. De vijfde zelfmanagementvaardigheid is het vermogen om voor multifunctionaliteit te zorgen. Een multifunctionele vriendschap draagt bij aan meerdere domeinen van het welbevinden. Bijvoorbeeld, met een goede vriend(in) een wandeling maken of gaan winkelen draagt niet alleen bij aan affectie, maar ook aan stimulatie. De zesde en laatste zelfmanagementvaardigheid is de vaardigheid om voor variëteit te zorgen. Variëteit in vriendschap betekent simpelweg meer dan één vriend hebben en daarmee meer mogelijkheden voor bijvoorbeeld affectie. Door variëteit worden mensen minder kwetsbaar voor verlies.<sup>95</sup>

Zelfmanagementvaardigheden leiden pas tot welzijn als ze daadwerkelijk worden toegepast op de belangrijke domeinen van welzijn. Belangrijk is ook dat de zelfmanagementvaardigheden niet constant zijn en kunnen worden beïnvloed door interventies. Interventies moeten mensen ondersteunen in het voorkómen van verlies, en het zorgen voor het behoud van hun belangrijke hulpbronnen voor welbevinden.<sup>95,96</sup>

### **Patiëntgerichte zorg**

Aandacht voor zelfmanagementvaardigheden in brede zin – dus niet alleen met betrekking tot gezondheidsgedrag maar gericht op algeheel welbevinden, sluit ook goed aan bij actuele ontwikkelingen ten aanzien van patiëntgerichte zorg. Patiëntgerichte zorg wordt gedefinieerd als zorg die uitgaat van een partnerschap tussen zorgverleners, patiënten en hun familie (indien van toepassing) om er voor te zorgen dat behoeften, wensen en voorkeuren van patiënten gerespecteerd worden als er keuzes gemaakt moeten worden en dat patiënten de goede educatie en ondersteuning krijgen om beslissingen te kunnen nemen en in hun eigen zorg te participeren.<sup>24</sup> Idealiter gaat patiëntgerichte zorg uit van co-productie van zorg door de zorgverlener en patiënt. In de praktijk rapporteren patiënten echter vaak problemen. Zij ervaren een gebrek aan respect voor hun wensen,

te weinig mogelijkheden voor betrokkenheid van hun familie en vrienden, en onvoldoende inzicht in de risico's die bepaalde procedures of ingrepen met zich mee brengen.<sup>97</sup>

Er zijn echter belangrijke redenen om in te zetten op patiëntgerichte zorgverlening. Uit verschillende reviews blijkt namelijk dat patiëntgerichte zorg resulteert in gezondheidswinst, betere kwaliteit van zorg en lagere kosten.<sup>98</sup> Maar dit is niet altijd zo en zeker niet in alle opzichten. We hebben bijvoorbeeld gezien dat diseasemanagementprogramma's in Nederland zich vooral richten op gezond gedrag bij chronisch zieke patiënten en het kunnen managen van hun aandoening, met als uiteindelijke doel een betere kwaliteit van leven. Kijkend naar de lange-termijneffecten van dit programma zien we dat het inderdaad is gelukt om veel van deze patiënten te laten stoppen met roken en meer te laten bewegen. We zien ook dat de fysieke kwaliteit van leven is verbeterd en dat veranderingen in gezond gedrag voorspellers zijn van deze verbeterde kwaliteit van leven. Tegelijkertijd zien we een achteruitgang in zelfmanagementvaardigheden als gevolg van het leven met een chronische aandoening en achteruitgang in functionele capaciteit (sociaal, cognitief en fysiek). Het is de diseasemanagementprogramma's dus niet gelukt om deze zelfmanagementvaardigheden in stand te houden, laat staan te verbeteren. Het gaat dan om zelfmanagementvaardigheden in brede zin die het algehele welzijn in stand houden en niet om de smallere focus op het kunnen managen van je chronische aandoening waar sprake van is binnen de diseasemanagementprogramma's. Wanneer we kijken naar de bredere zelfmanagementvaardigheden voor het behoud van je welzijn dan zien we dat deze zowel na 1 jaar als na 2 jaar significant achteruit zijn gegaan bij de chronisch zieke patiënten. Bovendien zien we dat de mentale kwaliteit van leven is verslechterd en dat achteruitgang in zelfmanagementvaardigheden de achteruitgang in mentale kwaliteit van leven voorspelt. De vraag is dan ook of deze diseasemanagementprogramma's nu succesvol zijn omdat ze gezond gedrag en fysieke kwaliteit van leven bij de betreffende patiëntenpopulatie hebben verbeterd, of juist niet, omdat het hen niet is gelukt om een achteruitgang in zelfmanagementvaardigheden en mentale kwaliteit van leven tegen te gaan. De waarheid ligt waarschijnlijk in het midden. Belangrijk is dat de focus verschuift naar een bredere kijk op zelfmanagementvaardigheden en niet alleen het managen van een chronische aandoening.<sup>99</sup>

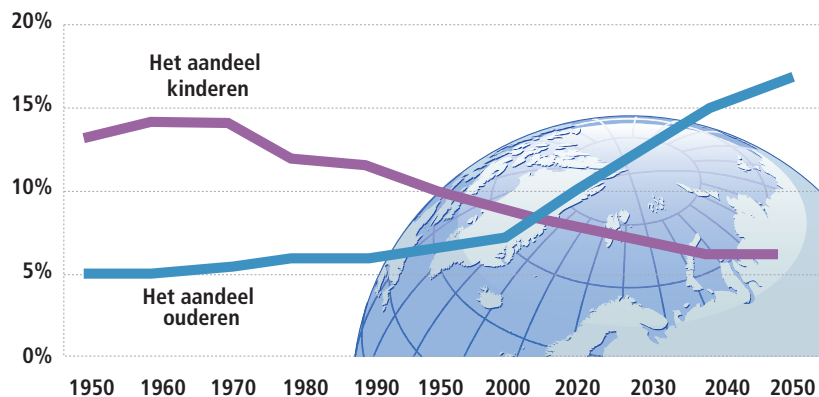
Voor de vormgeving van patiëntgerichte zorg is het ook van belang om te kijken naar achtergrondkenmerken van patiënten. De kwaliteit van zorg hangt namelijk samen met leeftijd, opleiding en depressieve symptomen.<sup>100,101</sup> Ook weten we dat de toegang tot zorg anders kan zijn voor verschillende etnische groepen. Anushka Chote heeft bijvoorbeeld laten zien dat allochtonen in Nederland vaak te laat bij de verloskundige komen. De babysterfte ligt hoger onder allochtonen. In tegenstelling tot de verwachtingen vormt het later in de zwangerschap starten van verloskundige zorg echter geen verklaring voor de slechtere uitkomsten zoals zwangerschapsduur bij de bevalling of geboortegewicht. Nader onderzoek is gewenst om de opvallende verschillen tussen etnische groepen beter te begrijpen als het gaat om de toegang tot zorg, verschillen in sociale situatie en leefstijl en daar rekening mee te houden in het zorgverleningsproces.<sup>102</sup>

### **Gezond en actief ouder worden**

De vergrijzing van de bevolking en de daarmee gepaard gaande druk op het zorgstelsel en de sociale voorzieningen, zorgen ervoor dat het steeds belangrijker wordt dat ouderen actief en gezond ouder worden in hun eigen leefomgeving. De wereld staat voor grote demografische uitdagingen die veel impact zullen hebben als er niet adequaat op gereageerd wordt.<sup>103,104</sup> Er zijn goede economische redenen voor regulering op dit vlak en voor programma's die actief en gezond ouder worden ondersteunen, omdat het de participatie van ouderen verhoogt en kosten voor zorg en sociale voorzieningen verlaagt.



Figuur 7. Het aandeel kinderen (<5 jaar) en ouderen (65+) als percentage van de wereldbevolking: 1950-2050



Bron: United Nations. World Population Prospects: The 2010 Revision.

De uitgaven aan sociale voorzieningen en huishoudelijke hulp in Nederland zijn sterk toegenomen. Het wordt echter wel steeds duidelijker dat ouderdom op zich niet per se hogere zorgkosten met zich mee brengt. Waar wel een prijskaartje aan hangt is het hebben van een handicap of een slechte gezondheid – zaken die vaak samen gaan met ouderdom. Als het mensen lukt actief en gezond oud te worden, in op ouderen afgestemde woonwijken met netwerken die steun bieden, dan zullen de kosten voor de vergrijzing minder snel stijgen.

Ondanks mogelijke chronische ziekte en functieverlies bereiken veel ouderen toch een zekere balans in hun leven; hun leven wordt niet beheerst door de nodige medische zorg. Het zo goed mogelijk profiteren van de mogelijkheden die er zijn om het welzijn te handhaven en in de samenleving te blijven staan wordt wel 'actief ouder worden' genoemd. Denk bijvoorbeeld aan iets doen voor buurtgenoten of vrijwilligerswerk. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de kans op mortaliteit afneemt wanneer mensen zelf hulp bieden aan anderen.<sup>105</sup> Daarnaast blijkt dat deelname aan sociale activiteiten de kans op dementie verkleint omdat dit leidt tot meer hersenactiviteit en minder functieverlies,<sup>106</sup> terwijl sociale exclusie juist gepaard gaat met een achteruitgang in cognitief functioneren.<sup>107</sup> In deze tijd waarin we een

enorme toename zien van dementie – wat overigens de duurste ziekte is, duurder nog dan hartziekten of kanker<sup>108</sup> – is het hard nodig actief ouder worden te stimuleren. Een ander begrip is ‘gezond ouder worden’, en dit heeft betrekking op het lichamelijke, mentale, en sociale welzijn van ouderen. Door gezond ouder te worden kunnen mensen naar verwachting langer zelfstandig wonen en hun algemeen welzijn handhaven. Daarom is beleid dat zich richt op een gezonde leefstijl (bijvoorbeeld campagnes voor gezonder eten, regelmatig bewegen, veranderen van rook- en drinkgewoonten) en op eigen kracht mentaal gezond te blijven en sociaal bezig te zijn, even belangrijk als beleid dat zich richt op een betere lichamelijke gezondheid.<sup>79</sup> Omdat 60–70% van de oudere volwassenen niet voldoen aan de aanbevelingen voor meer lichaamsbeweging<sup>109</sup> lijkt het gewenst actief en gezond ouder worden onder deze bevolkingsgroep aan te bevelen.

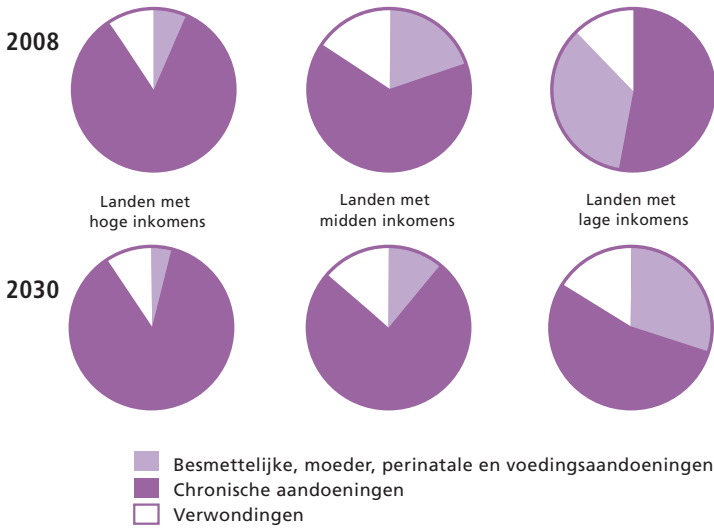
### Oudere migranten

Men verwacht dat in Nederland tussen 2009 en 2025 het aantal ouderen onder migranten sterker zal stijgen (met 163%) dan onder de oorspronkelijke bevolking (44%).<sup>110</sup> De meeste migranten wonen in de grote steden,<sup>111</sup> Turken, Surinamers, en Marokkanen vormen de grootste groepen.<sup>112</sup> De prevalentie van diabetes mellitus, COPD, en bot-, spier- en gewrichtsaandoeningen is relatief hoog onder oudere migranten. Het gebruik van geneesmiddelen (op doktersvoorschrift) onder vooral Turkse en Marokkaanse ouderen met diabetes mellitus en COPD was relatief laag.<sup>113</sup> Er is verschil in de gedragingen die een grote rol spelen bij deze gezondheidsproblemen – zoals roken, eetgewoonten, en lichaamsbeweging – tussen migranten en mensen van Nederlandse afkomst. Bijvoorbeeld, in Nederland is de prevalentie van obesitas veel hoger onder migranten<sup>114</sup> en de prevalentie van roken is vooral hoog onder Turken.<sup>115</sup> Er is weinig inzicht in de rol van sociaal-culturele mechanismen bij gezondheidsgedrag, en dit maakt het moeilijk effectieve campagnes op te zetten om oudere migranten er toe te bewegen beter op de gezondheid te letten en zonedig meer gebruik te maken van medische diensten.<sup>116,117</sup> Dit inzicht is nodig om de kwaliteit en effectiviteit te verbeteren van (preventieve) gezondheidszorg voor oudere immigranten, aangepast aan hun behoeften, en om de mogelijkheden om actief en gezond oud te worden onder de aandacht te brengen.

# Global health

Eén van de belangrijkste epidemiologische trends in de huidige eeuw is de toename van chronische ziekten over de hele wereld, ook in ontwikkelingslanden.

Figuur 8. De toenemende druk van chronische, niet-overdraagbare ziekten: 2008 en 2030



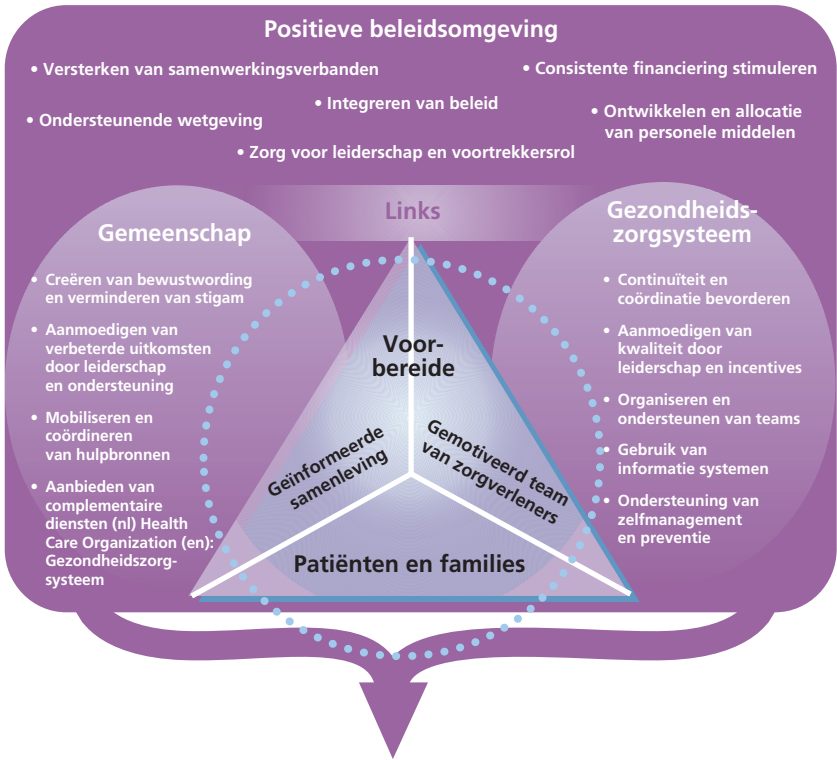
Bron: World Health Organization, Projections of Mortality and Burden of Disease, 2004-2030

De meeste gezondheidszorgstelsels, vooral in Afrikaanse ontwikkelingslanden, zijn er niet op ingericht deze verschuivingen in de gezondheidszorgbehoefte op te vangen.<sup>118</sup> Chronische ziekten drukken zwaar op de economie. Ze komen onevenredig veel voor onder de armen, met daarom nog grotere financiële problemen voor patiënten, hun families en overheden.

Creatieve oplossingen zijn nodig om iets te doen aan de escalerende druk van chronische aandoeningen op de gezondheidszorg, vooral in ontwikkelingslanden die te kampen hebben met een beperkte of overbelaste infrastructuur voor de eerstelijnszorg. Er komt steeds meer bewijs uit de hele wereld dat patiënten met chronische aandoeningen beter af zijn met de effectieve behandeling die binnen een geïntegreerd systeem mogelijk is.<sup>119,120</sup> Juist

goed georganiseerde zorgstelsels, en niet alleen maar de individuele professionals, zijn essentieel om positieve resultaten te halen. Om tot verbeterde gezondheidszorg voor chronische aandoeningen in ontwikkelingslanden te komen is een geïntegreerd zorgsysteem nodig bestaande uit componenten op micro- (patiënt en familie), meso- (gezondheidszorgorganisatie en wijk/gemeenschap) en macro- (beleid) niveau.<sup>118</sup> (Figuur 9).

Figuur 9. Het chronische zorgmodel voor ontwikkelingslanden:  
Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) Framework



Net zoals het chronische zorgmodel weerspiegelt dit framework het denken in “complete systemen” in plaats van fragmentatie van de gezondheidszorg waar momenteel veel sprake van is in ontwikkelingslanden.<sup>118,121</sup> In zowel het chronische zorgmodel als het uitgebreide chronische zorgmodel vormt de geïnformeerde, geactiveerde patiënt samen met de proactieve zorgprofessionals/team de kern van het model. Hierbij zijn de zorgorganisatie en gemeenschap ondersteunend aan de interactie tussen patiënt en zorgprofessionals. In ontwikkelingslanden speelt de gemeenschap zelfs een nog belangrijkere en grotere rol. Vooral gezien de afstand die er veelal is tussen patiënten en zorgorganisaties. Het hart van de zorg in het chronische zorgmodel voor ontwikkelingslanden wordt dan ook gevormd door zowel de patiënt, het zorgteam, als de gemeenschap, ondersteund door de grotere gezondheidszorgorganisatie, de bredere gemeenschap en het politieke kader.

## Het belang van sociaal-economische middelen

Het creëren van een geïntegreerd zorgsysteem in ontwikkelingslanden is een eerste grote stap voorwaarts naar een betere volksgezondheid, maar er is meer nodig om de gezondheid van armen te bevorderen, ziekte te vermijden en het welbevinden te vergroten juist in ontwikkelingslanden.<sup>122</sup>

Uit ons onderzoek naar de invloed van sociale en economische omstandigheden op gezondheid en welzijn van mensen in een township in Zuid-Afrika bleek dat onderwijs, sociale relaties, en werk(eloosheid) significant gerelateerd waren aan gezondheid en welzijn.<sup>123-126</sup> Deze bevindingen wijzen er op dat betere gezondheidsuitkomsten kunnen worden verkregen door interventies buiten de gezondheidszorg: namelijk het scheppen van werkgelegenheid, sociale relaties versterken, het onderwijsstelsel verbeteren, en toegang tot onderwijs stimuleren. Dit geeft een goed beeld van de problemen waar de laagste sociaal-economische klasse mee worstelt. Inzetten op interventies zowel binnen als buiten de gezondheidszorg kan daarmee bijdragen aan het oplossen van gezondheidsproblemen, bewustwording van ziekte, en aanzetten tot gezond gedrag dat ziekte kan voorkomen. Sociale relaties helpen om een goede gezondheid te genieten via gezond gedrag bij wijze van ziektepreventie. Terwijl het huidige gezondheidsbeleid de nadruk legt op de behandeling van ziekte, geven onze bevindingen aan dat een grotere nadruk op de sociale omgeving, werkgelegenheid, en educatie ook van belang is voor het bevorderen van gezondheid en welzijn.

Mijn stelling dat het ontwikkelen van een houdbaar zorgstelsel een aanpak vergt die traditionele, acute zorg overstijgt en aansluit bij behoeften en mogelijkheden van mensen bepaalt de onderzoekagenda en benodigde kennisontwikkeling van nieuwe onderwijsprogramma's van de toekomst. Op basis van de hierboven besproken thema's zal ik de agenda die hieruit volgt schetsen (resumerend).

## Invulling van de leerstoel

In de onderzoekslijn die ik de afgelopen jaren samen met mijn collega's heb ontwikkeld, staan sociaal-medische thema's als patiëntenervaringen, kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en het gebruik van voorzieningen (eerstelijns, ziekenhuis, langdurige zorg, welzijn) centraal. In het bijzonder de gevolgen van zorg(vernieuwing) voor de gezondheid en het welzijn van kwetsbare groepen (waaronder kwetsbare ouderen, jongeren met chronische aandoeningen, mensen met een verstandelijke beperking, chronisch zieken en groepen met een lage sociaal-economische status). Onze sectie sociaal medische wetenschappen levert een belangrijke bijdrage aan het onderzoek en onderwijs op het terrein van i) ziekte en gezondheid, ii) zorg en ondersteuning en iii) de ontwikkeling van het zorgstelsel.

Een belangrijke vraag die wij willen beantwoorden is op welke wijze innovaties op het terrein van zorg en welzijn daadwerkelijk resulteren in continue, gecoördineerde en patiëntgerichte zorg. Wat er vanuit organisaties nodig is om dit te bewerkstelligen en wat de effecten van deze innovaties zijn op het bieden van de juiste ondersteuning aan kwetsbare groepen in termen van zelfmanagement, gezondheid en welzijn. Gezondheidszorgsystemen en zorgorganisaties zijn veelal te weinig flexibel om innovatieve oplossingen efficiënt door te voeren. De gebrekkige implementatie van veranderingen in de organisatie van zorg- en welzijnsvoorzieningen gaat bovendien gepaard met onvoldoende inzicht in de effectiviteit van innovaties. Duidelijk moet worden onder welke omstandigheden en voor welke groepen innovaties effectief zijn in het leveren van een goede kwaliteit. Het doel is immers mensen optimaal te ondersteunen in het verbeteren dan wel behouden van gezondheid en welzijn. De rol van zelfmanagementvaardigheden is daarbij bijzonder interessant. Vooral de vraag in hoeverre en onder welke omstandigheden mensen fysiek en sociaal actief kunnen blijven participeren in de maatschappij en een positief perspectief houden op het leven zelfs als

zij (chronisch) ziek zijn. Ook de rol van een ondersteunend netwerk in de gemeenschappen waar mensen deel van uitmaken is hierbij relevant. De verschillen tussen gemeenschappen, zij het dorpen, of wijken of buurten, in de mate van sociale ondersteuning, informele zorg, sociale cohesie, sociaal kapitaal en onderlinge solidariteit zijn daarbij een spannend onderzoek-gebied dat bij kan dragen aan inzicht in verschillen in gezondheid, zelf-managementvaardigheden en welzijn van mensen. Hier is internationaal veel aandacht voor, ook op het terrein van Global Health.

De verdere ontwikkeling van sociaal-medische kennis zal geïntegreerd worden in de onderwijsprogramma's van het iBMG. Naast de huidige sociaal-medische kennis op het terrein van patiëntgerichte zorg, public health en sociaal-economische en etnische gezondheidsverschillen, is het wenselijk om een aantal thema's verder uit te bouwen. Het gaat dan in het bijzonder om kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en gebruik van voorzieningen en de ervaringen van kwetsbare groepen met de gezondheidszorg, welzijnsvoorzieningen en gemeenschapszin. Naast inhoudelijke kennis vergen deze vraagstukken ook methodologische kennis zoals het toepassen van geavanceerde methoden en technieken en instrumentontwikkeling. Ik ben er van overtuigd dat ik samen met mijn collega's op het terrein van de sociaal medische wetenschappen een bijdrage kan leveren aan verdere onderwijsvernieuwing zowel op Bachelor, Master als PhD niveau. Hoogwaardig onderwijs vraagt om hoogwaardig onderzoek. De leerstoel sociaal medische wetenschappen maakt dit mogelijk; toponderzoek inbrengen in excellente onderwijsprogramma's. Met deze leerstoel zal een bijdrage worden geleverd aan het ontwikkelen van een houdbaar zorgstelsel dat aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van mensen en dat is ingebed in een samenleving waarin ook lokaal hulp en zorg aan elkaar wordt gegeven.

## Dankwoord

En nu – bijna aan het einde van mijn rede – wil ik graag een aantal mensen bedanken. Mijn dank gaat uit naar de besturen van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, de Erasmus Universiteit Rotterdam en de Vereniging Trustfonds van deze universiteit voor het instellen van de bijzondere leerstoel Sociaal-medische wetenschappen. Ik wil de benoemingscommissie en de elkaar opvolgende iBMG-prodecanen

professor Wilfried Notten en professor Werner Brouwer bedanken. Wilfried Notten heeft zich op een cruciaal moment in mijn carrière als sponsor opgeworpen en daar ben ik hem zeer dankbaar voor.

Velen hebben het mogelijk gemaakt om hier vandaag te staan. De eerste jaren bij BMG waren dat mijn collega's van de sectie BZO, en Mathilde Strating en Roland Bal met wie ik het landelijke Zorg voor Beter programma mocht evalueren. En de afgelopen jaren mijn *partner in science* Jane Cramm – het begrip synergie heeft betekenis sinds ik met jou samen werk. De sectie Sociaal-medische wetenschappen met Marleen Foets, Jane Cramm, Gerrit Koopmans, Erwin Birnie, Wim Labree, Anushka Choté, Hanna van Dijk, Annemarie de Vos, en Jacqueline Hartgerink biedt de ideale context om samen een belangrijke bijdrage te leveren aan de grote vraagstukken waar we als maatschappij voor staan. Deel uit maken van deze groep is een beetje als thuiskomen – veel herkenning en veel humor.

Op deze plek wil ik ook Siegwart Lindenberg bedanken. Als promotor heb je grote invloed gehad op mijn wetenschappelijke ontwikkeling. Je bent in veel opzichten een voorbeeld voor me. Ik stel me vaak voor wat jij in een bepaalde situatie zou doen.

De secretaresses Alexia Zwaan, Hanna van Gent en Liza Moreira, alsmede de afdeling financiën Arjanne Wagner en Eugene Sophia dank ik voor alle ondersteuning de afgelopen jaren. Ko Hagoort wil ik bedanken voor het vertalen van een deel van deze oratie.

Als er iets te vieren valt is de confrontatie met wie er niet zijn des te groter. Mijn lieve collega Kees van Wijk. Een bevlogen wetenschapper en docent.

Mijn vader die zijn liefde en ontzag voor de wetenschap met me deelde. Hij heeft me ook van dichtbij laten zien wat het betekent om patiënt te zijn. Hoe pijn en levensvreugde er uitzien aan het einde van een leven. En hoe samen delen verlies dragelijker maakt. Tot vandaag. Je had hier vandaag bij moeten zijn.

Maar nu wie er wel zijn!



Mijn lieve dochters Ella en Marijne. Er is geen grotere voldoening dan naar jullie te kijken op al die momenten dat we blij zijn. Ondanks alle hectiek en mijn gebrek aan geduld kan ik me door jullie liefde geen ander leven wensen. Meer tijd zou wel fijn zijn!

Onze familie en vrienden zijn de pilaren waarop ons leven rust. Janny van Lohuizen, Marjolein Nieboer, Marit Stokkentreeff, Lidi Nieboer, Lida Timmerman, Jaco Berveling, Dinie Martens, Marije Nootboom, Tinie Koops, Ece Batchelder, Danique Bosman en Noralie van 't Hul. Zonder jullie betrokkenheid en steun stond ik hier niet vandaag.

Soms vecht je ergens lang voor en als het eenmaal zover is, is het moeilijk om oprecht blij te zijn. Als instituut staan we voor een ingrijpende reorganisatie. Op dit moment weten we niet wie zal blijven en wie niet. Wat ik wel weet is dat ik omringd ben door mensen die met heel veel inzet en passie hun werk doen. En ik ben blij dat ik daar deel van uitmaak. We gaan een zware tijd tegemoet – de opgave qua werk is groter dan ooit. Ik hoop dat we er door onze onderlinge solidariteit en betrokkenheid en door het verbinden van onze talenten in slagen om hier sterk uit te komen.

Ik heb gezegd.



# Sustainable care in a time of crisis

*Mister Rector Magnificus,  
Highly esteemed audience,*

## **The challenge \***

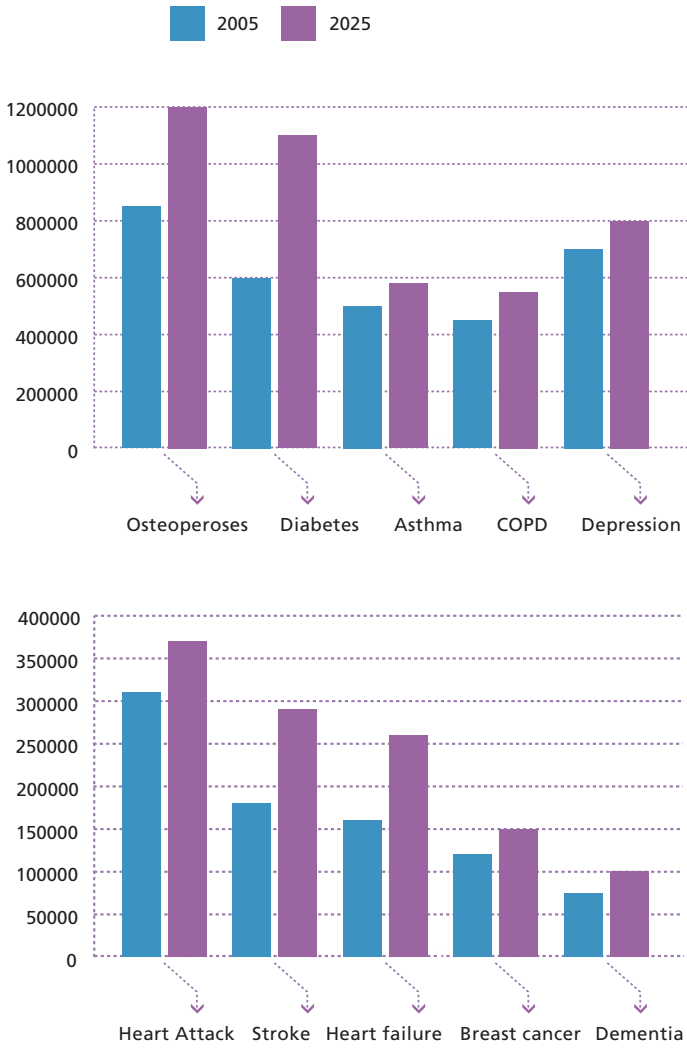
I am of the view that developing a sustainable healthcare system requires an approach that goes beyond traditional, acute care and meets the needs and abilities of all groups in society. Worldwide, our societies are ageing, and the numbers of people with – often multiple – chronic conditions and impairments continue to rise. These changes will increase the demands for care and support, in a time when public resources are limited. Furthermore, we see increasing socio-economic disparity and associated health inequity in many European countries.<sup>1,2</sup> Good primary care has been proven to reduce these inequities and result in better public health, but at the same time incurs higher costs.<sup>3</sup> One of the largest challenges for the next decades is the creation of a sustainable healthcare system that effectively reaches all groups in our society.

My ambition, within the context of this professorship and in collaboration with my colleagues in the socio-medical sciences and others, is to take the initiative and support the search for sustainable care that is effective for diverse, and often vulnerable, groups. I will further explain the motivations underlying this goal.

---

\* I am grateful to Jane Cramm and Erik Schut for their useful comments on earlier versions of this lecture.

Figure 1. Numbers of chronically ill people in the Netherlands in 2005 and projections for 2025



Source: RIVM 2007. Impact of the ageing population on burden of disease. Projections of chronic disease prevalence for 2005-2025. Vrijhoef, H.J.M. (2010). The future is to chronically ill. Inaugural lecture, Tilburg University.

## Altered demand for care

The total population of 16.5 million in the Netherlands includes more than 4.5 million people with chronic illnesses. Some 1.3 million (8%) people suffer from more than one chronic disease,<sup>4</sup> which is referred to as multimorbidity. Multimorbidity is especially prevalent among the elderly. Almost one of every three individuals over the age of 75 has more than one chronic disease, such as diabetes. It seems as if we, in the Netherlands, are becoming more ill. Good health, however, is not so much the absence of illness, but rather the physical and mental capability to do the things we like to do. Seen from this perspective, the health of the Dutch population has not worsened in recent years.<sup>5</sup> Life expectancy increased by more than 2 years between 2003 and 2008, to 78.3 years for men and 82.3 years for women. And these two recently gained extra years are largely spent in good health. Still, it appears – as I have mentioned – that the number of people with one or more diseases is increasing, and the number of chronically ill people is also expected to rise in the future.

Demographic changes have far-reaching consequences for the organisation of healthcare systems, not only in the Netherlands, but throughout the world.<sup>6</sup> As a result of increased life expectancy, about 30% of the population in Europe will be older than 65 years in 2060.<sup>7</sup> This longer life expectancy is a great achievement, but at the same time brings great challenges. Affected by age-related diseases and limitations, many people perceive the worsening of their health and quality of life. And this situation is developing at a time when the potential to offer care and support is under pressure from the economic crisis and social changes, including the weakening of community life.<sup>8</sup> I will come back to this point.

### Who is (un)healthy?

In total, some 70% of perceived bad health can be ascribed to chronic disease.<sup>9</sup> The consequences of multimorbidity are even more drastic, with more limitations and lower quality of life. Multimorbidity, incidentally, is more frequent in women than in men. In addition, low socio-economic status is associated with increased numbers of chronic conditions<sup>10</sup> and their consequences. Those who are less educated also have more health problems, and even die an average of 6 to 7 years earlier than more-educated individuals. This difference is even more marked when we look at perceived health; less-educated men and women live about 20 years less in perceived

good health than do those with more education.<sup>11</sup> These socio-economic disparities in morbidity and life expectancy are evident in all phases of life. Although relative health inequities decrease as people grow older, absolute inequities increase with age and are largest in the oldest age group (90+ years).<sup>1</sup> Furthermore, we know that bad health, chronic conditions, and physical impairments are more frequent among immigrants than in the native Dutch population.<sup>12,13</sup> More immigrants aged 18–65 years perceive their health as bad or very bad compared with native Dutch individuals; this is particularly true among those of Turkish or Moroccan origin. The differences between immigrants and Dutch natives remain significant after correcting for sex, age, educational level, marital status, and employment status,<sup>14</sup> and thus are only partly explained by disparities in socio-economic status.<sup>15</sup>

Perceived health also worsens as people grow older. No more than 59% of men and 50% of women over the age of 75 feel healthy or very healthy.<sup>16</sup> However, the association between perceived health and age is very weak among the elderly.<sup>17</sup> Other factors, such as education, income, marital status, and ethnic background, are more influential in this respect. For example, men of low socio-economic status tend to lower their ambition level when health is concerned, and thus perceive their health not more often as less good as they grow older. Worse perceived health is also relatively more frequent – by a factor of more than one-and-a-half to two-and-a-half – among divorced men and women than among married people. Single people also perceive worse health than do people living with partners.<sup>16</sup>

### **And quality of life?**

There also appear to be important intra-individual differences in quality of life. Quality of life encompasses more than perceived health.<sup>18</sup> It also includes, for example, our subjective perceptions of living conditions and the quality of our social relationships. In Europe, we devote a great deal of attention to citizens' quality of life and seek possibilities to implement policies aimed at improving well-being. The results of European research have shown that a person's well-being depends strongly on personal living conditions, health, relative income, paid employment, and family life. Well-being also varies with age; in particular, younger and older individuals feel more positively about their lives than do middle-aged people. The most vulnerable groups in our society – the unemployed and the lowest-income groups – have perceived the greatest decline in subjective well-being in the

past years.<sup>19</sup> The most striking changes as a result of the crisis that occurred between 2007 and 2009 were declines in general satisfaction with life and the standard of living. The degree of the decline in life satisfaction did not differ between men and women, but there was a clear difference between the old and the young; satisfaction with life decreased by about 1% among people aged 18 to 34 years, but by about 5% among the elderly.<sup>20</sup> These consequences of the economic crisis will be even graver if we become poorer not only financially, but also socially. Social relationships can safeguard a person's quality of life if living conditions are threatened, for example due to chronic disease.<sup>21</sup>

Chronically ill people report lower quality of life than do those in good health.<sup>22</sup> The enormous increase in the prevalence of chronic diseases<sup>23</sup> and the associated worsening of perceived health and quality of life generate a greater demand for care, and the care required is of greater complexity. This increased demand comes at a time when the aftermath of the economic crisis is becoming more and more apparent. The multifaceted and complex needs of the chronically ill, the vulnerable elderly, and individuals with physical and mental impairments are increasing. Naturally, this situation has far-reaching consequences for the organisation of the healthcare system. Especially the erosion of professional care and support in times of cutbacks must be viewed from the broader perspective of the possibly momentous consequences for quality of life among the most vulnerable groups.

## Organisation of the healthcare system

The Institute of Medicine outlined six pillars on which a high-quality healthcare system should rest. Care should be *safe*, which implies that it should not harm patients, as it is obviously intended to help them. Second, care that has been proven to be *effective* must be provided, and a given treatment should not be offered to patients who will likely not benefit from it. Third, by respecting patients' preferences and needs, care should be *patient-centred*; all clinical decisions should conform to the patient's values. Fourth, the delivery of care must be *timely*. Fifth, care providers must aim to achieve *efficiency*, and avoid wasting human resources or equipment. And finally, care should be *accessible* to everyone, regardless of whether you are a woman or a man, where you live, whether you are an immigrant or native of the country, and what your socio-economic status is.

A healthcare system built on these pillars will be able to meet the ever more complex needs of patients. Care delivery in such a system is safer and more reliable, more integrated and available, and covers the full breadth of preventive, acute, and chronic care.<sup>24</sup> Designing a healthcare system that takes all of this into account presents great challenges, however. It requires the redesigning of the care process, effective use of information technology, provision of care that has been proven to be effective, care delivery by real teams, and the coordination of care among various caregivers and organisations and over time, particularly in the case of multimorbidity. Moreover, the system must be embedded in a community in which people mutually and locally help and care for each other. The government and market are not yet able to resolve inefficiencies in care delivery. As a result of governmental and market failures, more and more is expected of family members, friends, and the local community.

### **Quality of care**

In practice, the diversity of problems with which a patient may struggle is often dealt with in a very fragmented manner.<sup>25</sup> Thus, the quality of care is far from optimal in many cases. Lack of collaboration among care providers, in part caused by the fragmented organisation and costing of chronic care, has prompted the introduction of new organisational and costing structures.<sup>26,27</sup> For example, an almost nationwide network of diabetes care groups is now in place, in which general practitioners collaborate with practice assistants, dieticians, physiotherapists, podotherapists, internists, ophthalmologists, and others. This holds true to a lesser degree for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and to a limited degree for cardiovascular risk management. There are indications that integral costing reinforces organisational power in primary care and that much can be gained from linking primary care with secondary care. The final report of the Integral Costing Evaluation Committee<sup>28</sup> sends an important message, however, to the effect that integral costing of separate conditions is not the desired final situation, but rather should be considered an intermediate step on the way to population-centred costing. In other words, costing that is integral at the patient level. Financing of a cross-disease approach by care groups that is aimed at the patient as a whole person, and thus on the one side encompasses prevention in primary care and segments of secondary care, but on the other side also includes prevention preceding the development of a condition.



Much more can be gained by investing in prevention,<sup>5</sup> which can reduce the predicted rise in healthcare costs in the short term.<sup>29</sup> In the long run, however, these benefits may diminish due to delayed costs and the development of other diseases, such as dementia.<sup>30</sup>

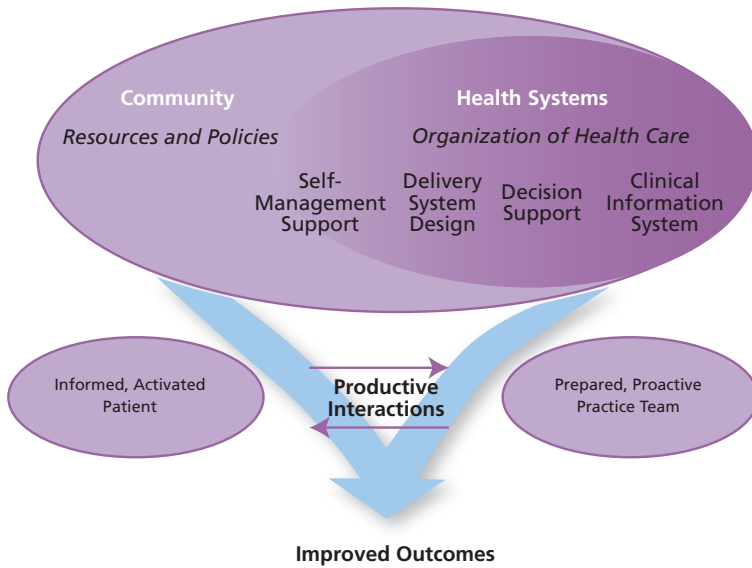
### **Complex needs**

Our current healthcare system is not optimally geared to meet the complex needs of older patients with multiple problems.<sup>31,32</sup> Patients with complex problems benefit especially from excellent, integrated care delivery. This, however, requires multidisciplinary collaboration.<sup>33-36</sup> Regrettably, we know of many cases of poor multidisciplinary collaboration among professionals. Poor communication may lead to a lack of mutual respect, with professionals blaming one another if things go wrong, and a segmented rather than interdisciplinary approach.<sup>37</sup> There is a good chance that a patient will experience functional losses and worsening quality of life if care is not geared properly to his or her social, physical, and cognitive problems and the consequences of conditions and their treatments.<sup>38</sup> There are positive examples of collaboration, too, such as a disease management approach implemented among chronically ill patients and the improvement of transitional care for chronically ill adolescents.

### **Disease management**

In the past few years, I have been able to evaluate, together with colleagues, the ZonMw programme *Diseasemanagement Chronische Ziekten*, which was launched in 2008. This programme aimed to slow the increase in chronic diseases, to prevent or delay complications and comorbidity, and to promote patients' quality of life and control over their own health. 'Disease management' is a broad programmatic approach with a closed chain of diagnostics, treatment, and counselling, including prevention, early detection, and self-management. This integrated approach, laid down in multidisciplinary standards of care, is organised around the patient and his or her environment. The patient is assigned an active director's role, in which continual dialogue between patient and caregivers is central. Disease management requires appropriate management and financing structures and must be innovative.<sup>39,40</sup> To meet these requirements, Ed Wagner's chronic care model was applied in the 22 participating practice projects.<sup>41</sup>

Figure 2. The chronic care model



The chronic care model was designed to improve the quality of integrated care over time.<sup>41</sup> Well-functioning teams of professionals with different backgrounds apply the principles of this model in their daily practices. The model consists of six interrelated components, which together determine the quality of chronic care delivery. General practitioners apply the principles of disease management by addressing chronically ill patients' self-management abilities through education, lifestyle programmes, and training in skills, such as self-efficacy (1). Furthermore, they redesign the care process (2), make use of decision support resources, such as standards of care and clinical guidelines (3), and implement information systems to improve communication and mutual coordination among professionals. In the end, this approach leads to better decision making, with feedback based on available information, as well as better monitoring of the effectiveness of care for individual patients (4). These four dimensions of chronic care provided by primary care physicians – self-management support, decision support, organisation of care, and clinical information systems – are embedded in the wider

context of the healthcare system, which positively or negatively influences the improvement of chronic care (5), and the surrounding community, which can be more or less supportive (6).

The results of our research suggest that the implementation of disease management programmes leads to better quality of care, greater patient satisfaction, and improvements in the health behaviour of chronically ill patients.<sup>35,42,43</sup> It is more difficult to achieve such positive results with disease management programmes that target patients with severe conditions, such as heart failure, COPD (GOLD 3–4), and comorbidity. These patients may benefit more from case management or specialised care than from disease management programmes implemented in the primary care setting. Patients' experiences with chronic care delivery are better when disease management programmes implement all six dimensions of the chronic care model. Overall, these practice projects have led to important changes in care for chronically ill patients with regard to the organisation of care (including the transfer of tasks from physicians to nurses and the shift from secondary to primary care), decision-making support (through protocols, standards of care, and education), information and communications technology [implementation of a chain information system (KIS) with or without a patient portal], and self-management support (through reflective discussion and motivating conversation). These structural improvements in the quality of care will have increasing effects over time. In addition, quality improvement in the first and second years after implementation of the disease management programme helped to sustain the new working methods.<sup>44</sup>

It is clear that a disease management approach of this kind, with interventions aimed at the patient, professional, and organisation of care, achieves more than improved quality of care for chronically ill patients. It also enhances multidisciplinary collaboration among various professionals, which, in turn, further improves the quality of care.<sup>35</sup> It is evident that a sustainable healthcare system requires good multidisciplinary collaboration.

### **Transitional care for adolescents**

A second example concerns improvement in the transition of chronically ill adolescents from paediatric to adult health services. Advances in medical technology have resulted in a considerably better prognosis for patients with

chronic health problems, making it increasingly likely that chronically ill children will reach adolescence or adulthood.<sup>45</sup> This achievement implies a rise in the number of adolescents with chronic conditions,<sup>46</sup> which necessitates greater attention to the preparation of these patients for the transition from paediatric to adult care. This transition is defined as 'the purposeful, planned transfer of adolescents and young adults with chronic conditions from paediatric to adult health services'.<sup>47</sup> The eventual goal of the transition is to achieve uninterrupted, well-coordinated, development-appropriate, and integrated delivery of care attuned to the medical, psychosocial, educational, and professional needs of adolescents and young adults.<sup>47,48</sup>

This transition is often poorly organised, with negative consequences for these adolescents' health and quality of life.<sup>48</sup> As young people grow into adulthood and their medical and personal needs change, it is crucial that these needs are acknowledged and that they receive age-appropriate care; only then will they be able to maintain good quality of life.<sup>49</sup> Special transition programmes have been developed to bridge the gap between the paediatric and adult care settings.

Transitional care should be organised in such a way that the process runs fluently and without interruptions, and maximises quality of life as patients become adults.<sup>50</sup> One option, for example, is to prepare adolescents for this transition by having them formulate individual goals in a personal plan or to train them in self-management abilities during medical consultations without their parents present. Another possible approach is to hold consultations attended by both the patient's paediatrician and a medical specialist from the adult health service.

In our evaluation of the transitional programme '*Op Eigen Benen Vooruit!*', we observed a number of important improvements in care.<sup>51</sup> This programme aimed to develop and implement innovative interventions in transitional care for chronically ill adolescents using the improvement and implementation strategy of the 'breakthrough method'. Improvement teams from various organisations worked together to realise considerable progress within 1 year. Most of these teams consisted of four or five healthcare providers from paediatric and adult health services, headed by a project leader. They were invited to attend four national working conferences offering workshops

and sessions in which they could ask questions of other teams and experts in the field of transitional care. A number of programme managers provided training and education in improvement methods, shared knowledge about transitional care, and served as advisors. With guidance from the programme managers, the improvement teams developed and implemented interventions. Each team was provided with a toolkit containing interventions ([www.opeigenbenen.nu](http://www.opeigenbenen.nu)), such as an individual self-management plan for patients, a plan for the availability of a transition coordinator, and a transition protocol. In selecting tools, the teams were asked to consider their own patient groups and local contexts.

After 1 year, the quality of transitional care had indeed improved. Healthcare providers indicated that participation in the action programme had helped them to improve collaboration between paediatric and adult health services, to work jointly with a shared vision and policy for transitional care, and to organise the transfer more effectively. The participating adolescents perceived that caregivers paid more attention to non-medical issues in the consultation room, and that they were more self-reliant and became more independent during consultations. Parents confirmed these findings. The improvements were also sustained in the long term. This study shows that greater satisfaction with care delivery, and, therefore, better quality of life, can be obtained by tailoring care delivery to the patient's individual needs and by giving healthcare professionals a wider supportive role.<sup>52</sup> In addition, adolescents' proactive attitudes potentially benefit their quality of life. The implementation of such interventions can clearly contribute to the better organisation and coordination of transitional care, enabling adolescents to prepare for adult healthcare more efficiently. Goal setting on the basis of reported bottlenecks will also enable the improvement of transitional care for adolescents with chronic conditions. Still, as with the earlier-mentioned disease management approach, quality improvement can be achieved only when the various health professionals and patients are committed to the cause. And again, it appears that teamwork is crucial for the implementation of structural system changes.<sup>53</sup>

### **Interdisciplinary collaboration in multidisciplinary teams**

Thus, teamwork is needed when providing care for patients with complex problems. Diverse professionals, each with their own expertise, can operate as a team to offer integrated care (multidisciplinary collaboration). But

this is not enough. Patients with complex problems really need a team of professionals with overlapping roles who do not hesitate to communicate with one another and achieve mutual harmonisation in caring for patients, collectively solving problems and making decisions;<sup>54</sup> or, in other words, a team characterised by interdisciplinary collaboration.

We know that interdisciplinary collaboration is achieved in well-prepared, proactive multidisciplinary teams<sup>34,35,55</sup> and that good team functioning is essential for the sustainability of care innovations.<sup>56</sup> But we know little about what the creation of such teams requires.<sup>57</sup> Jody Hoffer Gittel<sup>37</sup> has demonstrated that relational coordination with the aim of task integration is a major predictor of quality of care. Good communication among team members is required, and professionals must have the same goals, share knowledge with each other, and mutually respect one another. In this context, Jacqueline Hartgerink, in her research on the quality of integrated care for hospitalised, vulnerable elderly patients, has shown that higher quality is achieved when high-quality communication occurs frequently and is based on shared goals, shared knowledge, and mutual respect.<sup>33</sup> For example, she observed better relational coordination and a higher quality of integrated care in the geriatrics department than in other departments in the hospital.

So far it is not clear, however, what specific elements of these collective efforts determine whether the quality of (integrated) care will improve. If we were to learn the underlying mechanisms and the conditions under which multidisciplinary teamwork is achieved, we would have better clues about the improvement of care. We do know, for example, that besides relational coordination, situational awareness will also help to achieve better integrated care delivery. If professionals from various disciplines were to exchange information more successfully, they would have greater awareness of the patient's situation. The more patient-centred the organisation of care is, the higher its quality will be. Furthermore, the team and the organisation in which professionals work have impacts on the quality of care. The organisation would do well to stimulate internal communication among professionals and provide a truly multidisciplinary setting for care delivery.<sup>58</sup>

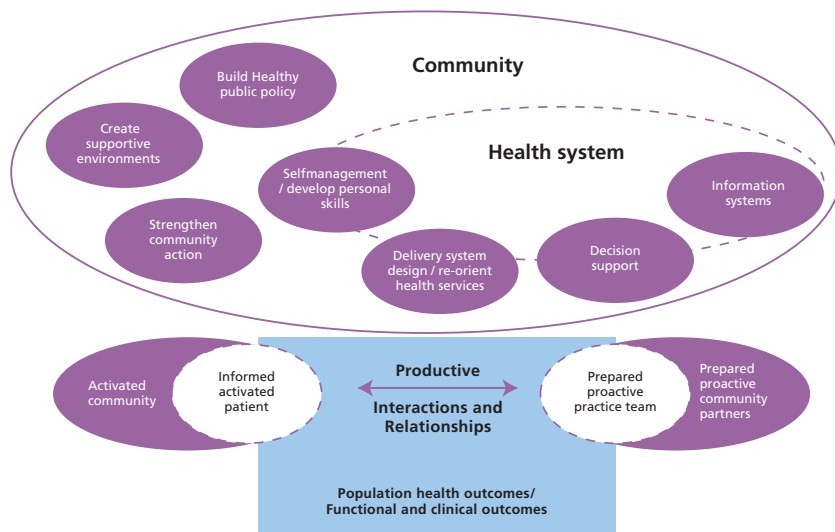
In her book *Transforming Relationships*,<sup>59</sup> Jody Hoffer Gittel describes an approach in which relational transformation is combined with structural

transformation and transformation of the work process to achieve sustainable organisational change. This approach aligns with Ed Wagner's chronic care model, which is also based on structural system changes, the redesign of the care process, and the co-production of care by the health professional and patient. I will discuss the role of the patient in greater detail later, when I go into the importance of patient-centred care, but first I would like to introduce the expanded chronic care model of Barr and colleagues,<sup>60</sup> which also considers the influence of the community on the effectiveness of care and citizens' quality of life.

### The importance of the community

The expanded chronic care model supposes that people's commitment serves to optimise services and improve public health. The early detection of symptoms and effective self-management minimise citizens' limitations and positively affect their quality of life. *Self-management* and *developing personal skills* are therefore essential components, similar to the original chronic care model.

Figure 3. The expanded chronic care model



The expanded chronic care model, however, encompasses more than clinical and functional outcomes; it also considers support in all areas: prevention, care, curing, well-being, and living. It is not merely a matter of redesigning the care process, but a broader *re-orientation of services*, such as various healthcare and welfare services. People's quality of life is always paramount, rather than any illness or impairment.

Caregivers are supported in decision making to provide the best possible care and support, and laymen are supported in decision making to ensure they will be more capable of managing the consequences of illness or impairment in others and in themselves. This support may allow people to make better choices that promote healthy living. Screening and prevention, for example, may be useful to monitor imminent (further) loss of quality of life. Also, multidisciplinary care and support offer actual *decision-making support* through the exchange of information and mutual consultation among stakeholders.

The deployment of *information systems* is important for information exchange among health professionals, but also for gaining insight into the needs of vulnerable people in the community. These needs could be addressed more appropriately if we were to know the social and economic contexts in which professionals in organisations operate.

*Public health policy* should include complementary strategies, such as legislation, fiscal measures, taxes, and organisational change. Public authorities are responsible for creating and maintaining a sustainable system, and thus must develop policies that consistently contribute to the quality, accessibility, and affordability of care and support. The government is not alone, however, in this respect. A sustainable system also involves stronger appeals to family members, friends, and the local community.

One's social environment can promote bad health or benefit health,<sup>61</sup> thereby potentially compensating in part for the increasing demand for services. Much is known about the importance of social support for people's quality of life and health.<sup>62,63</sup> In a *supportive* environment, living conditions are safe, stimulating, comfortable, and pleasant. To achieve this, the community in which one lives should be characterised by personal, long-standing relationships, in which people not only help each other in practical



ways, but also make you feel that you can count on them if necessary. It is a circle of mutual relations, but mutual not in the sense of 'tit for tat'; rather, much more as a willingness to pay attention to one another and help someone if needed; it is a matter of mutual solidarity.<sup>64</sup> Moreover, the reinforcement of social relationships in the community can prevent socio-economic disparity.<sup>65</sup>

A society that lacked cohesion would be characterised by social disorder and conflict, disparate moral values, extreme social inequality, low levels of social interaction among and within communities, and little attachment to place. In past decades, neighbouring has not declined dramatically; it continues to be an important activity for many people.<sup>66</sup> However, extralocal ties are increasing and becoming more dissociated from forms of local interaction. People are socialising within and outside the neighbourhood, but these activities are differentiated. Elderly people and those outside the labour force show little change in the pattern of neighbouring and are apparently more dependent on local ties.<sup>67</sup>

There are many neighbourhoods where residents have relatively low neighbourhood engagement. In such neighbourhoods, residents may nonetheless enjoy a high degree of liveability because they aren't nuisances to one another, they feel safe, and each individual looks after the physical appearance of the neighbourhood. However, when neighbourhood liveability becomes an issue, cooperation among residents is often a necessary condition for improvement. Unfortunately, particularly in neighbourhoods with liveability issues, widespread cooperation among residents is not likely to come about naturally, nor can its longevity be taken for granted when it does arise. Disadvantaged neighbourhoods tend to lack the necessary qualities of self-help, mutuality, and trust that could aid their regeneration, which in part explains, and is a cumulative product of, their decline.<sup>8</sup>

Consequently, the last component of the expanded chronic care model is about *reinforcing the community*. Citizens, but also welfare and healthcare professionals, can play important roles in mobilising people in communities and strengthening formal as well as informal networks. By trying to achieve a common, mutually agreed-upon goal, they can take action to solve local problems.<sup>68</sup> An example of an initiative in the Netherlands to support vulnerable citizens and strengthen local networks is the reinstatement of

the historical role of the visiting district nurse.<sup>69</sup> By taking stock of any problems in the home situation and offering support, the hope is that these nurses will slow the development of impairments and chronic conditions, thereby reducing the risk of admission to a nursing home.<sup>70</sup> These district nurses – also called ‘visible links’ – reinforce collaboration among professionals from different disciplines, which leads to improved care delivery to vulnerable groups in society.<sup>71</sup> They provide support and preventive education, coordinate various services, and prevent unnecessary care consumption.<sup>71,72</sup> The experiences of vulnerable citizens with this care and support are positive,<sup>71</sup> and they reach higher levels of self-reliance and quality of life.<sup>73</sup> This approach conforms with the Netherlands Council for Public Health and Health Care’s<sup>29</sup> recommendation that health professionals seek more collaboration in multidisciplinary teams on a community level. At the same time, our research on new types of integrated care and support in neighbourhoods has revealed that it is often difficult to get multidisciplinary collaboration off the ground.<sup>74-76</sup>

### **An integrated neighbourhood approach**

Due to the ageing of society and the necessity of cost saving, we rely increasingly on informal networks to support the elderly. An important reason for the greater demand for care and support appears to be a decline in the size of elderly individuals’ social networks. It is thus important to monitor these social networks and to support the elderly in other ways, such as by offering neighbourhood or welfare services. In this way, we can limit the number of elderly people falling under the National Act on Medical Expenses.<sup>77</sup> Besides, almost all elderly people prefer to live independently in their own neighbourhoods as long as possible. A strong supportive network is crucial to achieve that goal. In Rotterdam, the ‘*Even Buurten*’ project, on-going since May 2011, is attempting to reinforce the social networks of independently living elderly people through the application of an integrated neighbourhood approach by professionals from care and welfare services. The aim is to enable (early) signalling of problems and to provide concrete help and support to vulnerable elderly individuals. The points of departure are each elderly person’s preferences and what he or she can still do, if necessary with support from the informal network and – only when this does not seem to suffice – with professional support.

The success of a neighbourhood approach such as *Even Buurten* depends strongly on the presence of an integrated formal – as well as informal –

support network in the neighbourhood, in which partners in the fields of prevention, cure, care, well-being, and living collaborate optimally, from problem signalling to care delivery. Regrettably, collaboration within the formal network and between the formal and informal networks often leaves much to be desired, although it is greatly needed. Professionals acknowledge the importance of informal networks for elderly persons, but, at the same time, they are reluctant to call upon these networks. Collaboration among professionals from different organisations (such as between care and welfare services) is, likewise, not a matter of course. Although professionals attach great value to the needs and well-being of the vulnerable elderly, they report that organisations' (financial) interests constitute a barrier to collaboration. *Even Buurten* and similar neighbourhood initiatives may contribute to allaying concerns about competition among organisations because they remove financial compartmentalisation. These neighbourhood approaches, however, are often dependent on temporary funding, which precludes any guarantee of the sustainability of neighbourhood networks that are built. Neighbourhood-centred and cross-sectionally organised funding could perhaps enforce collaboration among professionals with greater effect. Given the current reform in long-term care delivery, whereby municipalities now deliver less-intensive care, neighbourhood-centred approaches such as population-based financing seem more appropriate. This course enables us to set targets at the neighbourhood level for the work process and final outcomes. Medical care such as nursing will be placed under the Dutch Health Insurance Act in the near future. Health insurance companies are thus also interested in population-based financing, as it allows cost saving and improves outcomes through the investment in and promotion of collaboration among primary care, hospital care, home care, and long-term care. Population-based financing can stimulate shared responsibility for the well-being of elderly people or other vulnerable groups, giving a greater role to collaboration with other professionals and informal caregivers. Again, however, a sustainable healthcare system can only be achieved when all people involved are committed to the cause and citizens become more aware of their responsibilities as co-producers.<sup>78</sup> Stronger solidarity among neighbours we observed in neighbourhoods in Rotterdam is promising in this regard. In addition, we found that 22% of community-dwelling older people supported others. The shift toward a so-called 'participation society' seems to reflect a trend already taking place – people seek support within informal networks because they have less confidence in the supportive roles of the government and market.

## Prevention

As co-producers of a sustainable system, people are capable of managing their own health and quality of life by means of prevention. The better we manage to take good care of ourselves, to eat healthily, to not smoke and get enough exercise, and the better we can be self-managers and maintain social relationships, the better our health and quality of life will be.<sup>79-82</sup>

To obtain the best possible health gains with scarce public resources, preventive measures that enhance citizens' commitment to their own health and support lifestyle improvements are increasingly needed.

Public health in the Netherlands is not doing well in all respects. Although we have seen an increase in the life expectancy of women, we still lag considerably behind other countries in this aspect.<sup>5</sup> The current life expectancy of Dutch women is 82.3 years, just above the average in the European Union. The life expectancy of Dutch men is one of the highest in Europe. With increasing life expectancy, however, the number of people in the Netherlands with one or more chronic diseases is rising.

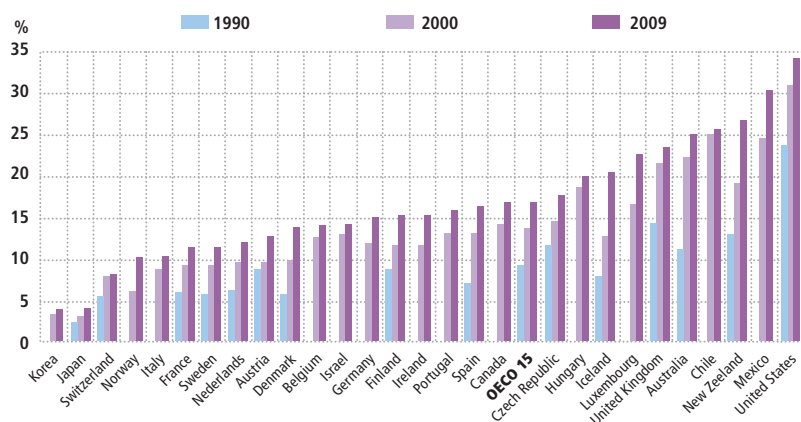
The most frequent chronic conditions have much to do with people's unhealthy behaviour. Attention to lifestyle and health promotion are therefore essential to prevent disease. Changing one's lifestyle, however, is not easy. People are free to make their own choices, and any enforcement would violate this personal freedom. The extent to which preventive measures are considered justified or unjustified is related to the balance between individual and societal responsibility, such as in the case of the ban on smoking in public venues. Few intervention methods have proven effects. Even with changes in behaviour, it often remains unclear whether the eventual goal – the improvement of public health – will be achieved. An additional complicating factor in this context is the institutional setting of health promotion, which is characterised by vertical decentralisation and horizontal fragmentation. Although national goals and areas of focus have been defined, there is no hierarchical structure for the realisation of these goals. The urgency of prevention is increasingly and more widely acknowledged, but many actors make their own judgements. For example, there is no national standard for the (range of) tasks of municipal health services in the field of health promotion. And in the process of decentralisation toward the municipality level, health policy becomes embedded in local politics, which have their own goals and considerations.<sup>5</sup>

We find ourselves in this situation in a time of crisis, when prevention becomes more and more important to achieve sustainable care.

## Lifestyle and health behaviour

The trends in unhealthy lifestyles have stabilised, but the current levels are still far too high. The reduction of unhealthy life habits is not progressing, notably among the less-educated segment of society. Despite informational campaigns, the numbers of alcohol and drug abusers, as well as obese people, in the Netherlands have not decreased. Forty to 50% of the Dutch population is overweight, and one in nine suffers from obesity. This trend is seen throughout the world.

Figure 4. Percentages of overweight people from 1990 to 2009



Not only adults are overweight. One in seven children aged 2 to 9 years is overweight, and this trend is also global. In an overview study, Wim Labree showed that children with immigrant backgrounds were at particularly great risk of this condition in most European countries.<sup>83</sup>

More than half of the Dutch population does not meet the guidelines for a healthy diet, notably those on the intake of sufficient vegetables and fruits. Almost half of the Dutch population fails to meet the norm of 30 minutes of moderately intensive physical activity every day. Only the number of smokers

has declined slightly in the past few years, after years of stagnation. Still, 27% of people in the Netherlands are smokers; this percentage is higher than in surrounding countries. We have also seen that unhealthy life habits often co-occur, particularly in segments of the Dutch population such as less-educated groups. This effect has been observed in all age groups.<sup>84</sup>

Thus, health inequities are large and tenacious. Less-educated people in the Netherlands die an average of 6 to 7 years earlier than do those with more education. The difference between these two groups in life expectancy without physical impairment is even larger: 14 years. These health inequities have not declined in recent years, despite the implementation of several policies. The gap has even widened for some lifestyle factors, such as smoking. Narrowing this gap would require a much more effective health policy aimed at less-educated groups. Moreover, we currently have little insight into the effectiveness of health policy among immigrants in the Netherlands. For example, we do not know whether socio-cultural or socio-economic factors help to explain differences in overweight between children of migrant origin and native Dutch children. Given that overweight children also have greater risks of numerous other health problems, further research that would improve our ability to intervene successfully is greatly needed.<sup>83</sup>

### **Well-being and self-management**

It is becoming increasingly important that people take care of themselves as best and as long as possible. Better self-management abilities can relieve the pressure on the healthcare system caused by the increasing demand for care and support. They will help people remain independent for a longer period of time.<sup>85</sup> Most self-management interventions aim to improve the management of a chronic condition.<sup>86</sup> Chronically ill people are motivated to manage their conditions as best as possible from day to day, for example by taking medicines, getting exercise, eating healthily, and giving up smoking.<sup>87</sup> Self-management requires more, however, than just managing one's condition; it also involves the management of one's health and well-being in broader sense.<sup>79</sup>

Much of the research I have done in the past years with my colleague Jane Cramm has been based on the social production function theory developed by Siegwart Lindenberg.<sup>88</sup> This theory supposes that people try to improve their living conditions in many ways. They will generally strive to achieve physical and social well-being.

People with functional limitations may become dependent on care and support. By providing care, we, as a society, try to protect people's well-being. How this care should be best organised depends on the manner in which it can contribute to well-being. Thus, we need to establish what determines the well-being of people and how it can be improved.

I will begin here by describing the different dimensions of well-being on the basis of Lindenberg's social production function theory,<sup>88</sup> and the ways in which these dimensions are influenced by illness or functional limitations. I will then explain the possible roles of care and support in preventing a decline in well-being due to functional limitations, and describe the possibilities that people have based on their self-management abilities and resources.

### **Dimensions of well-being**

Physical well-being is achieved on the one hand by the proper amount of stimulation, for example physical exercise or mental and sensory stimuli, and on the other hand by optimal comfort. Comfort is a somatic and emotional state based on the absence of physiological needs (no pain, hunger, or thirst) and the presence of a pleasant and safe environment.

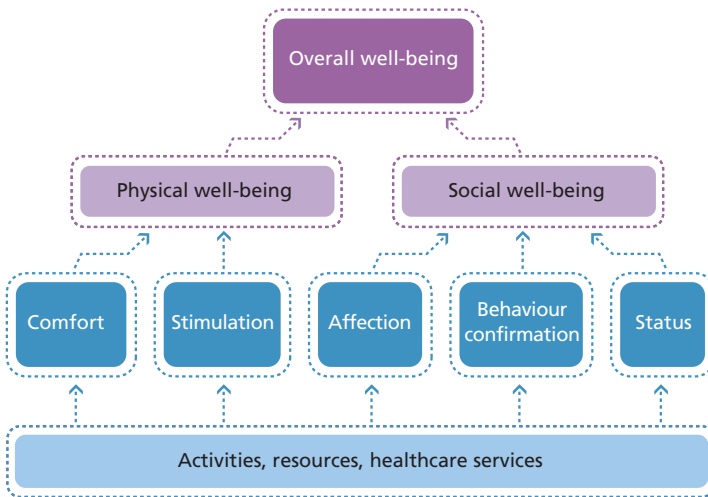
Social well-being is achieved by reaching three goals: status, behavioural confirmation, and affection. Status refers to someone's position in social rankings, such as those based on one's profession, lifestyle, or specific talents. Behavioural confirmation implies that someone lives by his or her own norms or by the norms adopted by relevant others. Affection refers to love, friendship, intimacy, and emotional support, given for example by one's partner, children or other loved ones.<sup>88-90</sup>

Physical and social well-being are general goals within a hierarchy with the ultimate goal of subjective well-being; in other words, optimal quality of life or mental well-being.<sup>90-92</sup> By distinguishing different levels of goals and realizing that lower-level goals are needed to achieve higher-level goals, we can trace the consequences of illness or functional limitations for the well-being of people, and thereby determine what type of care and support is needed.

**(Limited) opportunities for substitution**

Apart from the focus on physical well-being, caregivers should also place sufficient emphasis on social aspects in order to ensure people’s well-being.<sup>91</sup> Physical and social well-being can be substituted for one another to only a limited degree; certain levels of both physical and social welfare are always required to achieve overall subjective well-being.<sup>93</sup> This holds true as well for the various aspects of social and physical well-being. Without a minimal amount of affection (or status or behavioural confirmation), there can be no social well-being. And without a minimal level of comfort (or stimulation), physical well-being is out of the question. At a lower level in the hierarchy of activities and resources, however, goals are generally easily substitutable. Substitution takes place on the basis of the relative costs of alternative goals. When the opportunities to realise status (for example, job status) decrease, an individual will turn to affection and behavioural confirmation, for example by intensifying social contacts.<sup>94</sup>

Figure 5. Hierarchy of well-being

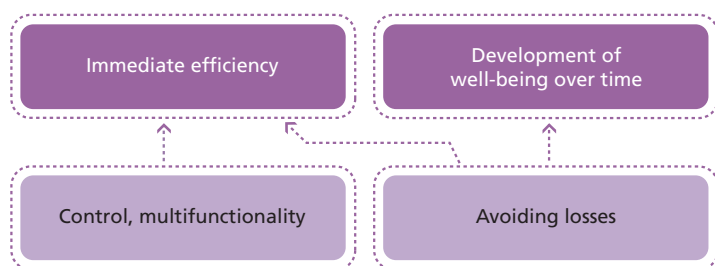


Besides the hierarchical goals that are important for achieving overall well-being, so-called metagoals are also important for people to realise well-being. Metagoals are quality aspects of social-production functions. This refers to the universal striving to improve one's individual situation by two overall



metagoals: 'immediate efficiency' and 'development of well-being over time'. These metagoals tell us something about the way people realise well-being, which involves the degree of control that they have, the availability of multifunctional activities and resources, and the evasion of loss, as shown in Figure 6.

Figure 6. Hierarchy of metagoals



To achieve well-being, the care that people receive must be both efficacious in the short term and contribute to well-being over time. Efficiency in the short term can be improved by giving people control over ('the production of') their own well-being and by delivering multifunctional care; that is, care that contributes to multiple aspects of well-being. Preventing loss increases short-term efficiency and is also important for the development of well-being in the long run.<sup>88,93</sup>

### Effects of functional limitations

Illness and functional limitations do not affect everyone's well-being in the same way. Earlier research has shown that one's resources, such as physical condition, social relationships, and income, influence well-being in times of illness as well as health. The presence of a partner and other social contacts, for example, has an important buffering function.<sup>94</sup>

Social relationships and other resources enable people to participate in activities, among other things. The disruption of important activities threatens people's abilities to achieve physical and social well-being. The loss of well-being also depends on the nature of the activity, as some activities lead to more well-being than do others, for example because they

are multifunctional in the sense that they serve more than one higher-level goal. For example, people can maintain good condition by physical exercise (physical well-being), but exercising with others, for example in a sports club, will also increase social well-being. Functional limitations that make one forego important activities have far-reaching consequences for well-being, unless one has the option to substitute for losses. If people's ability to continue engaging in important activities is facilitated, functional limitations need not necessarily (or only to a limited extent) lead to a lower level of well-being. Care and support can have a crucial role in this context.

Nardi Steverink<sup>95</sup> has identified six self-management abilities that are crucial for older people's well-being, even if they are confronted with deteriorating health and a narrowing social network. The first self-management ability is the capacity to take initiatives. A person who seeks friendship or wishes to keep up an existing friendship needs to take the initiative, rather than taking a passive stance toward the other. The second important self-management ability is having a sense of efficacy, which is also called self-efficacy. Without trust in their own abilities, people will be reluctant to take action. The third ability is the aptitude to invest. Taking friendship as an example, this implies that one must be willing to do something for the other without expecting a favour in return right away. The fourth self-management ability is the ability to look positively to the future. The fifth ability is the capacity to provide for multifunctionality. A multifunctional friendship contributes to multiple domains of well-being. For example, going on a walk or going shopping with a good friend contributes not only to affection, but also to stimulation. The sixth and final self-management ability is the ability to provide variety. Variety in friendship simply means having more than one friend, which provides more opportunities to receive affection, for example. Variety makes people less vulnerable to loss.<sup>95</sup>

Self-management abilities will not lead to well-being until they are actually applied to the main domains of well-being. We should be aware that someone's self-management abilities are not constant and can be influenced by interventions. Interventions serve to support people in preventing loss and preserving their major resources for well-being.<sup>95,96</sup>

### **Patient-centred care**

Attention to self-management abilities in a broad sense – not only in relation to health behaviour, but with respect to general well-being – is

largely in line with present-day developments in patient-centred care. This form of care relies on partnerships among health professionals, patients, and their families (if appropriate) to ensure that patients' needs, wishes, and preferences are respected when decisions must be made and that patients are offered proper education and support to enable them to make decisions and participate in their own care.<sup>24</sup> Ideally, patient-centred care is a matter of co-production of care by the care provider and patient. In practice, however, patients often find that their wishes are not respected, that opportunities for the involvement of family and friends are too few, and that they have insufficient insight into the risks associated with specific medical procedures or interventions.<sup>97</sup>

Still there are important reasons to promote patient-centred care. Several reviews have clearly shown that it may result in health gains, better quality of care, and lower costs.<sup>98</sup> True, this is not always the case, certainly not in every respect. We have noticed, for example, that disease management programmes in the Netherlands mainly address chronically ill people's health behaviour and ability to manage the disease, with improved quality of life as the ultimate goal. In the long term, these programmes have indeed achieved gains, as many patients stopped smoking and engaged in more exercise. Physical quality of life improved, and health behaviour changes were found to predict this improvement. At the same time, we saw that self-management abilities weakened as a consequence of living with a chronic condition and possible deterioration of functional capacity (social, cognitive, and physical). Thus, these disease management programmes did not succeed in sustaining these self-management abilities, let alone improving them. Note that I am referring to self-management abilities in a broad sense, those that sustain general well-being, rather than the more narrowly focused abilities needed to manage one's chronic condition that disease management programmes typically address. We found that broader self-management abilities needed to sustain well-being had deteriorated significantly in chronically ill people 1 and 2 years after the programme. Moreover, mental quality of life had worsened, which appeared to be predicted by the deterioration in self-management. So the question is whether these disease management programmes should be labelled successful – given that they improved health behaviour and physical quality of life in the patient populations involved – or not fully successful, as they failed to stop the worsening of self-management abilities and mental quality of life. In all likelihood, the truth lies midway between the two. It would seem important,

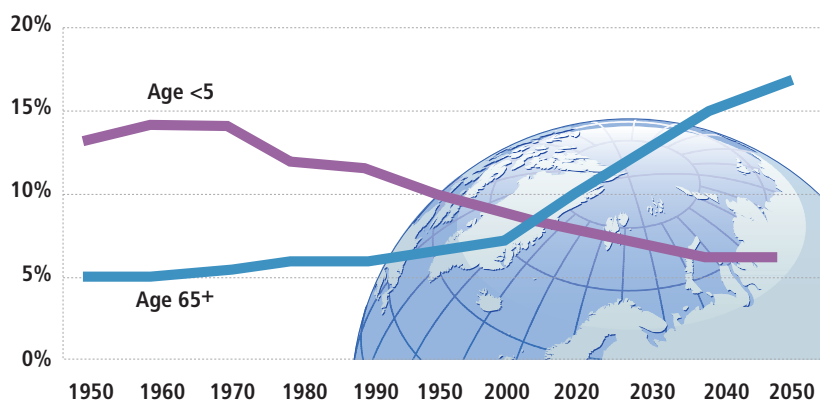
though, to achieve a shift to a broader view of self-management abilities, encompassing more than merely management of a chronic condition.<sup>99</sup>

As the quality of care is known to be related to aspects such as age, educational level, and symptoms of depression, patient-centred care should also take into account patients' background characteristics.<sup>100,101</sup> We also know that access to care may differ among various ethnic groups. For example, Anushka Chote<sup>102</sup> reported that immigrant pregnant women in the Netherlands often seek obstetric care too late. The infant mortality rate is higher in the immigrant population. In contradiction, however, to what one would expect, initiating obstetric care at a later stage of pregnancy does not explain the worse outcomes in terms of gestational age at birth or birth weight. Further research should aim to elucidate the reasons for the striking differences among ethnic groups in access to care, which may involve social situations and lifestyles, and ways to account for these in the care delivery process.<sup>102</sup>

### **Healthy ageing**

Within the context of a population that is growing older and the overloading of health and welfare systems, active and healthy ageing of community-dwelling older people becomes increasingly important. The world faces demographic challenges that will have significant effects if not adequately addressed.<sup>103,104</sup> Good economic reasons underlie the enactment of policies and programmes that promote active and healthy ageing, in terms of increased participation and reduced health and social care costs.

Figure 7. Numbers of children (<5 years) and older people (65+ years) as percentages of the world population: 1950–2050



Source: United Nations. World Population Prospects: The 2010 Revision.

In the Netherlands, public spending on social services and domestic help has increased substantially. Available data, however, indicate that old age *per se* is not associated with increased costs. Rather, disability and poor health – often associated with old age – are costly. As people become better able to age actively and healthfully, and live in age-friendly neighbourhoods with supportive networks, costs associated with ageing populations may not increase as rapidly.

Although often chronically ill and functionally impaired, many older people achieve some degree of balance in their lives; their requisite healthcare does not dominate their existence. Active ageing is the process of optimising opportunities for well-being, participation, and security to enhance well-being as people age. ‘Active’ refers to continual participation in society, for example by engaging in activities that allow older people to realise a life-long potential for well-being. Examples of active ageing are social participation, helping neighbours, and volunteering. Improving active ageing is expected to lead to improved health outcomes as well as cost reductions. For example, research has demonstrated significantly reduced mortality in individuals who provide support to friends, relatives,

neighbours, and spouses.<sup>105</sup> Others have found that social exclusion leads to a decline in complex cognitive performance,<sup>106</sup> whereas engaging in social and leisure activities stimulates brain function, which leads to more brain activity and reduces functional losses.<sup>107</sup> In a time when the prevalence of dementia is increasing enormously, and given that dementia is the most costly disease (even more so than heart disease or cancer),<sup>108</sup> it is important to promote active ageing among older people. Healthy ageing is also important to promote independent living and well-being among community-dwelling older people. The concept of healthy ageing incorporates physical, mental, and social well-being. Thus, within a healthy and active ageing framework, policies and programmes that promote healthy lifestyles (e.g. healthy eating, regular exercise, modification of smoking/drinking behaviours) and self-management abilities to maintain mental health and social connections are as important as those that improve physical health status.<sup>79</sup> Currently, 60% to 70% of older adults do not meet the recommendations for physical activity to obtain health benefits,<sup>109</sup> which emphasises the strong need to promote active and healthy ageing within this population.

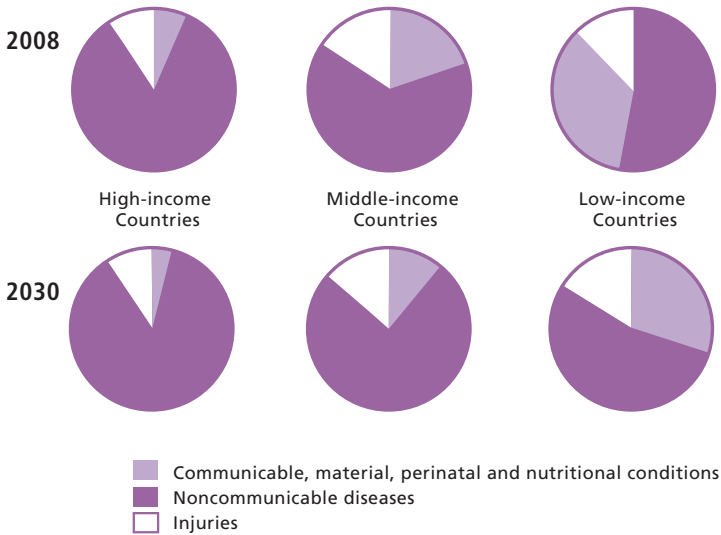
### **Older immigrants**

In the Netherlands, the number of older people is expected to increase more among immigrants (by 163%) than among natives (by 44%) between 2009 and 2025.<sup>110</sup> Most immigrants live in large cities,<sup>111</sup> with Turks, Surinamese, and Moroccans comprising the largest groups in the Netherlands.<sup>112</sup> The prevalence of diabetes mellitus, COPD, and musculoskeletal disorders is relatively high among elderly immigrants. However, (prescribed) drug utilisation is relatively low in these populations, especially among elderly Turkish and Moroccan individuals with diabetes and COPD.<sup>113</sup> Health behaviours, such as smoking, eating habits, and physical activity, play crucial roles in these health problems and differ between immigrants and natives. For example, in the Netherlands, the prevalence of overweight is much higher among immigrants<sup>114</sup> and the prevalence of smoking is especially high among Turks.<sup>115</sup> Inadequate understanding of the roles of socio-cultural mechanisms in health and health behaviour compromises the design and implementation of effective healthcare delivery and health promotion strategies for older immigrants.<sup>116,117</sup> To improve the quality and effectiveness of (preventive) healthcare delivery to older immigrants, and to deliver care tailored to their needs, we need insight into the socio-cultural mechanisms leading to their poorer health and health behaviours and opportunities to promote active and healthy ageing.

# Global health

One of the major epidemiologic trends of the current century is the rise of chronic and degenerative diseases in countries throughout the world, including developing countries.

Figure 8. The increasing burden of chronic noncommunicable diseases: 2008 and 2030

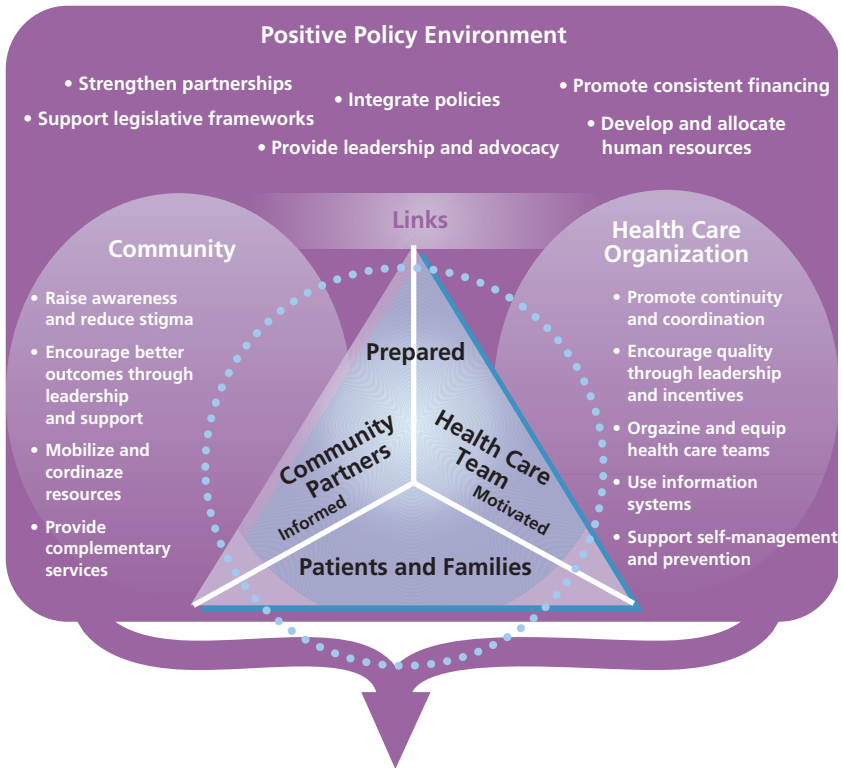


Source: World Health Organization, Projections of Mortality and Burden of Disease, 2004-2030

The global disease burden has shifted from acute to chronic conditions worldwide, but most health systems haven't, especially in developing countries.<sup>118</sup> Creative solutions are needed to address the escalating healthcare demands of the chronically ill, especially in countries with poor-quality chronic care delivery. Growing evidence from around the world suggests that the outcomes of chronically ill patients improve when they

receive effective treatment within an integrated system.<sup>119,120</sup> Therefore, an integrated healthcare system with components at micro- (patient and family), meso- (healthcare organisation and community) and macro- (policy) levels is needed.<sup>118</sup>

Figure 9. The chronic care model for developing countries: the Innovative Care for Chronic Conditions Framework





Just like the original and expanded versions of the chronic care model, the chronic care model for developing countries reflects a new way of thinking in 'whole systems', in contrast to the fragmentation of health services currently available in many developing countries.<sup>121</sup> Informed, activated patients and prepared, proactive practice teams are central in the original and expanded chronic care models. In developing countries, however, the role of the community is even much more important, especially considering the distance between care providers and patients. Therefore, the centre of the chronic care model for developing countries is formed by the patient, the practice team, and the community, which in turn are supported by the larger healthcare system, wider community, and policy environment.

## The importance of socio-economic resources

Creating an integrated healthcare system is an important first step forward, but more is needed to improve health, prevent diseases, and enhance well-being among poor people in developing countries.<sup>122</sup>

We investigated the influences of social and economic conditions on self-rated health and well-being in South Africa and found that education, social resources, and employment were significantly related to the health and well-being of community-dwelling Africans in a township.<sup>123-126</sup> These findings suggest that health outcomes may be improved through interventions beyond the health system: creating job opportunities, strengthening social resources, bettering educational systems, and promoting educational access. These findings are important in understanding the struggles of the lowest socio-economic stratum. Policy makers should consider the benefits of such programmes when addressing health outcomes in financially distressed districts. Such policies may also improve a wide range of health issues by promoting healthy behaviour, disease awareness, and disease-preventive behaviour. We hypothesise that social resources promote good health through healthy behaviours, acting as a preventive measure. While existing health policies emphasise disease treatment, our findings suggest that a greater emphasis on social environment, employment, and education could be more beneficial.

My view that the development of a sustainable healthcare system requires an approach that goes beyond traditional, acute care and meets

the needs and abilities of people is decisive for the future research agenda and design of new educational programmes. I will briefly sketch out this agenda following the themes I have discussed.

## The promise of this professorship

The research line that my colleagues and I have developed in past years mainly addresses socio-medical themes, such as patient experiences, quality of care, accessibility, and the consumption of services (primary care, hospital, long-term, welfare). We have focused on the consequences of healthcare (reform) for the health and well-being of vulnerable groups, including vulnerable elderly people, young people with chronic conditions, individuals with intellectual impairments, the chronically ill, and low socio-economic status groups. Our socio-medical sciences group has already a strong position in research and education in the fields of i) illness and health, ii) care and support, and iii) development of the healthcare system.

An important issue that we would like to resolve is the ways in which innovations in care and well-being provisions actually result in sustained, coordinated, and patient-centred care. Then there is the question of what is needed from organisations to realise this goal and how innovations can effectively support vulnerable groups in terms of self-management, health, and well-being. Healthcare systems and organisations are often not flexible enough to efficiently implement innovative solutions. Unsuccessful implementation of changes in healthcare and welfare organisations is, moreover, related to insufficient insight into the effectiveness of innovations. It should be made clear under what circumstances and for what groups innovations effectively provide good-quality care. The ultimate goal, after all, is the provision of optimal support to help people improve or sustain their health and well-being. The role of self-management abilities is very interesting in this respect. Especially the questions of the extent to which and circumstances under which people remain physically and socially active while keeping a positive outlook on life, even if they are (chronically) ill. Furthermore, the role of supportive networks in the communities in which people live is relevant in this respect. Differences among communities, be they villages, town districts, or smaller neighbourhoods, in levels of social support, informal care, social cohesion, social capital, and mutual solidarity form an exciting area of research that can help explain inequalities in

people's health, self-management abilities, and well-being. These issues receive great attention internationally, also in the field of global health.

The further development of socio-medical knowledge will be integrated into the educational programmes offered by iBMG. Apart from current knowledge on patient-centred care, public health and socio-economic and ethnic disparities in health are other themes that deserve further investigation. In particular, we can single out quality of care, accessibility and use of services, and experiences of vulnerable groups with healthcare, welfare facilities, and community solidarity. Apart from substantive knowledge, addressing these themes also requires methodological knowledge, such as the application of advanced methods and techniques and instrument development. I am convinced that, together with my close colleagues, I can make a contribution to further educational reform at the bachelor's, master's, and PhD levels. Top-quality education is inextricably bound to top-quality research. Holding the socio-medical sciences professorial chair will enable me to achieve the injection of top research in excellent educational programmes. This professorship will contribute to the development of a sustainable healthcare system that meets the needs and abilities of people and is embedded in a society in which people also provide care and support to each other at a local level.

## Words of thanks

And now – nearing the ending of my lecture – I would like to thank a number of persons. The boards of the institute of Health Policy & Management, the Faculty of Medicine and Health Sciences, Erasmus University Rotterdam and the Vereniging Trustfonds of this university are thanked for establishing the Endowed Chair in Socio-medical sciences. I am grateful to the appointment committee and the successive Vice-Deans in iBMG, Professor Wilfried Notten and Professor Werner Brouwer. At a crucial moment in my career Wilfried Notten has acted as my advocate, which I appreciate very much.

Many others have made it possible for me to be in this position today. In the first years at iBMG my colleagues in the BZO group, as well as Mathilde Strating and Roland Bal with whom I did the evaluation study of the national Care for Better programme. And in recent years my partner in science Jane Cramm – the concept of synergy has gained significance since I'm working

with you. The Socio-medical sciences group with Marleen Foets, Jane Cramm, Gerrit Koopmans, Erwin Birnie, Wim Labree, Anushka Choté, Hanna van Dijk, Annemarie de Vos, and Jacqueline Hartgerink provides the ideal context to tackle together some of the issues our society is facing. Being part of this group feels a bit like coming home – a feast of recognition and plenty of humour.

This is also the occasion to thank Siegwart Lindenberg. As supervisor of my PhD-work you genuinely influenced my scientific thinking. In many respects you serve as an example for me. I often imagine what you would do in a specific situation.

Alexia Zwaan, Hanna van Gent and Liza Moreira, our secretaries, and Arjanne Wagner and Eugene Sophia of the financial department, thanks for all the support over the years. I too thank Ko Hagoort for translating part of this lecture.

Being confronted with the memory of those who are no longer with us is even harder in times of celebration. My dear colleague Kees van Wijk. Impassioned researcher and teacher.

My father who shared his love and awe for the world of science with me. He also made me realize from close-by what it means to be a patient. How pain and joy of life look like at life's end. And how sharing together makes loss more bearable. Until today. You should have been here today.

But let's move on to those who are really here!

My dear daughters Ella and Marijne. There is no greater pleasure than watching you in all those times when we are happy. In spite of my hectic schedule and lack of patience I would wish for no other life, thanks to your love. More time would be nice though!

Our family and friends are the pillars of our life. Janny van Lohuizen, Marjolein Nieboer, Marit Stokkentreeff, Lidi Nieboer, Lida Timmerman, Jaco Berveling, Dinie Martens, Marije Nooteboom, Tinie Koops, Ece Batchelder, Danique Bosman and Noralie van 't Hul. Without your commitment and support, I know I would not be here today.

It may so happen you spend a long time fighting for a cause and once it's done it can be hard to really enjoy. As an institute we are facing a far-reaching reorganization. At this moment we don't know yet who will stay and who will leave. What I do know is that I'm surrounded by people who are doing their job with great dedication and passion. And I'm glad to be part of it. We are in for a hard time – the work load is heavier than ever. I hope that through our mutual solidarity and involvement and by combining our talents we may emerge strong from our present difficulties.

I have stated.



# References

1. Mackenbach, J. P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile*. Retrieved from the European Commission on Public Health website <http://ec.europa.eu/>
2. Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, *358*, 2468–2481.
3. Kringos, D. S., Boerma, W., Van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, *32*, 686–694.
4. Hoeymans, N., & Schellevis, F. C. (2008) Selectie van chronische ziekten. In *Volksgezondheid toekomst verkenning, nationaal kompas volksgezondheid. Versie 4*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Retrieved from <http://www.nationaalkompas.nl>
5. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport volksgezondheid toekomst verkenning 2010*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Retrieved from <http://www.rivm.nl>
6. World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)
7. Europa. (2011). *Third demography report: population is becoming older and more diverse*. (European Commission Memo/11/209). Brussels: European Commission. Retrieved from <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=MEMO/11/209>
8. Forrest, R., & Kearns, A. (2001). Social cohesion, social capital and the neighbourhood, *Urban Studies*, *38*, 2125-2143. doi:10.1080/00420980120087081
9. Van den Brink-Muinen, A., Rijken, P. M., Spreeuwenberg, P., & Heijmans, M. W. J. M. (2009). *Kerngegevens maatschappelijke situatie 2008. Nationaal panel chronisch zieken en gehandicapten*. Utrecht: NIVEL. Retrieved from <http://www.nivel.nl>
10. Uijen, A. A., & Van de Lisdonk, E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice*, *14* (s1), 28–32.

11. Bruggink, J. W., Knoop, K., Nusselder, W. J., & Van Gool, C. H. (2013). De gezonde levensverwachting samengevat. In *Volksgezondheid toekomst verkenning, nationaal kompas volksgezondheid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Retrieved from <http://www.nationaalkompas.nl>
12. Weide, M. G., & Foets, M. (1997). Migrants and the general practitioner: a review of twelve studies. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 75, 4–11.
13. Kunst, A. E., Lamkaddem, M., Mackenbach, J., Rademakers, J., & Devillé, W. (2008). *Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland*. Retrieved from [http://www.zonmw.nl/uploads/tx\\_vipublicaties/overzicht\\_evaluatie\\_resultaten\\_onderzoek.pdf](http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/overzicht_evaluatie_resultaten_onderzoek.pdf)
14. Devillé, W., Uiters, E., Westert, G. P., & Groenewegen, P. (2006). Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In G. P. Westert, L. Jabaaij, & G. François (Eds.), *Morbidity, performance and quality in primary care* (pp. 85–96). Oxford, UK: Radcliffe Publishing Ltd.
15. Reijneveld, S. A. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52, 298–304.
16. POLS, gezondheid en welzijn. (2007). Permanent onderzoek leefsituatie, gezondheid, en welzijn. Retrieved from <http://www.cbs.nl>
17. Kempen, G. I. J. M., & Ormel, J. (Eds.). (1996). *Dagelijks functioneren van ouderen*. Assen: Van Gorcum & Comp.
18. Makai, P., Nieboer, A. P., Koopmanschap, M. A., Stolk, E., & Brouwer, W. B. F. (2013). Quality of life instruments for economic evaluations in elderly care: a systematic review. Manuscript submitted for publication.
19. Eurofound. (2012). *Third European quality of life survey. Quality of life in Europe: impacts of the crisis*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
20. Eurofound. (2009). *Second European quality of life survey. Quality of life in Europe 2003-2007*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
21. Cramm, J. M., Möller, V., & Nieboer, A. P. (2010). Improving subjective well-being of the poor in the Eastern Cape. *Journal of Health Psychology*, 15, 1012–1019.
22. Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2012). Self-management abilities, physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes. *Patient Education & Counseling*, 87, 411–415.



23. Blokstra, A., & Verschuren, W. M. M. (Eds.). (2007). *Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025* (Report No. 260401/2007). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
24. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century*. National Academy Press: Washington, D.C. Retrieved from <http://www.iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx>
25. Ruwaard, D. (2012). De weg van nazorg naar voorzorg: buiten de gebaande paden. Retrieved from the Maastricht University website <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=25030>
26. Van Dijk, C. E., & Korevaar, J. E. (2011). *Integrale bekostiging. Eerste ervaringen na één jaar invoering*. Utrecht: NIVEL.
27. Tsiachristas, A., Hipple-Walters, B., Lemmens, K. M. M., Nieboer, A. P., & Rutten-Van Mólken, M. (2011). Towards integrated care for chronic conditions: Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers. *Health Policy, 101*, 122–132.
28. De Bakker, D., Raams, J., Schut, E., Vrijhoef, B., & De Wildt, J. (2012). *Eindrapport van de evaluatiecommissie integrale bekostiging – Integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering*. Den Haag: ZonMw.
29. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2012). *Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving*.
30. Polderman, J., Hoogenveen, R., Luijben, G., van den Berg, M., Boshuizen, H., & Slobbe, L. (2012). Zorgkosten van ongezond gedrag en preventie. In F.T. Schut, & M. Varkevisser. *Een economisch gezonde gezondheidszorg KVS Preadviezen 2012* (pp109-130). Den Haag: Sdu Uitgevers.
31. Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care, 4*, 1–18.
32. World Health Organization. (1996). *Integration of health care delivery: report of a study group*. Geneva: World Health Organization.
33. Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., Bakker, T. J. E. M., Van Eijdsen, A. M., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2012). The importance of relational coordination for integrated care delivery to older patients in the hospital. *Journal of Nursing Management, 9*, 1–9.
34. Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., Bakker, T. J. E. M., Van Eijdsen, A. M., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2013). The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients. *Journal of Advanced Nursing*. Advance online publication. doi: 10.1111/jan.12233

35. Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2012). In the Netherlands, rich interaction among professionals conducting disease management led to better chronic care. *Health Affairs, 31*, 2493–2500.
36. Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2012). Relational coordination promotes quality of chronic-care delivery in Dutch disease-management programs. *Health Care Management Review, 37*, 301–309.
37. Gittell, J. H. (2006). Relational coordination: coordinating work through relationships of shared goals, shared knowledge, and mutual respect. In O. Kyriakidou, & M. Özbilgin (Eds.), *Relational perspectives in organizational studies: a research companion* (pp. 74–94). Cheltenham (UK): Edward Elgar Publishers.
38. Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis, M., & Borbasi, S. (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing, 3*, 121–130.
39. ZonMw. (2008). *Programmatekst diseasemanagement chronische ziekten*. Den Haag: ZonMw.
40. ZonMw. (2012). Diseasemanagement in 22 praktijkprojecten. *Mediator, 23*.
41. Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs, 20*, 64–78.
42. Cramm, J. M., Adams, S. A., Walters, B. H., Tsiachristas, A., Bal, R., Huijsman, R., et al. (2013). The role of disease management programs in the health behavior of chronically ill patients. Manuscript submitted for publication.
43. Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2013). High-quality chronic care delivery improves experiences of chronically ill patients receiving care: experiences from patients. *International Journal for Quality in Healthcare*. doi: mzt065
44. Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2013). Short and long term improvements in quality of chronic care delivery predict program sustainability. Manuscript submitted for publication.
45. Scal, P. (2002). Transition for youth with chronic conditions: primary care physicians' approaches. *Pediatrics, 110*, 1315–1321.
46. Crowley, R., Wolfe, I., Lock, K., & McKee, M. (2011). Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood, 96*, 548–553.
47. Blum, R. W. M., Garell, D., Hodgman, C. H., Jorissen T. W., Okinow, N. A., Orr, D. P., & Slap, G. B. (1993). Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health, 14*, 570–576.

48. McDonagh, J. E. (2005). Growing up and moving on: transition from pediatric to adult care. *Pediatric Transplantation, 9*, 364–372.
49. While, A., Forbes, A., Ullman, R., Lewis, S., Mathes, L., & Griffiths, P. (2004). Good practices that address continuity during transition from child to adult care: synthesis of the evidence. *Child: Care, Health, & Development, 30*, 439–452.
50. Lotstein, D. S., Ghandour, R., Cash, A., McGuire, E., Strickland, B., & Newacheck, P. (2009). Planning for health care transitions: results from the 2005-2006 National Survey of Children with Special Health Care Needs. *Pediatrics, 123*, 145–152.
51. Strating, M.M.H., Cramm, J.M., Sonneveld, H.M., van Staa, A., Roebroek, M.E., Nieboer, A.P. (2013). *Betere transitiezorg voor jongeren met chronische aandoeningen. Evaluatie onderzoek van het Actieprogramma Op Eigen Benen Vooruit! 2013.10. Sociaal-medische wetenschappen*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam Institute of Health Policy & Management.
52. Cramm, J. M., Sonneveld, H., Strating, M. M. H., & Nieboer, A.P. (2013). The longitudinal relationship between satisfaction with transitional care and social and emotional quality of life among chronically ill adolescents. *Applied Research in Quality of Life, 8*, 481–491.
53. Cramm, J. M., Strating, M. M. H., & Nieboer, A. P. (2013). The role of team climate in improving the quality of chronic care delivery to chronically ill adolescents: a longitudinal study among professionals. Manuscript submitted for publication.
54. Sheehan, D., Robertson, L., & Ormond, T. (2007). Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *Journal of Interprofessional Care, 21*, 17–30.
55. Cramm, J. M., Hoeijmakers, M., & Nieboer, A. P. (2013). Relational coordination between community health nurses and other professionals in delivering care to community-dwelling frail people. *Journal of Nursing Management*. doi: 10.1111/jonm.12041
56. Cramm, J. M., Phaff, S., & Nieboer, A. P. (2013). The role of partnership functioning and synergy in achieving sustainability of innovative programmes in community care. *Health & Social Care in the Community, 21*, 209–215.
57. Buljac-Samardzic, M., Dekker-van Doorn, C. M., Van Wijngaarden, J. D., & Van Wijk, K. P. (2010). Interventions to improve team effectiveness: a systematic review. *Health Policy, 94*, 183–195.
58. Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., De Vos, A. J. B. M., Bakker, T. J. E. M., Steyerberg, E. W., Mackenbach, A. P., & Nieboer, A. P. Situational awareness, relational coordination and integrated care delivery to hospitalized elderly in the Netherlands. Manuscript submitted for publication.
59. Gittell, J. H. (in press) Transforming relationships. Stanford University Press.

60. Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, *7*, 73–82.
61. De Vos, H. (2003). Geld en 'de rest'. Over uitzwerming, teloorgang van gemeenschap en de noodzaak van gemeenschapsbeleid. *Sociologische Gids*, *50*, 285–311.
62. Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, *59*, 676–684.
63. Cramm, J. M., Van Dijk, H. M., & Nieboer, A. P. (2013). The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well-being of older adults in the community. *The Gerontologist*, *53*, 142–152.
64. Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (in press). Neighborhood attributes security and solidarity promote the well-being of community-dwelling older people. *Geriatrics & Gerontology International*.
65. Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *61*, 473–478.
66. Völker, B., Flap, H., & Lindenberg, S. (2007). When are neighborhoods communities? Community in Dutch neighborhoods. *European Sociological Review*, *23*, 99–114.
67. Guest, A., & Wierzbicki, S. (1999). Social ties at the neighbourhood level: two decades of GSS evidence. *Urban Affairs Review*, *35*, 92–111.
68. Frieling, M. A., Lindenberg, S. M., & Stokman, F. N. (2012). Collaborative communities through coproduction: two case studies. *The American Review of Public Administration*. Advance online publication. doi: 10.1177/0275074012456897
69. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 23 235, nr. 86.
70. Stuck, A. E., Minder, C. E., Peter-Wüest, I., Gillmann, G., Egli, C., Kesselring, A., et al. (2000). A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Archives of Internal Medicine*, *160*, 977–986.
71. Nieboer, A. P., Lötters, F., & Cramm, J. M. (2013). *De wijkverpleegkundige als zichtbare schakel in de wijk in Rotterdam. 2013.02. Sociaal-medische wetenschappen*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam Institute of Health Policy & Management.
72. Caffrey, R. A. (2005). The rural community care gerontologic nurse entrepreneur: role development strategies. *Journal of Gerontological Nursing*, *31*, 11–16.

73. Cramm, J. M., Nieboer, A. P. (2013). *Het belang van zorg en ondersteuning door Zichtbare schakels voor de kwaliteit van leven van kwetsbare cliënten in Vlaardingen. 2013.03. Sociaal-medische wetenschappen*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam Institute of Health Policy & Management.
74. Van Dijk, H. M., Cramm, J. M., Goumans, M., Brix, A., Bakker, S., & Nieboer, A. P. (2013). Klinische les: belang van ondersteunende netwerken voor ouderen. *Bijblijven, 29*, 53–57.
75. Van Dijk, H. M., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2013). The experiences of neighbour, volunteer and professional support-givers in supporting community dwelling older people. *Health & Social Care in the Community, 21*, 150–158.
76. Van Dijk, H. M., Cramm, J. M., Lötters, F., & Nieboer, A. P. (2013). *Even buurten: een wijkgerichte aanpak voor thuiswonende ouderen in Rotterdam. 2013.10. Sociaal-medische wetenschappen*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam Institute of Health Policy & Management.
77. Sociaal en Cultureel Planbureau. (2013). *Met zorg ouder worden: zorgtrajecten van ouderen in tien jaar*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
78. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2013). *Het belang van wederkerigheid... solidariteit gaat niet vanzelf!*
79. Cramm, J. M., Hartgerink, J. M., De Vreede, P. L., Bakker, T. J., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2012). The role of self-management abilities in the achievement and maintenance of well-being, prevention of depression and successful ageing. *European Journal of Ageing, 9*, 353–360.
80. Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2013). The relationship between self-management abilities, quality of chronic care delivery and well-being among patients with chronic obstructive pulmonary disease in the Netherlands. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 8*, 209–214.
81. Cramm, J. M., Hartgerink, J. M., Bakker, T. J., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2013). Understanding self-management abilities among older individuals at risk of function loss: who are better self-managers and are self-management abilities mediators of well-being? *Quality of Life Research, 22*, 85–92.
82. Cramm, J. M., Hartgerink, J. M., De Vreede, P. L., Bakker, T. J., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2012). The relationship between older adults' self-management abilities, well-being and depression. *European Journal of Ageing, 9*, 353–360.
83. Labree, L. J. W., Van de Mheen, H., Rutten, F. F. H., & Foets, M. (2011). Differences in overweight and obesity among children from migrant and native origin: a systematic review of the European literature. *Obesity Reviews, 12*, e535–e547.

84. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2013). *Volksgezondheid toekomst verkenning, nationaal Kompas volksgezondheid. Versie 4*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Retrieved from <http://www.nationaalkompas.nl>.
85. Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education & Counseling, 48*, 177–187.
86. Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Strycker, L. A. (2002). Implementation, generalization and long-term results of the "choosing well" diabetes self-management intervention. *Patient Education & Counseling, 48*, 115–122.
87. Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*, 1–7.
88. Lindenberg, S. M. (1996). Continuities in the theory of social production functions. In S. M. Lindenberg, & H. B. G. Ganzeboom (Eds.), *Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler* (pp. 169–184). Amsterdam: Thesis Publishers.
89. Ormel, J., Lindenberg, S. M., Steverink, N., & Von Korff, M. (1997). Quality of life and social production functions: a framework for understanding health effects. *Social Science & Medicine, 45*, 1051–1063.
90. Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., & Van Bruggen, A. C. (2005). Dimensions of well-being and their measurement: the SPF-IL scale. *Social Indicators Research, 73*, 313–353.
91. Van Nispen, R. M. A., Van Beek, A. P. A., & Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek*. Utrecht: NIVEL.
92. Gezondheidsraad. (2005). *Vergrijzen met ambitie* (Publication No. 2005/06). Den Haag: Gezondheidsraad.
93. Van Bruggen, A. C. (2004). *Individual production of social well-being: an exploratory study* (Doctoral dissertation, University of Groningen, Amsterdam, the Netherlands).
94. Nieboer, A., & Lindenberg, S. (2002). Substitution, buffers and subjective well-being: a hierarchical approach. In E. Gullone, & R. A. Cummins (Eds.), *The universality of subjective well-being indicators* (pp. 175–189). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
95. Steverink, N. (2009). Gelukkig en gezond ouder worden: welbevinden, hulpbronnen en zelfmanagementvaardig heden. *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie, 40*, 244–252.
96. Cramm, J.M., Strating, M. M. H., De Vreede, P. L., Steverink, N., & Nieboer, A. P. (2012). Development and validation of a short version of the Self-Management Ability Scale (SMAS). *Health & Quality of Life Outcomes, 10*, 9.

97. Schoen, C., Osborn, R., Huynh, P. T., Doty, M., Zapert, K., Peugh, J., & Davis, K. (2005). Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs, Suppl Web Exclusives*, W5–25.
98. Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research & Review*, 70, 351–379.
99. Davis, K., Schoenbaum, S. C., & Audet, A. M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 953–957.
100. Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2012). The chronic care model: congruency and predictors among patients with cardiovascular diseases and chronic obstructive pulmonary disease in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 12, 242.
101. Rosemann, T., Laux, G., Szecsenyi, J., & Grol, R. (2008). The Chronic Care Model: congruency and predictors among primary care patients with osteoarthritis. *Quality & Safety in Health Care*, 17, 442–446.
102. Choté, A. A., Koopmans, G. T., Redekop, W. K., De Groot, C. J., Hoefman, R. J., Jaddoe, V. W., et al. (2011). Explaining ethnic differences in late antenatal care entry by predisposing, enabling and need factors in the Netherlands. The Generation R Study. *Maternal & Child Health Journal*, 15, 689–699.
103. World Health Organization. (2004). *The global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: World Health Organization.
104. World Health Organization. (2011). *Global health and ageing*. Geneva: World Health Organization.
105. Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14, 320–327.
106. Wang, H. X., Karp, A., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2002). Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *American Journal of Epidemiology*, 155, 1081–1087.
107. Baumeister, R. F., Twenge, J. M., & Nuss, C. K. (2002). Effects of social exclusion in cognitive processes: anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of Personality & Social Psychology*, 83, 817–827.
108. Hurd, M. D., Martorell, P., Delavande, A., Mullen, K. J., & Langa, K. M. (2013). Monetary costs of dementia in the United States. *New England Journal of Medicine*, 368, 1326–1334.
109. European Commission. (2010). *Sport and physical activity* (Special Eurobarometer 334/ Wave 72.3). Brussels: TNS Opinion & Social. Retrieved from [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_334\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf).

110. Foets, M., Choté, A., Hoefman, R., Hofmeester, E., Koopmans, G., & Lötters, F. (2009) *De toekomst van de thuiszorg voor hulpbehoevende allochtone ouderen*. iBMG/STOOM.
111. Centrum voor Onderzoek en Statistiek. (2006). *Key figures Rotterdam 2006*.
112. CBS. (2012). *Statistical yearbook 2012*. Retrieved from <http://www.cbs.nl>
113. Denktaş, S., Koopmans, G., Birnie, E., Foets, M., & Bonsel, G. (2010). Underutilization of prescribed drugs use among first generation elderly immigrants in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 10, 176.
114. Ujcic-Voortman, J. K., Bos, G., Baan, C. A., Verhoeff, A. P., & Seidell, J. C. (2011). Obesity and body fat distribution: ethnic differences and the role of socio-economic status. *Obesity Facts*, 4, 53–60.
115. Nierkens, V., De Vries, H., & Stronks, K. (2006). Smoking in immigrants: do socioeconomic gradients follow the pattern expected from the tobacco epidemic? *Tobacco Control*, 15, 385–391.
116. Sundquist, J. (2001). Migration, equality and access to health care services. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55, 691–692.
117. World Health Organization. (2010). *Health of immigrants – the way forward. Report of a global consultation*. Madrid, Spain: World Health Organization.
118. Epping-Jordan, J. E., Pruitt, S. D., Bengoa, R., & Wagner, E. H. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality & Safety in Health Care*, 13, 299–305.
119. Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1909–1914.
120. Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288, 2469–2475.
121. World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva: World Health Organization.
122. World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, 2008. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
123. Cramm, J. M., Møller, V., Nieboer, & A. P. (2012). Individual- and neighbourhood-level indicators of subjective well-being in a small and poor Eastern Cape township: the effect of health, social capital, marital status, and income. *Social Indicators Research*, 105, 581–593.



124. Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2011). Socioeconomic health indicators among residents of an economically and health-deprived South African township. *International Journal of Equity in Health, 10*, 51.
125. Cramm, J. M., Koolman, X., Møller, V., & Nieboer, A. P. (2011). Socioeconomic status and self-reported tuberculosis: a multilevel analysis in a low-income township in the Eastern Cape, South Africa. *African Journal of Public Health, 2*, e34.
126. Møller, V., Erstad, I., Cramm, J. M., Nieboer, A. P., Finkenflügel, H., Radloff, S., Ndoro, T., & Kwizera, S. A. (2011). Delays in presenting for TB treatment: fears related to learning one is HIV positive. *African Journal of AIDS Research, 10*, 25–36.







Fotograaf: Levien Willemse

Anna Nieboer is hoogleraar sociaal-medische wetenschappen aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR). Zij studeerde sociologie in Groningen en promoveerde op de gevolgen van ingrijpende levensgebeurtenissen bij ouderen bij het Interuniversity Center for Social Science and Methodology (ICS). Zij was daarna coördinator van een onderzoeksprogramma naar verschillende vormen van gemeenschap in Nederland en universitair docent en onderzoeker zorgmanagement bij de capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van Zorg van de Universiteit Maastricht. Vanaf 2003 is zij werkzaam bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg eerst als opleidingscoördinator van de master Zorgmanagement, vervolgens als voorzitter van de sectie Bedrijfsvoering Zorgorganisaties a.i. en vanaf 2013 als voorzitter van de sectie Sociaal-medische wetenschappen (SMW).

In de onderzoekslijn die zij de afgelopen jaren binnen het iBMG heeft ontwikkeld, staan sociaal medische thema's als patiëntenervaringen, kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en het gebruik van voorzieningen (eerstelij, ziekenhuis, langdurige zorg, welzijn) centraal. In het bijzonder de gevolgen van zorg(vernieuwing) voor de gezondheid en het welzijn van kwetsbare groepen (waaronder kwetsbare ouderen, jongeren met chronische aandoeningen, mensen met een verstandelijke beperking, chronisch zieken en groepen met een lage sociaal-economische status). Ook 'global health' is een belangrijk onderzoeksthema.

Prof.dr. Anna P. Nieboer heeft meer dan 100 wetenschappelijke publicaties op haar naam staan, heeft ruime ervaring in grootschalige onderzoekprojecten op het terrein van kwaliteit van zorg en zorginnovatie en doceert vakken als 'Kwaliteit en Doelmatigheid', 'Strategie en Innovatie' en 'Patient Centered Care Delivery'. Zij wil met haar onderwijs en onderzoek een bijdrage leveren aan de verbetering van kwaliteit van zorg aan kwetsbare groepen.

In 'Houdbare zorg en ondersteuning in tijden van crisis' schetst zij de (inter)nationale ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid en daarmee gepaard gaande veranderingen in de vraag naar zorg en ondersteuning. Nieboer stelt dat het ontwikkelen van een houdbaar zorgstelsel een aanpak vergt die traditionele, acute zorg overstijgt en aansluit bij behoeften en mogelijkheden van mensen.



Erasmus Universiteit Rotterdam  
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
Burgemeester Oudlaan 50, 3062 PA Rotterdam  
Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

Tel. 010 - 408 8555  
E-mail [info@bmg.eur.nl](mailto:info@bmg.eur.nl)  
Internet [www.bmg.eur.nl](http://www.bmg.eur.nl)

ISBN  
978-94-90420-51-2