

De weg naar een gedigitaliseerde zorgrelatie

# De patiënt als gezagvoerder, de dokter als copiloot

E-HEALTH, PATIENT

Datum 19 augustus 2010			
ID nummer: RP100027			
Auteur Rachel Gerads			

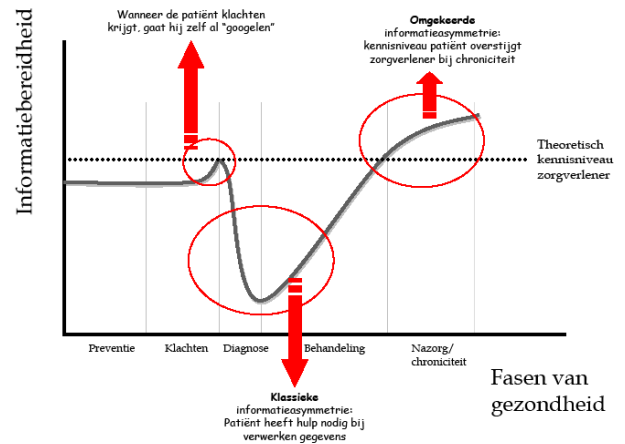




# Samenvatting

Het karakter van 'de patiënt' verandert. Al vanaf de jaren '60 is er een toename van zelfbewustzijn van patiënten zichtbaar. In de laatste decennia is deze ontwikkeling door gebruik van nieuwe media versneld. In de zorg wordt veel geautomatiseerd: Transparante gegevens, zoals sterftecijfers van ziekenhuizen of Elektronische Patiëntendossiers zijn beschikbaar en uitwisselbaar, instellingen bieden een website waar patiënten een afspraak met hun zorgverlener digitaal kunnen plannen of online een opnameformulier kunnen invullen. Daarnaast is een grote groep patiënten op zoek naar meer; zij zoeken informatie over gezondheid en ziekte op internet en wisselen ook informatie uit met lotgenoten. Kortom; de patiënt heeft in technische (en overigens ook in juridische) zin alle mogelijkheden om de regie over zijn zorg te nemen. In de praktijk is dit vaak nog niet het geval.

Dit rapport benadrukt het belang van de verschillende fasen van gezondheid die een burger doorloopt. Zorgverleners, zorgverzekeraars en beleidsmakers moeten zich ervan bewust zijn dat de patiënt in deze verschillende fasen op een andere manier zorg beleeft. De patiënt gaat dan ook op een andere manier om met eigen regie. Zo is bekend dat er emoties spelen bij patiënten op het moment dat ze onbeduidende klachten hebben en op internet in het woud van informatie gaan googelen. Ook op het moment dat een diagnose wordt gesteld, overmannen emoties de rationaliteit van de patiënt. Vaak nemen zorgverleners daarom aan dat de patiënt niet de vaardigheden heeft om zijn eigen regie te voeren. Uitgaande van de verschillende fasen van gezondheid, waarin emoties maar in bepaalde fasen een rol spelen, weerlegt de auteur deze aanname. Het onderstaande schematische overzicht geeft de fasen van gezondheid schematisch weer.



Uiteraard zal de zorgverlener aandacht moeten hebben voor de fase waarop de patiënt niet in staat is om rationeel te handelen; het moment waarop de diagnose wordt gesteld en emoties als angst, stress en onzekerheid de patiënt overmannen. Maar dit geldt niet voor het hele beloop van zijn gezondheid en ziekte. Vooral de preventiefase en chroniciteit of nazorg van een ziekte, zijn de fasen waarin de patiënt juist wel perfect is staat is om zijn eigen regie te voeren. Hij beschikt, dankzij nieuwe media en ICT, over de informatie die een noodzakelijke voorwaarde is voor het behalen van het juiste kennisniveau. De patiënt kent daarnaast zijn eigen ziekte en zijn ervaringen met medicatie en behandelingen en is daardoor ervaringsdeskundige van zijn specifieke aandoening. Dit maakt dat het zelfs mogelijk is dat de patiënt beter dan zijn zorgverlener is geïnformeerd over zijn ziekte.

De zorgverlener zal in zijn dienstverleningsmodel rekening houden met de beschreven fasen; hij heeft vanaf nu twee verschillende soorten patiënten voor zich. Het wegnemen van ongerustheid blijft een heel belangrijke taak van de zorgverlener in de fasen waarin emoties de rationaliteit van de patiënt overmannen. Daarnaast moet hij voor de patiënt die zelf de regie neemt, open en transparant gaan handelen. Hij krijgt in dit proces een andere rol. Hij coacht de patiënt in zijn zoektocht naar de voor hem relevante informatie.

Deze verandering brengt enkele knelpunten voor zorgverleners met zich mee; het huidige

financieringsmodel in de zorg is hierop onder andere (nog) niet ingericht; daarnaast worstelen zorgverleners met de nieuwe rol van coach en de vaardigheden die deze rol van de zorgverlener eisen. Enkele aanbevelingen die wij aan beleidsmakers, opleidingsinstellingen, zorgverzekeraars en bestuurders van zorginstellingen doen, zijn de volgende:

- Investeer in het nieuwe patiëntbeeld bij zorgverleners. In de opleiding tot zorgverlener, evenals in nascholingstrajecten zal meer aandacht moeten zijn voor de verschillende fasen van gezondheid van de patiënt en de verschillende rollen die de zorgverlener of een andere dienstverlener hierbij heeft.
- Ondersteun het verder ontwikkelen van coachende vaardigheden van zorgverleners. In de opleiding tot zorgverlener zal er meer aandacht moeten zijn voor de ontwikkeling van deze competentie dan tot nu toe het geval is. Daarnaast moeten in de praktijk werkzame artsen, de voorwaarde creëren voor jonge professionals om de verworven competenties in de praktijk te brengen. Het behoort tot de taak van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van zorginstellingen om deze werkwijze als onderdeel van de bedrijfsstrategie te maken en op naleving toe te zien.
- Beloon zorgverleners die aan het begin van het traject investeren in de patiënt om hem te begeleiden bij het nemen van regie. En flexibiliseer tijd per consult, waardoor in vroege fasen van ziekte meer tijd door de zorgverlener kan worden besteed aan de patiënt om hem te begeleiden zelf regie te nemen. Dit behoort tot de taak van zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit.
- Beloon ook zorgverleners die de “makkelijke patiënten” op afstand zorg verlenen door meer tijd te geven om te investeren in de moeilijk te genezen patiënt. Ook dit is de taak van de zorgverzekeraars.
- Formuleer duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden van de zorgverlener en de patiënt bij het verleggen van de regie naar de patiënt. Hier ligt een taak van beleidsmakers. Ook jurisprudentie kan hierbij helpen.
- Stimuleer het gebruik van ICT, health 2.0, het elektronisch patiënten dossier (EPD) en persoonlijke gezondheidsdossier (PGD) door zorgverleners. Het is de taak van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van zorginstellingen om er zorg voor te dragen dat deze werkwijze onderdeel wordt van de bedrijfsstrategie van de instelling en ook daadwerkelijk in de praktijk wordt gebracht.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>1</b>
<b>Inhoud</b>	<b>3</b>
<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>H-1 Debat over regie</b>	<b>5</b>
1.1. De patiënt in de driverseat	5
1.2. Beslismacht in de praktijk	5
<b>H-2 Kennisniveau van de patiënt</b>	<b>6</b>
2.1. Attitude	6
2.2. Informatie	6
2.3. Ervaringen uitwisselen	6
2.4. Vaardigheden	7
2.5. Conclusie	9
<b>H-3 De praktijk van de zorgverlener</b>	<b>10</b>
3.1. De emotionele patiënt sturen	10
3.2. De regisserende patiënt faciliteren	10
3.2.1. Coachende vaardigheden	10
3.2.2. Digitale vaardigheden	11
3.2.3. Verdeling tijd en middelen	11
3.2.4. Randverschijnselen	11
3.3. Conclusie	12
<b>H-4 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>13</b>
<b>H-5 Literatuurlijst</b>	<b>15</b>
<b>H-6 Geïnterviewden</b>	<b>16</b>

# Inleiding

*Regie geven aan de patiënt vergt beduidend meer van een zorgverlener dan alleen een technische realisatie van informatieuitwisseling.*

Het karakter van de gezondheidszorg verandert. Door de toenemende vergrijzing onder de bevolking en personeel zal in de nabije toekomst met relatief minder mensen, meer werk moeten worden verzet. Daarbij blijven de kosten in de zorg stijgen<sup>1</sup>. Dit maakt dat wij in Nederland voor een uitdaging staan: de zorg moet goedkoper en efficiënter.

Tegelijkertijd met deze financiële uitdaging voor de overheid, komt een oplossing vanuit de maatschappij zelf. Er is namelijk een trend waar te nemen, waarbij autonomie en eigen verantwoordelijkheid van de burger zelf steeds meer centraal komen te staan. Zo ook in de gezondheidszorg. Wij als burgers willen zelf de regie over ons leven voeren, zelf keuzes maken en bovenal niet 'betutteld' worden in het maken van deze keuzes. Om deze keuzes te kunnen maken is kennis noodzakelijk. Hierdoor uit door een grote groep patiënten de wens om hun informatiepositie te versterken.

*De informatiepositie van de patiënt wordt gedefinieerd als "de mate waarin hij [de patiënt] geïnformeerd is over zijn eigen gezondheid en zeggenschap heeft over informatie betreffende zijn gezondheid." (Gerads e.a., 2010)*

Arbeidsbesparende innovaties en met name ICT zijn dé manier om zowel het doel van de overheid, als de wens van deze groep patiënten te realiseren. Zorg kan veel beter aansluiten op de behoeften van de patiënt en tevens efficiënter georganiseerd worden. Met de doorbraak van nieuwe media, zoals web 2.0 toepassingen en smartphones is de sterkere informatiepositie voor de patiënt een feit. Een groep

<sup>1</sup> Brief aan Tweede Kamer van Minister, 7 oktober 2008

patiënten maakt hier al gebruik van en wisselt met lotgenoten, experts en zorgverleners informatie uit.

In theorie klinkt dit als een perfecte win-winsituatie; efficiëntere zorg en tegelijkertijd ook tevredener patiënten. De praktijk is echter weerbarstig. Er zijn nog wat hobbels op de weg die de patiënt belemmeren om daadwerkelijk de regiepositie in te nemen. Veel beleidsdocumenten beschrijven waar de technische en juridische knelpunten liggen. Er is nog weinig aandacht voor de organisatorische en psychologische aspecten van deze informatie-voorziening. Nictiz en RVZ zijn daarom samen een initiatief gestart om in kaart te brengen welke hobbels er nog voor zorgverleners en patiënten op de weg zijn, als de informatievoorziening in technische zin eenmaal goed geregeld is.

Deze rapportage begint met het aanstippen van het maatschappelijke debat rondom de regie van de patiënt. Vervolgens beschrijven we hoe dit in de praktijk tot uiting komt. Hierbij komt de diversiteit van informatie en de impact op en knelpunten voor patiënten en zorgverleners aan bod. Tot slot zal dit leiden tot enkele aanbevelingen voor de verschillende belanghebbende partijen in de zorg; zorgverleners, bestuurders van zorginstellingen, zorgverzekeraars, opleidingsinstituten en beleidsmakers.

De inhoud van dit rapport is tot stand gekomen uit diverse bronnen:

- Interviews met zorgverleners en experts
- Twee vragenlijsten onder patiënten die de RVZ in samenwerking met Flycatcher en Nivel heeft uitgezet<sup>2</sup>
- Twee debatten met zorgverleners die de RVZ en Nictiz in samenwerking met Syntens<sup>3</sup> hebben georganiseerd.

<sup>2</sup> Voor meer informatie zie achtergrondstudie "Zorg voor je gezondheid!" van de RVZ.

<sup>3</sup> Syntens houdt zich bezig met voorlichtings- en activeringsactiviteiten gericht op innovatie bij het MKB. De doelgroep van Syntens bestaat uit MKB-bedrijven, die willen en kunnen innoveren.

# H-1 Debat over regie

Om te duiden waar weerstanden voor zorgverleners en patiënten in de praktijk liggen, zullen we beginnen met een schets van het bredere kader. Dit hoofdstuk wijden we daarom aan de maatschappelijke discussie rondom de veranderende dienstverlening van de zorgverlener naar zijn patiënt. De twee belangrijkste dienstverleningsmodellen, die op dit moment het onderdeel van dit maatschappelijk debat vormen, zijn enerzijds het betuttelende 'paternalistische' model en anderzijds het 'informed decision making' model, beter bekend als 'de patiënt in de driverseat'.

## 1.1. De patiënt in de driverseat

In het paternalistische denken gaat de zorgverlener te werk vanuit het principe van weldoen. Hij handelt naar beste eer en geweten en neemt beslissingen voor de patiënt, ongeacht zijn voorkeur. Vanaf de jaren '60 van de vorige eeuw is er een toename van het zelfbewustzijn van de burger in het algemeen en de patiënten in het bijzonder te zien. Het uiteindelijke streven van de overheid, zorgverzekeraars, patiëntenorganisatie en (een deel van de) patiënten zelf is een dienstverleningsmodel waarbij de patiënt zelf de regie gaat voeren over zijn zorg. Deze verhouding is gebaseerd op het 'marketing-denken'. De patiënt wordt neergezet als een zorgconsument, waarbij hij zich als klant opstelt en de zorgverlener als dienstverlenend producent. Dit houdt in dat de zorgverlener zijn 'ondernemingsmodel' zal aanpassen aan de veranderende situatie. Hij maakt, evenals commerciële instellingen, een switch van aanbod- naar vraaggerichte dienstverlening.

In deze twee modellen spelen de volgende aspecten een belangrijke rol:

- Het verschil in informatieniveau tussen de zorgverlener en de patiënt
- Regie over zorg van de patiënt

De beschreven ontwikkeling vanuit het paternalisme naar een centrale regiepositie van de patiënt, maakt duidelijk dat de informatiepositie van de patiënt in theorie - en overigens ook al in onze wetgeving, sinds

de invoering van de WGBO<sup>4</sup> - sterk verbeterd is in vergelijking met zo'n tien jaar geleden. We zien ook dat in de praktijk het verschil in informatie tussen zorgverlener en patiënt vermindert. Regie en beslismacht, zo veronderstellen beleidsmakers, hangt hier automatisch mee samen. Hierdoor nemen zij aan dat naarmate de patiënt meer informatie krijgt over zorg en gezondheid, vanzelfsprekend zijn houding verandert. Hij zal meer betrokken zijn bij de behandeling.

## 1.2. Beslismacht in de praktijk

De aanneme dat meer informatie leidt tot een meer betrokken patiënt, moeten we iets nuanceren. Ten eerste is informatie niet de enige prikkel die de patiënt tot actie laat overgaan. Wat de prikkels zijn die de burger in het algemeen aanzet tot gezond gedrag, onderzoekt de RVZ in het vervoltraject op deze studie. Ten tweede - en voor dit rapport een heel belangrijke kanttekening - is dat informatie voor de patiënt alleen niet voldoende is om beslismacht te krijgen. Een noodzakelijke voorwaarde voor macht is kennis, zo stelt hoogleraar organisatiekunde Mathieu Weggeman. Om de beslismacht van patiënten te vergroten, zal hij in staat moeten zijn om deze informatie om te zetten naar kennis. Weggeman (2001) constateert dat kennis wordt opgebouwd uit de volgende vier elementen:

- Attitude
- Informatie
- Ervaring
- Vaardigheden

In de volgende hoofdstukken beschrijven we hoe in de praktijk de patiënt met deze elementen van kennis omgaat en hoe het kennisniveau van de patiënt ontwikkelt. Vervolgens geven we aan wat dit voor consequenties voor de zorgverlener heeft.

---

<sup>4</sup> Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst

## H-2 Kennisniveau van de patiënt

In het vorige hoofdstuk hebben we uitgelegd dat attitude, informatie, ervaring en vaardigheden noodzakelijke voorwaarden voor kennis zijn. Deze elementen heeft de patiënt nodig om beslismacht te krijgen. Hoe dit in de praktijk tot uitdrukking komt, beschrijven we in de volgende paragrafen.

### 2.1. Attitude

Het eerste element van kennis, is attitude. Uit enquêtes van Nivel en Flycatcher onder patiënten blijkt dat maar liefst 95% van de patiënten de intentie uitsprekt om de verantwoordelijkheid van de zorg zelf te nemen. Ook zegt een groot deel van de patiënten bereid te zijn gedrag aan te willen en kunnen passen, wanneer dit door ziekte noodzakelijk wordt. De attitude om een kennisniveau op te bouwen is bij een groot deel van de patiënten aanwezig.

### 2.2. Informatie

Informatie is het tweede belangrijke element voor het kennisniveau van de patiënt. Hierbij spelen nieuwe media een belangrijke rol. Nieuwe media hebben de volgende karakteristieken; ze zijn massamediaal en interactief. Dit houdt in dat een patiënt, zorgverlener of expert in één keer veel mensen tegelijkertijd kan bereiken met informatie en mensen via deze media ook kunnen discussiëren.

Er zijn drie typen informatie te onderscheiden waar de patiënt, met de komst van internet en nieuwe media, beschikking over heeft:

- Zorginhoudelijke informatie uit het medisch dossier. Deze medische informatie wordt in de toekomst via patiëntenportalen van de zorgverlener naar de patiënt overgedragen.
- Keuze-informatie over bijvoorbeeld de kwaliteit van de behandeling van zorginstelling X of gezondheidsinformatie, zoals voorlichting over preventie van ziekte. Voornamelijk “derde partijen” leveren deze informatie, zoals de zorgverzekeraar, overheidspartijen, apothekers of de farmaceutische industrie.
- Ervaringsinformatie over bijvoorbeeld het leven

met een ziekte of het effect dat medicijngebruik heeft op de persoon. Deze informatie is afkomstig van lotgenoten, via internetfora en/of patiëntenorganisaties.

### 2.3. Ervaringen uitwisselen

Niet alleen het aanbieden, maar ook de manier van aanbieden van informatie, via deze nieuwe media speelt een rol. Naast het massamediale karakter is het interactieve karakter van nieuwe media een belangrijke ontwikkeling. De patiënt kan met andere patiënten, ervaringsdeskundigen, experts en zorgverleners, op afstand praten over de betekenis van de informatie. Dit maakt het mogelijk voor de patiënt om de vertaalslag te maken van algemene informatie naar zijn situatie; hij geeft betekenis aan de “platte” informatie die voorlichtingssites en (in de toekomst) het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) bieden. Nieuwe media faciliteren op deze manier ook het derde aspect van kennis, ervaring.

#### Betrouwbaarheid van informatie

In het maatschappelijke debat over innovaties en ontwikkelingen in de zorg neemt de betrouwbaarheid en validiteit van (keuze)websites, communities en fora een prominente plaats in. Ondanks dat het nog niet duidelijk is of er daadwerkelijk heel veel onbetrouwbare informatie op het internet circuleert. Een geïnterviewde voor dit rapport geeft aan een onderzoek te kennen dat aantoonde dat fora slechts 6% foutieve informatie bevatten. De ‘wisdom of the crowds’ is sterk. Wanneer iemand een onware opmerking op een forum plaatst, wordt dit doorgaans onmiddellijk door andere belevingsexperts tegengesproken. Daarbij ligt het er ook maar net aan naar welke informatie de patiënt op dat moment op zoek is; wanneer hij belevingsinformatie van lotgenoten zoekt, neemt hij genoeg met informatie die niet valide is, hij wil namelijk individuele ervaringen horen. Dit maakt dat de discussie over betrouwbaarheid voorlopig nog niet voorbij is. Maar om toch een leidraad te hebben door het woud van websites, plaatsen veel zorginstellingen links met in hun ogen betrouwbare websites en ook patiëntenorganisaties proberen de patiënt naar goede

websites te sturen. Een vrij nieuw initiatief is “Zegelgezond”<sup>5</sup>; een organisatie die keurmerken geeft aan gezondheidswebsites. Het toekennen van het keurmerk gebeurt op basis van een gewogen rapportcijfer van ervarings- en inhoudelijke deskundigen die de informatie beoordelen.

## 2.4. Vaardigheden

Het laatste aspect van kennis, zijn vaardigheden. Er zijn verschillende vaardigheden te onderscheiden die de patiënt nodig heeft: Ten eerste is het opleidingsniveau en digitale vaardigheden om met nieuwe media om te kunnen gaan belangrijk. Ten tweede moet de patiënt ook over cognitieve vaardigheden beschikken om de vertaalslag van informatie naar kennis te kunnen maken.

### Digitale vaardigheden

Veel patiënten zijn digitaal heel vaardig en kunnen goed overweg met de informatievoorziening op internet. Het overgrote deel van de geïnterviewde zorgverleners geeft aan dat het zogenaamde “google-gedrag” van patiënten een positieve ontwikkeling is. De patiënt kan hierdoor sneller tot zijn hulpvraag komen. Dat maakt dat de zorgverlener een ander type patiënt voor zich heeft, waarmee hij een beter gesprek kan voeren. Tegelijkertijd merken zorgverleners op dat het oerwoud aan informatie op internet voor veel patiënten, maar niet voor iedereen, makkelijk toegankelijk is. Het selecteren van de juiste informatie waarop men kan vertrouwen is voor sommige patiënten moeilijk. Deze patiënt heeft iemand nodig die hem daarin begeleidt. De patiënt moet als het ware worden geleerd om op verantwoorde wijze eigen regie te kunnen nemen over zijn zorg.

Hoewel in Nederland veel burgers digitaal vaardig zijn, is er nog steeds een groep mensen die deze vaardigheden niet heeft. Wanneer het beleid enkel uitgaat van de patiënt die toegang heeft tot internet, dreigt er een digitale kloof te ontstaan. Deze digitale kloof zal in de toekomst uiteraard alsmäär kleiner worden.

### Begrijpen van informatie

Een belangrijk knelpunt bij het versterken van de informatiepositie van de patiënt is de begrijpelijkheid van de informatie voor de patiënt. Het jargon van de zorgverlener, dat hij gebruikt in het medisch dossier, is

niet geschikt voor patiënten die een leek is op dit gebied. Er is een bepaald kennisniveau vereist om deze informatie te kunnen begrijpen. De meeste patiënten die op consult bij de zorgverlener komen, hebben dit niveau niet. Voor patiënten is het hierdoor erg lastig om toch de juiste betekenis aan de informatie te geven. Hulp door een arts of patiëntencoach is noodzakelijk om de vertaalslag te maken naar de situatie van de patiënt.

### Cognitieve vaardigheden

Emoties spelen een belangrijke rol in de zorgsector. Er bestaat een relatie tussen slecht nieuws en emoties. De patiënt krijgt in het beloop van de ziekte te maken met onzekerheid, angst en stress. Hoe sterk de informatiepositie van de patiënt ook is, zo blijkt uit het onderzoek onder artsen die zelf ineens patiënt werden (Ten Haaf, 2010); emoties overmannen het rationele denken van de patiënt.

Het is belangrijk om stil te staan bij de emoties die in de zorg spelen, aangezien ze cruciaal zijn voor de beleving van de patiënt. Maar tegelijkertijd stellen we ons de vraag; wanneer en in welke mate spelen deze emoties een rol voor de patiënt?

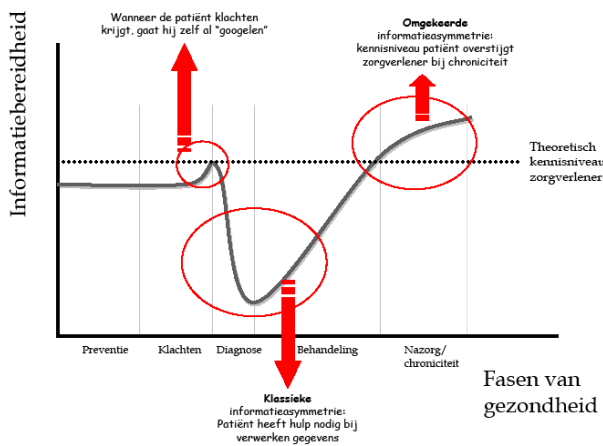
Uit ons onderzoek blijken twee fasen in het zorgproces van belang te zijn, waarbij emoties een rol spelen:

- De fase waarin de patiënt een klacht heeft, nog niet weet wat de oorzaak hiervan is en vervolgens via internet op zoek gaat naar informatie. In deze fase bestaat een kans dat de patiënt verkeerde informatie vindt en (nodeloos) ongerust wordt.
- De fase waarin de diagnose gesteld wordt, wanneer dit slecht nieuws inhoudt. Hiervan is bekend dat de patiënt de gekregen informatie slechts deels onthoudt en ook vaak in de verkeerde context plaatst.

### Beloop gezondheid

Uit de bovenstaande paragraaf trekken we de conclusie dat voor het patiëntbeeld en de patiëntbenadering, het belangrijk is om aandacht te besteden aan de verschillende fasen die de patiënt doorloopt tijdens zijn gezondheid en ziekte. Het volgende figuur geeft deze fasen schematisch weer.

<sup>5</sup> <http://www.zegelgezond.nl/public/index.html>



**Figuur 1. Informatiebereidheid van de patiënt in relatie tot fasen van gezondheid.**

### Fase 1. Gezondheid en preventie

Wanneer de patiënt nog geen klachten heeft en de motivatie heeft om informatie te verzamelen over gezonde leefstijl en preventie van ziekten, zal de patiënt rationeel omgaan met informatie. De patiënt kan zich als kritisch keuzende consument opstellen en is in staat om de regierol op zich te nemen. Hij heeft in deze fase slechts behoefte aan iemand die als coach naast hem staat.

### Fase 2. Klachten

De fase waarin de patiënt een klacht krijgt en op zoek gaat naar informatie, is het eerste moment waarop emoties een rol gaan spelen in de zorg. Nieuwe media zijn hierbij, zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven, van belang. Veel informatie is transparant op internet en patiënten kunnen op fora en communities terecht, waar ze informatie met elkaar delen. Er is een toename van informatiebereidheid bij de patiënt. Tegelijkertijd is er veel informatie beschikbaar en bij vage klachten, zoals hoofdpijn of duizeligheid, zijn veel verschillende diagnoses op internet vinden. Voor de patiënt is het lastig om de waarschijnlijkheid van de gevonden diagnose in te schatten. Onzekerheid en emoties als angst dat er iets ergs met hem of haar aan de hand is, overmannen het vermogen van de patiënt om hier rationeel mee om te gaan. Het komt niet zelden voor dat de patiënt met een door hemzelf gestelde diagnose bij de zorgverlener komt, die op niets blijkt te berusten.

Als de zorgverlener erin slaagt om overtuigend op te treden, zal het geen enkel probleem zijn dat er af en toe patiënten naar het spreekuur komen die informatie hebben gevonden die niet voor hun situatie geldt. De

zorgverlener is namelijk in staat om de patiënt van zijn ongelijk te overtuigen met goede argumenten. De zorgverlener zorgt in deze fase voor geruststelling van de patiënt.

### Fase 3. Diagnose

Het tweede moment waarin emoties een rol spelen, is de fase waarin de diagnose gesteld wordt. Deze situatie is (vergelijkbaar met) een slecht nieuwsgesprek waarbij de patiënt maar weinig van de informatie die hij krijgt kan verwerken. Bekend is dat patiënten in deze situaties tot zelfs driekwart van de gegeven informatie weer onmiddellijk vergeten. De patiënt is niet in staat om rationeel keuzes te maken. Hij heeft hier hulp bij nodig. Hij verliest de regie over zijn zorg. Hierdoor heeft de zorgverlener, in het kader van verantwoorde zorg, de taak om de regie tijdelijk over te nemen.

### Fase 4. Behandeling

Tijdens de behandeling van de klacht raakt de patiënt meer gewend aan de situatie en zakken de emoties langzaam. Veel patiënten gaan in deze fase behoefte krijgen om de regie over hun leven en daarmee ook de zorg weer zelf te nemen.

### Fase 5. Nazorg en chroniciteit

De laatste fase, is het moment waarop de patiënt in het nazorgtraject terecht komt en de emoties en ongerustheid gezakt zijn. De patiënt gaat zijn ziekte beter leren kennen en wordt zelfs ervaringsdeskundige. Hij gaat informatie delen met lotgenoten en ook hierbij spelen nieuwe media een grote rol, deze faciliteren de informatiedeling op grote schaal. Zodoende kan de patiënt meer te weten komen over bijvoorbeeld behandelmethoden bij andere zorginstellingen of innovaties in het buitenland. Volgens sommige zorgverleners stijgt het kennisniveau van de patiënt over deze specifieke aandoening boven dat van henzelf. De houding van de patiënt verandert hierdoor ook. Hij is een veel mondigere patiënt, die in staat is om zijn wensen en eisen ten aanzien van zijn zorg en de zorgverlener goed te formuleren. De patiënt is in staat om zelf de regie over zijn zorg te voeren. Ook in deze fase heeft de patiënt enkel nog behoefte aan een zorgverlener of een andere dienstverlener (bijvoorbeeld een psycholoog, fysiotherapeut of diëtist) die zich als coach opstelt.

## 2.5. Conclusie

Om regie en beslismacht te kunnen hebben, is kennis noodzakelijk. De elementen die Weggeman beschrijft, waaruit kennis is opgebouwd zijn voor een groot deel voor de patiënt voorhanden. Nieuwe media spelen daarbij een faciliterende rol. Informatie is beschikbaar via internet en de patiënt kan de interactie met andere patiënten, zorgverleners en experts opzoeken om ervaringen uit te wisselen. Enkel het laatste aspect, vaardigheden, is in sommige fasen een bottleneck voor de patiënt. Niet alle patiënten beschikken over digitale vaardigheden en hebben de capaciteit om informatie te begrijpen. Daarnaast spelen emoties een rol. Onzekerheid over de situatie en angst en ongerustheid zorgen ervoor dat het cognitieve systeem van de patiënt tijdelijk niet optimaal functioneert. Het is daarom belangrijk om het beloop van de gezondheid van de patiënt in fasen in te delen. De patiënt gaat namelijk op verschillende momenten in zijn ziekte en gezondheid anders om met de aangeboden informatie. Hij heeft ook per fase behoefte aan een andere houding en rol van zijn zorg- en dienstverleners.



## H-3 De praktijk van de zorgverlener

In het vorige hoofdstuk werd duidelijk dat de patiënt in zijn zorgtraject te maken krijgt met emoties die zijn rationaliteit soms overmannen. Er zijn verschillende fasen in de gezondheid en ziekte van de patiënt waarin hij anders met informatie omgaat. Omgaan met enerzijds een emotionele en anderzijds juist een rationele en mondige patiënten, maakt dat de zorgverlener meerdere rollen moet aannemen.

### 3.1. De emotionele patiënt sturen

De ongerustheid onder patiënten is groot. Vooral in de fasen van de ziekte waar emoties een rol spelen bij de patiënt. Dat betekent dat een heleboel zorg die verleend wordt, te maken heeft met het wegnemen van angst en onzekerheid. Patiënten hebben alleen al veel baat bij geruststellende woorden, het gaat vaak om de subjectieve beleving van de patiënt.

We gaven in het vorige hoofdstuk aan dat een patiënt die slecht nieuws ontvangt moeite heeft om rationeel met deze informatie om te gaan. De zorgverlener helpt de patiënt hier door een directieve benadering.

### 3.2. De regisserende patiënt faciliteren

Afgezien van de emotionele momenten waarop de patiënt niet rationeel kan handelen, verandert de rol van veel patiënten in de loop van het zorgtraject. Nieuwe media ondersteunen de patiënt bij het nemen van de regie. De zorgverlener zal op zijn beurt een ander dienstverleningsconcept hanteren. Aangezien hij vraaggestuurd werkt, houdt dit in dat de zorgverlener de patiënt in deze fase faciliteert om de regie over zijn of haar gezondheid te nemen. De zorgverlener werkt transparant en wisselt informatie die de patiënt nodig heeft met hem uit.

Ook verandert de houding van de zorgverlener naar de patiënt. De patiënt die zelf regie neemt over zijn zorg heeft geen behoefte aan iemand die hem vertelt wat hij moet doen. Hij heeft behoefte aan een coach, iemand die hem helpt bij het vinden van de juiste informatie over bijvoorbeeld behandelingen en

medicatie. De zorgverlener neemt daarom een coachende houding aan.

Uit enkele expertsessies blijkt dat deze omslag naar een nieuw dienstverleningsconcept in de praktijk voor de zorgverlener enkele knelpunten met zich meebrengen:

- Het conformeren aan het idee van coachen en het loslaten van het paternalistische denken.
- Het ontwikkelen van vaardigheden van de zorgverleners die bij dit nieuwe dienstverleningsconcept horen.
- Het verdelen van tijd en middelen in en buiten het consult.
- Het omgaan met randverschijnselen die optreden bij het gebruik van nieuwe media door de patiënt, zoals vermindering van fysieke contactmomenten met een grote groep patiënten en omgaan met eisende patiënten.

#### 3.2.1. Coachende vaardigheden

Een coachende houding gaat gepaard met het loslaten van de patiënt in het maken van zijn eigen keuzes. Voor veel zorgverleners geeft dit een dubbel gevoel; je wilt als zorgverlener het beste voor je patiënt. Lijdzaam toekijken hoe een patiënt niet de keuzes maakt die de zorgverlener voor hem of haar in gedachten heeft, voelt heel wrang, aldus de geïnterviewden. Daarbij wordt ook het argument aangedragen dat artsen de eed van Hippocrates hebben afgelegd voor het leveren van goede zorg. Gevoelsmatig wordt een coachende houding ervaren als iets dat daarmee op gespannen voet staat.

Daarnaast zijn zorgverleners van mening dat de overstap van aanbodgestuurde dienstverlening naar een vraaggerichte dienstverlening hand in hand gaat met de toenemende eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De rol die de patiënt wel eerst zelf moet oppakken. Wanneer de patiënt dat niet meteen zelf kan of doet, neemt de zorgverlener de regie automatisch over. Afstand nemen van deze oude gewoontes, blijkt in de praktijk vrij lastig.

De vaardigheden om te coachen zijn bij veel zorgverleners wel aanwezig, maar door de inrichting van het systeem komen deze niet altijd goed tot uiting.

Hiervoor noemen geïnterviewden twee aspecten:

- De tijdbepaling per consult, die beperkt is. De zorgverlener moet in een aantal minuten tot de kern van het probleem van de patiënt komen, waardoor hij directief gaat handelen wanneer de patiënt niet zelf meteen de regie neemt.
- De invloed van de maatschap op jonge, pas afgestudeerde zorgverleners. Volgens geïnterviewden wordt deze laatste groep zorgverleners binnen korte tijd ingewerkt in de oude patronen die in de maatschap al sinds lange tijd gelden.

### 3.2.2. Digitale vaardigheden

Evenals bij patiënten bestaat er ook een groep zorgverleners die (nog) niet handig is met internet. Vooral oudere artsen, die niet zijn opgegroeid met internet, hebben hier nog wel eens moeite mee. Ook hebben zij veel vooroordelen over de betrouwbaarheid van de gevonden informatie. Het is niet verwonderlijk dat deze artsen hun patiënten niet stimuleren om informatie op het internet te zoeken of het de patiënten zelfs afraden.

### 3.2.3. Verdeling tijd en middelen

Als de zorgverlener een coachende rol op zich neemt, zal hij in de beginfase meer tijd investeren in de patiënt. Hij leert de patiënt hoe hij meer regie en verantwoordelijkheid over zijn zorg neemt. Hij wijst hem bijvoorbeeld op goede en betrouwbare websites en maakt hem wegwijs op het internet. Geïnterviewde zorgverleners geven aan soms met patiënten samen op zoek te gaan naar informatie op websites. Uitslagen van onderzoeken hebben vaak toelichting nodig, bijvoorbeeld uitleg waarom een hoge score positief is of juist negatief en hoe dit geïnterpreteerd moet worden in relatie met ander uitslagen van onderzoeken. Dit kost meer tijdsinvestering voor de zorgverlener dan enkel een telefoontje naar de patiënt met de mededeling dat de resultaten van het bloedonderzoek in orde zijn.

Zodra de patiënt zijn eigen weg kan vinden op het internet en beter geïnformeerd op het spreekuur verschijnt, plukt de zorgverlener zijn vruchten van de gemaakte investering. De patiënt heeft zijn zorgvraag

helder voor ogen en het consult richt zich direct op het probleem. Dit leidt uiteindelijk tot een efficiënter consult of zelfs enkel nog tot een mailtje of een e-consult. Op lange termijn is, door een goede investering in het begin van het traject, tijdswinst te behalen. Hierbij komt onmiddellijk een belangrijk knelpunt voor zorgverleners naar voren: Degene die investeert is vaak niet degene die uiteindelijk profiteert van de opbrengst. Het is daarom moeilijk om deze lange termijn visie in de zorgverlening vast te houden, zeker als de zorgverlener in kwestie er geen beloning voor krijgt. De motivatie om te investeren in de patiënt ontbreekt hierdoor bij sommige zorgverleners.

### 3.2.4. Randverschijnselen

Naast de digitale vaardigheden van de zorgverlener zelf, ontstaan er enkele randverschijnsel door het gebruik van ICT en zorg op afstand.

Het eerste randverschijnsel is de reductie van de fysieke contactmomenten. Door middel van het gebruik van ICT kunnen veel patiënten zichzelf redden door middel van zelfmanagement, een beetje hulp van een verpleegkundige en nurse practitioner of een e-consult. Wat overblijft voor het traditionele consult van de zorgverlener zijn de lastige gevallen. Resultaat boeken is voor deze groep patiënten veel moeilijker. Dit aspect beleven zorgverleners op verschillende manieren. Waar de een spreekt over een leuke uitdaging, vindt de ander dat het zijn werk juist saai of lastig maakt.

Een tweede randverschijnsel van de nieuwe media is het risico dat de patiënt door invloed van deze media irreële voorstellingen krijgt van de mogelijkheden die er binnen de medische wereld zijn. Het gebeurt regelmatig dat een mondige patiënt doorschiet naar een patiënt met een te grote mond en eisen stelt aan de zorgverlener. De zorgverlener vindt het vaak lastig om hiermee om te gaan.

### 3.3. Conclusie

De rol van de patiënt gaat veranderen. Er zijn enerzijds momenten in het beloop van de ziekte waarin de patiënt, overmand door emoties, niet rationeel keuzes kan maken in het zorgproces. Daarnaast zijn er ook momenten, voornamelijk wanneer er sprake is van chroniciteit of nazorg, waarop dat voor de patiënt wel mogelijk is. De zorgverlener zal in zijn dienstverlening naar de patiënt rekening moeten houden met dit gegeven; hij heeft met twee verschillende soorten patiënten te maken. Het wegnemen van ongerustheid op het moment waarop emoties een rol spelen, is een heel belangrijke taak van de zorgverlener. Daarnaast moet hij voor de patiënt die regie neemt open en transparant gaan handelen om de patiënt te faciliteren regie te nemen. Dit houdt ook in dat zijn houding naar de patiënt verandert. Hij gaat de patiënt coachen in plaats van vertellen wat het beste voor hem is.

Dit brengt enkele knelpunten met zich mee:

- Veel zorgverleners hebben nog een andere beleving van wat goede dienstverlening is. Coachen betekent dat de zorgverlener de patiënt moet loslaten en ook accepteren dat een patiënt niet de optimale keuze maakt. Dit voelt voor een zorgverlener niet altijd goed.
- Coachende en digitale vaardigheden en het vermogen om te gaan met een patiënt die doorschiet naar een te mondige patiënt, mogen nog sterker ontwikkeld worden.
- Het nieuwe dienstverleningsconcept vergt in het begin van het zorgtraject meer tijdsinvestering van de zorgverlener en daar is het beloningssysteem niet op ingesteld.
- Ook houdt dit nieuwe dienstverleningsconcept de “makkelijke patiënt” op afstand en komen enkel nog de lastige gevallen op consult. Het ontbreekt bij sommige zorgverleners aan motivatie om zich in te zetten voor deze moeilijke patiënten.

## H-4 Conclusies en aanbevelingen

Arbeidsbesparende innovaties en ICT zijn een oplossing voor de stijgende kosten in de zorg en tevens als een mogelijkheid om de kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren. Er is veel aandacht voor elektronische patiënten dossiers en persoonlijke gezondheidsdossiers in technische zin. Evenals het belang van privacy en bescherming van persoonsgegevens. Er is echter nog te weinig aandacht voor de effecten van de informatie-uitwisseling op de patiënt en de zorgverlener: Welke impact hebben ICT en nieuwe media op de patiënt en de manier waarop hij regie gaat nemen over zijn zorg? En hoe kan de zorgverlener de patiënt die regie neemt in de praktijk zo goed mogelijk faciliteren?

Om regie te nemen, is kennis voor de patiënt een noodzakelijke voorwaarde. Kennis is een functie van:

- Attitude
- Informatie
- Ervaring
- Vaardigheden

Het blijkt dat de patiënt met behulp van nieuwe media in staat is om informatie tot zich te nemen en ervaringen uit te wisselen. Ook hebben veel patiënten de intentie om deze informatie te gaan zoeken. Het element vaardigheden is een bottleneck op sommige momenten van het zorgtraject. De patiënt krijgt namelijk te maken met emoties; stress, onzekerheid en angst spelen parten. In fasen van gezondheid en ziekte waar emoties een rol spelen, functioneert het cognitieve systeem suboptimaal. De patiënt kan niet rationeel keuzes maken. De zorgverlener, zorgverzekeraar, patiëntenorganisaties en andere partijen moeten zich bewust zijn van deze fasen en de patiënt bijstaan om ervoor te zorgen dat hij de juiste zorg krijgt waar hij op dat moment behoefte aan heeft.

Wanneer de patiënt door deze fase in zijn ziekte heen is, zakken de emoties. De patiënt is op dat moment juist heel goed in staat om de regie te nemen over zijn zorg, gesteund door lotgenoten, zorgverleners en experts die via nieuwe media goed bereikbaar worden. In het laatste geval krijgt de zorgverlener in tegenstelling tot een eerdere fase, waar de patiënt door emoties instabiel is, een mondige patiënt

tegenover zich. Hij kan deze patiënt faciliteren door transparant te werken en coachend op te treden. Enkele knelpunten die daarbij aan het licht komen zijn de volgende:

- Veel zorgverleners hebben nog een andere beleving van wat goede dienstverlening is. Coachen betekent dat de zorgverlener de patiënt moet loslaten en ook accepteren dat een patiënt niet de optimale keuze maakt. Dit voelt voor een zorgverlener niet altijd goed.
- Coachende en digitale vaardigheden en het vermogen om te gaan met een patiënt die doorschiet naar een te mondige patiënt, komen vaak door de inrichting van het systeem niet goed tot uiting.
- Het nieuwe dienstverleningsconcept vergt in het begin van het zorgtraject meer tijdsinvestering van de zorgverlener en daar is het beloningssysteem niet op ingesteld.
- Ook houdt dit nieuwe dienstverleningsconcept de “makkelijke patiënt” op afstand en komen enkel nog de lastige gevallen op consult. Het ontbreekt bij sommige zorgverleners aan motivatie om zich in te zetten voor deze moeilijke patiënten.

Door de ontwikkeling van nieuwe media is er sprake van een nieuw landschap in de zorg. De patiënt is in staat om zelf regie te nemen over zijn zorg: hij wordt gezagvoerder. Hij heeft hiervoor zijn zorgverlener, de copiloot nodig, die hem helpt bij het maken van de goede keuzes. Op dit moment zijn er nog enkele knelpunten voor zorgverleners en patiënten, die ervoor zorgen dat beiden nog niet goed hun nieuwe rol kunnen oppakken. Daarom doen wij de volgende aanbevelingen aan beleidsmakers, opleidinginstituten, zorgverzekeraars en bestuurders van zorginstellingen.

### **Aanbevelingen:**

- Investeer in het nieuwe patiëntbeeld bij zorgverleners. In de opleiding tot medisch specialisten en verpleegkundigen, evenals in nascholingstrajecten zal meer aandacht moeten zijn voor de verschillende fasen van gezondheid van de patiënt en de verschillende rollen die de zorgverlener of een andere dienstverlener hierbij heeft. Betrek hierbij ook andere disciplines die te maken hebben met de ontwikkeling van de patiënt, zoals de psychologie waarbij een andere benadering van de patiënt wordt gehanteerd.
- Ondersteun het verder ontwikkelen van coachende vaardigheden van zorgverleners. In de opleiding tot zorgverlener zal er meer aandacht moeten zijn voor de ontwikkeling van deze competentie dan tot nu toe het geval is. Ook hierbij kunnen principes van de patiëntbenadering uit professies, zoals de fysiotherapie en de psychologie helpen. Daarnaast moet er door de in de praktijk werkzame artsen, de voorwaarde gecreëerd worden voor jonge professionals om de verworven competenties in de praktijk te brengen. Het behoort tot de taak van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van zorginstellingen om deze werkwijze als onderdeel van de bedrijfsstrategie te maken en op naleving toe te zien.
- Beloon zorgverleners die aan het begin van het traject investeren in de patiënt om hem te begeleiden bij het nemen van regie. En flexibiliseer tijd per consult, waardoor in vroege fasen van ziekte meer tijd door de zorgverlener kan worden besteed aan de patiënt om hem te begeleiden zelf regie te nemen. Zolang we in de zorg nog werken volgens de DBC- en ZZP-structuur, is dat niet mogelijk. Dit behoort tot de taak van zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit.
- Beloon ook zorgverleners die de “makkelijke patiënten” op afstand zorg verlenen door meer tijd te geven om te investeren in de moeilijk te genezen patiënt. Ook dit is de taak van de zorgverzekeraars.
- Formuleer duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden van de zorgverlener en de patiënt bij het verleggen van de regie naar de patiënt. Er is nu nog onduidelijkheid bij zorgverleners over hoe om te gaan met de gevoelsmatige tegenstelling tussen het leveren van goede zorg enerzijds en het loslaten van de patiënt in zijn eigen keuzes anderzijds. Hier ligt een taak van beleidsmakers. Ook jurisprudentie kan hierbij helpen.
- Stimuleer het gebruik van ICT, health 2.0, het elektronisch patiënten dossier (EPD) en persoonlijke gezondheidsdossier (PGD) door zorgverleners. Het is de taak van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van zorginstellingen om er zorg voor te dragen dat deze werkwijze onderdeel wordt van de bedrijfsstrategie van de instelling en ook daadwerkelijk in de praktijk wordt gebracht.

## H-5 Literatuurlijst

Delnoij, D.M.J. (2009). *Zicht op kwaliteit*. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief. Oratie. Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Delnoij, D.M.J., Rooijen, A.P.N. van, Wigersma, L. & Groenewegen, P.P. (2003). *Botsingen in de spreekkamer: publiek en artsen oordelen over vraaggestuurde inrichting van de zorg*. In Medisch Contact, 58 (11), pp. 419-422.

Faden, R. & Beauchamp, T.L., (1986). *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press.

Gerads, R.A.E. (2010). *Informatiebehoefte van de individuele patiënt in relatie tot collectieve netwerken*. RVZ: Den Haag.

Gerads, R.A.E., Hooghiemstra, T.F.M., Arnold, A.G., & Heide, A.D., van der (2010). *De informatiepositie van de patiënt*. Papernote 31. Den Haag: SDU Uitgevers.

Haaft, G., Ten (2010). *Dokter is ziek, als patiënt zie je hoe zorg beter kan*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.

Nivel (2008). *Communicatie tussen arts en patiënt*. Presentatie Jozien Bensing op clientensymposium Meander Medisch Centrum te Amersfoort.

Raad voor volksgezondheid en Zorg (2000). *De rollen verdeeld*. Zoetermeer: RVZ.

Raad voor volksgezondheid en Zorg (2005). *Arts, patiënt en gebruik van goede zorg*. In: Met het oog op gepaste zorg. Den Haag: RVZ.

Raad voor volksgezondheid en Zorg (2007). *Goed patiëntschap. Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt*. Den Haag: RVZ.

Raad voor volksgezondheid en Zorg (2009). *Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage debatten over veranderende verhoudingen*. Den Haag: RVZ.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2007). *Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025*. Bilthoven: RIVM.

Scheibler, F., Janssen, C. & Pfaff, H. (2003). *Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur*. Sozial Präventivmedizin, 48, pp. 11-24.

Weggeman, M. (2001) *Kennismanagement. Inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Schiedam: Scriptum.

## H-6 Geïnterviewden

Dhr. R.F. Swens, arts  
Mevr. H.C. van Wijngaarden  
Mevr. Y.C.J. Stadhouders BHS  
Dhr. J.B.H.M. van Raaij MBA  
Dhr. drs. W. Touw  
Dhr. M. Zwier  
Mevr. I.M.R. Alders  
Dhr. drs. J.F. Kraaijeveld  
Mevr. M.J. de Wildt  
Dhr. O.R. van der Heide  
Dhr. D. van Wonderen  
Dhr. S. Ketelaar  
Mevr. C.J. Bredero  
Dhr. R.U. Melchers  
Dhr. F. van Rossum  
C.J. Peterson  
Mevr. drs. R. te Grotenhuis  
Dhr. Drs. K. Zwart  
Dhr. drs. B.J. Vincken  
Mevr. S. Pinedo  
Dhr. D.H. Kat  
Dhr. ir. J.M.J. ter Brake  
Mevr. D. Westra  
Mevr. H.A.S. Snijders Bc  
Dhr. Grunwald  
Dhr. J.W. van der Slikke  
Mevr. drs. M.A. Peltenburg  
Dhr. A.A. van den Berge  
Mevr. M. Merkus  
Dhr. drs. A. Zuurbier

Swens Advies  
Pedagoge  
Gezondheidscentrum Bredero  
GGNet  
STIOM  
UMC Utrecht  
Stichting Tinkerbell Patientencoach  
Symfora groep  
De ZorgIntermediair  
GGZ Friesland  
GGZ Friesland  
GGZ Friesland  
Bantopa  
MEDiX bedrijfsgeneeskundige expertise  
Keten4Care  
LOC Zeggenschap in zorg  
Zelfstandig  
Welder  
Sint Lucas Andreas Apotheek  
Begeleide Zelfzorg  
Begeleide Zelfzorg  
PinkRocade Healthcare  
Big!Move Oud-Zuid en Mensendieck Praktijk Oude Rai  
Abakus BV  
Brevidius  
VUmc  
Big!Move  
Esperanz  
Merkus  
NKI-AvL