GUUS SCHRIJVERS

ZORGINNOVATIE VOLGENS HET CAPPUCCINOMODEL

VOOR HETZELFDE GELD EEN BETERE GEZONDHEIDSZORG

Thoeris

PAUL VAN DER VELPEN, ALGEMEEN DIRECTEUR GGD AMSTERDAM

'Op basis van veel (inter)nationale onderzoeken en gelardeerd met veel inspirerende innovaties onderbouwt Schrijvers overtuigend zijn stelling dat de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van de zorg, (nog) beter kunnen zonder dat de kosten stijgen. Als elke lezer één innovatie kiest en in de eigen praktijk uitvoert, dan gaat het lukken om die Triple Aim te realiseren.'

MARCEL LEVI, HOOGLERAAR INTERNE GENEESKUNDE EN VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR VAN HET AMC

'Gezondheid houdt ons allemaal bezig. Maar hoe houden we onze gezondheidszorg kwalitatief op peil en toch betaalbaar? Daarvoor zijn nieuwe ideeën nodig en die komen van slimme denkers. Guus Schrijvers is al jarenlang een van de slimste denkers in de Nederlandse gezondheidszorg en dat bewijst hij opnieuw in dit mooie nieuwe boek vol met slimme gedachten en goede ideeën.'

JO DE COCK, ADMINISTRATEUR-GENERAAL RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING, BELGIË

'Soms wordt in België wat ongerust en meewarig gekeken naar de ontwikkelingen van de gezondheidszorg in Nederland. Ja, ze hebben daar grote hervormingen doorgevoerd in de zorgverzekering en AWBZ, maar laten we maar afwachten en observeren, denken we dan. Verder zijn we stiekem jaloers want Nederland komt steevast als eerste uit allerlei rankings. En dat wekt dan weer nieuwsgierigheid, zoals ook bij dit boek. Nu we in België voor belangrijke beslissingen in de gezondheidszorg staan, vormt dit leesbare boek een onmisbare inspiratiebron. Men zegge het voort...'

KEES BAKKER, BESTUURDER VAN HET NEDERLANDS JEUGDINSTITUUT

'Hoe kunnen we de resultaten én de kwaliteit van zorg verbeteren tegen gelijke (of mindere) kosten? Het boek geeft een fundament én vele bouwstenen voor de beantwoording van die vraag. Schrijvers neemt ons mee op de zoektocht naar een overstijgend perspectief. Bijzonder interessant en inspirerend is zijn onderbouwing én pleidooi voor *simultane* innovatie: het gelijktijdig, samenhangend verbeteren van inhoud, organisatie én bekostigingssystematiek van de zorg.'

DINNY DE BAKKER, HOOGLERAAR STRUCTUUR EN ORGANISATIE VAN DE EERSTE LIJN AAN TILBURG UNIVERSITY EN HOOFD AFDELING EERSTELIJNSONDERZOEK VAN HET NIVEL

'Schrijvers schrijft vlot en omvattend over de wijze waarop onze gezondheidszorg innoveert. Het boek dekt bijna alle sectoren van de gezondheidszorg. Het is actueel, maar geeft ook historische context. Schrijvers onderbouwt zijn betoog met literatuur en modellen maar geeft ook duidelijke meningen vanuit een brede visie. Een must voor innovators.'

BERT BOER, LID RAAD VAN BESTUUR VAN ZORGINSTITUUT NEDERLAND EN BIJZONDER HOOGLERAAR BELEID EN ONDERZOEK VOOR HET BEHEER VAN HET BASISPAKKET ZORG

'Onderzoeker en zendeling – zo noemt Guus Schrijvers zichzelf, en terecht: hij is zo, hij werkt al veertig jaar zo en hij schrijft ook nu weer zo. Missionair gedreven en tegelijk breed gedocumenteerd. Dit boek over innovaties is Guus ten voeten uit – hij daagt uit en je denkt: *I should read this*.'

MARGREET DE GRAAF, DIRECTEUR/BESTUURDER ZORGBELANG FRYSLÂN

'Als u dit jaar maar één boek leest, laat het dan dit boek zijn. Voor wie werkt of interesse heeft in de zorg laat het zich lezen als een uitgebalanceerde maaltijd. Mogelijkheden tot vernieuwing, geserveerd op een bedje van historisch perspectief en wetenschappelijk onderzoek, op smaak gebracht met eigen mening en ideeën. Steeds doet Schrijvers een oproep tot het betrekken van patiënten(ervaringen) en -vertegenwoordigers, wat ik van harte onderschrijf.'

DAAN HOEFSMIT, VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR CIZ

'Een stevig naslagwerk, niet helemaal compleet, maar dat wordt ook niet gepretendeerd. Waardevol om een kijkje te nemen bij andere dan de vertrouwde domeinen. Het geeft daarnaast een bijzonder beeld van wat er de afgelopen jaren allemaal door dat hoofd van deze emeritus hoogleraar is gegaan en dat is niet gering!'

RENÉ KAHN, HOOGLERAAR PSYCHIATRIE UMC UTRECHT HERSENCENTRUM
'Breed, wetenschappelijk onderbouwd, helder geschreven en uiterst nuttig voor beleidsmakers en iedereen die in de gezondheidszorg werkt. De zorg moet veranderen. Hier ligt een leidraad hoe dit het beste kan gebeuren, geschreven door een topexpert op het gebied van zorginnovatie. Een absolute aanrader.'

MARIANNE LENSINK, DIRECTEUR ZORG BIJ ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND
'Bijdragen aan de kwaliteit van leven, dat is de ambitie van de Nederlandse gezondheidszorg. Dit boek laat zien wat er in ons zorgstelsel nodig is om beleidsmakers te bewegen tot innovatie. Prikkelend, inspirerend. Ontnuchterende feiten, vervelende conclusies, boude voorspellingen, impopulaire pleidooien: dit boek biedt het allemaal. Guus is een econoom die van zijn onderwerp houdt. Voor een wetenschapper normaliter een gevaarlijke combinatie, bij Guus de kracht onder zijn betoog.'

EVERT JAN VAN LENTE, DEPUTY DIRECTOR CARE MANAGEMENT DEPARTMENT, AOK-BUNDESVERBAND TE BERLIJN
'Guus Schrijvers laat met de gedragseconomie zien hoe met het juiste vergoedingssysteem belangen van artsen, verpleegkundigen en zorgverzekeraars bij elkaar gebracht kunnen worden. Het is een spannende mix van praktijkvoorbeelden en relevant internationaal onderzoek. Het boek is een enorme bijdrage voor betere resultaten in de zorg. Een must voor alle zorgprofessionals in Nederland. Ik hoop op een spoedige Duitse vertaling!'

DIANA MONISSEN, VOORZITTER RAAD VAN BESTUUR DE FRIESLAND ZORGVERZEKERAAR
'Schrijvers legt de nadruk waar die hoort: op gezondheid vanuit alle perspectieven. Zijn cappuccinomodel biedt een waarborg voor de belangrijkste kosten én stimuleert innovatie. Wie zich breed wil oriënteren en wil laten inspireren, van effectieve preventie tot bekostiging met de juiste prikkels: lees dit boek!'

ARIE C. NIEUWENHUIJZEN KRUSEMAN, EMERITUS HOOGLERAAR INTERNE GENEESKUNDE EN OUD-VOORZITTER VAN DE KNMG
'Guus Schrijvers schreef een uitdagend boek over zorginnovatie. Hij presenteert innovatie als slagroom bij de koffie. Maar hij legt ook uit dat innovatie niet zo vrijblijvend is. Tal van ontwerpen komen aan de orde, met steeds weer dezelfde conclusie: voor verbetering van de zorg bij gelijkblijvende kosten is doorlopend vernieuwing nodig.'

JAN SWINKELS, PSYCHIATER AMC AMSTERDAM
'Dit boek is een must voor iedereen in de gezondheidszorg want ophouden met verbeteren is ophouden met goed zijn. Bijzonder is de toevoeging van het menselijk gedrag. Veel mij onbekende feiten waardoor meningen worden uitgedaagd, oplossingen gesuggereerd en je kunt feitelijk met hem in discussie gaan. Lezen dus en reageren! Ik heb genoten.'

ANNE VISSER-MEILY, HOOGLERAAR REVALIDATIEGENEESKUNDE UMC UTRECHT
'Dit boek introduceert helder, begrijpelijk en verfrissend een andere kijk op de organisatie en financiering van zorg. Zorginnovaties zijn nodig om de zorg betaalbaar te maken en slagen pas bij bereidheid tot samenwerken en veranderen. Creativiteit en durf zijn daarvoor nodig. Een innovatietarief zal zorgverleners helpen om in beweging te komen. Dit boek is een must voor iedere zorgprofessional en leidinggevende.'

BERT VRIJHOEF, TS SOCIAL AND BEHAVIORAL SCIENCES SCIENTIFIC PROJECT DIRECTOR, PRINCIPAL INVESTIGATOR MAASTRICHT UMC+, VISITING PROFESSOR NATIONAL UNIVERSITY OF SINGAPORE
'Niet eerder heb ik een zo kunstig verweven verhandeling gelezen over innovaties in het verleden, het heden en de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Vanzelfsprekend op een Guus Schrijvers kenmerkende wijze: ondubbelzinnig, provocatief en rijkelijk voorzien van aanbevelingen. *Een must-read* voor degenen die grensverleggend (willen) zijn. Ik verwelkom de Engelstalige versie!'

Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel

Guus Schrijvers

ZORGINNOVATIE VOLGENS HET CAPPUCCINOMODEL

Voor hetzelfde geld een betere gezondheidszorg

Uitgeverij Thoeris · Amsterdam

Dit boek is tot stand gekomen met grote zorgvuldigheid en met
gebruikmaking van de meest actuele gegevens en informatie.
De auteurs en de uitgever kunnen echter geen aansprakelijkheid
aanvaarden voor eventuele fouten en onvolkomenheden.
Uitgeverij Thoeris, Amsterdam 2014
© Alle hoofdstukken behalve hoofdstuk 13: Guus Schrijvers
© Hoofdstuk 13: Erik Gerritsen en Guus Schrijvers
Omslagontwerp en typografie binnenwerk Nanja Toebak
's-Hertogenbosch
Omslagfoto © Pawika Tongtavee / Shutterstock
ISBN 978 90 72219 633
NUR 882
www.thoeris.nl

INHOUD

VERANTWOORDING EN DANKWOORD 11

1 GEDRAGSECONOMIE, TRIPLE-AIMAANPAK, COCREATIE, CAPPUCCINOMODEL EN ZORGINNOVATIE 15

1.1 De Nederlandse gezondheidzorg doet het goed… 15
1.2 Gedragseconomie: boeiend, maar staat nog in de kinderschoenen 19
1.3 Triple aim geldt voor alle partijen in de zorg 23
1.4 Het cappuccinomodel 29
1.5. Zorg- en financiële innovaties beginnen klein… 32
1.6 Leeswijzer en verantwoording 34
1.7 De belangrijkste punten in dit hoofdstuk 34

2 IN EEN GEZONDE OMGEVING WONEN GEZONDE MENSEN 37
2.1 Het eerste succesverhaal: Nederland wordt hygiënisch 37
2.2 Nog vier succesverhalen over preventie 39
2.3 Preventie van overgewicht 45
2.4 De paradoxale preventie van chronische aandoeningen 47
2.5 Omgevingsinterventies en gezondheid 49
2.6 Terugdringen van alcohol door omgevingsinterventies 50
2.7 Het terugdringen van het roken in horeca, auto, onderwijs en bedrijven 52
2.8 Het terugdringen van overgewicht door omgevingsinterventies 53
2.9 De belangrijkste bevindingen in dit hoofdstuk op een rij 55

3 GEZOND MAAKT MOOI, SLIM EN BLIJ 58
3.1 Losse preventieve interventies werken niet 58
3.2 Gezondheidsbevordering vereist basiscompetenties en didactiek 60
3.3 Gezondheidsbevordering, een taak voor de eerste lijn 64
3.4 De belangrijkste bevindingen in dit hoofdstuk op een rij en enkele reflecties 65

4 DUUR IN DE MOND HOUDT HET LICHAAM GEZOND 67
4.1 Een nieuwe begrip: leefstijlsolidariteit 67
4.2 Hoger btw-tarief op levensmiddelen met verzadigde vetten 69
4.3 Hogere alcoholaccijns: zo gauw mogelijk invoeren 71
4.4 Maak pakje sigaretten even duur als in Noorwegen 73
4.5 Hoger btw-tarief op frisdrank 74
4.6 Hoger btw-tarief op zout 75
4.7 Spaarprogramma's bij aanschaf van gezonde producten: waar wachten wij op? 76
4.8 De belangrijkste bevindingen van dit hoofdstuk op een rij en enige reflectie 77

5 GEBOORTEZORG: EEN GOED BEGIN IS HET HALVE WERK 82
5.1 De Nederlandse geboortezorg zit nu in de middelmoot van de Europese landen 82
5.2 Productinnovaties in de geboortezorg 84
5.3 Procesinnovaties in de geboortezorg 85
5.4 Systeeminnovaties in de geboortezorg 90
5.5 Het cappuccinomodel: een wenkend perspectief 94
5.6 De belangrijkste bevindingen in dit hoofdstuk op een rij 96

6 DE JEUGD IS GEZOND, PROFESSIONALS ZIJN INNOVATIEF EN DE TRANSITIE GAAT TE SNEL 100
6.1 Enkele statistische gegevens over de gezondheid en de zorgvraag van de jeugd 100
6.2 Een gezonde jeugd en toch een toenemende zorgvraag, hoe zit dat? 102
6.3 De Inventgroep vindt de jeugd(gezondheids)zorg opnieuw uit 104
6.4 De geboorte van het Centrum voor Jeugd en Gezin 106
6.5 De transitie jeugdzorg van 2012 tot heden 109
6.6 De Centra voor Jeugd en Gezin brachten vele nieuwe signaleringsinstrumenten 111
6.7 De Centra voor Jeugd en Gezin brachten vier procesinnovaties 114
6.8 De belangrijkste bevindingen op een rij en enkele waarschuwingen 118

7 DE EERSTE LIJN TOEN, NU EN STRAKS 123
7.1 De eerste lijn ontstond in de jaren zestig van de vorige eeuw 123
7.2 Minder tweede lijn = versterking eerste lijn 125
7.3 Ook andere artsen dan huisartsen in de eerste lijn 127
7.4 Multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn rond drie soorten zorgvragen 128
7.5 De eerste lijn elders in Europa en de Verenigde Staten 130
7.6 Nog vele productinnovaties mogelijk in de eerste lijn 132
7.7 Procesinnovaties in de eerste lijn 134
7.8 Systeeminnovaties in de eerste lijn 136
7.9 Populatiegebonden bekostiging lukt bij simultane innovatie 141
7.10. De bevindingen van dit hoofdstuk op een rij in relatie tot de triple-aimdoelen 142

8 HET GEHEEL VAN DE CHRONISCHE ZORG IS MEER DAN DE SOM DER DELEN 147
8.1 Chronische zorg is meer dan alleen eerstelijnszorg 147
8.2 Chronische zorg in maat en getal 149
8.3 Vier modellen voor chronische zorg 152
8.4 Vier modellen voor chronische zorg: welke is het beste voor Nederland? 157
8.5 Graag minder innovaties in de chronische zorg 158
8.6 Het cappuccinomodel in de chronische zorg 165
8.7 De belangrijkste bevindingen in dit hoofdstuk op een rij 167

9 DE OUDERDOM KOMT MET BEPERKINGEN 172
9.1 Definities die binnen de langdurige zorg vaak voorkomen 172
9.2 De 65-plusser leeft nog zo'n twintig jaar in (on)gezondheid 174
9.3 Veel meer mantelzorg dan professionele zorg 176
9.4 Mensen met dementie en CVA zijn grootgebruikers van langdurige zorg 176
9.5 De Wet langdurige zorg is het sluitstuk van de extramuralisering 177
9.6 Enkele theoretische modellen voor langdurige zorg 179

9.7 Wenselijke productinnovaties in de langdurige zorg 186
9.8 Procesinnovaties in de langdurige zorg 188
9.9 Wenselijke systeeminnovaties in de langdurige zorg: scheiden van wonen en zorg 189
9.10 Alle bevindingen op een rij en de triple-aimdoelen 191

10 KANKER ECONOMISCH BENADEREN: JA DAT KAN 197
10.1 Zo maar een kankerpatiënt 197
10.2 Kankerpatiënten leven langer 199
10.3 De kwaliteit van kankerzorg is goed, maar kan beter 201
10.4 Kosten van oncologische zorg: grotendeels een terra incognita 203
10.5 Spreiding van oncologische zorg heeft (dis)economies 207
10.6 Professionele innovaties in de oncologische zorg 209
10.7 Procesinnovaties in de oncologische zorg 211
10.8 Shared decision-making ondersteund door keuzehulpen 216
10.9 Het cappuccinomodel en innovaties in de oncologie 220
10.10 De belangrijkste bevindingen op een rij en de triple-aimdoelen 221

11 DE DIAGNOSTISCHE INFLATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG 227
11.1 De omvang van psychische aandoeningen blijft stabiel, maar het zorggebruik stijgt 227
11.2 De kosten voor de geestelijke gezondheidszorg zijn meer dan verdubbeld sinds 1998 231
11.3 De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg vergeleken met die in het buitenland 232
11.4 Korte geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg 232
11.5 De basis-ggz wordt voorlopig geen eerstelijns ggz 235
11.6 Een andere toegangsregulering voor de geestelijke gezondheidszorg 239
11.7 De herstelondersteuning, onlosmakelijk onderdeel van de ggz 242
11.8 E-mental health 244
11.9 Het cappuccinomodel bevordert beddenreductie en toegangsregulering 245
11.10 De belangrijkste bevindingen op een rij en de triple-aimdoelstellingen 247

12 DE VERSLAVINGSZORG: EEN HERNIEUWDE DOORDENKING GEWENST 251
12.1 Kerncijfers verslavingszorg in binnen en buitenland 251
12.2 Korte geschiedenis van het verslavingszorgbeleid 253
12.3 Enkele concepten uit de verslavingszorg die ook interessant zijn voor andere zorgsectoren 255
12.4 Enkele veelbelovende zorginnovaties 259
12.5 Het cappuccinomodel in de verslavingszorg 263
12.6 De bevindingen op een rij en de triple-aimdoelen 264

13 GEZONDHEIDSWINST EN BESPARINGEN DOOR INTENSIVERING FARMACEUTISCHEZORG 268
13.1 De meeste mensen gebruiken geneesmiddelen 268
13.2 Geneesmiddelenkosten relatief laag 269
13.3 Beleid was gericht op kostenverlaging en kwaliteitsverhoging 272
13.4 Vergissen is menselijk, ook bij toepassen van geneesmiddelen 278
13.5 Therapietrouw is het beste medicijn 282

13.6 Innovaties in de farmaceutische zorg 288
13.7 Cappuccinomodel voor farmaceutische zorg 289
13.8 De bevindingen op een rij en de triple-aimdoelen 290

14 NIETS IS ZO PLANBAAR ALS SPOEDZORG 295
14.1 De spoedzorg in maat en getal: vele verschillende ontwikkelingen 295
14.2 Korte beleidsgeschiedenis van de spoedzorg 299
14.3 Preventie van spoedzorg is mogelijk 304
14.4 Andere taakverdelingen en meer zorgpaden zijn interessante procesinnovaties 308
14.5 Systeeminnovaties als wenkend perspectief voor moderne spoedzorg 311
14.6 Het cappuccinomodel voor de bekostiging van spoedzorg 314
14.7 De belangrijkste bevindingen op een rij en beantwoording van de centrale onderzoeksvraag 316

15 VAN ZORGPADEN NAAR MENUGESTUURDE ZORG 320
15.1 Definitie: verschillen tussen electieve zorg en spoedzorg 320
15.2 Enkele bedrijfskundige modellen toegepast op electieve zorg 321
15.3 Overdiagnose: een arts behandelt geen afwijkingen 326
15.4 Wachttijden niet oplossen met extra geld maar door wegnemen van bottlenecks 330
15.5 De transities vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn 332
15.6 Kostprijzen van electieve zorg en prijsconcurrentie 334
15.7 Het cappuccinomodel in de electieve zorg 336
15.8 Alle bevindingen op een rij en de triple-aimdoelen 338

16 ZIEKENHUIZEN EN HUN ANTWOORD OP DISRUPTIEVE INNOVATIES 342
16.1 Ziekenhuizen doen het goed vergeleken met andere landen 342
16.2 Het Nederlandse DBC-systeem is uniek 344
16.3 Theoretische modellen om het functioneren van ziekenhuizen te begrijpen 348
16.4 Disruptieve innovaties die het ziekenhuiswezen bedreigen 350
16.5 Verbeterden ziekenhuizen hun kwaliteit sinds 2001? 352
16.6 Save lives and costs 358
16.7 Ziekenhuiswezen, bereid je voor op disruptieve innovaties 360
16.8 Alle bevindingen op een rij 363

17 TRIPLE AIM, COCREATIE EN HET CAPPUCCINOMODEL 367
17.1 Het cappuccinomodel en simultane innovatie 367
17.2 het ontwikkelen en evalueren van zorginnovaties 370
17.3 Hoe geslaagde innovaties te verspreiden? 373
17.4 Verandermanagement: het moeilijkste dat er bestaat 376
17.5 Regionale samenwerking staat al sinds 1901 op de agenda 380
17.6 Moet alles wat kan? 383
17.7 De belangrijkste bevindingen op een rij 384
17.8 Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel: de conclusie 386

NAWOORD: EEN ECONOOM DOET TOEKOMSTVOORSPELLINGEN VOOR DE ZORG 389

VERANTWOORDING EN DANKWOORD

Zijn een betere gezondheid en een hogere kwaliteit van zorg te bereiken bij gelijkblijvende kosten? Om deze vraag te beantwoorden, las ik de afgelopen twee jaar zo'n 900 wetenschappelijke publicaties en raadpleegde ik vele statistieken. Ik kon gelukkig ook putten uit mijn veertig jaar ervaring met zorginnovaties. Over de meeste hoofdstukken gaf ik de afgelopen jaren (gast)colleges, masterclasses en workshops; de deelnemers hieraan gaven mij vaak nieuwe impulsen. Bij het schrijven kwam die ervaring goed van pas.

In het eerste hoofdstuk introduceer ik begrippen als gedragseconomie, populatiegebonden bekostiging, *shared savings* en cappuccinomodel. De volgende hoofdstukken 2 tot en met 4 gaan over preventie: voorkomen is beter dan genezen, maar is dat ook goedkoper? Deze hoofdstukken gaan in op die vraag. In de hoofdstukken 5 tot en met 16 komt de centrale onderzoeksvraag aan de orde per patiënten- of cliëntengroep, sector voor sector, zeg maar van geboortezorg tot ouderenzorg. Het boek eindigt in hoofdstuk 17 met een algemeen antwoord op de onderzoeksvraag. In een nawoord (hoofdstuk 18) doe ik twaalf voorspellingen over wat er gaat gebeuren bij ongewijzigd (in gang gezet) beleid. Die voorspellingen zijn gebaseerd op theorieën, onderzoek en ervaringen die in eerdere hoofdstukken aan bod kwamen. De bedoeling is dit hoofdstuk bij een nieuwe druk te herschrijven en dan eventueel uit te leggen waarom ik ernaast zat. Ik nodig de lezers van dit boek uit om op die voorspellingen te reageren via een pagina op mijn website: www.guusschrijvers.nl/reactieopvoorspellingen. Ben je het mij eens of juist niet? Laat het mij weten.

Als hoogleraar public health bij het Julius Centrum van het UMC Utrecht – ik was dat 25 jaar – ervoer ik twee rollen: die van zendeling en die van onderzoeker. Als zendeling trachtte ik overal zorginnovatie te bevorderen. Als onderzoeker hield ik afstand tot innovatieprojecten: onderzoek moet immers onafhankelijk en onbevooroordeeld zijn, en bovendien: deze initiatieven konden ook mislukken, hoe goed ze ook bedoeld waren. Als dat het geval was, moest ik dat onafhankelijk kunnen zeggen. In dit boek heb ik getracht de rol van onderzoeker en die van zendeling te combineren. Als onderzoeker begin ik elk hoofdstuk met veel demografische, epidemiologische en zorgstatistische feiten en onderzoeksresultaten. Later in elk hoofdstuk formuleert de zendeling in mij wat goed is voor gezondheid, kwaliteit van zorg en kostenbeheersing.

Dit boek is bestemd voor iedereen die in de zorg werkt of wil gaan werken. Ik vermoed dat de meeste lezers primair geïnteresseerd zullen zijn in hun eigen sector; verloskundigen bijvoorbeeld in hoofdstuk 5 over geboortezorg en geriaters in hoofdstuk 9 over ouderenzorg. Zij doen zichzelf te kort als zij alleen hun eigen hoofdstuk lezen. Want in hoofdstuk 5 komt bijvoorbeeld populatiegebonden bekostiging aan de orde die

ook interessant is voor de ouderenzorg. Hoofdstuk 9 gaat onder meer over de kwaliteit van leven van ouderen, maar de beschouwingen daarover zijn ook van belang in de andere hoofdstukken. Door verwijzingen naar andere paragrafen help ik de lezer andere relevante passages snel te vinden. Het liefste heb ik overigens lezing van het hele boek.

De kennis in dit boek is ingedeeld naar patiënten- respectievelijk cliëntendoelgroepen. Ik zei dat al. Dan komt goed naar voren dat simultane innovatie van zorginhoud, zorgorganisatie, ICT en bekostiging nodig is per zorgsector. Een nadeel van deze indeling is dat dit boek geen aparte hoofdstukken bevat over aspecten zoals marktwerking, stelselherziening, empowerment van patiënten, de rol van zorgverzekeraars en de digitalisering van de zorg. Deze onderwerpen komen in elk hoofdstuk aan de orde voor zover relevant voor de betrokken patiënten- of cliëntengroep. Later, in aparte artikelen en voordrachten, hoop ik dat wel te doen. In dit boek zou het te veel herhaling opleveren.

Om pagina's te besparen en de prijs van het boek te drukken, staan alle voetnoten (referenties) op www.guusschrijvers.nl/referenties. Daar treft de lezer ook een trefwoordenregister aan (www.guusschrijvers.nl/trefwoordenregister).

Als dit boek bijdraagt aan betere gezondheid, een hogere kwaliteit van zorg en het gelijkblijven van de kosten, dan heeft het aan zijn doel beantwoord. Ik denk daarom dat dit boek ook belangrijk is voor landelijke en lokale politici en bestuurders.

MET GROTE DANK AAN…

De eerste auteur van hoofdstuk 13 over farmaceutische zorg, te weten:
– Erik Gerritsen, voormalig apotheker in een gezondheidscentrum en sinds 1991 adviseur farmaciebeleid.

Voorts dank ik alle bezoekers van de website www.guusschrijvers.nl die reageerden op een eerdere versie van de hoofdstukken 1 tot en met 9 in de periode januari tot en met juli 2014, evenals de meelezers die belangrijke feedback gaven op eerdere versies van alle hoofdstukken, te weten:
– Nicolette Huiskes, arts Beleid en Advies KNMG en medisch adviseur CZ Zorgverzekeringen te Tilburg;
– Wim Schellekens, arts, strategisch adviseur voor governance, kwaliteit, veiligheid en innovatie van de gezondheidszorg en oud-hoofdinspecteur curatieve gezondheidszorg, ziekenhuisbestuurder en huisarts te Leiderdorp;
– Henk van der Steeg, gynaecoloog n.p. en oud-ziekenhuisbestuurder te Houten;
– Jan Tromp, psychiater, boardroom consultant en oud-bestuursvoorzitter GGz Breburg.

De meelezers met expertise over specifieke hoofdstukken:
– hun namen staan vermeld aan het einde van de betreffende hoofdstukken.

De experts die het boek produceerden en met wie ik zo prettig samenwerkte:
– Marcel Stam, communicatiespecialist, ontwerper van mijn website en van de afbeeldingen in het boek;
– Mariël Croon, directeur uitgeverij Thoeris en haar medewerkers die vele teksten corrigeerden en het boek voorzagen van een prachtige lay-out.

Directeur en medewerkers van Zorgbelang Fryslân, ondersteuner van cliëntenraden en patiëntenorganisaties, die mij in 2013 en 2014 de gelegenheid boden ideeën uit het boek te bespreken ten behoeve van de beleidsnota *Friese burgers over de zorg*:
– Margreet de Graaf, Harriët Hollander en Franseska Mast.

De directie van ZonMw en van CZ Zorgverzekeringen voor hun financiële bijdrage in de productiekosten van het boek:
– Henk Smid respectievelijk Joël Gijzen.

Mijn vrouw en kinderen:
– Els Zwaan die mij ruimte en begeleiding bood om twee jaar lang aan dit boek te werken;
– mijn (schoon)kinderen Merel, Lieke, Joep, Arthur en Lowi die mij toejuichten alsof ik een halve marathon aflegde.

Voor mij voelt het alsof ik een hele marathon heb volbracht: moe, maar voldaan!

Beste lezer, ik wens je veel leesplezier met – naar ik hoop – talrijke ideeën voor betere zorg voor patiënten respectievelijk cliënten.

Guus Schrijvers
Utrecht, juli 2014

1

GEDRAGSECONOMIE, TRIPLE-AIMAANPAK, COCREATIE, CAPPUCCINOMODEL EN ZORGINNOVATIE

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van vier ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg in lovende én bezorgde woorden (paragraaf 1.1). De probleemstelling van dit boek staat aan het einde van paragraaf 1.1. Daarna volgt een bespreking van vier domeinen waarbinnen dit boek zich afspeelt: de gedragseconomie (paragraaf 1.2), de triple-aimaanpak en cocreatie (paragraaf 1.3), het cappuccinomodel voor de bekostiging van de zorg (paragraaf 1.4) en het ontwikkelen en verspreiden van zorginnovaties (paragraaf 1.5). Daarna volgen de verantwoording en een leeswijzer (paragraaf 1.6). Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen in de voorafgaande paragrafen (paragraaf 1.7).

1.1 DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDZORG DOET HET GOED…

De Nederlandse gezondheidszorg doet het goed. Nederlanders kunnen er trots op zijn. In 2012 bedraagt de levensverwachting bij geboorte voor mannen 79,1 jaar en voor vrouwen 82,8 jaar.[1] Voor alle landen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) is dat 76,9 jaar voor mannen en 82,4 jaar voor vrouwen aldus cijfers over 2010 van de OESO.[2] Nederlandse mannen met een lage opleiding hebben in dat jaar op dertigjarige leeftijd een levensverwachting die 5,1 jaar lager is dan die van mannen met de hoogste opleiding. Maar ook dat is gunstiger dan het verschil van 7,8 jaar voor alle OESO-landen. Zoals in de meeste Europese landen is in Nederland de medische en farmaceutische zorg vrijwel volledig gedekt door een sociale verzekering, de Zorgverzekeringswet. Een paar andere OESO-cijfers: in 2011 gaven Nederlanders 1,5 procent uit hun eigen zak uit aan gezondheidszorg, terwijl dat voor alle OESO-landen gemiddeld 3 procent bedraagt. Nederlandse artsen besteden voldoende tijd aan hun patiënten vindt 91,5 procent van de patiënten (OESO-gemiddeld: 87,1 procent). Ze leggen goed uit wat de patiënt mankeert, vindt 96,0 procent van de Nederlanders (OESO: 91,1 procent). Nederland presteert in een vergelijkend onderzoek naar de mate van patiëntvriendelijkheid in 2012 het beste van alle Europese landen.[3] Ons land scoort 872 op een lijst van de maximaal te behalen 1.000 punten. Meer dan nummer 2 Denemarken (822 punten) en nummer 3 IJsland (799 punten). Wat meespeelde bij deze hoge score is dat Nederlandse patiëntenorganisaties de best gesubsidieerde zijn in Europa. Ten slotte kan Nederland trots erop zijn dat slechts de helft (52 procent) van de bevolking de zorg ingrijpend wil veranderen. In acht andere rijke landen wil de grote meerderheid dat (bijvoorbeeld 70 procent in de Verenigde Staten en 78 procent in

Australië). Alleen een minderheid (38 procent) van de Engelsen wil de National Health Service ingrijpend veranderd zien.[4]

Nederlanders kunnen ook tevreden zijn met het feit dat de bestedingen tegen constante prijzen van de Nederlandse gezondheidszorg groeiden met 1 procent per jaar in de jaren 2009 tot en met 2011, aldus nog steeds de OESO. Deze groei is bijzonder gelet op de daling van deze bestedingen in Griekenland (-11,1 procent), Ierland (-6,6 procent), Portugal (-2,2 procent), het Verenigd Koninkrijk (-1,8 procent), Denemarken (-1,8 procent) en Italië (-0,8 procent). In 2011 gaven OESO-landen 3.322 (voor koopkracht gecorrigeerde) dollars uit aan gezondheidszorg. Voor Nederland was dat 5.099 dollar. Alleen Zwitserland (5.643 dollar), Noorwegen (5.669 dollar) en de Verenigde Staten (8.508 dollar) scoorden hoger. In 2011 gaf Nederland 11,9 procent van het bruto binnenlands product (BBP) uit aan gezondheidszorg (OESO-gemiddelde: 9,3 procent). Van de OESO-landen gold alleen voor de Verenigde Staten een hoger percentage (17,7 procent). De Nederlandse staat is ook goed voor haar ouderen. In 2011 ontving 19,1 procent van de 65-plussers zorg thuis of in een instituut (OESO-gemiddelde: 12,7 procent). Alleen Israël (22,1 procent) en Zwitserland (20,3 procent) scoorden hoger. In 2011 was Nederland koploper met de bestedingen voor langdurige zorg als percentage van het BNP. Dat bedroeg 3,7 procent, net iets meer dan in Zweden (3,6 procent).

… MAAR ER IS REDEN TOT BEZORGDHEID

De Nederlandse gezondheidszorg doet het goed. Maar er is ook reden tot bezorgdheid. Want de gezondheidszorg heeft te maken met vier ontwikkelingen. Ten eerste neemt de zorgvraag toe door onder meer de groei van het aantal personen met: chronische aandoeningen, kanker, dementie, psychische problemen en beperkingen in algemene dagelijkse levensverrichtingen. Bijna een op de drie mensen heeft een of meer chronische aandoeningen. In totaal zijn dat in Nederland ongeveer 5,3 miljoen mensen.[5] De vraagtoename hangt verder samen met:

1. veroudering van de bevolking. Het aantal personen onder de 65 jaar verandert in de periode tot 2030 nauwelijks en blijft op het niveau van 13,9 miljoen per 1 januari 2014.[6] De zorgkosten van deze groep bedroegen per hoofd 3.990 euro. Het aantal personen tussen de 65 en 80 jaar oud stijgt over deze periode van 2,0 naar 2,9 procent ofwel met 45 procent (zorgkosten per hoofd in 2011: 8.715 euro). Het aantal 80-plussers groeit het sterkst, en wel van 686.000 per 1 januari 2014 naar 1.214.000 in 2030, een stijging van 77 procent (zorgkosten per hoofd in 2011: 24.800 euro);
2. eerdere diagnosestelling door screening (zie hoofdstuk 15);
3. betere spoedzorg bij bijvoorbeeld hart- en CVA-patiënten die daardoor vaker in leven blijven (zie hoofdstuk 14);
4. andere opvattingen over psychische ziektebeelden (zie hoofdstuk 11); en
5. de betaling per verrichting voor vele zorgprofessionals (zie hoofdstuk 15).

De tweede ontwikkeling betreft de beperkte groei van het nationaal inkomen in de komende jaren. Het Centraal Planbureau (CPB) begroot die op 0,5 procent in 2014 en houdt zich voor latere jaren op de vlakte.[7] Over de periode 2002-2012 stegen de kosten van de gezondheidszorg met 57,4 procent ofwel met gemiddeld 4,7 procent per jaar. Tegen constante prijzen was dat 3,4 procent groei per jaar. Bij net zo'n groei als in dit verleden groeien de kosten van de zorg evenwel, aldus het CPB, van 13,2 procent van het bruto binnenlands product in 2010 naar 19-31 procent in 2040. Het CPB hoopt dat tot

2017 de nominale groei zich beperkt tot 1 procent per jaar, maar betwijfelt of dat haalbaar is. Als dit percentage top-down wordt afgedwongen zonder innovaties in de gezondheidszorg, houdt dit in dat de beschikbare financiële middelen voor de zorg minder snel kunnen groeien dan de zorgvraag. Hierdoor ontstaan, zo schat ik in, langere afspraaktermijnen, een groter beroep op spoedzorg, een hogere werkdruk voor zorgprofessionals, kwaliteitsverlies, corruptie en ook maatschappelijke onrust.

GROEI ZORGKOSTEN BEDREIGT EXPORT EN SOLIDARITEIT

Een ander economisch aspect van de zorg is het aandeel van de zorgbestedingen in het nationaal inkomen. Op zich bestaat er geen economisch probleem indien burgers kiezen voor meer zorg en minder consumptiegoederen zoals vakantie en minder overheidsdiensten zoals wegenaanleg, onderwijs en politie. Er ontstaat pas een probleem als zij meer zorg willen maar ook die andere goederen en diensten. Dan gaat het wringen, zeker indien burgers hogere premiedruk gaan compenseren met hogere looneisen. Dan wordt ten eerste de export te duur en ten tweede kan er inflatie ontstaan die pensioenen en vaste inkomens uitholt. Daarbovenop komt nog de verdringing van andere overheidstaken door groeiende bestedingen in de zorg. Van wat Nederland uitgeeft aan basisonderwijs, kan de zorg twee maanden worden betaald.[8] Voor politie is dat een maand en voor cultuur een week. De andere overheidssectoren komen dus onder druk omdat ze ruimte moeten maken voor de zorg.

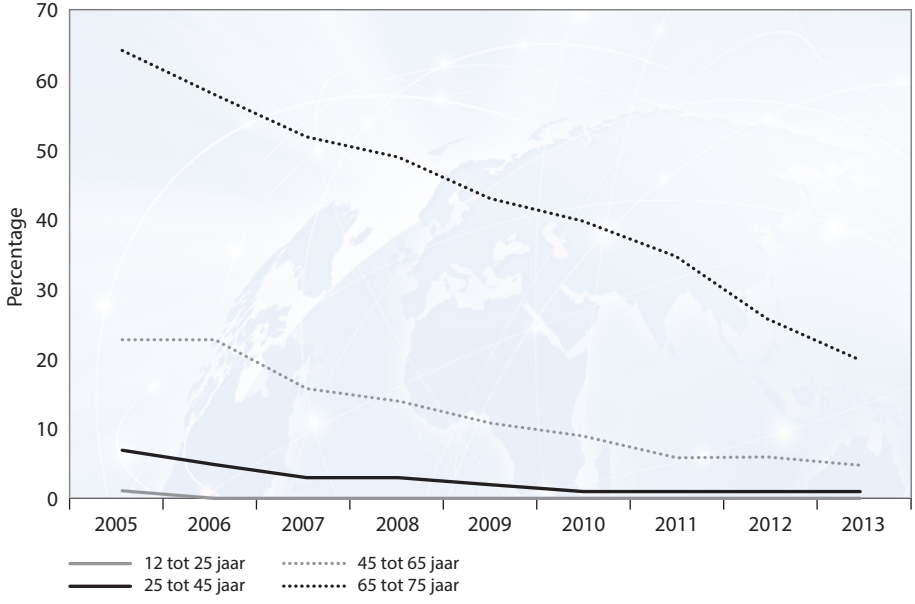
Een laatste argument tegen een verdere groei van de zorgkosten is dat de inkomenssolidariteit onder druk komt te staan. Als het zorggebruik net zo hard blijft stijgen als in het afgelopen decennium, neemt het gemiddelde jaarlijkse zorggebruik in het leven van mensen met alleen een basisopleiding toe van 40 procent van hun inkomen in 2011 naar 70 procent in 2040, zo berekende het CPB in 2013.[9] Dan moeten mensen met hogere inkomens veel meer bijdragen aan de premies voor de Zorgverzekeringswet en de AWBZ respectievelijk de Wet langdurige zorg. Het is maar de vraag of in Nederland draagvlak bestaat voor verdere inkomensnivellering. Maarse wees in 2013 in zijn afscheidscollege bij de Universiteit Maastricht erop dat de duurzaamheid in de zorg verdwijnt bij het wegvallen van dit draagvlak.[10]

MEER KENNIS BIJ DE BURGER: MEER ZELFMANAGEMENT

De derde ontwikkeling betreft het stijgende kennisniveau van de Nederlandse bevolking. Dat is in algemene zin al hoog. Anno 2013 heeft slechts 8,8 procent van de bevolking van 15 tot 65 jaar niet meer dan basisonderwijs gevolgd.[11] Bijna de helft van de bevolking in deze leeftijdsgroep bezit in dat jaar een diploma van een mbo-instelling of van een hogere voortgezette opleiding. Door dit hoge kennisniveau kunnen mensen makkelijker nieuwe kennis over ongezonde leefstijlen, ziekte en behandeling opnemen. Ook stijgt de kennis over gezondheid en zorg door massamedia en internet. De toenemende kennis maakt de relatie tussen patiënten en zorgprofessionals gelijkwaardiger en biedt mogelijkheden voor meer zelfmanagement. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg werkte in 2013 deze mogelijkheden uit.[12] Hoofdstuk 8, 9 en 10 over zorg voor mensen met chronische aandoeningen, ouderen respectievelijk kankerpatiënten doen dat in dit boek.

DIGITALISERING VERANDERT DE ZORG INGRIJPEND

De vierde ontwikkeling betreft de digitalisering van de zorg. De meeste Nederlanders maken thans gebruik van het internet (zie afbeelding 1.1). Zij kunnen mailen, surfen, archiveren, medische informatie opzoeken en online afspraken maken. Dat kunnen zij vaak niet als patiënt/cliënt van de gezondheidszorg. Ook zorgprofessionals onderling kunnen dat vaak nog niet. Toch is dit niet het enige effect van de te verwachten digitalisering van de zorgverlening. Deze maakt ook *genomic sequencing* ofwel gendiagnostiek mogelijk. Dat wil zeggen dat de relatie tussen het genenbestand van mensen en bijvoorbeeld kanker en chronische aandoeningen te achterhalen is. Daardoor gaat *personalized medicine* ontstaan. Hoofdstuk 10 over oncologische zorg gaat hierop nader in. Ook leidt digitalisering tot preciezere radiotherapeutische bestraling en tot een nauwkeuriger lokale toediening van medicatie. Digitalisering heeft verder tot gevolg dat het werken met sensoren aan het lichaam en in woningen (*smart houses* en domotica) mogelijk wordt. Verder wordt het makkelijker om grote databestanden te creëren en daarop gebaseerd 'N=Alles-onderzoek' uit te voeren. Ten slotte verandert de digitalisering de opslag van informatie over de zorgverlening in één persoonlijk gezondheidsdossier en de communicatie tussen zorgprofessionals onderling en met patiënten. Duchatteau en Vink beschreven in 2011 de ingrijpende gevolgen van de digitalisering in een achtergrondstudie voor de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.[13] Topol deed datzelfde in 2012 in zijn Amerikaanse bestseller *The Creative Destruction of Medicine*.[14] Pandey publiceerde een prachtige casus aan de hand waarvan hij de invloed van digitalisering beschreef.[15]



Afbeelding 1.1. Percentage van de Nederlandse bevolking dat nooit internet gebruikt
Bron: CBS.

DE VRAAG DIE DIT BOEK BEANTWOORDT

De toename van de zorgvraag, de beperkte financiële middelen, de betere scholing van patiënten en de digitalisering vormden aanleiding tot de onderzoeksvraag van dit boek:

Is het mogelijk de volksgezondheid in de komende jaren te verbeteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen, terwijl de kosten van de gezondheidszorg gelijkblijven?

Dit boek beantwoordt deze vraag. Elk hoofdstuk biedt voor een andere doelgroep van personen met een zorgvraag een overzicht van de samenhang tussen de voornoemde vier ontwikkelingen. Per doelgroep komen beleidsvoorstellen aan de orde om toch bij gelijkblijvende kosten een betere gezondheid en een hogere kwaliteit van zorg te realiseren. De oplossingen liggen in vier domeinen:

1 gedragseconomisch gezondheidsbeleid zoals het verhogen van de btw op frisdrank ter bestrijding van overgewicht;
2 het overal in de zorg toepassen van de triple-aimdoelen: a. verbeteren volksgezondheid, b. verhogen kwaliteit van zorg, en c. gelijkhouden van de kosten;
3 het verspreiden van kostenbesparende zorginnovaties;
4 het overal vervangen van betaling per verrichting door het cappuccinomodel.

De volgende paragrafen bieden een toelichting op deze vier domeinen. Het hoofdstuk sluit af met een verantwoording van de gebruikte methoden om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

1.2 GEDRAGSECONOMIE: BOEIEND, MAAR STAAT NOG IN DE KINDERSCHOENEN

Gedragseconomie, ook wel *behavioural economics*, bestudeert de effecten van kennis en van sociale en emotionele factoren op economische beslissingen van mensen en de gevolgen daarvan op het gebruik van middelen, kosten en opbrengsten. Deze omschrijving staat in een artikel van Douglas Bernheim en collega's dat zij schreven voor een digitale, internationale economische encyclopedie[16]. Het vakgebied integreert theorieën van de marktwerking (in vakjargon: de klassieke prijstheorie) met die van de psychologie.

De grondlegger van de klassieke prijstheorie is Adam Smith. In zijn wereldberoemde boek *Wealth of Nations*[17] bepleitte hij in 1776 volkomen concurrentie en vrijhandel tussen alle landen als de motor om welvaart te bevorderen. Hij introduceerde in dat boek de metafoor van de onzichtbare hand die een rechtvaardige spreiding van goederen en diensten over een samenleving tot stand brengt. Ook de term *homo economicus*, een rationeel handelend mens die zijn behoeften maximaal bevredigt, stamt uit dit boek. Adam Smith worstelde ermee dat het gedrag van mensen niet uitsluitend door de hoogte van de prijs van goederen en diensten wordt bepaald. In 1759, zeventien jaar voor het uitkomen van de *Wealth of Nations*, schreef hij het boek *The Theory of the Moral Sentiment*.[18] In dat boek analyseert hij onder meer zijn eigen gedrag. Hij verwondert zich erover dat hij (wonend in het voedselrijke Schotland) meeleeft met de slachtoffers van de toen heersende hongersnood in Frankrijk. Hij komt in dit boek tot de conclusie dat de mens een angstig dier is dat reageert op bijvoorbeeld noodkreten van in zijn tijd hongerige Fransen. Smith pleit in dit boek voor solidariteit tussen naties en tussen bevolkingsgroepen.

Het is Adam Smith niet gelukt die twee zienswijzen, het angstige dier en de

homo economicus, in één theorie samen te brengen. Op zijn oude dag koos hij voor de homo economicus. Hij werd hoofd van de Schotse douane en bedacht slimme invoer- en uitvoeraccijnzen die compleet ingingen tegen zijn theorie van de vrijhandel en de internationale solidariteit. Smith overleed rijk, eenzaam en depressief: dat staat beschreven in zijn biografie die leest als een spannende roman.[19] In de gezondheidszorg komt het spanningsveld tussen naastenliefde tonen (het angstige dier) en eigenbelang nastreven (de homo economicus) ook naar voren. Menig zorgprofessional en leidinggevende ervaart beide drijfveren. Het lukte Adam Smith niet om beide in één economische theorie te integreren. Zijn leven bevat een waarschuwing: wie in de zorg voor zichzelf kiest en de naastenliefde vergeet, sterft ongelukkig.

DE MENS DENKT SNEL EN LANGZAAM

Kahneman gaf in 2012 met zijn goed leesbare *Thinking Slow and Fast* een theoretische onderbouwing aan de gedragseconomie.[20] Deze Nobelprijswinnaar van het jaar 2002 onderscheidt twee systemen waarmee de hersenen gedachten vormen. Systeem 1 denkt snel, in stereotypen en emoties. Dit systeem werkt onbewust. Systeem 2 is langzaam, calculeert logisch en werkt bewust. Een voorbeeld ter toelichting: mensen leren hun moedertaal spreken volgens systeem 1 en een vreemde taal via systeem 2. De homo economicus van Smith denkt volgens systeem 2. In het dagelijkse leven denken mensen met beide systemen. Zich baserend op experimenten constateert Kahneman dat systeem 1 tekortschiet bij het inschatten van risico's: mensen zijn van nature te optimistisch. Zij zijn altijd bereid een gokje te wagen, bijvoorbeeld in een loterij. Ook hebben zij van nature een te optimistisch beeld van hun toekomst: zij overschatten hun capaciteiten en onderschatten de inspanningen. Kahneman noemt dit *the planning fallacy*, de planningsillusie. *Framing* is ook van hem afkomstig en bekend in de Nederlandse politiek. Het geeft aan dat de context van belang is waarbinnen een keuze wordt voorgelegd. Hij toont dit aan in een experiment met twee groepen te opereren patiënten. De eerste groep verneemt dat de overlevingskans 90 procent bedraagt en de tweede groep dat de sterftekans 10 procent bedraagt. Beide kansen bieden dezelfde informatie. Maar toch, meer patiënten in de tweede groep weigeren de operatie vanwege de negatieve associatie via systeem 1 van het woord sterftekans. Ten slotte introduceert Kahneman het begrip *sunk costs*. Dat zijn kosten die al gemaakt zijn en niet meer ongedaan te maken zijn. Mensen houden daarmee rekening om gevoelens van spijt en gezichtsverlies te vermijden (systeem 1) in plaats van hun verlies te nemen (systeem 2). Ondernemers gaan daarom soms te lang door met projecten met ongunstige vooruitzichten. Kahnemans inzichten zijn van belang voor de gezondheidszorg. Mede vanwege te optimistische verwachtingen over hun eigen gezondheid in de toekomst blijven mensen ongezond leven en doorgaan met roken en te vet eten. De framing is van grote betekenis bij het bieden van informatie door zorgprofessionals aan patiënten over te kiezen behandelvormen. Het fenomeen sunk costs verklaart ten dele het geringe animo om zorginnovaties in te voeren en het roer om te gooien: in de bestaande zorg is al zoveel geïnvesteerd.

TRANSACTIEKOSTEN EN GEBONDEN RATIONALITEIT BEÏNVLOEDEN ECONOMISCH GEDRAG

Williamson is eveneens een coryfee binnen de *behavioural economics*; hij introduceerde de transactiekostentheorie[21]. Daarin geeft hij aan dat marktwerking gebrekkig functioneert bij hoge kosten om informatie te verzamelen over de markt bij vragers en aanbie-

ders en bij hoge kosten om de koop en verkoop tot stand te brengen. Zijn theorie verklaart waarom veel verzekerden bij hun zorgverzekeraar blijven hangen en veel patiënten bij hun professional. Williamson gaat uit van de term *bounded rationality* die afkomstig is van de wereldberoemde organisatie-expert Herbert Simon[22] die tot op de dag van vandaag in vele handboeken wordt geciteerd. Gebonden rationaliteit is het idee dat bij besluitvorming van individuen de rationaliteit beperkt is door:

1 het gebrek aan informatie over de markt;
2 de intelligentie van individuen om die informatie te begrijpen; en
3 de beperkte hoeveelheid tijd die zij hebben om hun besluit te nemen.

Williamson pleit ervoor dat de overheid slimme markten ontwerpt die wenselijke rationaliteit stimuleren bij consumenten en producenten.

In 2009 heeft Williamson de Nobelprijs voor de economische wetenschap gewonnen voor zijn baanbrekende aanvulling op de onzichtbare-handtheorie van Adam Smith. Zijn transactiekostentheorie is van belang voor de gezondheidszorg. Zo paste Brandenburg in haar dissertatie uit 2008 de transactiekostentheorie toe op Nederlandse ziekenhuizen en zorgverzekeraars.[23] Zij komt op basis van kwalitatief onderzoek tot de conclusie dat zorgverzekeraars een voorkeur gaan ontwikkelen voor enkele bestaande ziekenhuizen met wie ze meerjarige contracten sluiten. De kosten van onderhandelen en informatieverwerving over en weer stimuleren daartoe.

LIBERTAIR PATERNALISME RESPECTEERT DE KEUZEVRIJHEID VAN PATIËNTEN

Binnen de gedragseconomie staat het Engelse woord *nudge* centraal. Dat betekent letterlijk duwtje of por. De Chicagose econoom Thaler en de jurist Sunstein schreven er een standaardwerk over in 2008.[24] Zij constateren dat kleine veranderingen (nudges) in het aanbod van goederen en diensten het gedrag van consumenten aanzienlijk kunnen veranderen. Wie bijvoorbeeld in een schoolkantine gezonde voeding vooraan legt in de schappen, bevordert de verkoop daarvan. Het gaat erom dat dergelijke kleine details de aandacht van de consument in een bepaalde richting trekken. Dit duwen en opporren van de consument richting rationeel, langetermijndenken conform systeem 2 van Kahneman heet libertair paternalisme. De term komt uitgebreid naar voren bij de eerdergenoemde Williamson en bij de Californische onderzoeker Rice[25] die begin 2013 een overzichtsartikel schreef over toepassingen van gedragseconomie in de gezondheidszorg. De keuzevrijheid van consumenten blijft bij libertair paternalisme overeind. Het paternalistische zit hierin dat aanbieders de keuze beïnvloeden in het langetermijnbelang (systeem 2) van de consument zelf, die zich anders te veel laat leiden door systeem 1. Aanbieders gebruiken hiervoor nudges, voor consumenten goed waar te nemen details. Thaler en Sustein geven hiervan als voorbeelden de reeds genoemde schoolkantine maar ook de standaardinstellingen van menige computer en een oproep tot conformisme van gedrag. Zo stimuleert een bericht dat veel mensen stoppen met roken conformisme. Zo'n bericht heeft meer effect dan de mededeling dat roken slecht is voor de gezondheid. Bij libertair paternalisme hebben aanbieders van marktproducten en overheidsdiensten vooraf bedacht wat door consumenten als prettig wordt ervaren. Maar als zij willen, kunnen consumenten op een eenvoudige manier van bijvoorbeeld de standaardinstelling afwijken. Met de reeds genoemde Kahneman gaan Thaler en Sunstein ervan uit dat consumenten vaak beslissen op basis van systeem 1 en niet langzaam

en tijdrovend willen denken wat voor hen de beste oplossing vormt. Zij benadrukken dat neutraliteit van de aanbieder niet bestaat. Gezonde voeding moet in de schappen van de schoolkantines toch ergens worden aangeboden. Elk detail beïnvloedt de vraag. In wezen vormt gedragseconomie een toepassing van marketing, waarbij het langetermijnbelang van de consument voorop staat. Gedragseconomie verleidt consumenten niet tot naïeve, kortetermijnbeslissingen volgens systeem 1.

Voor zorgprofessionals bevat gedragseconomie vernieuwende inzichten. Immers, zij respecteren enerzijds de vrije keuze van patiënten en anderzijds geven zij hen leefstijladviezen voor de lange termijn. Een goede zorgverlener is een libertair paternalist. De hoofdstukken 2 tot en met 4 over preventie en de hoofdstukken 8 en 10 over zorg aan mensen met chronische aandoeningen respectievelijk kanker besteden aandacht aan het gebruik van nudges in de zorg.

Behalve inhoudelijke nudges bestaan er ook financiële nudges: duidelijk zichtbare, kleine financiële prikkels die consumenten stimuleren tot rationeel langetermijndenken. Van oudsher bestaat hiervan in de tandheelkunde een voorbeeld. Ouders die de gebitten van hun kinderen tweemaal per jaar laten controleren, betalen niet voor tandheelkundige behandeling indien bij hun kinderen mondgezondheidsproblemen optreden. Zonder die controle betalen zij wel daarvoor. Ook het bestaande eigen risico (360 euro in 2014) in de Zorgverzekeringswet werkt als een nudge en remt de zorgvraag af, zo verneem ik van leidinggevende professionals in apotheken en poliklinieken. Het mantelzorgcompliment (200 euro in 2014 en door mantelzorgers aan te vragen, zie ook hoofdstuk 8) vormt volgens de nudgetheorie waarschijnlijk geen prikkel voor mantelzorgers om de ondersteuning van hun naasten vol te houden. Daarvoor is de regeling te anoniem en niet zichtbaar genoeg voor de mantelzorger. Volgens die theorie zouden cadeaubonnen uitgereikt door een wijkverpleegkundige of huisarts, goede respijtzorg en snelle vergoeding van extra zorgkosten beter werken.

Met de Amerikaanse onderzoekers King en collega's[26], de Australische rondetafelconferentie over gedragseconomie[27] en de Engelse commissie van het Institute for Government[28] ben ik het eens dat het toepassen van gedragseconomie in de gezondheidszorg nog in de kinderschoenen staat. De theorieën en ideeën van Kahneman, Williamson en Thaler & Sunstein zijn nog niet in grote veldexperimenten omgezet. In dit boek doe ik daarom in de latere hoofdstukken alleen voorstellen voor gedragseconomische experimenten en niet voor grote hervormingen ineens.

YOU GET WHAT YOU PAY

Financiële, goed zichtbare nudges voor patiënten, ze komen aan de orde in volgende hoofdstukken over preventie. Ze bestaan ook voor zorgprofessionals. Meestal kennen laatstgenoemden een betaling per verrichting: per consult, per ingreep of per diagnosebehandelcombinatie (DBC). Gedragseconomisch gezien leidt zo'n tarief tot meer verrichtingen, want professionals die verrichten, ontvangen een hoger inkomen. Hun systeem 1 van Kahneman verleidt hen om meer te doen, ook als hun rationele systeem 2 zegt dat niets doen en goed luisteren naar de patiënt beter is. De reeds genoemde Williamson geeft overheden als taak markten te ontwerpen met lage transactiekosten en gericht op het maximaliseren van een publiek doel en het stimuleren van systeem 2 bij aanbieders en vragers. Op Amerikaanse gezondheidscongressen pikte ik populaire versies op van deze theorie van Williamson. Daar hoorde ik vaak de uitdrukking '*You get what you pay*'. Breed gedragen is thans het inzicht dat de Verenigde Staten de betaling

per verrichting moeten vervangen door *bundled payments*, dat wil zeggen een bedrag per ingeschreven patiënt bij een *affordable care organization* (ACO). Er bestaat empirisch bewijs dat betaling per DBC in Nederland heeft geleid tot een groter volume aan DBC's en niet tot lagere tarieven.[29] Hoofdstuk 16 gaat hier nader op in. Of de genoemde ten dele ingevoerde bundled payments voor ziekenhuizen[30] in de Verenigde Staten inderdaad de kostengroei afremmen, is niet met zekerheid te zeggen. In een overzichtsstudie van eind 2013 geven Blumenthal en collega's aan dat de kostengroei van de Amerikaanse gezondheidszorg afneemt. Dit kan liggen aan de introductie van de ACO's en de bundled payments, maar ook aan de financiële crisis.[31]

BELEIDSVOLLE EN BELEIDSARME BETAALTITELS

Dit boek onderscheidt beleidsvolle en beleidsarme betaaltitels naar analogie van beleidsvol en beleidsarm bezuinigen.[32] Die betaaltitel is de juridische grondslag op basis waarvan een betaling plaatsvindt. Bij betaling per verrichting geldt bijvoorbeeld een precies omschreven verrichting als betaaltitel. Bij de beleidsvolle betaaltitels heeft de wetgever, gemeente of zorgverzekeraar nagedacht over het gedragseffect dat hij met de gekozen prikkel wil bereiken bij de verzekerden en de gecontracteerde professionals en hun organisaties. Bij beleidsarme betaaltitels is niet nagedacht over het gedragseffect dat wordt beoogd. De betaaltitel is dan gekozen op grond van historische overwegingen (het was in de oude regelingen ook al zo) of vanuit ideologische overwegingen (betaling per verrichting lijkt bijvoorbeeld meer op vrijemarktwerking dan betaling per periode). Het cappuccinomodel is een poging om de gezondheidszorg te voorzien van beleidsvolle financiële betaaltitels die stimuleren tot het nastreven van triple-aimdoelstellingen. Beide vormen een onderdeel van de gedragseconomie. Hieronder komt eerst de *'triple aim'* en daarna het cappuccinomodel aan bod.

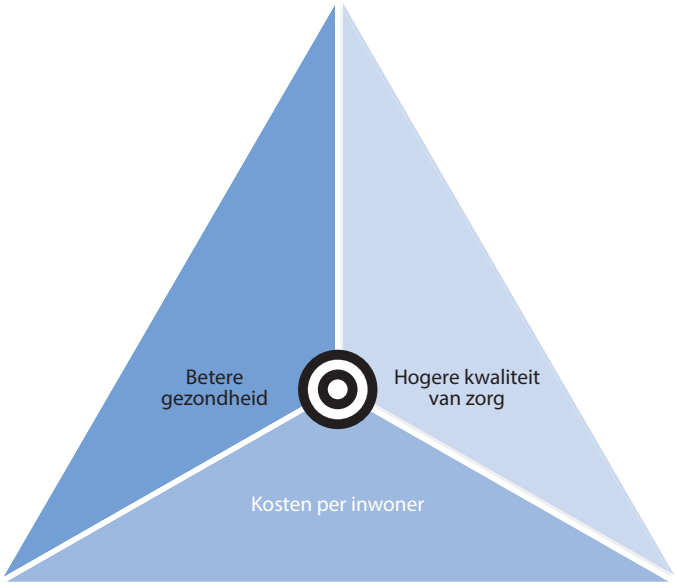
1.3 TRIPLE AIM GELDT VOOR ALLE PARTIJEN IN DE ZORG

Berwick en collega's gebruikten als eersten de term triple aim, en wel in een spraakmakend artikel in 2008.[33] De eerste auteur was toen nog bestuursvoorzitter van het Institute for Healthcare Improvement (IHI, zie www.ihi.org), een wereldberoemde instelling voor zorginnovatie. Met het artikel sloten Berwick c.s. aan op tien jaar eerder verschenen rapporten van het Institute of Medicine, het rapport *To Err is Human*[34] uit 1999 en het rapport *Crossing the Quality Chasm*[35] uit 2001. Dat laatste rapport bepleitte veilige, effectieve, patiëntgerichte, tijdige, doelmatige en voor iedereen toegankelijke zorg. Wat Berwick en collega's in 2008 deden, was het terugbrengen van deze zes doelstellingen tot één drievoudige doelstelling: triple aim. Deze staat voor:

1 het verbeteren van de gezondheid van de bevolking;
2 het verhogen van de kwaliteit van zorg; en
3 het verlagen van de premie van de zorgverzekeraar.

Zij zien – en ik met hen – deze drie als hoofddoelstellingen van het gezondheidszorgbeleid op alle niveaus: macro, meso en micro, en voor alle partijen: patiënt, zorgprofessional, zorginstelling en zorgverzekeraar.

Afbeelding 1.2 beschrijft triple aim in een schema. Centraal in de driehoek, in de middencirkel, staan de partijen zorgaanbieder, financier en patiënt die gezamenlijk verbetering van de drie velden van de driehoek nastreven:



Afbeelding 1.2. Het triple-aimmodel

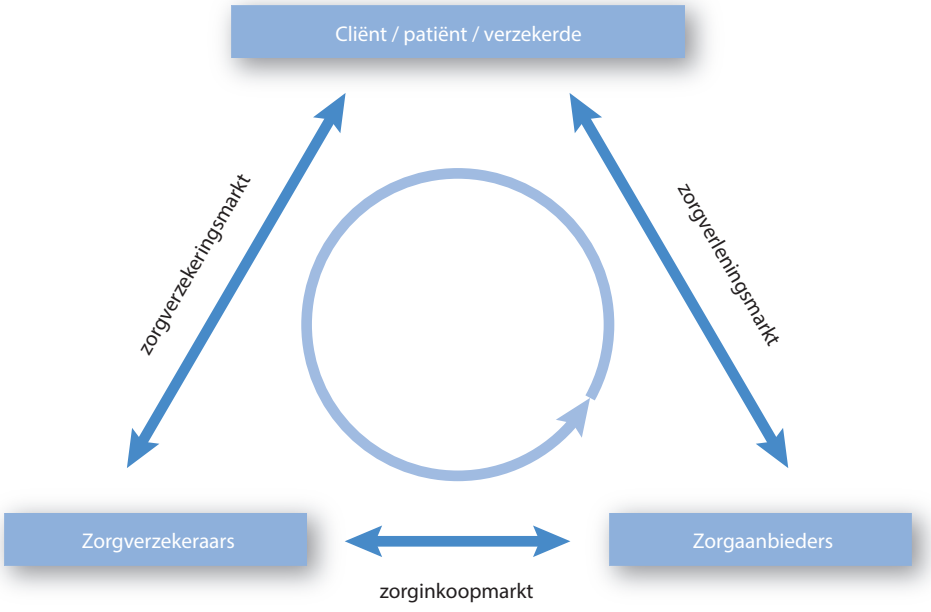
1 een betere gezondheid;
2 een hogere kwaliteit van zorg; en
3 lagere kosten per hoofd van de bevolking.

De posities van de drie actoren zijn hier verschillend, net als bij marktwerking. Maar er is wel eenheid van beleid en cocreatie bij de drie partijen.

Daarmee onderscheidt deze driehoek zich van de driehoek van marktwerking waarin de drie partijen zorgaanbieders, patiënten en financiers zich op de punten van de driehoek bevinden (zie afbeelding 1.3) en zich nadrukkelijk profileren op hun eigen posities. Bij triple aim bestaat er eenheid van beleid ofwel een collectieve ambitie voor de korte en lange termijn bij de drie partijen. Zij ambiëren alle drie dezelfde doelen. Dit beleid betreft niet alleen de curatieve zorg, maar omvat ook preventieve interventies. Cocreatie heeft twee voordelen boven het eenzijdig door één partij ontwerpen van nieuwe zorgvormen. Het eerste betreft de grotere diversiteit aan mogelijke ontwerpen door de grotere pluriformiteit van de voorbereidingsgroep. Het tweede voordeel is de grotere kans op acceptatie en uitvoering door de achterbannen van de leden van de ontwerpgroep. De Deense onderzoeker Bason schreef in 2010 een handboek over deze voordelen en het maximaliseren daarvan.[36] Hij introduceerde de term *design management*.

SAVE LIVES AND COSTS

Berwick en zijn collega-auteurs noemden in 2008 verschillende condities die voor een zorgorganisatie gelden die de drie genoemde doelen tegelijkertijd wil nastreven:
1 werkend voor een welomschreven groep van patiënten of burgers;
2 werkend voor individuele patiënten maar ook voor het totaal van de groep;
3 de aanwezigheid van leiding ofwel een integrator die de drie doelen tegelijk nastreeft.



Afbeelding 1.3. Het model van de marktwerking

In hoofdstuk 17 komt deze integrator terug onder de naam van ketenregiseur.

Zowel het IoM in 2001 als Berwick in 2008 koppelden kwaliteitsbeleid en kostenbeleid nauw aan elkaar. President Obama vertaalde dit later in de slagzin *Save lives and costs*, waarbij hij zich baseerde op een breed literatuuroverzicht in een Amerikaans tijdschrift.[37]

De opvolger van Berwick bij het IHI heet Maureen Bisognano. Zij schreef samen met Charles Kenney de bestseller *Pursuing the Triple Aim* die in 2012 uitkwam.[38] De twee auteurs beschrijven in zeven hoofdstukken innovaties die zowel de zorg verbeteren, de gezondheid bevorderen als de kosten verlagen. De zeven innovaties volgen hierna. Tussen haakjes staan de zorgorganisaties of personen die het initiatief ertoe namen.

1 het aanbieden van chronische zorg op basis van het chronic-caremodel van Wagner (Health Partners);
2 een multidisciplinaire rugpijnpoli waar patiënten onmiddellijk terechtkunnen (Virginia Mason);
3 bevordering van gezond gedrag binnen de eerstelijns zorg (Care Oregon en daarmee geaffilieerde klinieken);
4 populatiegebonden bekostiging (Blue Cross/Blue Shield in Massachusetts);
5 het aanbieden van preventieve interventies aan patiënten met een jaarlijks hoog zorggebruik (Bellin Health);
6 het hanteren van transmurale zorgpaden en persoonsgerichte zorg bij heup- en knieoperaties (Anthony Digiola);
7 het integreren van zorginnovaties en het implementeren van deze zorginnovaties elders (Kaiser Permanente).

1.	Doelmatigheidswinst wordt ingezet voor preventie en betere zorg
2.	Eenheid van beleid is belangrijker dan eenheid van bestuur
3.	Ontwikkelen vanuit kleine demonstratieprojecten
4.	Zorgverzekeraar is in the lead op basis van cocreatie
5.	Eerst langetermijndoelen en de weg daar naartoe bepalen (pre-planning)
6.	Daarna doorrekenen en uitwerken
7.	Tegelijkertijd innoveren en implementeren
8.	Motivatie van professionals is startpunt
9.	Coalities op basis van ideeën en niet alleen op basis van belangen
10.	Openboekrelaties ofwel transparantie over en weer tussen zorgaanbieder en financier

Afbeelding 1.4. Kenmerken van de triple-aimaanpak

Elk hoofdstuk is op dezelfde wijze opgebouwd. Eerst volgt een beschrijving van de totstandkoming van de innovatie en van de werking. Daarna volgen resultaten voor a. betere gezondheid, b. betere zorg, en c. lagere kosten. Elk hoofdstuk sluit af met een analyse van factoren die bijdroegen aan het succes van de innovatie en van te overwinnen weerstanden.

Opvallend is dat hoge zorgkosten inspireerden tot de zorginnovaties. In Nederland is dat, in mijn ervaring, meestal kwaliteitsverbetering die inspireert tot innovatie van de zorg voor bijvoorbeeld mensen met chronische aandoeningen. Uiteindelijk lukte het de initiatiefnemers in de zeven bovengenoemde projecten om zorg te bieden die goedkoper, van betere kwaliteit en effectiever is. In deze voorbeelden spelen zorgverzekeraars een grote rol. Zij spelen die soms als initiatiefnemer, zoals bij populatiegebonden bekostiging, en dan weer als trouwe partner van de innovatieve zorgorganisaties. In het slothoofdstuk met de titel '*No Excuses*' gaan de auteurs in op het belang van goed leiderschap en een goede cultuur van zorgorganisaties.

Wat ontbreekt in het boek van Bisognano en Kenney is een systematische analyse van de zeven prachtig beschreven projecten. Op basis van mijn eigen analyse volgen hierna (zonder verdere toelichting) tien gemeenschappelijke condities voor het succes van de zeven projecten (zie afbeelding 1.4).

Een internationale onderzoeksgroep onder leiding van de Engelsman Lewis ontwikkelde een variant op de triple-aimaanpak. Die is gericht op preventie van *triple fail events* die de gezondheid schaden, de kwaliteit van zorg verlagen en de premies verhogen.[39] Zij stellen instellingsbreed kwaliteitsbeleid voor. In hoofdstuk 16 komt dat aan de orde.

Het al genoemde Institute for Health Care Improvement, het internationale Commonwealth Fund[40] en het toonaangevende tijdschrift *Health Affairs* ondersteunen de triple-aimfilosofie. Toch is er ook milde kritiek van onder meer de ervaren onderzoekers Burns & Pauly[41]: de triple aim lijkt volgens deze auteurs veel op de Health Maintenance Organisations (HMO's) uit de jaren negentig van de vorige eeuw die uiteindelijk geen succes bleken. Het integreren van zorg tussen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en de eerste lijn bleek in de jaren negentig veel moeilijker dan verwacht. De kritiek van

Burns en Pauly snijdt hout: triple aim staat voor een langetermijnfilosofie. De meeste projecten in het boek *Persuing Triple Aim* komen tot wasdom in een periode van vijf tot acht jaar. Andere onderzoekers, Zung[42] en Song[43], wijzen erop dat uitkomstfinanciering ofwel *pay-for-performance* (P4P) op basis van gezondheidsindicatoren bij triple-aim-projecten niet leidt tot een algemene kostenverlaging. Ook dat klopt volgens een overzichtsstudie van Eijkenaar en collega's.[44] Hoofdstuk 16 in dit boek gaat hier nader op in: vele wetenschappelijke studies wijzen erop dat uitkomstfinanciering geen gezondheid bevordert en evenmin kosten verlaagt. In het hierna te bespreken cappuccinomodel komt uitkomstfinanciering daarom niet voor.

In Canada[45] kreeg de triple aim navolging evenals in Duitsland[46]. In het Verenigd Koninkrijk vindt onder de kop *'More with the same and not more of the same'* een vergelijkbare discussie plaats.[47] Crump and Adil[48] geven leiding aan het NHS Institute for Innovation and Improvement te Warwick. In 2009 voorspelden zij 30 procent onderfinanciering van de National Health Service (NHS) in 2017 als de zorgvraag met 5,5 procent zou toenemen en de economische groei 0 procent zou blijven. Zij zien als enige oplossing een beleid waarbij:

1 kostenbesparende en kwaliteitsverhogende innovaties versneld worden geïmplementeerd;
2 zorginnovatie voortaan gericht is op kostenbesparing en niet op kwaliteitsverhoging;
3 geschikte financiële prikkels gelden die deze implementatie bevorderen; en
4 steun hiervoor bestaat van professionals en patiënten.

Zij noemen niet de naam triple aim, maar sluiten daar wel op aan. De OESO publiceerde in 2011 een overzichtsstudie onder de titel *Getting more value for money*.[49] Op basis van een ronde onder experts en enkele scenario's schat zij in dat in OESO-landen de gemiddelde levensduur bij geboorte met twee jaar kan stijgen indien de gezondheidszorg effectiever wordt ingericht. Tevens verwacht zij dat OESO-landen dan gemiddeld 2 procent van het bruto nationaal product kunnen besparen. Ook dit OESO-rapport spreekt zich uit voor met triple aim vergelijkbare doelstellingen.

Ook in Nederland loopt de discussie om gelijktijdig gezondheid te verbeteren, kwaliteit te verhogen en kosten te besparen. Zo pleit Nieuwenhuizen Kruseman[50], in 2013 KNMG-voorzitter, voor een gezondheidszorg met een verantwoorde verhouding van kwaliteit en omvang van de zorguitgaven. Hij pleit voor nadruk op gezondheid en gedrag: 'Daartoe is het noodzakelijk dat zorgverleners meer op basis van uitkomsten in plaats van handelingen en verrichtingen worden beloond, zodat ongewenste volumeprikkels en prikkels om niet-geïndiceerde zorg uit te voeren worden geminimaliseerd. Ook moet een gecombineerde integrale bekostiging van de curatieve zorg van de eerste en de tweede lijn en de publieke zorg worden bewerkstelligd. Hierdoor kan een samenhangende zorgorganisatie worden gerealiseerd en kunnen patiënten op de juiste plaats de juiste behandeling krijgen.' Tot zover de KNMG-voorzitter. Steun voor de triple-aimaanpak komt ook van Klink, oud-minister en tegenwoordig bestuurder van zorgverzekeraar VGZ. Hij wijst op vermijdbare en overbodige zorg die zowel kwaliteit verlaagt als kosten verhoogt.[51]

DE TRIPLE-AIMAANPAK ZOALS IN DIT BOEK BEPLEIT

In dit boek staat een specifieke uitwerking van de triple-aimaanpak centraal. Die komt nu aan de orde. De eerste doelstelling, een betere gezondheid, leunt op de definitie van gezondheid van Huber: het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.[52] In dit boek staan gezondheidseffecten van zorgverlening gelijk aan het begrip uitkomstkwaliteit van Donabedian, ook al omvat dit laatste begrip meer dan alleen gezondheidsuitkomsten (zie afbeelding 1.5). Bij de tweede doelstelling, verhoging van de kwaliteit van zorg, gaat het om de proceskwaliteit en structuurkwaliteit zoals door Donabedian gedefinieerd (zie eveneens afbeelding 1.5). Een gebrekkige structuurkwaliteit veroorzaakt vaak problemen in de proceskwaliteit. Een geringe proceskwaliteit geeft een groter risico op een lage uitkomstkwaliteit.

De derde triple-aimdoelstelling betreft in dit boek niet het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking, maar het gelijkblijven hiervan over de periode 2014 tot en met 2020. Dit houdt in dat de kosten kunnen stijgen door de groei van de bevolking. Verder gaat het om kosten zonder invloed van inflatie ofwel om kosten tegen constante prijzen. In de triple-aimaanpak staan niet de kosten per product, maar die per verzekerde centraal. De drie partijen streven er niet naar om de kosten per ingreep, verpleegdag of geneesmiddel zo laag mogelijk te houden, maar de totale zorgkosten per periode. Een voorbeeld: Remicade is een duur geneesmiddel op biologische basis (niet een *pharmaceutical* maar een *biological*) dat de ziekte van Crohn krachtig bestrijdt. De patiënt met de ziekte van Crohn moet om de paar weken een infuus krijgen met Remicade. Bij standaardgebruik kost dit middel in 2014 tussen de 14.600 en 19.400 euro per jaar.[53] Het voorkomt ziekenhuis- en op den duur verpleeghuisopnamen in hoge mate. Binnen het triple-aimmodel gaat de discussie over de vraag of de kosten per periode bij Remicadebehandeling lager zijn dan bij de oude behandeling inclusief opnamen in ziekenhuis en verpleeghuis. Bij triple aim gaat het niet om de kosten van het dure geneesmiddel Remicade, maar om de kosten per jaar per patiënt met de ziekte van Crohn.

Bij kosten per periode per verzekerde komt bij verzekeraars het begrip financiële klantwaarde aan de orde: het verschil tussen opbrengsten en kosten per verzekerde en per periode. Deze klantwaarde is positief als de opbrengsten hoger zijn dan de kosten en negatief als dat andersom geldt. In jargon heet het verschil tussen de opbrengsten en de kosten de *contribution margin*.[54] Uit deze marge betaalt de zorgverzekeraar zijn eigen medewerkers en ingekochte diensten. Een positieve klantwaarde betekent dus nog niet dat een zorgverzekeraar winst maakt. De kosten die een zorgverzekeraar maakt omdat hij declaraties en facturen betaalt, heten tariefkosten. Die verschillen van die van zorgaanbieders, die hun kosten registreren in termen van bijvoorbeeld betaalde salarissen van verpleegkundigen, huisvestingskosten en afschrijvingen op apparatuur.

Stel dat zorgaanbieders erin slagen om de financiële klantwaarde van de verzekeraar gunstig te beïnvloeden door een goed en goedkoop aanbod te realiseren, dan is het mogelijk de bespaarde kosten te verdelen over zorgverzekeraar en zorgaanbieder. In vakjargon: er is sprake van *shared savings*. Dit is thans mogelijk in de Amerikaanse affordable care organizations. Die worden betaald op basis van een abonnementstarief per ingeschreven patiënt. Besteden zij minder dan begroot, dan mogen zij van de besparing 50 procent behouden. Ook het Duitse experiment in Kinzigstal, dat in hoofdstuk 9 aan bod komt, werkt met deze shared savings.

Het begrip financiële klantwaarde komt niet voor in de *health technology assessment*.

Uitkomstkwaliteit
Het effect van zorgverlening op patiënten en bevolkingsgroepen zoals veranderingen in gezondheid, gedrag, kennis, ervaringen en kwaliteit van leven. Het relateren van uitkomsten aan zorgverlening is lastig, omdat vaak andere factoren zoals huisvesting, inkomen en opleidingsniveau van patiënten eveneens op gezondheid van invloed zijn. In plaats van uitkomstkwaliteit komt ook de term productkwaliteit voor.
Proceskwaliteit
Een zorgproces bestaat uit een aantal activiteiten die na elkaar of naast elkaar plaatsvinden. Voorbeelden zijn screening, diagnose, behandeling, nazorg, gezondheidseducatie. Een belangrijk kwaliteitsaspect vormt de continuïteit van zorg, zowel in persoon (zo min mogelijk verschillende professionals), in informatie (hergebruik van reeds verzamelde informatie) en in logistieke zin (geen onnodige wachttijden tussen elkaar opvolgende activiteiten). Proceskwaliteit slaat zowel op activiteiten van professionals als van patiënten. Bij therapietrouw van zorgprofessionals gaat het om de trouw aan standaarden en richtlijnen. Bij therapietrouw van patiënten gaat het om bijvoorbeeld innemen van medicijnen, zoals overeengekomen door arts en patiënt.
Structuurkwaliteit
De kwaliteit van de gebouwen en de apparatuur; het opleidingsniveau en de ervaring van de professionals; de kenmerken van de zorgorganisatie; de methode van bekostiging van de zorgverlening; de informatievoorziening. De aanwezigheid van structuurkenmerken is meestal eenvoudig te meten.

Afbeelding 1.5. Indeling van het begrip 'kwaliteit van zorg' volgens Donabedian

Gebaseerd op: A. Donabedian (1997), The quality of care. How it can be assessed? *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 121(11), 1145-1150.

Die werkt met maatschappelijke kosten en opbrengsten per gewonnen levensjaar.

Maatschappelijke kosten bestaan uit directe zorgkosten plus extra kosten ten gevolge van een aandoening voor bijvoorbeeld uitkeringen op grond van de Ziektewet en regelingen bij werkloosheid en arbeidsongeschiktheid. De opbrengsten per gewonnen levensjaar stelt Pomp op 50.000 euro per jaar in zijn briljante boek *De gouden eieren van de gezondheidszorg*.[55] In mijn boek staat het begrip financiële klantwaarde centraal. Het tracht het financiële streven van zorgverzekeraars, dat wil zeggen het vergroten van de *contribution margin*, over te brengen naar zorgprofessionals en instellingen. Binnen het nog te bespreken cappuccinomodel werken zij met betalingen per periode. Tijdens het schrijven van dit boek werd het cappuccinomodel geboren uit ontmoetingen met een medewerker van Zorgverzekeraars Nederland. Het komt in de volgende paragraaf aan de orde.

1.4 HET CAPPUCCINOMODEL

In 2014 ontvangen huisartsen hun betaling op basis van de volgende grondslagen:

1 een abonnementstarief ofwel inschrijftarief in 2014 van 59,32 euro;
2 een laag tarief van 9,01 euro per consult; en
3 een tarief voor samenwerking binnen de eerstelijn.

Daarnaast rekenen huisartsen tarieven voor enkele welomschreven ingrepen. Een overeenkomstig model is in de maak voor wijkverpleegkundigen voor wie vanaf 2015 de betaling overgaat van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Abstracter gezegd, de betaling van huisartsen en wijkverpleegkundigen gebeurt op basis van drie grondslagen. Een betaling op basis van:

1 omvang en andere kenmerken van de te bereiken patiëntenpopulatie (abonnementstarief);
2 volume (tarief per consult en voor sommige ingrepen); en
3 zorginnovatie (geïntegreerde samenwerking in de eerste lijn).

Dit drie-grondslagenmodel heet in dit boek het cappuccinomodel. Deze vorm van *framing* (zie Kahneman) via een metafoor roept bij de lezer hopelijk positieve associaties op. Al schrijvende kwam het cappuccinomodel in alle zorgsectoren die hier beschreven zijn naar voren als mogelijke vervanging van de bestaande betaling per verrichting. Dit gebeurt onder verschillende termen. Bij de Amerikaanse affordable care organizations komt het synoniem *bundled payment* naar voren. Bij geboortezorg (hoofdstuk 5) gaat het om keten-DBC's voor verloskundigen, kraamzorg en gynaecologen. De eerste lijn loopt warm voor populatiegebonden bekostiging met een breed abonnementstarief voor alle professionals (hoofdstuk 7). De chronische zorg (hoofdstuk 8) werkt met de term integrale bekostiging, een vast bedrag per persoon met chronische aandoeningen per jaar. Bij spoedzorg valt de term regiobudget: een vast bedrag per jaar per inwoner waaruit de zorgverzekeraar de spoedeisende-hulpafdelingen van ziekenhuizen, huisartsenposten en ambulancediensten in die regio betaalt. Voor jeugdzorg en ouderenzorg zijn modellen in de maak om wijkteams te betalen op basis van het aantal jeugdigen respectievelijk ouderen die in de wijk wonen. Voor oncologische zorg, veelal geboden door samenwerkende zorgaanbieders, staat in hoofdstuk 10 het cappuccinomodel uitgewerkt. Dat is ook het geval voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in de hoofdstukken 11 en 12. De indicatoren van de patiëntenpopulatie op basis waarvan bekostiging plaatsvindt, verschillen per besproken doelgroep. Deze zijn voor geboortezorg andere dan bij ouderenzorg. De Nieuw-Zeelandse onderzoekers Penno en collega's identificeerden in 2013 zeven landen met populatiegebonden bekostiging: alle zich baserend op verschillende indicatoren.[56] In 1974 voerde Engeland als eerste een dergelijke bekostiging in voor de zorgregio's. Er brandde een enorme strijd los in de jaren daarna over de te gebruiken indicatoren. Mijn eigen dissertatie van 1980 doet daar verslag van.[57]

ABONNEMENTSTARIEF: NIET EN WEL BEHANDELEN WORDEN EVEN GOED BETAALD

Populatiegebonden bekostiging op basis van kenmerken van de te bedienen patiëntenpopulatie draagt bij aan het bereiken van de triple-aimdoelstellingen. Ten eerste omdat de motor om meer te produceren, dat wil zeggen de betaling per verrichting, is verdwenen. Binnen een abonnementstarief worden niet-ingrijpen, luisteren en kijken even goed betaald als wel ingrijpen. Ten tweede bevordert de populatiegebonden bekostiging de continuïteit in persoon. Want wie een abonnementstarief heeft, wisselt niet zo snel van zorgverlener als bij een betaling per verrichting. Ten derde kunnen zorgaanbieders binnen die bekostiging dure bestaande zorg makkelijker vervangen door even goede nieuwe vormen van zorg. Een voorbeeld hiervan komt naar voren in hoofdstuk

9: de vervanging van sommige huisbezoeken door verpleegkundigen aan patiënten door *screen to screen*-contact via een iPad. Ten vierde hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders vergelijkbare financiële prikkels: beide gaan proberen de eerder besproken klantwaarde en *contribution margin* gunstig te beïnvloeden. Dit maakt de cocreatie en het onderhandelen tussen beide partijen gemakkelijker.

MAAR BUDGETFINANCIERING MAG NIET LEIDEN TOT WACHTLIJSTEN

Indien zorgprofessionals voor 100 procent van hun inkomen afhankelijk zijn van een abonnementstarief, hebben zij te maken met budgetfinanciering. Zij ontvangen hierbij een vast bedrag per jaar ongeacht het zorggebruik. Toen huisartsen bijvoorbeeld het in 2009 bijzonder druk kregen ten gevolge van de Mexicaanse griep, leverde het abonnementstarief geen extra inkomsten op. Kenmerken van de doelpopulatie vormen een van de grondslagen voor budgetfinanciering. Een andere grondslag vormt historiciteit. Hierbij vormt de omvang van de budgetfinanciering een jaar eerder de grondslag. Van 1992-2006 kenden Nederlandse ziekenhuizen en medisch specialisten budgetfinanciering met zo'n grondslag (zie uitvoerig hoofdstuk 16). Jaarlijks mochten hun begrotingen groeien met een vooraf vastgesteld percentage. Het in 2011 gesloten bestuurlijke hoofdlijnenakkoord[58] tussen ziekenhuizen, overheid en zorgverzekeraars herintroduceert dit mechanisme: Over de periode 2012-2015 mogen ziekenhuiskosten maximaal 2,5 procent per jaar toenemen. Budgetfinanciering kan dus plaatsvinden op basis van populatiekenmerken en op basis van historiciteit. Een bezwaar tegen beide vormen van budgetfinanciering is dat er wachttijden kunnen ontstaan (zie uitvoerig hoofdstuk 15). Immers, indien budgetten te krap zijn, kiezen professionals voor de patiënt die al aanwezig is in hun werksetting en niet voor die op de wachtlijst. Dit gebeurde in de jaren negentig van de vorige eeuw bij ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties. Ze droegen bij aan de val van het tweede paarse kabinet-Kok in 2002 en vormden een van de puinhopen zoals Pim Fortuyn dat in zijn boek omschreef.[59]

Vanwege deze ervaringen met budgetfinanciering bevat het cappuccinomodel naast de populatiegebonden bekostiging een tweede grondslag: een laag verrichtingentarief. Dankzij zo'n tarief (toen 8 euro per consult) bleven protesten van huisartsen uit tijdens de Mexicaanse griep in 2011. Finse orthopeden van de wereldberoemde Coxa-kliniek[60] te Tempere waren ook voldaan over zo'n tweede tarief. Op basis van populatiekenmerken en historiciteit ontving hun kliniek een vast jaarbudget. Tevens ontvingen zij een laag tarief per operatie, waarmee hun inkomen bij grotere drukte dan verwacht iets omhoog ging (zie ook hoofdstuk 15).

EEN INNOVATIETARIEF ALS SCHUIM OP DE CAPPUCCINO

De derde grondslag in het cappuccinomodel vormt het innovatietarief. Zorgprofessionals ontvangen dit tarief indien zij een innovatieagenda voor zichzelf hebben opgesteld. Al naar gelang hun werksetting en kenmerken van hun doelpopulaties selecteren zij innovaties die ze in de komende jaren willen implementeren. Tot nu toe kent Nederland alleen grondslagen voor specifiek omschreven innovaties, bijvoorbeeld voor huisartsenposten en zorggroepen voor mensen met chronische aandoeningen. Het innovatietarief vormt onderdeel van het cappuccinomodel op grond van de volgende overwegingen. Ten eerste inspireert een duidelijk zichtbaar tarief volgens de gedragseconomie zorginnovatie. Ten tweede toonde Christensen in zijn wereldberoemde bestseller *The Innovator's Prescription*[61] aan dat verspreiding van een innovatie pas slaagt indien deze gepaard

gaat met een innovatief verdienmodel ofwel een businesscase. Volgens hem (en mij) gaan zorginnovaties hand in hand met financiële innovaties. Hoofdstuk 16 bevat een beschrijving van zijn boek. Ten derde hadden ziekenhuizen gunstige ervaringen met het financieren van innovaties uit hun lokale productiegebonden toeslag van 3 procent die gold tot en met het jaar 2012 toen zij te maken hadden met budgetfinanciering. Dit bleek uit de resultaten van een kwalitatief onderzoek van mijzelf dat uitkwam in 2009.[62] Deze gunstige ervaringen telden mee bij het opnemen van een innovatietarief als derde laag in het cappuccinomodel, als schuim op de cappuccino.

De drie grondslagen van het cappuccinomodel komen in de hoofdstukken 5 tot en met 16 terug. Ter bepaling van de gedachten: uitgangspunt is dat 80 à 85 procent van het inkomen van een zorgprofessional of zorginstelling bestaat uit inkomsten uit het abonnementstarief of een vergelijkbare grondslag, 10 procent uit een volumetarief en 5 à 10 procent uit het innovatietarief. Die percentages geven het relatieve belang aan. Zij kunnen per sector verschillen en vormen onderwerp van jaarlijkse beleidsdebatten binnen en buiten het parlement. Het cappuccinomodel vormt een financiële innovatie die geleidelijk, sector voor sector en na experimenten, invoering kan krijgen. Hoe die invoering werkt, staat beschreven in de volgende paragraaf over zorg- en financiële innovaties.

1.5 ZORG- EN FINANCIËLE INNOVATIES BEGINNEN KLEIN…

In 1991 definieerden ondergetekende en Van Londen zorginnovatie als een door bestaande organisaties bewust gekozen verandering in het aanbod van zorg met als doel de kwaliteit en/of de doelmatigheid van de zorgverlening te verbeteren. Met de Engelse onderzoekers Mcdonell en Darsi[63] zeg ik thans dat de nadruk in de komende jaren moet liggen op het verbeteren van doelmatigheid, in casu op arbeidsbesparende zorginnovaties, en op het tegengaan van verspillingen. Hierbij valt te denken aan de aanpak van Lean Six Sigma, zorgpaden, zelfmanagement en *telemedicine*. Bij gelijkblijvende financiële middelen scheppen dergelijke innovaties ruimte om een groeiende zorgvraag zonder kwaliteitsverlies tegemoet te treden. Triple-aimbedenker Berwick en diens collega Hackbarth berekenden op basis van een voorzichtige schatting dat de kosten van de Amerikaanse gezondheidszorg in 2011 met 21 procent zouden verminderen bij het tegengaan van verspillingen.[64] De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) schatte in 2010, op basis van een uitstekend gedocumenteerd rapport, het percentage verspillingen in de zorg op 20 tot 40 procent voor de bij haar aangesloten landen.[65] Afbeelding 1.6 toont fases in de ontwikkeling van een zorginnovatie. Deze indeling in fases is nieuw en gebaseerd op mijn eigen veertigjarige ervaring met innoveren. Ik merk op dat de negen fases elkaar niet altijd opvolgen, soms gelijktijdig verlopen en in het ontwikkelingsproces steeds opnieuw aan de orde komen. In hoofdstuk 17, dat gaat over de invoering van alle zorg- en financiële innovaties van de voorafgaande hoofdstukken, komen deze fases en hun afbreukrisico's terug.

Innovaties zijn te onderscheiden in product-, proces- en structuurinnovaties. Deze driedeling volgt de indeling van Donabedian zoals beschreven in afbeelding 1.5. De eerstgenoemde innovaties betreffen preventieve interventies in het verleden (hoofdstuk 2) en in de toekomst (hoofdstukken 3 en 4). In de hoofdstukken 5 tot en met 15 komen per patiëntendoelgroep ook productinnovaties aan de orde. Ze kunnen liggen op het terrein van screening, diagnostiek, behandeling, medicatie en nazorg. De procesinnovaties gaan in alle hoofdstukken over taakherschikking van professionals naar patiënten, van artsen naar andere professionals, van de tweede lijn naar de eerste lijn

en van mens naar machine of computer. Ook komen in vrijwel alle hoofdstukken telemedicine en digitale informatie-uitwisseling tussen patiënten en professionals als voorname procesinnovaties naar voren. De structuurinnovaties betreffen het ontwerpen van nieuwe organisatorische verbanden tussen professionals, van nieuwe geïntegreerde digitale informatiesystemen en van nieuwe betaalsystemen voor patiënten. Het cappuccinomodel met zijn drie verschillende financiële betaaltitels komt vanaf hoofdstuk 5 naar voren als structuurinnovatie. In dit boek gebruik ik de termen structuur- en systeeminnovatie door elkaar.

… EN VERSPREIDEN ZICH DAARNA VIA DE CURVE VAN ROGERS

Theoretisch kenmerk van wat voor zorginnovatie dan ook is dat deze klein begint en zich daarna geleidelijk verspreidt volgens de verspreidingscurve van Rogers[66] (afbeelding 1.7). In deze afbeelding verspreidt innovatie 1 zich sneller dan innovatie 3. De curve heeft een S-vorm. In het begin zijn er weinig zorgaanbieders en zorgverzekeraars die de innovatie overnemen: zij zijn vroege overnemers ofwel *early adopters*. Daarna is er een grote groep, zeg maar het peloton, die de kat uit de boom heeft gekeken maar na een bepaalde fase – bij het bereiken van het *tipping point*[67] – en masse de innovatie overneemt. Ten slotte blijft er een kleine groep laatkomers (*late adopters*) over die de innovatie alsnog invoert. Zeventien jaar is de gemiddelde duur die een productinnovatie nodig heeft om te komen tot 100 procent verspreiding in de Amerikaanse gezondheidszorg, zo leert een overzichtsstudie uit 2000.[68]

In de praktijk van Nederland, zo zal in de komende hoofdstukken blijken, bestaan vele innovaties die niet tot verspreiding komen. Om dit verschijnsel te duiden valt in hoofdstuk 8 de term pilotitis. De Nederlandse gezondheidszorg lijdt aan pilotitis, te veel pilotprojecten. In het afsluitende hoofdstuk 17 komt daarom aan de orde hoe geslaagde innovaties te identificeren en sneller te verspreiden zijn. Behalve het innovatietarief spelen verandermanagement, cocreatie en andere factoren hierbij een belangrijke rol.

1.	Bewustwording dat er een probleem bestaat
2.	Literatuur- en documentenstudie naar reeds elders ontwikkelde innovaties
3.	Ontwerpen van de innovatie
4.	Het ontwerpen van de eerste businesscase
5.	Simuleren van de innovatie
6.	Uitvoeren van een pilotproject bij enkele patiënten
7.	Uitvoeren van een pilot bij enkele werksettings
8.	Evalueren van de pilot op de drie doelstellingen van triple aim
9.	Verduurzaming van de geslaagde innovatie

Afbeelding 1.6. Negen fases om te komen tot een geslaagde zorginnovatie

1.6 LEESWIJZER EN VERANTWOORDING

In de hoofdstukken 2 tot en met 15 komen preventie en vele sectoren van de gezondheidszorg aan de orde. Dit gebeurt vanuit de perspectieven van de gedragseconomie, de triple-aimaanpak, het cappuccinomodel en zorginnovatie. Achterwege blijven in dit boek aparte hoofdstukken over aspecten van de zorgverlening, bijvoorbeeld over leidinggeven, implementatie, ICT en zorgverzekeraars. Deze ontbreken omdat daarover al vele goede boeken bestaan.[69 70 71 72 73] Wanneer voor het eerst een begrip, model of theorie van een collega-onderzoeker aan bod komt, ga ik in dat hoofdstuk daarop dieper in. Uitgangspunt is steeds dat de lezer kennis heeft van het functioneren en de structuur van de gezondheidszorg. Wie dat niet heeft, raad ik aan eerst de boeken van Mackenbach en Stronks[74] en van Mackenbach[75] te lezen.

Dit boek kwam tot stand op basis van de colleges die ik tegenwoordig geef aan deelnemers van masterclasses en voordrachten op congressen. De afgelopen vijf jaren verzamelde ik literatuur door elke week of maand de inhoudsopgaven van (inter)nationale vakbladen na te lezen op voor dit boek interessante artikelen. Via de referenties in die artikelen vroeg ik weer andere publicaties op. Als hoogleraar ontvang ik vele dissertaties van Nederlandse promovendi op mijn vakgebied public health. Ook die screende ik op interessante bevindingen. Elk hoofdstuk begint met een introductie van wat aan de orde komt. Het eindigt steeds met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

1.7 DE BELANGRIJKSTE PUNTEN IN DIT HOOFDSTUK OP EEN RIJ

Paragraaf 1.1 introduceert de probleemstelling van dit boek. De belangrijkste punten zijn:

1 Nederlanders kunnen trots zijn op hun gezondheidszorg. Vanwege vier ontwikkelingen is er wel reden voor bezorgdheid.
2 Ten eerste neemt de zorgvraag toe. Ten tweede groeit bij ongewijzigd beleid het nationaal inkomen in de komende jaren in beperktere mate dan de kosten van de zorg. De derde ontwikkeling betreft het stijgende kennisniveau van de Nederlandse bevolking. Ten vierde vindt digitalisering van de zorg plaats.
3 Dit boek beantwoordt de vraag of het mogelijk is de volksgezondheid in de komende jaren te verbeteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen, terwijl de kosten van de gezondheidszorg gelijkblijven.

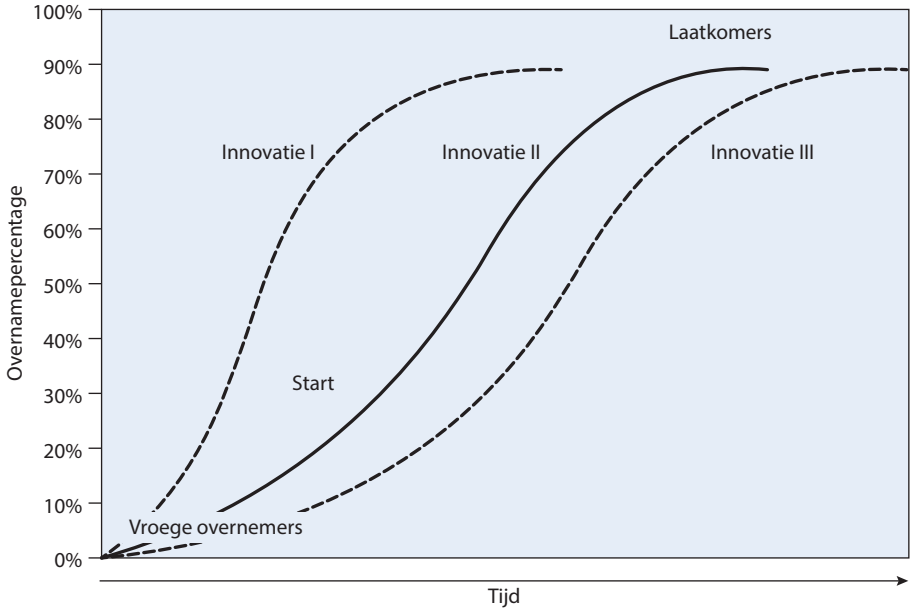
In paragraaf 1.2 over gedragseconomie komen als belangrijkste bevindingen naar voren:

4 Gedragseconomie, ofwel *behavioural economics*, bestudeert de effecten van kennis en van sociale en emotionele factoren op economische beslissingen van mensen en de gevolgen daarvan op het gebruik van middelen, de kosten en de opbrengsten. Het vakgebied integreert theorieën van de marktwerking (in vakjargon: de klassieke prijstheorie) met die van de psychologie.
5 In de gezondheidszorg komt het spanningsveld tussen naastenliefde tonen en eigenbelang nastreven naar voren. Menig zorgprofessional en leidinggevende ervaart beide drijfveren.
6 Gedragseconomie onderscheidt twee systemen waarmee de hersenen gedachten vormen. Systeem 1 denkt snel, in stereotypen en emoties. Dit systeem werkt onbewust. Systeem 2 is langzaam, calculeert logisch en werkt bewust. De homo economicus van Adam Smith denkt volgens systeem 2. Mensen denken in het dagelijks leven met beide systemen.

7 Systeem 1 schiet tekort bij het inschatten van risico's: mensen zijn van nature te optimistisch.
8 Het gedragseconomische begrip framing geeft aan dat de context waarbinnen een keuze wordt voorgelegd van belang is.
9 Marktwerking functioneert gebrekkig bij vragers en aanbieders indien kosten hoog zijn om a. informatie te verzamelen over de markt, en b. de koop en verkoop tot stand te brengen. Deze transactiekostentheorie verklaart waarom vele verzekerden bij hun zorgverzekeraar blijven hangen en vele patiënten bij hun professional.
10 Gebonden rationaliteit betekent dat bij besluitvorming van individuen en instellingen de rationaliteit beperkt is door a. het gebrek aan informatie over de markt, b. hun intelligentie om die informatie te begrijpen, en c. de beperkte hoeveelheid tijd die zij hebben om hun besluit te nemen. Williamson pleit ervoor dat de overheid slimme markten ontwerpt die wenselijke rationaliteit stimuleren van consumenten en producenten.
11 Volgens de transactiekostentheorie gaan zorgverzekeraars een voorkeur ontwikkelen voor enkele bestaande ziekenhuizen waarmee ze meerjarige contracten sluiten.
12 Libertair paternalisme respecteert de keuzevrijheid van patiënten. Het paternalistische zit hierin dat aanbieders de keuze beïnvloeden in het langetermijnbelang van de consument zelf. Aanbieders gebruiken hiervoor nudges, ofwel voor consumenten goed waar te nemen prikkels die tot rationaliteit stimuleren.
13 Goede zorgverleners zijn libertair paternalisten. Immers, zij respecteren enerzijds de vrije keuze van patiënten en anderzijds geven zij leefstijladviezen die op de lange termijn de gezondheid bevorderen.

Paragraaf 1.3 over de triple-aimaanpak levert de volgende bevindingen op:
14 De triple-aimaanpak past binnen de gedragseconomie. Binnen die aanpak streven alle partijen in de gezondheidszorg naar a. het verbeteren van gezondheid van de bevolking, b. het verhogen van de kwaliteit van de zorg, en c. het verlagen van de premie van de zorgverzekeraar. Zij doen dat door cocreatie en het maken van langetermijnafspraken.
15 De derde triple-aimdoelstelling is in dit boek niet het verlagen van de kosten per hoofd van de bevolking tegen constante prijzen, maar het gelijkblijven hiervan over de periode 2014 tot en met 2020.
16 Bij kosten per periode per verzekerde komt bij verzekeraars het begrip financiële klantwaarde aan de orde: het verschil tussen opbrengsten en kosten per verzekerde.

In paragraaf 1.4 komt het cappuccinomodel aan de orde. De belangrijke punten:
17 Het cappuccinomodel bevat tarieven op basis van a. omvang en andere kenmerken van de te bereiken patiëntenpopulatie (abonnementstarief), b. volume van activiteiten, en c. zorginnovatie. Bekostiging op basis van de te bereiken patiëntenpopulatie draagt bij aan het bereiken van de drie triple-aimdoelstellingen.
18 Een bezwaar tegen budgetfinanciering is dat er wachttijden kunnen ontstaan (zie uitvoerig hoofdstuk 15). Immers, indien budgetten te krap zijn, kiezen professionals voor de patiënt die al aanwezig is in hun werksetting en niet voor die op de wachtlijst. Vanwege deze ervaring met budgetfinanciering bevat het cappuccinomodel een tweede grondslag naast de populatiegebonden bekostiging: een laag verrichtingentarief.



Afbeelding 1.7. De theoretische verspreiding van innovaties

Bron: E.M. Rogers (2007), *Diffusion of innovations*, 5th edition, New York: Free Press (1th edition 1962).

19 De derde grondslag in het cappuccinomodel vormt het innovatietarief. Zorgprofessionals ontvangen dit tarief indien zij een innovatieagenda voor zichzelf hebben opgesteld. Al naar gelang hun werksetting en kenmerken van hun doelpopulaties selecteren zij innovaties die zij in de komende jaren willen implementeren.

20 De drie grondslagen van het cappuccinomodel komen terug in de hoofdstukken 5 tot en met 16. Ter bepaling van de gedachten: uitgangspunt is dat 80 à 85 procent van het inkomen van een zorgprofessional of zorginstelling bestaat uit inkomsten uit het abonnementstarief of een vergelijkbare grondslag, 10 procent uit een volumetarief en 5 à 10 procent uit het innovatietarief.

Het belangrijkste punt van paragraaf 1.5 over zorginnovaties betreft:

21 Zorg- en financiële innovaties beginnen klein en verspreiden zich daarna via de curve van Rogers (afbeelding 1.7). In het afsluitende hoofdstuk 17 komt aan de orde hoe geslaagde innovaties sneller te verspreiden zijn. Behalve het innovatietarief spelen verandermanagement, cocreatie en andere factoren hierbij een rol.

Paragraaf 1.6 bevat een leeswijzer en een verantwoording:

22 In de hoofdstukken 2 tot en met 15 komen preventie en vele sectoren van de gezondheidszorg aan de orde vanuit de perspectieven van de gedragseconomie, de tripleaimaanpak, het cappuccinomodel en zorginnovatie.

23 Dit boek kwam tot stand op basis van de colleges die ik tegenwoordig geef aan deelnemers van masterclasses, voordrachten op congressen en recente publicaties in (inter)nationale tijdschriften.

2

IN EEN GEZONDE OMGEVING WONEN GEZONDE MENSEN

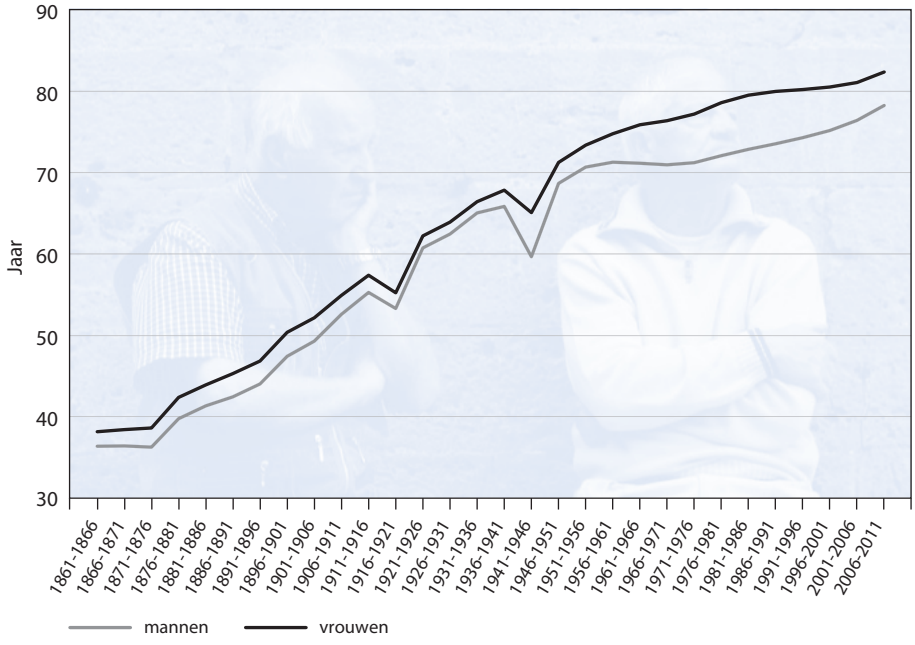
Paragrafen 2.1 en 2.2 introduceren vijf succesverhalen over preventie in het verleden en trekken daar enkele lessen uit. Daarna komen nieuwe vormen van preventie aan bod: het terugdringen van overgewicht (paragraaf 2.3) en van chronische aandoeningen (paragraaf 2.4). Preventieve interventies gericht op het terugdringen van roken en overgewicht komen in paragraaf 2.5 aan bod. Interventies gericht op het bestrijden van onverantwoord alcoholgebruik passeren in paragraaf 2.6 de revue. Aan het eind (paragraaf 2.7) staat een opsomming van de belangrijkste punten uit dit hoofdstuk alsmede twee reflecties op het gehele hoofdstuk.

2.1 HET EERSTE SUCCESVERHAAL: NEDERLAND WORDT HYGIËNISCH

In 1848 en 1849 waarde een vreselijke cholera-epidemie door Nederland. Evenals bij de laatste pestepidemie in 1720 kreeg de bevolking te maken met een ziekte die niet met quarantainemaatregelen was in te perken. Cholera was een ziekte die zich vanuit arme buurten makkelijk verspreidde over de gehele samenleving. De ziekte was schokkend en riep veel emoties op: door snelle uitdroging verschrompelde het lichaam van de patiënt in korte tijd tot een schim van wat het voorheen was. Gesprongen haarvaten deden de huid zwart en blauw kleuren. Uiterst negatieve woorden en uitdrukkingen in de Nederlandse taal herinneren aan deze rampzalige jaren: klerelijder, klerezooi en krijg de klere.

Medisch geografen – veel later kregen zij de naam epidemiologen – maakten in de jaren na 1848 atlassen en zochten uit waar de sterfte aan cholera het hoogste was.[1] Dat bleek in gebieden met verontreinigd water. Binnen de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG, in 1849 opgericht) – honderd jaar later zou deze organisatie zich koninklijk (KNMG) mogen noemen – vormde zich een netwerk van artsen-hygiënisten die zich specialiseerden in openbare gezondheidsleer. Zij constateerden dat de incidentie van cholera vooral samenhing met de verontreiniging van bodem en grondwater met organisch afval. Zij pleitten voor rioleringen en waterleidingen en voor hygiënisch gedrag zoals water koken voor gebruik en handen wassen voor het eten.

De bekende staatsman Thorbecke voelde in de jaren zestig en zeventig van de negentiende eeuw niets voor deze preventie. Hij bleef voorstander van de nachtwakersstaat: alleen als het in de openbare ruimte misgaat, moet de overheid ingrijpen. Hij wilde de overheid alleen een rol laten spelen tijdens epidemieën en niet bij het voorkómen daarvan. Artsen van de toen pas opgerichte Inspectie voor de Gezondheidszorg, jawel voor-



Afbeelding 2.1. Levensverwachting bij geboorte voor mannen en vrouwen: 1866-2011
Bron: CBS, Den Haag/Heerlen, 30 april 2014.

gangers van de tegenwoordige inspecteurs, reageerden teleurgesteld. In 1874 stelde de Noord-Hollandse geneeskundig inspecteur Jan Penn voor om een vereniging op te richten ter bestrijding van besmettelijke ziekten. De vereniging moest via voorlichting de kennis en mentaliteit van de burgers verbeteren. Iets wat anno 2014 patiëntenverenigingen doen. Penn wilde de eigen kracht van burgers bevorderen bij het tegengaan van besmettelijke ziekten; in moderne woorden: het zelfmanagement bevorderen. Hij had als voorbeeld de vele goede particuliere initiatieven voor ogen van Florence Nightingale (1820-1910) en anderen tijdens de Krimoorlog (1853-1856).

In 1875 was de eerste kruisvereniging, het Witte Kruis, een feit. Burgers konden lid worden tegen een geringe contributie per jaar; zij betaalden niet per activiteit maar een abonnementstarief avant la lettre. Zij kregen voor die contributie, eigenlijk een soort verzekeringspremie, de mogelijkheid om verpleegmaterialen en isolatievoorzieningen te lenen, woningen te ontsmetten, kleding en beddengoed te desinfecteren, zich te laten vaccineren tegen pokken en voorlichting om door gezond gedrag uitbraken van besmettelijke ziektes te voorkomen. In 1896 gingen de eerste wijkverpleegkundigen aan de slag. Zij waren zowel preventief als curatief bezig en werkten in latere jaren nauw samen met huisartsen. Achtereenvolgende besturen van het Witte Kruis bleven riolering, waterleiding, gezonde woningen en badhuizen bepleiten en boekten successen zoals de totstandkoming van consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. Zij vormden een onderdeel van het bovengenoemde netwerk van artsen-hygiënisten. Op universiteiten kwamen leerstoelen voor sociale geneeskunde en algemene gezondheidsleer tot stand. In Utrecht was dat in 1854. Ik ben er trots op dat ik sinds dat jaar aldaar de vijftiende hoogleraar ben geweest op dit terrein. In Amsterdam kwam de eer-

ste professionele reinigingsdienst tot stand op aandringen van de arts Sarphati (1813-1866).[2] Een park en een brede straat in Amsterdam dragen nog steeds zijn naam. Lokale en nationale overheden reageerden aarzelend op de preventieve acties van het Witte Kruis. Met af en toe een uitzondering. Zo steunde de commissaris der Koningin van Noord-Holland vanaf 1878 het Witte Kruis.

De activiteiten van het Witte Kruis en de artsen-hygiënisten in het algemeen hadden veel succes. Zo steeg de levensverwachting in Nederland vanaf 1850 aanzienlijk (afbeelding 2.1). Het duurde tot het begin van de twintigste eeuw tot het aanleggen van riolen en waterleiding en het runnen van een reinigingsdienst gewone gemeentetaken werden. Toen ik in de periode 1974-1984 optrad als PvdA-raadslid van de gemeente Utrecht kregen de laatste paar huizen in de stad aansluiting op het riool. In 1976 baarde de Engelse hoogleraar sociale geneeskunde McKeown opzien met zijn berekeningen dat niet de geneeskunde maar de betere hygiëne en andere levensomstandigheden hebben geleid tot de daling van de sterfte in de negentiende en twintigste eeuw.[3]

WAT HET VERLEDEN ONS LEERT

Uit de bovenstaande geschiedenis zijn enkele lessen te trekken:

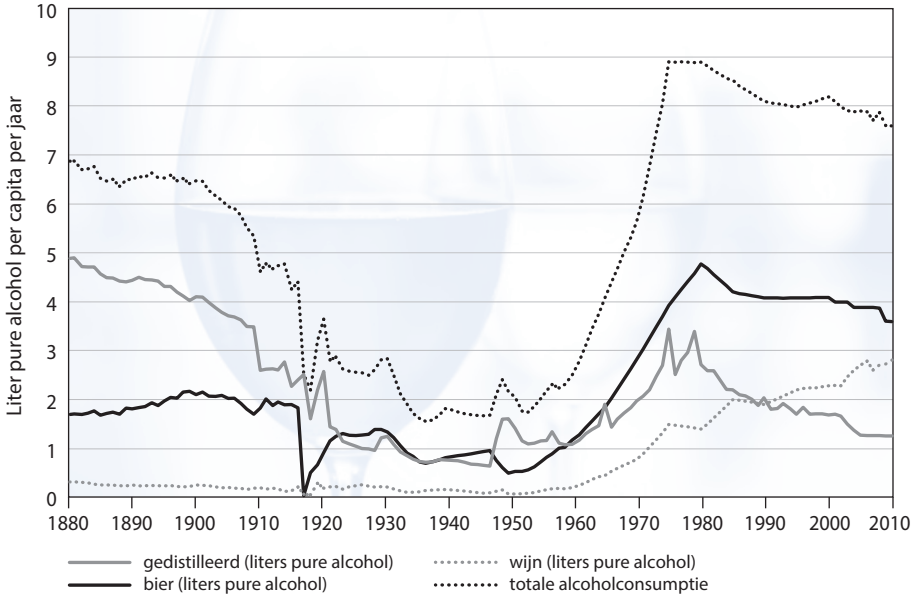
1 De preventieve interventies van het Witte Kruis en haar medestanders hadden succes. Er trad een enorme stijging van de levensverwachting op en epidemieën zoals van 1848/9 bleven uit.
2 De preventieve interventies betroffen zowel de omgeving (riolen en waterleiding) als gedragsbeïnvloeding (bijvoorbeeld water koken voor gebruik). Kennelijk werkt gedragsbeïnvloeding tezamen met omgevingsaanpassing uitstekend. De laatste vormt een positieve nudge (zie paragraaf 1.2 over gedragseconomie) voor de eerste.
3 De preventieve interventies kwamen voort uit acties van de medische professie. Die ging zover dat zij zelf het Witte Kruis oprichtte en een reinigingsdienst bepleitte.
4 De overheid nam niet de leiding bij deze preventieve interventie maar stimuleerde deze in een latere fase door middel van wetgeving.
5 Epidemiologische gegevens stelden het probleem maatschappelijk aan de orde.
6 Een ramp (de cholera-epidemie) creëerde een gevoel van urgentie: er moest wat gebeuren om een nieuwe uitbraak te voorkomen.
7 Het duurde twee generaties (1860 tot circa 1910) voordat deze preventie gemeengoed was.

Deze lessen zijn te gebruiken om preventieve interventies te ontwerpen tegen overgewicht en het groeiend aantal chronische aandoeningen in de toekomst. Voordat dit verderop en in het volgende hoofdstuk gebeurt, passeren eerst andere preventieve interventies de revue met de vraagstelling: leveren zij dezelfde lessen op? Deze betreffen het terugdringen van:

1 het alcoholgebruik sinds circa 1890;
2 de kindersterfte sinds circa 1900;
3 het aantal verkeersdoden sinds circa 1960; en
4 het tabaksgebruik sinds circa 1970.

2.2 NOG VIER SUCCESVERHALEN OVER PREVENTIE

Aan het einde van de negentiende eeuw telde de Amsterdamse volkswijk Jordaan één kroeg op elke zeven huizen.[4] Sommige daarvan bestaan nog steeds. Vaak ont-



Afbeelding 2.2. Alcoholconsumptie in Nederland: bier, wijn en gedistilleerd, 1880-2011
Bron: opgave in 2013 ten behoeve van dit boek door Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid.

vingen arbeiders hun loon in dergelijke kroegen en verzopen dan meteen hun centen. Maatschappelijke ontwrichting was het gevolg. Een brede volksbeweging van artsen, dominees, lokale politici en onderwijzers kwam aan het einde van de negentiende eeuw op gang om aan deze misstanden een halt toe te roepen. Hun acties richtten zich op de omgeving en het gedrag. Gemeenten drongen het aantal kroegen en slijterijen in de omgeving terug. De overheid ging accijns heffen op alcohol. Die werd daardoor duurder, hetgeen leidde tot verlaging van de alcoholconsumptie. Dit was een vorm van libertair paternalisme zoals beschreven in paragraaf 1.2. Door vergunningen ging de overheid eisen stellen aan caféhouders en hun café. Het gedrag van drinkers kreeg aandacht van artsen die consultatiebureaus tegen alcohol oprichtten en verslavingsklinieken. En ook van zangers met moralistische smartlappen als *Ach vaderlief, toe drink niet meer*. Verenigingen tegen alcoholmisbruik gingen het drinken van bier (met weinig alcohol) propageren ter vervanging van sterke drank zoals jenever. Zij stelden nieuwe leefregels voor: bijvoorbeeld pas alcohol drinken als de vijf in het uur is. Ook hier speelden de nudges van de gedragseconomie een grote rol. De acties voor het terugdringen van de alcohol hadden veel succes. Van 1895 tot circa 1960 daalde het gebruik ervan per hoofd van de bevolking (zie afbeelding 2.2).

Vanaf dat laatste jaar leidden de toegenomen welvaart en de toenemende afkeer van moralistische normen tot een jaarlijkse groei van het alcoholgebruik. 80 procent van de bevolking van twaalf jaar en ouder heeft momenteel wel eens alcohol gebruikt in de vorm van bier, wijn of sterke drank.[5] Wie op jonge leeftijd begint met drinken, blijft dat meestal de rest van zijn leven doen, zo blijkt uit een Australische cohortstudie.[6] Opvallend is dat in arme wijken significant minder alcoholisten voorkomen dan in rijkere wijken. Dit hangt samen met het feit dat moslims geen alcohol gebruiken.[7]

Per hoofd van de bevolking dronken Nederlanders in 2011 8 liter alcohol (zie afbeelding 2.2); dat is bij benadering 80 liter bier, 20 liter wijn en 4 liter sterke drank (gedistilleerde drank). In de periode 1970-1980 werd meer gedronken, maar in de periode na 1980 minder. Dat gebruik is sinds de jaren zeventig groter dan in het jaar 1895 toen de geheelonthoudersbeweging startte. Paragraaf 2.6 en de hoofdstukken 3, 4 en 13 gaan nader in op moderne gedragseconomische en ouderwetse methoden om het alcoholgebruik terug te dringen.

TERUGDRINGEN KINDERSTERFTE

In 1918 signaleerde de directeur van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) een grote zuigelingensterfte in Limburg en Brabant ten gevolge van de armoede ontstaan door de Eerste Wereldoorlog.[8] Het inmiddels opgerichte Groene Kruis was in Den Haag in 1901 het eerste consultatiebureau (CB) gestart, Amsterdam volgde in 1903. De CBS-gegevens versterkten de verspreiding van deze bureaus in de nabije omgeving van gezinnen, in buurten en wijken dus. Het katholieke Wit-Gele Kruis ging vooral aan de slag in Noord-Brabant en Limburg.

Aanvankelijk ontmoetten CB-artsen en wijkverpleegkundigen weerstand bij de bevolking.[9] Die wilden geen bemoeienis met de aloude opvoedmethoden. Moeders bleven vertrouwen stellen in niet-opgeleide bakers en hun praatjes. Voor vaccinatie van hun kind, voor borstvoeding en het uitkoken van zuigflessen moesten wijkverpleegkundigen huis aan huis elk gezin apart overtuigen. In de jaren twintig en dertig van de twintigste eeuw groeide het aantal CB-bureaus enorm ondanks de economische crisis die in 1929 uitbrak.

De Tweede Kamer en regering gingen via subsidieregelingen het vaccineren van zuigelingen en peuters stimuleren. Zij stimuleerden preventie van infectieziekten met wetgeving. De overheid stelde in 1865 bij wet een meldplicht in en regelde met de epidemiewet van 1872 de bestrijding van tyfus en pokken. Zij verbreedde die door de invoering van de Besmettelijke-Ziektewet in 1928. De kruisverenigingen beleefden het toppunt van roem en macht in de naoorlogse jaren, mede dankzij hun verzet met steun van kardinaal De Jong tegen de bezetter tijdens de Tweede Wereldoorlog. Een rijksvaccinatieprogramma kwam in de jaren vijftig van de vorige eeuw tot stand.

Thans behoren Nederlandse kinderen tot de gezondste en langste ter wereld.[10] Het percentage tienerzwangerschappen is laag. In 2013 bedroeg de gemiddelde deelname aan alle vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma 92 tot 99 procent. Uitzondering hierop vormt de deelname van 58 procent aan de HPV-vaccinatie tegen baarmoederhalskanker.[11]

Honderd procent van de kinderen heeft in het eerste levensjaar contact met de jeugdgezondheidszorg. In het vijfde levensjaar is dat percentage gedaald tot 80,6. De perinatale sterfte (na 24 weken zwangerschap en voor de eerste verjaardag) daalt nog steeds: van 9,2 in 2001 naar 5,5 per 1.000 levendgeborenen in 2011. Hoofdstuk 5 over geboortezorg gaat hierop nader in. In hoofdstuk 6 komen de goede gezondheid van de jeugd en het desondanks grote zorggebruik aan de orde.

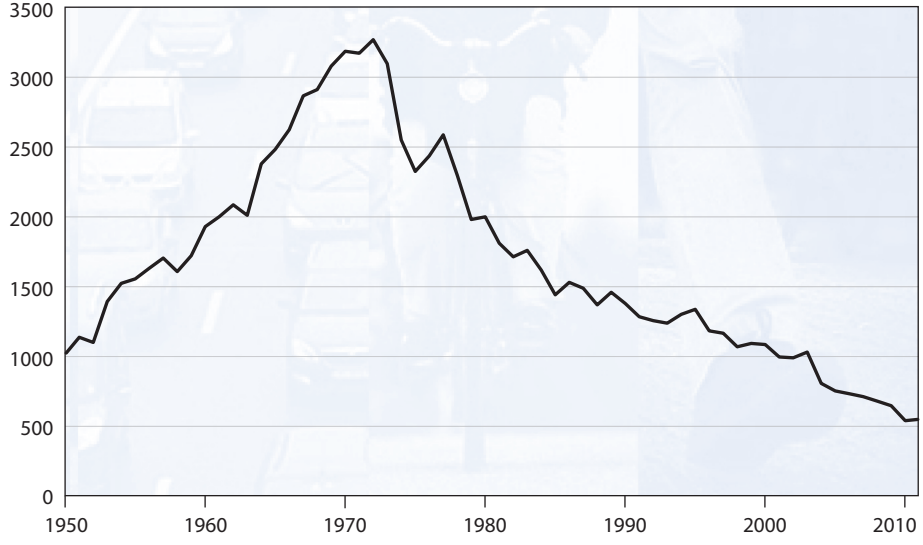
HET AANTAL VERKEERSDODEN DAALT NOG STEEDS

In de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw haalden vele Nederlanders hun rijbewijs.[12] Zij veroorzaakten talrijke ongevallen, vaak met dodelijke afloop. In 1963 eiste de treinramp in Harmelen vele slachtoffers. De ramp leidde tot een algehele heroriëntatie

bij regering en parlement op het verkeer als veroorzaker van handicaps en sterfte. Veldkamp, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, bracht in 1966 zijn beroemde Nota Volksgezondheid[13] uit met vele bijlagen over het stijgend aantal verkeersdoden. De ramp en de nota leidden tot preventieve interventies. Ook nu weer betroffen die én het gedrag én de omgeving. Overheid, ANWB, gemeenten en andere verkeersinstanties werkten nauw samen om het gedrag van verkeersdeelnemers te veranderen. *Wees een heer in het verkeer* was de leus van een van de eerste veiligheidscampagnes. Later volgden acties om het alcoholgebruik achter het stuur terug te dringen: *Glaasje op, laat je rijden.* Het parlement verhoogde de eisen voor het behalen van een rijbewijs.

Ook de omgeving onderging preventieve interventies. De snelwegen werden veiliger, onder meer door het plaatsen van vangrails. De maximumsnelheid op snelwegen ging op vele plekken naar honderd kilometer en in woonwijken naar dertig. Gemeenten gingen daar rotondes en verkeersdrempels aanleggen. Veiligheidsgordels en airbags in auto's voorkomen eveneens verkeersletsels en verkeersdoden. De verkeerspreventie sinds de jaren zestig van de vorige eeuw is onmiskenbaar een succesverhaal. Er resteert in Nederland slechts één taboeonderwerp. Het verplicht dragen van helmen tijdens het fietsen is niet bespreekbaar, ook al blijkt uit onderzoek dat verkeersletsels hierdoor aanzienlijk kunnen verminderen.[14]

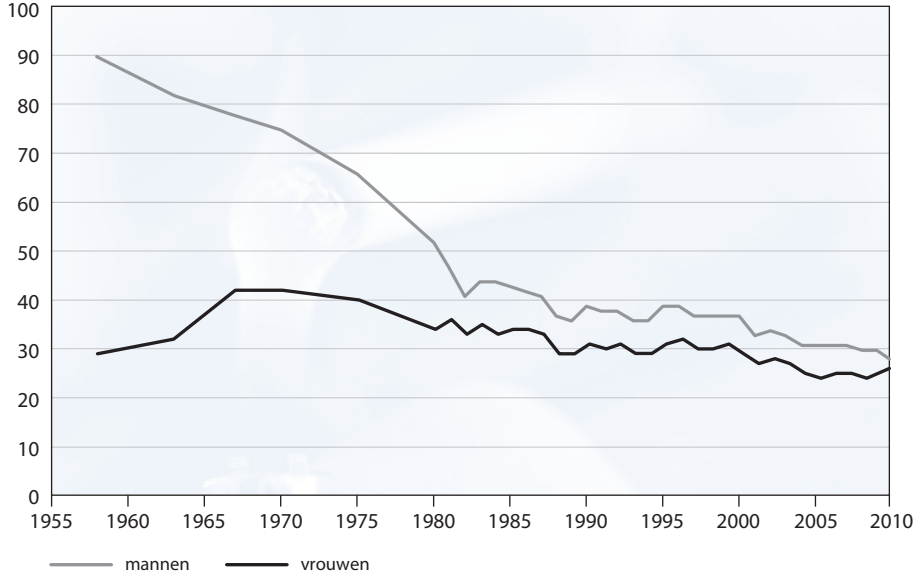
Tussen 1950 en 1970 bleef het risico op een dodelijk ongeval per afgelegde kilometer ongeveer constant. Sinds dat laatste jaar neemt dit risico per jaar met 6 procent af. De top van de jaren zestig is bedwongen, aldus de conclusie van een evaluatierapport van het Nederlands Instituut voor Verkeersveiligheid. Het baseert zich daarbij onder meer op de cijfers zoals in afbeelding 2.3. Nog steeds daalt het aantal verkeersdoden en wel van 996 in 2001 naar 650 in 2012,[15] ook al neemt het aantal gereden kilometers toe.



Afbeelding 2.3. Totaal aantal verkeersdoden 1950-2011
Bron: cijfers 1950-2005: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV), *De top bedwongen. Balans van de verkeersonveiligheid in Nederland 1950-2005*, Leidschendam 2007. Cijfers 2006-2012: Statline.cbs.nl, geraadpleegd op 30 april 2014.

HET TERUGDRINGEN VAN TABAKSGEBRUIK WAS SUCCESVOL MAAR KAN NOG BETER

Het terugdringen van tabaksgebruik kwam in de jaren vijftig van de vorige eeuw op naar aanleiding van opzienbarende wetenschappelijke publicaties over het verband van roken met longkanker.[16] Rokers bleken een levensverwachting te hebben die tien jaar korter is dan die van niet-rokers. Roken veroorzaakte 25 procent van de sterfgevallen van Amerikaanse mannen en vrouwen tussen de 35 en 69 jaar, zo bleek uit studies uit de jaren tachtig van de vorige eeuw[17] en een overzichtsstudie van Holford in 2014.[18] In een recente vergelijkende cohortstudie[19] over de periode 1963-2008 komen Japanse onderzoekers opnieuw tot de conclusie dat wie vroeg begint met roken en daarmee doorgaat, ongeveer tien levensjaren verliest. Met dergelijke alarmerende berichten namen artsenorganisaties, GGD'en, massamedia en overheid sinds de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw het voortouw om omgeving en gedrag van rokers aan te passen. CBS-medewerker Bruggink beschreef in 2013 de daling van het tabaksgebruik ten gevolge hiervan in een terugblikkende artikel.[20] De overheid verhoogde sinds de jaren zeventig de accijns op sigaretten in een poging om het tabaksgebruik terug te dringen. Verder realiseerde zij wetgeving die het roken in kantoren en openbare gebouwen terugdrong. De Nederlandse Spoorwegen maakte haar treinen rookvrij. Restaurants werden rookvrij. Daarnaast ging het tabaksgebruik omlaag door rechtstreekse gedragsbeinvloeding van de roker. Zo verschenen in latere jaren op pakjes sigaretten teksten als *Roken is dodelijk*. Reclame voor rookwaren in massamedia werd verboden. Tv-uitzendingen die opriepen om te stoppen met roken bleken ook succesvol.[21] Afbeelding 2.4 laat zien dat het terugdringen van het roken succesvol is geweest.



Afbeelding 2.4. Percentage rokers onder mannen en vrouwen 1958-2010
Bronnen: I. Gadourek, *Riskante gewoonten*, 1958). NOP- & TON-enquêtes (1963-1975). TNS NIPO, Continu Onderzoek Rookgewoonten (1979-2010).

ONDANKS DE BESTAANDE PREVENTIE TOCH VAKER KANKER

Op grond van alle beschikbare gegevens uit de Nationale Kankerregistratie concludeert een werkgroep van de KWF Kankerbestrijding en de Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC) in 2011 dat het aantal nieuwe gevallen van kanker de komende tien jaar fors zal toenemen.[22] Hoofdstuk 10 over oncologische zorg gaat nader in op deze raming en haar gevolgen. Relevant in dit preventiehoofdstuk is de conclusie van de werkgroep; hoewel voorkómen van kanker (primaire preventie) geen onderdeel van het rapport is, benadrukt de werkgroep dat de grootste winst op het terrein van kanker hiermee te behalen is. Als voorbeeld geeft de werkgroep aan dat roken ongeveer een derde van alle kankergevallen in Nederland veroorzaakt (jaarlijks 30.000 nieuwe gevallen). De Amerikaanse auteurs Schroeder[23], Jha[24] en Thun[25] en hun collega-auteurs bevestigen de conclusie van de genoemde werkgroep in recente artikelen in het *New England Journal of Medicine*. Aan dit pleidooi voor meer kankerpreventie is nog het volgende argument toe te voegen. Nederland heeft nog steeds veel rokers vergeleken met andere westerse landen. In 2011 was het percentage voor de gehele Nederlandse bevolking 20,8 en bijna hetzelfde als het gemiddelde van 20,9 procent van alle OESO-landen.[26] Het Nederlandse percentage is evenwel hoger dan dat voor Zweden (13,1 procent) en de Verenigde Staten (14,8 procent). Er bestaat kennelijk nog ruimte in Nederland om het tabaksgebruik verder terug te brengen.

WAT LEREN AL DIE SUCCESVERHALEN OVER PREVENTIE?

Afbeelding 2.5 vat de hierboven vermelde succesverhalen samen. Uit deze afbeelding komt de conclusie naar voren dat deze vijf succesrijke preventieve interventies zowel de omgeving als het gedrag van burgers betroffen. Accijnsverhoging vormde een financi-

Naam van de preventieve interventie	Omgeving en gedrag aangepakt?	Initiatief bij artsen?	Overheidssteun?	Epidemiologische data ter ondersteuning?	Ramp creëert urgentie?	Periode tot brede acceptatie?
1 Bevorderen hygiëne	ja	ja	aarzelend	ja	Ja	circa 1850 - 1910
2 Terugdringen alcoholgebruik	ja	nee, brede volksbeweging	nee	ja	nee	circa 1890 - 1960
3 Vaccinatie van jonge kinderen	ja	ja	alleen voor vaccinaties	ja	ja	circa 1920 - 1960
4 Terugdringen verkeersslachtoffers	ja	nee	ja, door wetgeving	ja	ja	circa 1960 - heden
5 Terugdringen tabaksgebruik	ja	Ja	ja	ja	nee	1960 - heden

Afbeelding 2.5. Kenmerken van enkele succesrijke preventieve interventies sinds 1850

ele prikkel van overheidswege bij het terugdringen van alcohol- en tabaksgebruik. Meestal waren artsen de eerste pleitbezorgers van de preventie, alleen niet bij het terugdringen van het alcoholgebruik en van verkeersdoden en -letsels. Epidemiologische gegevens stimuleerden preventie. Rampen vormden soms aanleiding tot meer preventie. Alleen bij het terugdringen van alcohol- en tabaksgebruik was geen sprake van een ramp die de urgentie van preventie onderstreepte. De implementatie van de vijf preventieve interventies duurde circa veertig jaar.

Tot op de dag van vandaag staat de preventie in Nederland op hoog peil. De laatste veertig jaar (1970-2010) breidde de overheid het Rijksvaccinatiepakket uit. Screening op borstkanker en andere tumoren kwam op gang. Mackenbach geeft hiervan een prachtig overzicht.[27] Uitbraken van polio (1956, 1971 en 1993), de Mexicaanse griep (2009) en de Q-koorts (2007) werden uiteindelijk afdoende bestreden. De overheid moderniseerde de wetgeving: in 1976 kwam de Wet bestrijding infectieziekten en opsporing ziekteoorzaken tot stand. Deze ging in 2008 op in de Wet publieke gezondheid. Binnen de bestaande preventie vinden zorginnovaties plaats: van zwangerschap (preconceptionele consult, meer prenatale screening) tot de laatste levensfase (valpreventie bij ouderen, periodiek gezondheidsonderzoek bij ouderen).

Al met al is er reden voor Nederlandse professionals, maatschappelijke organisaties, overheid en wetenschappers om trots te zijn op de preventie in ons land. Om Mackenbach en McKee[28] aan te halen: Nederland is een van de succesvolste Europese landen wat preventief gezondheidsbeleid betreft. Alleen Zweden, Noorwegen, IJsland en Finland scoren beter.

Toch is er ook reden voor bezorgdheid onder het motto: het dak moet je repareren als het mooi weer is. Want de prevalentie van overgewicht en chronische aandoeningen stijgt. Dit feit komt in de volgende paragraaf aan de orde.

2.3 PREVENTIE VAN OVERGEWICHT

In de afgelopen dertig jaar is het aandeel mensen met overgewicht in Nederland toegenomen, zowel bij volwassenen als bij 4-20-jarigen.[29] De toename is vooral groot bij volwassenen; het percentage volwassenen met ernstig overgewicht is zelfs meer dan verdubbeld. Van mannen van 40 jaar of ouder heeft inmiddels meer dan de helft overgewicht. In 2009/2011 hebben zo'n 6,5 miljoen mensen in ons land matig tot ernstig overgewicht. Dat komt neer op een aandeel van 41 procent. Dat is meer dan begin jaren tachtig toen 27 procent te zwaar was. 10 procent (ongeveer 1,5 miljoen) kampte in 2009/2011 met ernstig overgewicht.

Een belangrijke factor van overgewicht is de calorische overconsumptie. Dit verband komt uitdrukkelijk naar voren in een recente trendstudie over Cuba gedurende de periode 1980-2010.[30] Dit land maakte van 1991-1995 een grote economische crisis door ten gevolge van het uiteenvallen van de Sovjet-Unie en het handelsembargo van de Verenigde Staten. Voedsel werd er schaars in die jaren. Het lichaamsgewicht van de Cubaanse bevolking nam gemiddeld 5,5 kilo af. In 1996, vijf jaar na het begin van de crisis, vond er een abrupte trendbreuk plaats in de sterfte aan diabetes, hart- en vaatziekten en beroerte. Deze verlaging duurde tot 2002. Vanaf dat jaar kwam de sterfte weer op het niveau van voor de crisis. Taubes bevestigt deze empirische bevinding in een publicatie over de geschiedenis van het denken over de oorzaken van overgewicht.[31] In een recent overzichtsartikel pleit de Canadese onderzoeker Shelley[32] vanwege de overconsumptie voor een andere *framing* (zie paragraaf 1.2 over gedragseconomie) van

Ongezonde leefstijl	Miljoenen euro*	Aandeel (%) in totale kosten gezondheidszorg
Roken	2.835	3,8
Hoge bloeddruk	2.217	3,0
Overgewicht	1.617	2,2
Lichamelijke inactiviteit	1.314	1,8
Weinig fruit	630	0,8
Weinig vis	502	0,7
Verhoogd cholesterol	255	0,3
Gebruik van te veel of verkeerde vetten	49	0,1
Weinig groente	46	0,1

* De kosten zijn berekend voor de afzonderlijke vormen van ongezond gedrag en andere determinanten, maar de kostenbedragen en percentages kunnen niet zomaar bij elkaar worden opgeteld, omdat er tussen de verschillende factoren overlap bestaat (bijvoorbeeld overgewicht, lichamelijke activiteit en voeding). Door deze overlap zou bij een simpele optelling van deze bedragen de invloed van ongezond gedrag en andere determinanten op de zorgkosten worden overschat.

Afbeelding 2.6. Zorgkosten van een ongezonde levensstijl, hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol voor alle Nederlanders van 20 jaar en ouder in 2010
Bron: M. in 't Panhuis-Plasmans et al., *Zorgkosten van ongezond gedrag. Kosten van ziekten*. RIVM, Notities 2012-2, 2012.

het verschijnsel overgewicht. Het gaat niet om preventie van overgewicht, maar om preventie van overconsumptie. Deze reframing leidt ertoe dat preventiecampagnes niet meer het te dik zijn op zich stigmatiseren. Immers, dat kan ook ontstaan door stofwisselingsziekten en aangeboren eigenschappen. Ik ben het met Shelley eens dat het gaat om het tegengaan van overconsumptie, maar blijf vanwege het spraakgebruik de term overgewicht hanteren in dit boek. Ik ben het ook met Shelley eens dat er grote weerstanden tegen deze reframing zijn te verwachten van de voedingsindustrie.

Overgewicht vergroot de kans op diabetes, hart- en vaatziekten, galstenen en sommige vormen van kanker, zo bericht Groot in een internationaal overzichtsartikel.[33] Overgewicht veroorzaakt in Nederland meer dan twee van de vijf nieuwe gevallen (incidentie) van diabetes mellitus type 2.[34] Daarnaast is overgewicht verantwoordelijk voor ruim 10 procent van zowel de incidentie van acuut myocardinfarct (hartinfarct) als van chronisch hartfalen. Van de incidentie van beroerte komt ongeveer 5 procent door overgewicht. Het verergert bovendien andere aandoeningen zoals artritis en hypertensie. Het mortaliteitsrisico door gebrek aan beweging en de inname van te veel calorieën is na roken het hoogste, gemeten aan het aantal gemiste levensjaren dat kan worden voorkomen door gedragsverandering.

Sturm (2002) berekende voor de Verenigde Staten dat het effect van overgewicht overeenkomt met het effect van twintig jaar ouder worden. Olshansky en collega's berekenden in 2005 dat de gemiddelde levensduur van Amerikanen zou dalen ten gevolge van de toename van het overgewicht, maar dat dit dankzij de vooruitgang van medische behandelingen en medicijnen niet het geval is.[35]

OVERGEWICHT VEROORZAAKT HOGERE ZORGKOSTEN

Bristol[36] geeft in 2009 aan dat de zorgkosten voor Amerikanen met ernstig overgewicht 42 procent hoger zijn dan voor mensen met een gewoon gewicht. Ook geeft zij aan dat de kosten van de Amerikaanse gezondheidszorg 10 procent lager zouden zijn indien de prevalentie van overgewicht op het niveau van 1987 was gebleven. Onderzoeker Carls en collega's[37] geven aan dat Amerikaanse werknemers met toenemend overgewicht 9,9 procent meer zorgkosten veroorzaken dan mensen met een gelijkblijvend gewicht. Wie in gewicht vermindert, verlaagt de kosten per jaar voor de werkgever met 2,3 procent. De Amerikanen Schmidt en collega's berekenden in 2013 dat een roker 4.000 euro extra kost voor de werkgever ten gevolge van ziektekosten, arbeidsverzuim en productieverlies.[38] TNO berekende in 2012[39] dat werknemers die roken en werknemers met overgewicht in 2009 een hoger verzuim (beide 4,6 procent) hadden dan de gemiddelde werknemer (4,0 procent). Er is sprake van een dosis-responsrelatie: de verzuimfrequentie neemt toe naarmate men zwaarder is of meer rookt. Ik leid uit deze cijfers af dat ook in Nederlandse bedrijven de kosten van een rokende arbeidskracht hoger zijn dan van een niet-rokende. Nederland besteedde in 2010 een bedrag van 1.617 miljoen euro aan zorg ten gevolge van overgewicht (afbeelding 2.6). Dit is 2,2 procent van de totale kosten van de gezondheidszorg voor volwassenen van 20 jaar en ouder.

De in afbeelding 2.6 vermelde ongezonde leefstijlen veroorzaken gezamenlijk een veelvoud van de voornoemde 2,2 procent. De informatie in deze afbeelding overtuigt dat het de moeite loont om te speuren naar preventieve interventies die gezonde leefstijlen bevorderen. Want dan gaan de kosten omlaag. Aan het bevorderen van een gezond gewicht en een gezonde voeding is in 2007 ongeveer 13 miljoen euro uitgegeven, bijna 9 miljoen aan voorlichtingsactiviteiten en 4 miljoen aan preventieve dieetadvisering door diëtisten. Wat opvalt, is dat de overheid hiervoor heel weinig geld uitgeeft. De conclusies van de publicaties in de voetnoten 18 tot en met 23 leiden tot bezorgdheid over de preventie van overgewicht. Te meer omdat overgewicht (zoals hierboven aangegeven) vaak een tussenstap is naar chronische aandoeningen.

2.4 DE PARADOXALE PREVENTIE VAN CHRONISCHE AANDOENINGEN

Bijna een op de drie mensen heeft een of meer chronische aandoeningen.[40] In totaal zijn dat in Nederland in 2011 ongeveer 5,3 miljoen mensen. Hun aantal steeg over de periode 2004-2011 met 12 procent ofwel met 1,6 procent per jaar. In de toekomst gaat de jaarlijkse groei omhoog: dementie (2,5 procent), coronaire hartziekten (4,5 procent), beroerte (4,1 procent), diabetes (3,3 procent) en hartfalen (3,1 procent).[41] Het zorggebruik en de kosten daarvan stijgen per aandoening met ongeveer dezelfde percentages. Hoofdstuk 8 gaat nader in op de gevolgen van deze groei en de mogelijkheden om bij gelijkblijvende financiële middelen toch goede zorg te bieden aan mensen met chronische aandoeningen.

Wallace was tot 2010 topman bij zorgorganisatie Kaiser Permanente (KP). Hij gaf leiding aan de zorginnovatie binnen dit concern met 8,5 miljoen verzekerden en eigen zorgaanbieders. Tijdens een voordracht in 2009 op een congres van het Julius Centrum over zorg aan chronisch zieken veroorzaakte hij consternatie. Hij stelde dat op lange termijn de kosten van zorg bij chronische aandoeningen stabiel zouden worden. De kosten van kunstorganen, aldus Wallace, al dan niet opgekweekt uit stamcellen, zouden in de verre toekomst de grote kostenveroorzakers worden. Hij beargumenteerde de

stelling door te wijzen op de nog onbenutte kansen voor preventie, zelfmanagement en substitutie van zorg naar de eerste lijn. Wallace wees er wel op dat preventie van chronische aandoeningen leidt tot hogere kosten voor kunstorganen. Want door de genoemde preventie worden mensen ouder. Dan krijgen zij behoefte aan orgaanvervanging. En dan stijgen de kosten van de zorg toch, ook al zijn de chronische aandoeningen voor een deel bestreden. Wallace's redenering is een onderdeel van de *preventieparadox:* het succes van de eerdergenoemde preventieve interventies heeft geleid tot een grotere omvang van chronische ziekten. Immers, meer mensen worden oud genoeg voor een chronische aandoening. Op dezelfde wijze is te beredeneren dat het reduceren van het tabaksgebruik heeft geleid tot meer psychogeriatrie. Immers, door niet te roken worden mensen ouder en kunnen zij dementie ontwikkelen. En het terugdringen van het aantal verkeersdoden heeft wellicht ook geleid tot hogere kosten van revalidatie. Bij een verkeersongeval overlijdt een automobilist niet zo snel dankzij kreukelzone, gordels en vangrail, maar breekt alleen ledematen en scheurt organen. Maar de zorgkosten daarvan zijn wel hoger dan die van een uitvaart na onmiddellijk overlijden. De goedkoopste patiënt is immers een dode patiënt. Bij KP van Wallace lukt het om de ongezonde leefstijlen terug te dringen. De overigens nog niet bewezen theorie is dat kosten van behandeling en begeleiding daarvan zich daardoor stabiliseren. Mensen blijven daardoor langer leven. Maar sommige van hun organen zoals nieren, hart, heupen en longen gaan minder lang mee dan het totaal van het menselijk lichaam. Die komen dan in aanmerking voor vervanging door transplantatie, xenotransplantatie (orgaantransplantatie van dier op mens), door opkweking uit stamcellen en door kunstmatige organen zoals bij een nieuwe heup of bij gebitsimplantaten.

Toch pleit ik evenwel voor het terugdringen van ongezonde leefstijlen (en daarmee van chronische aandoeningen) omdat gezondheid een grondrecht is. Zo staat het in artikel 22 van de Grondwet: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de gezondheid.' Er staat niet dat de overheid dit alleen doet als daardoor de kosten van zorg dalen. Als grondrecht vormt gezondheid een doel en geen middel tot kostenbeheersing.

Het is uiteindelijk niet de vraag of preventie geld bespaart maar of deze gezondheid oplevert, aldus de conclusie van Van Oers en Hoeymans na een debat over maatschappelijke baten van *healthy ageing*.[42] Het terugdringen van ongezonde leefstijlen heeft ten eerste als doel het verlengen van de levensduur. Als iedereen gedurende lange tijd gezond zou leven, zou de levensduur verder stijgen tot 97,4 jaar voor mannen en 98,1 jaar voor vrouwen. Dan moeten zij wel even gezond leven als mannen in Alameda County, vrouwen in Dallas[43] en de inwoners van zeven ander regio's op de wereld, de blauwe zones, waar mensen al eeuwen uiterst gezond zijn.[44] Maar dit is niet het enige doel van deze preventieve interventie. Het is, ten tweede, ook van belang het aantal gezonde levensjaren per inwoner te verhogen. De gemiddelde levensverwachting met gezonde levensjaren bij geboorte bedroeg in 2011 voor mannen 63,7 jaar en voor vrouwen 63,3 jaar. Anders gezegd: de verwachting is dat mannen in 2011 gemiddeld 15,5 jaar leven met een chronische aandoening of beperking. Dit laatste aantal bedraagt voor vrouwen 19,6 jaar.[45]

Gelet op de lessen sinds 1850 en de theorieën over gedragseconomie en libertair paternalisme (zie paragraaf 1.2), is het terugdringen van tabak, overgewicht en chronische aandoeningen in de toekomst mogelijk indien:

1 de aanpak zowel de omgeving als het gedrag van de burger betreft;
2 deze interventies mede door artsen worden gesteund en uitgevoerd;

3 de overheid deze preventie ondersteunt door regelgeving en maatregelen ter gezondmaking van de omgeving;
4 epidemiologische data beschikbaar zijn om het probleem in kaart te brengen en de effecten van preventie tijdig te meten;
5 een tijdshorizon geldt van circa veertig jaar om een groot deel van de bevolking ongezonde leefstijlen af te leren.

Dat terugdringen is, aldus hoogleraar Dute in zijn oratie in 2013, een mensenrecht dat burgers zouden moeten afdwingen van de overheid.[46]

De rest van dit hoofdstuk gaat over maatregelen om de omgeving zo aan te passen dat zij roken, overgewicht en drankgebruik afremt. Het rechtstreekse beïnvloeden van gedrag komt aan de orde in hoofdstuk 3. De invloed van financiële prikkels zoals accijnzen op voeding en andere levensmiddelen die samenhangen met ongezonde leefstijlen komt aan de orde in hoofdstuk 4.

2.5 OMGEVINGSINTERVENTIES EN GEZONDHEID

Een kind tot twaalf jaar kent verschillende werelden ofwel omgevingen zoals het gezin, de buurt, de peuterspeelzaal en de basisschool. Voor adolescenten is dat anders: zij verblijven in vriendenkringen, middelbare scholen, vrijetijdscentra en in de virtuele wereld van het internet. Buurt en gezin worden minder belangrijk dan beneden de twaalf jaar. Bij volwassenen is het weer anders: zij verblijven vele uren per dag op het werk. Voor ouderen zijn buurt, televisie, kerken, verenigingen en zorgomgeving van grote betekenis. Met deze woorden schets ik dat de leefwereld van een individu per levensfase verschillende omgevingen kent. Preventieve interventies in de omgeving verschillen dan ook per levensfase en per leefwereld.

Elke omgeving kent eigen kernwaarden. Het ene gezin is het andere niet. Zelf groeide ik op in een gezin waar hoge rapportcijfers centraal stonden: muziek, sporten en zelf een huis opknappen leerde ik pas jaren later waarderen. In andere gezinnen ligt de aandacht anders. In vrijetijdscentra krijgt genieten vooral aandacht, op school het cognitieve leren, in het bedrijf de productiviteit, op het sportveld de krachtmeting met de tegenpartij en in kerken het geloof. Van belang is dat preventie aansluit op de in een omgeving heersende kernwaarden. Gezondheid is namelijk in die verschillende omgevingen een middel en geen doel. Ter toelichting geeft afbeelding 2.7 een voorbeeld dat laat zien dat een preventieve omgevingsaanpassing vooral gedijt binnen de kernwaarden van die omgeving. Wie bij jongeren het gebruik van alcohol, roken en vette voeding wil verminderen, moet gezondheid zien als een middel dat leidt tot meer zelfvertrouwen, schoonheid, stoerheid en het makkelijker leggen van contacten. Voor een verdere verdieping van het thema ‘gezondheidsbevordering als middel om andere doelen te bereiken’ verwijs ik graag naar een rede van Schnabel, de voormalige directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau.[47] Hij pleit ervoor de gezondheidsboodschap te verbinden met voor de betrokkene belangrijke en positieve aspecten van het leven. Dat vergroot de kans dat de boodschap wordt aangenomen en uiteindelijk ook in gedrag verankerd raakt. Het is het mooiste wanneer mensen gezond gedrag zo vanzelfsprekend gaan vinden dat er geen verbinding meer is met een specifiek gezondheidsdoel. Het is dan hun eigen gedrag geworden, aldus nog steeds Schnabel.

Het gezond inrichten van de omgeving gaat uit van het libertair-paternalistische principe dat de vrijheid van de burger om ongezond te leven overeind blijft, maar dat

Het concept Gezonde School op middelbare scholen bestaat uit een mix van aanpassingen van schoolomgeving: een pestvrije schoolklas, een rookvrij schoolplein, een schoolkantine met gezonde voeding, het houden van alcoholvrije schoolfeesten en het aanspreken van ouders op hun voorbeeldfunctie bij het gezond opvoeden.

Bij het werven in 2010 van middelbare scholen om dit concept uit te proberen, kreeg ik vaak nul op rekest. Gezondheidsbevordering is iets voor de GGD en voor ouders, niet voor het onderwijs, was de reactie. Wij zijn er voor hoge cijfers voor Engels, Nederlands, wiskunde en andere vakken. De leiding van een wel deelnemende school bracht een beter argument dan gezondheidsbevordering in. Die gaf het project een eigen naam: Gezond maakt slim. De leiding benadrukte bij docenten en ouders dat gezondheid een middel is om beter te presteren. De school ontwikkelde een aparte website met de naam Gezond maakt slim. En inderdaad blijkt dat schoolprestaties samenhangen met de gezondheid van de leerling.

Afbeelding 2.7. Het gezond maken van de leefomgeving binnen kernwaarden die daar heersen
Bron: V. Busch, *The Utrecht Healthy School project. Connecting adolescent behavior, academic achievement and health promoting schools*, Utrecht University, PhD thesis, 2014.

de keuze voor een gezonde leefstijl makkelijker wordt gemaakt. Of zoals een Engelse regeringsnota uit 2004 het verwoordde: *make healthy choices easier*.[48] Het voert te ver om hieronder per levensfase, per soort omgeving en per ongezonde leefstijl te beschrijven welke omgevingsaanpassingen mogelijk zijn. Graag verwijs ik hiervoor naar de websites voor een rookvrije toekomst (www.rokeninfo.nl), voor gezonde voeding (www.voedingscentrum.nl) en meer bewegen (www.hartstichting.nl/gezond_leven/beweging) en tegen alcoholverslaving en -misbruik (www.stap.nl). Ik merk op dat op de websites voor gezonde voeding en meer bewegen weinig suggesties staan vermeld gericht op omgevingsinterventies. Ze ontbreken ook in het Nationaal Programma Preventie dat de bewindslieden van VWS in 2013 bij de Tweede Kamer indienden.[49] Hieronder bespreek ik enkele van deze interventies (voor zover nog niet aan de orde geweest) voor achtereenvolgens onverantwoord alcoholgebruik (paragraaf 2.6), roken (paragraaf 2.7) en overgewicht (paragraaf 2.8).

2.6 TERUGDRINGEN VAN ALCOHOL DOOR OMGEVINGSINTERVENTIES

De Utrechtse burgemeester Wolfson feliciteerde FC Utrecht op 2 januari 2013 tijdens een nieuwjaarsrede. De club had gelijkgespeeld tegen Ajax. Geen enkel wangedrag had zich voorgedaan. Dat was het gevolg van twee acties, aldus de burgemeester. De wedstrijd begon vroeg (12.30 uur) zodat supporters maar kort tijd hadden gehad om in te drinken. Ten tweede was er geen alcohol te verkrijgen, niet in het stadion en niet in de verre omtrek daarvan. Met dit voorbeeld geef ik aan dat aanpassingen in de omgeving om alcohol tegen te gaan al sinds jaar en dag gemeengoed zijn. Er bestaat zelfs een apart woord voor dat het goed doet op het scrabblebord: alcoholontmoedigingsbeleid. Ondanks alle bestaande goede voorbeelden zoals het bovenstaande zijn er toch nog onbenutte mogelijkheden. Ze volgen hierna.

SPORT EN ALCOHOL HOREN NIET BIJ ELKAAR

Op dit moment is de alcoholindustrie op twee na de grootste sponsor van de sport, na autofabrikanten en de industrie van sportkleding en -schoenen[50]. Zij sponsort in Nederland tien clubs in het betaalde voetbal. Elke bierbrouwer sponsort wel een club. Heineken dat zich op de wereldmarkt profileert als een elitair biermerk, sponsort in Nederland vooral de hockeysport. Het concern laat het sponsoren van meer volkse sporten als voetballen en wielrennen doorgaans over aan haar B-merk Amstel bier. Veelal profileren alcoholproducenten zich als partners (dat klinkt sympathieker) van de sportclubs en niet als sponsors. Voor buitenstaanders, aldus het Instituut voor Alcoholbeleid (zie www.stap.nl), is onduidelijk waarin dat verschilt zit. Met dit instituut ben ik van mening dat de relatie tussen sport en alcohol losser moet worden. Zoals in een krant advertenties duidelijk herkenbaar zijn voor de lezer en gescheiden van redactionele stukken, zo zouden sport en alcohol ook gescheiden moeten zijn. Want de beeldvorming is nu: sporten is gezond en alcohol ook.

Veel jongeren sporten. Onderzoeker Anderson[51] en zijn collega's analyseerden dertien cohortstudies naar de relatie van alcoholreclame en alcoholgebruik door jongeren. Zij geven aan dat door die reclame de kans op starten met drinken groter wordt. De jongere die al drinkt, gaat er meer door drinken. De Australische onderzoekers O'Brien en collega's vonden dat sporters van gesponsorde sportclubs meer alcohol gebruiken dan sporters voor wie dit niet het geval is.[52] Het zal wel veertig jaar duren, maar laten we proberen alcoholreclame beetje bij beetje uit de sportwereld te bannen.

UIT JE DAK ZONDER ALCOHOL? JA DAT KAN

Uitgaans- en vrijetijdscentra zijn er om te genieten. Dat is wat zij produceren: genot en euforie. Alcohol is daartoe een middel: een genotmiddel. Soms loopt het alcoholgebruik in deze centra uit de hand. Dan vindt er bijvoorbeeld zinloos geweld plaats, doen zich vecht- en schietpartijen voor of vinden alcoholgerelateerde ongevallen plaats. Er zijn drie mogelijkheden om dit geweld tegen te gaan. Ten eerste is er het succesrijke Zweedse initiatief uit 1985 van de nachtraven[53] ofwel *Night Ravens*. Hierbij lopen ouders van jongeren in opvallende grote gele jassen rond in vrijetijdscentra (zoals suppoosten in voetbalstadions). Zij signaleren beginnende ruzies. Zij hebben buskaarten, paracetamol en condooms bij zich en lenen hun mobiel uit voor wie zonder beltegoed zit. Ook hebben zij een directe verbinding met de politie bij dreigend geweld. De nachtraven zijn in Zweden en Noorwegen populair bij jong en oud, en ontvangen grote sponsorbedragen van verzekeraars en subsidies van lokale overheden.

De tweede interventie betreft de anonieme melding van geweldmisdrijven door spoedeisende-hulpafdelingen (SEH's) van ziekenhuizen. De gemeente Amsterdam doet samen met de SEH's hiermee thans een experiment. Stel, een jongeman is in een café in elkaar geslagen door een vriend. Hij doet geen aangifte. Hij gaat wel naar de SEH om zich op te laten knappen. De SEH meldt bij de politie dat zich geweld heeft voorgedaan op een bepaald tijdstip en in een bepaald café. De politie doet geen opsporing, maar gaat wel preventief patrouilleren op genoemd tijdstip en in de genoemde straat. Amsterdam volgt hiermee een experiment dat in Cardiff plaatsvond. Dat leidde binnen vijf jaar tot een daling van het aantal opnamen van zeven naar vijf per maand per 100.000 inwoners, terwijl in vergelijkbare steden dit aantal steeg van vijf naar acht.[54]

De derde interventie betreft het bannen van alcohol tijdens recepties: Ooit nam ik deel aan een receptie van het Amerikaanse ministerie voor Volksgezondheid in Washing-

ton. Ik kon gratis frisdrank drinken en smakelijke alcoholvrije cocktails (zie bijvoorbeeld www.happydrinks.nl). Voor bier en wijn moest ik zelf betalen. Ik nam voor vier dollar een glas Heineken (mijn hotel bevond zich op loopafstand, ik hoefde niet het verkeer in) en vroeg naar het ontstaan van deze gang van zaken. Welnu, een parlementslid had bij motie gedaan gekregen dat de overheid geen geld mag besteden aan alcohol.

De hogere leiding bij de overheid (die meestal recepties bevolkt) wordt geacht het goede voorbeeld te geven. Bovendien is het riskant om alcohol te gebruiken tijdens recepties vlak voor het eten. Leidinggevenden zijn dan moe, hongerig en moeten met de auto het drukke verkeer in. Sindsdien pleit ik voor alcoholvrije recepties van overheden, bedrijfsleven en gezondheidszorg. Maar veel succes heb ik niet.

2.7 HET TERUGDRINGEN VAN HET ROKEN IN HORECA, AUTO, ONDERWIJS EN BEDRIJVEN

De rookvrije horeca, zoals bepleit door Clean Air Nederland, Stivoro en de KNMG, verdient navolging op alle fronten. Ik zou willen dat er weer een hartstochtelijke arts opstond als dokter Lenze Meinsma (1923-2008) die van 1953-1978 aan het roer stond van de KWF Kankerbestrijding. Ik hoop dat de thans activistische longartsen en auteurs Wanda de Kanter en Pauline Dekker[55] met hun website www.Nederlandstopt.nu in zijn voetstappen treden. Meinsma kreeg pas in 1971 steun van vier medisch-specialistische verenigingen. Na lang soebatten verschenen op pakjes sigaretten verplichte waarschuwingen dat roken schadelijke gevolgen heeft. Nog steeds is het werk van Meinsma niet afgerond. De horeca is nog niet helemaal rookvrij. Door de versoepeling van het rookverbod voor de kleine cafés in 2011 en de geringe handhaving, is de rookoverlast in de horeca de afgelopen twee jaar flink toegenomen, aldus de genoemde organisaties. Dat geldt ook voor grotere horecagelegenheden. Door de versoepeling én door het niet meer volledig vergoeden van ondersteuning bij stoppen-met-roken, steeg het percentage rokers in de bevolking van 15 jaar en ouder weer van 24 procent in 2011 naar bijna 26 procent in 2012.[56] Ik zie het rookvrij maken van de horeca als een tussenstap. Eerst werden openbare ruimten, treinen en vliegtuigen rookvrij en daarna de horeca. Wat nog achter de horizon ligt, is het verbieden van roken achter het stuur, in bushaltes, in scholen en op schoolpleinen. Of elektronische sigaretten wel of niet onder de tabakswetgeving vallen, is thans een onderwerp van wetenschappelijke en maatschappelijke discussie.[57 58 59 60] Public-healthonderzoekers weten niet of zij de verspreiding hiervan moeten toejuichen of niet. Want ze zijn minder slecht en vervangen gewone sigaretten. Aan de andere kant is het weer zo'n verslavend genotmiddel. Zelf vind ik – in aansluiting op auteur Fairchild[74] – dat de verkoop van e-sigaretten aan personen jonger dan 18 jaar niet moet gebeuren.

Een boeiende vraag is of bedrijven rokers in sollicitatieprocedures mogen weigeren vanwege hun tabaksgebruik. Immers, zoals hierboven onderbouwd, rokers zijn duurdere arbeidskrachten dan niet-rokers. In de helft van de Amerikaanse staten is dit weigeren toegestaan en in de andere helft niet.[61] Mijn eigen antwoord is: ja, bedrijven mogen rokers weigeren. Maar deze vraag komt in ons land nergens naar voren.

… DOOR WAARSCHUWINGEN OP VERPAKKINGEN…

Roken is dodelijk is een bekende en effectieve waarschuwing op de buitenkant van sigarettenpakjes.[62] Australië visualiseert deze waarschuwing. In Europa wordt dat wel overwogen maar nog niet in praktijk gebracht.[63] Ik merk op dat alleen bang maken via

waarschuwingen niet goed werkt: gebruikers worden eerder uitgedaagd dan afgeschrikt door negatieve framing.[64] Beter zou het zijn om op pakjes handelingsadviezen te geven, bijvoorbeeld: Wilt u stoppen met roken? Ga naar www.Nederlandstopt.nu.

… EN OOK IN ZIEKENHUIZEN

Aparte aandacht vraag ik hier voor het rookvrij maken van ziekenhuizen door het roken door medewerkers en patiënten te verbieden. In een studie onder opgenomen ziekenhuispatiënten in de Verenigde Staten vonden Regan et al. dat 18,4 procent tijdens de opname rookt. De auteurs pleiten ervoor dat niet alleen ziekenhuisgebouwen, maar ook de terreinen eromheen rookvrij worden. Zij houden dit pleidooi omdat het toestaan van roken een verkeerde boodschap is van ziekenhuizen met een missie gericht op het bevorderen van gezondheid. Zij halen de Cleveland Clinics aan, een vooraanstaande ziekenhuisketen, die geen zorgprofessionals meer aanneemt die roken.

Regan et al. pleiten voor een systeem om bij de opname de rookstatus van de patiënt en de mate van *craving* in kaart te brengen en een stoppen-met-rokenbehandeling te starten. Ook Groenkjaer[65] en Kanters[66] bepleiten dat te opereren patiënten stoppen met roken voor, tijdens en de eerste maanden na de operatie (en het liefst voor altijd). Want dat stoppen verlaagt het risico op postoperatieve complicaties, aldus Deense[67], Amerikaanse[68] en Zweedse[69] studies.

Ter afsluiting volg ik de Californische internist Schroeder in zijn observaties.[70] Hij geeft aan dat het nooit te laat is om te stoppen met roken. Artsen zoals huisartsen, cardiologen, internisten en longartsen behandelen veel patiënten met aandoeningen die te maken hebben met roken. Zij zouden veel meer moeten doen om het roken tegen te gaan. Roken komt vooral voor in de lagere inkomensgroepen, een bevolkingsdeel dat onzichtbaar is voor goed verdienende beleidsmakers. Door niets te doen maken artsen en beleidsmakers mensen dood, aldus Schroeder.

2.8 HET TERUGDRINGEN VAN OVERGEWICHT DOOR OMGEVINGSINTERVENTIES

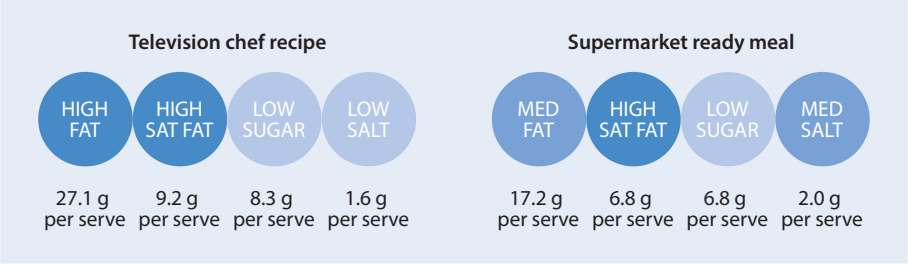
Meer bewegen leidt tot minder overgewicht. Van oudsher is het bevorderen van meer bewegen een van de doelstellingen van gemeentelijk sportbeleid. Nieuwe sporthallen, gymlokalen, sportvelden en parken zijn omgevingsaanpassingen die onmiskenbaar hebben geleid tot meer bewegen. Meer bewegen lijkt een uitstekend medicijn tegen vroegtijdige veroudering, risico's om ziek te worden en ziektebeelden zoals overgewicht, cognitieve problemen en depressieve klachten.

Om dit bewegen te stimuleren deden EMGO-onderzoekers[76] een vergelijkende kwantitatieve studie naar de gezondheid in vier Amsterdam woonwijken; twee buitenwijken met veel groen, licht en ruimte en twee oude wijken. Zij concluderen niet alleen maar positieve ontwikkelingen van veel groen, licht en ruimte: 'Het positieve gezondheidseffect van licht, lucht en ruimte in een groene woonomgeving wordt ten dele tenietgedaan door het gemak waarmee gekozen kan worden voor "inactief vervoer" (het openbaar vervoer en vooral de auto) of "inactief vermaak" (televisie of computer). Door aanpassingen in de ruimtelijke structuur van buurten kan met name de eerste barrière voor lichamelijke activiteit worden aangepakt. Door te bouwen in hogere dichtheden, met vooral meer faciliteiten op loopafstand, worden buurten aantrekkelijker gemaakt voor de voetganger en de fietser.'

GEZONDHEIDSETIKETTERING VAN LEVENSMIDDELEN GEWENST

Behalve door meer bewegen is overgewicht ook tegen te gaan door levensmiddelen te voorzien van een gezondheidslogo en menukaarten met calorieën per gerecht. Een voorbeeld hiervan is de stoplichtetikettering die de onafhankelijke Engelse Food Standards Agency hanteert op de voorkant van verpakkingen.[77] Afbeelding 2.8 geeft een voorbeeld van een gezondheidsetiket voor recepten van televisiekoks en voor kant-en-klare maaltijden in supermarkten.[78] Bij rood licht weten consumenten dat de voeding bestanddelen bevat die zij minder zouden moeten nemen. Aangeraden wordt het product maar af en toe te gebruiken. Groen licht betekent dat het aan te schaffen voedsel laag scoort in zoutgehalte, verzadigde vetten en suikers. Hoe groener het product is, des te gezonder de keuze. Deze etikettering is een uitwerking van het libertaire paternalisme en het genoemde principe*: make the healthier choices easier*. Het ongezonde product wordt niet verboden. Wel worden gezondheidsaspecten er transparanter door. Ook de horecasector kan het principe van 'make the healthy choices easier' hanteren door vermelding op de menukaart van de calorieën per gerecht. In de stad New York en in de staat Californië is deze etikettering verplicht voor fastfoodketens.[79]

Het Nederlandse Voedingscentrum biedt horecaondernemers de gelegenheid om via een van haar websites (www.caloriecheckervoordehoreca.nl) te achterhalen hoeveel calorieën hun gerechten bevatten. Ik merk op dat de genoemde Engelse etikettering voor supermarkten ook bruikbaar is voor restaurants. De horeca kan nog meer doen om het overgewicht tegen te gaan, en wel door kleinere porties drinken en eten te serveren, proportionele prijzen in te voeren en bij de indeling van porties geen driedeling maar een vijfdeling te hanteren. Vermeer wijst in haar proefschrift erop dat de porties drinken en snacks in fastfoodrestaurants en koffiebars over de hele linie te groot zijn. Meestal aangeboden in drie soorten – small, regular en kingsize – is volgens voedingscriteria de small size een gebruikelijke portie en de regular portie een grote. Beter is het volgens haar om een vijfdeling te hanteren met in het midden een gewone portie zoals het Voedingscentrum deze omschrijft. Consumenten vertonen dan minder de neiging om de uitersten te kiezen. Verder zou in dit denken (gericht op het tegengaan van overgewicht) een grotere portie niet meer relatief goedkoop mogen zijn.[80] Tot zover de bespreking van aanpassingen in de omgeving om overgewicht tegen te gaan.



Afbeelding 2.8. Voorbeeld van een gezondheidsetiket
Bron: S. Howard et al., 'Nutritional content of supermarket ready meals and recipes by television chefs in the United Kingdom: cross sectional study', *BMJ* 2012, Dec. 14. doi: 10.1136/bmj.e7607.

2.9 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN IN DIT HOOFDSTUK OP EEN RIJ

Paragrafen 2.1 en 2.2 introduceren vijf succesverhalen over preventie sinds 1850. De belangrijkste punten zijn:

1 De volgende preventieve interventies hadden succes: a. de invoering van de hygiëne, b. het terugdringen van het alcoholgebruik sinds 1890, c. het reduceren van de kindersterfte, d. het terugbrengen van het aantal verkeersdoden, en e. het bestrijden van het tabaksgebruik.

2 Deze vijf succesvolle preventieve interventies betroffen zowel de omgeving als het gedrag van burgers. Accijnsverhoging vormde een financiële prikkel van overheidswege bij het terugdringen van alcohol- en tabaksgebruik. Meestal waren artsen de eerste pleitbezorgers van de preventie. Epidemiologische gegevens stimuleerden preventie. Rampen vormden soms aanleiding tot meer preventie. De implementatie van een preventieve interventie duurde circa veertig jaar.

3 Tot op de dag van vandaag staat de preventie in Nederland op een hoog peil. Nederland is een van de succesvolste Europese landen wat preventief gezondheidsbeleid betreft. Alleen Zweden, Noorwegen, IJsland en Finland scoren beter. Toch is er ook reden voor bezorgdheid onder het motto: het dak moet je repareren als het mooi weer is. Want de prevalentie van overgewicht, kanker en chronische aandoeningen stijgt.

In paragraaf 2.3 over preventie van overgewicht komen als belangrijkste bevindingen naar voren:

4 In 2009/2011 hebben zo'n 6,5 miljoen mensen in ons land matig tot ernstig overgewicht. Dat komt neer op 41 procent van de bevolking. Dat is meer dan in het begin van de jaren tachtig toen 27 procent te zwaar was. 10 procent (ongeveer 1,5 miljoen mensen) kampte in 2009/2011 met ernstig overgewicht.

5 Een belangrijke oorzaak van overgewicht is de calorische overconsumptie. Een reframing van de term overgewicht is gewenst. Het gaat niet om preventie van overgewicht maar om preventie van overconsumptie. Deze reframing leidt ertoe dat preventiecampagnes niet meer het te dik zijn op zich stigmatiseren. Immers dat kan ook ontstaan door stofwisselingsziekten en aangeboren eigenschappen.

6 Overgewicht veroorzaakt in Nederland meer dan twee van de vijf nieuwe gevallen (incidentie) van diabetes mellitus type 2.[81] Daarnaast is overgewicht verantwoordelijk voor ruim 10 procent van zowel de incidentie van acuut myocard infarct als van chronisch hartfalen. Van de incidentie van beroerte komt ongeveer 5 procent door overgewicht.

7 De zorgkosten voor Amerikanen met ernstig overgewicht zijn 42 procent hoger dan voor mensen met een gewoon gewicht.

8 Nederlandse werknemers die roken en werknemers met overgewicht hadden in 2009 een hoger verzuim (beide 4,6 procent) dan de gemiddelde werknemer (4,0 procent).

9 Nederland besteedde in 2010 een bedrag van 1.617 miljoen euro aan zorg ten gevolge van overgewicht. Dit is 2,2 procent van de totale kosten van de gezondheidszorg voor volwassenen van 20 jaar en ouder.

10 Het loont de moeite om te speuren naar preventieve interventies die gezonde leefstijlen bevorderen.

Paragraaf 2.4 over de preventie van chronische aandoeningen levert de volgende bevindingen op:

11 Bijna een op de drie mensen heeft een of meer chronische aandoeningen. In totaal zijn dat in Nederland in 2011 ongeveer 5,3 miljoen mensen. Hun aantal steeg over de periode 2004-2011 met 12 procent ofwel met 1,6 procent per jaar. In de toekomst gaat deze jaarlijkse groei omhoog: dementie (2,5 procent), coronaire hartziekten (4,5 procent), beroerte (4,1 procent), diabetes (3,3 procent) en hartfalen (3,1 procent).
12 Door preventie van chronische aandoeningen worden mensen ouder. Dan krijgen zij behoefte aan orgaanvervanging. En dan stijgen de kosten van de zorg toch, ook al zijn de chronische aandoeningen voor een deel bestreden. Dit is de preventieparadox: preventie van chronische aandoeningen leidt tot meer vraag naar zorg.
13 De gemiddelde levensverwachting met gezonde levensjaren bij geboorte bedroeg in 2011 voor mannen 63,7 jaar en voor vrouwen 63,3 jaar. Anders gezegd: de verwachting is dat mannen in 2011 gemiddeld 15,5 jaar leven met een chronische aandoening of beperking. Dit laatste aantal bedraagt voor vrouwen 19,6 jaar.[82]

In paragraaf 2.5 komen preventieve omgevingsinterventies aan de orde:
14 Gezondheid is in verschillende leefomgevingen zoals gezin, buurt en school een middel en geen doel. Die leefomgevingen hebben eigen kernwaarden. Een preventieve omgevingsaanpassing gedijt vooral binnen de kernwaarden van een omgeving.
15 Het gezond inrichten van de omgeving gaat uit van het libertair-paternalistische principe dat de vrijheid van de burger om ongezond te leven overeind blijft. De keuze voor een gezonde leefstijl wordt evenwel makkelijker gemaakt. Of zoals een Engelse regeringsnota uit 2004 het verwoordde: *make healthy choices easier*.

De belangrijkste punten van paragraaf 2.6 over het terugdringen van alcohol betreffen:
16 Sinds jaar en dag is alcoholontmoedigingsbeleid gemeengoed.
17 Onbenutte mogelijkheden voor dit beleid zijn: a. het losser maken van de relatie sport en alcohol, b. het introduceren van toezichthoudende vrijwilligers (nachtraven) in uitgaansgebieden, c. het anoniem melden van alcoholgerelateerde geweldsmisdrijven, d. het bannen van alcohol tijdens recepties aan het einde van de middag.

Paragraaf 2.7 gaat over omgevingsinterventies gericht op het terugdringen van het roken. Hij bevat als belangrijkste punten:
18 Door de versoepeling van het rookverbod voor de kleine cafés in 2011 én door het niet meer volledig vergoeden van ondersteuning bij stoppen-met-roken steeg het percentage rokers in de bevolking van 15 jaar en ouder weer van 24 procent in 2011 naar bijna 26 procent in 2012.
19 Eerst werden openbare ruimten, treinen en vliegtuigen rookvrij en daarna de horeca. Wat nog achter de horizon ligt, is het verbieden van roken achter het stuur, in bushaltes, in scholen en op schoolpleinen.
20 Roken is dodelijk is een bekende en effectieve waarschuwing op de buitenkant van sigarettenpakjes. Alleen bang maken via waarschuwingen werkt niet goed. Beter zou het zijn om op pakjes handelingsadviezen te geven, bijvoorbeeld: Wilt u stoppen met roken? Ga naar www.Nederlandstopt.nu.
21 Het toestaan van roken aan patiënten en medewerkers is een verkeerde boodschap van ziekenhuizen met een missie gericht op het bevorderen van gezondheid. Te opereren patiënten moeten het advies krijgen te stoppen met roken voor en gedurende de eerste maanden na de operatie (en het liefst voor altijd).

In paragraaf 2.8 over omgevingsinterventies ter reductie van overgewicht komen de volgende belangrijke punten aan de orde:

22 Meer bewegen leidt tot minder overgewicht. Door te bouwen in hogere dichtheden, met vooral meer faciliteiten op loopafstand, worden buurten aantrekkelijker gemaakt voor de voetganger en de fietser en nodigen zo dus uit tot meer bewegen.

23 Overgewicht is ook tegen te gaan door levensmiddelen te voorzien van een gezondheidslogo en gerechten op menukaarten te voorzien van calorieën per gerecht.

24 De horeca kan nog meer doen om het overgewicht tegen te gaan, en wel door kleinere porties drinken en eten te serveren, proportionele prijzen in te voeren en bij de indeling van porties geen driedeling maar een vijfdeling te hanteren.

ENKELE REFLECTIES

Drie punten in dit hoofdstuk zijn opmerkelijk. Ten eerste is het niet goed mogelijk om het verband te kwantificeren tussen preventieve omgevingsinterventies en de effecten daarvan op de zorgkosten. Bekend zijn de zorgkosten per ongezonde leefstijl, zoals blijkt uit afbeelding 2.6. Er is echter nauwelijks onderzoek beschikbaar naar kwantitatieve effecten van preventieve omgevingsinterventies in Nederland. Ik vond het een te grote stap om data uit Cuba, de Scandinavische landen en de Verenigde Staten te gebruiken voor schattingen hiervan voor Nederland. Want die landen zijn toch qua leefstijl en rijkdom anders dan Nederland. Ik betwijfel of die effecten ooit te meten zijn. Immers, het gaat om gelijktijdige chemie tussen omgevingsaanpassingen, gezondheidseducatie van burgers en het invoeren van financiële prikkels. Dit betekent dat de invloed van alleen omgevingsaanpassingen niet te traceren is. Wel toont dit hoofdstuk aan dat deze mix in het verleden vijfmaal tot succes leidde.

Het tweede opvallende punt is dat andere landen verdergaan dan de Nederlandse overheid bij het bestrijden van alcoholmisbruik, roken en overgewicht. Alcoholvrije recepties (Verenigde Staten), rondlopende nachtraven (Noorwegen) en onafhankelijke gezondheidsetiketering (Verenigd Koninkrijk) komen in Nederland niet of nauwelijks voor. Nederland hanteert vooral de in het volgende hoofdstuk te bespreken rechtstreekse gedragsbeïnvloeding van individuele burgers.

Het derde opvallende punt leid ik in met een recente casus. In Nederland zijn dieselauto's zonder roetfilter voor een appel en een ei te koop. Dealers raken ze niet kwijt. Want Nederlanders zijn milieubewust en willen daarvoor betalen. De afgelopen jaren is de milieuwetgeving aanmerkelijk aangescherpt. Het is gelukt het oppervlaktewater, de bodem en de lucht schoner te maken. Daarvoor bestaat kennelijk draagvlak. Dat is niet het geval voor maatregelen om tabaksgebruik uit de horeca te verbannen. Uitlaatgassen zijn kennelijk een groter maatschappelijk probleem dan sigarettenrook. Wat de milieubeweging wel is gelukt – het als urgent en indringend agenderen van een langetermijnprobleem – lukt de KNMG en andere professionele organisaties niet. Waarschijnlijk ligt dat aan de vrees bij vele professionals om te betuttelen. Die vrees hangt samen – ik theoretiseer nu zonder empirische onderbouwing – met onvoldoende competenties op het terrein van libertair paternalisme en *motivational interviewing* alsook met financiële prikkels om tijd in te ruimen voor preventieve boodschappen. Ook zijn zorgprofessionals – zo schat ik in – beducht om patiënten een schuldgevoel aan te praten. Maar deze beduchtheid legitimeert impliciet een ongezonde levensstijl.

In de volgende twee hoofdstukken volgen andere preventieve interventies dan omgevingsaanpassingen: rechtstreekse gedragsbeïnvloeding door educatie (hoofdstuk 3) en het hanteren van financiële prikkels (hoofdstuk 4).

3

GEZOND MAAKT MOOI, SLIM EN BLIJ

Dit hoofdstuk gaat over gedragsbeïnvloeding van mensen met een ongezonde leefstijl maar die nog niet ziek zijn. Het begint met een bespreking van de effectiviteit van preventieve interventies gericht op rechtstreekse gedragsbeïnvloeding (paragraaf 3.1). Vervolgens komen basiscompetenties en didactiek van gedragsbeïnvloeding aan de orde (paragraaf 3.2). Daarna volgt beantwoording van de vraag wie verantwoordelijk is voor individuele gedragsbeïnvloeding (paragraaf 3.3). Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting en enkele reflecties. De termen gedragsbeïnvloeding, gezondheidsbevordering, gezondheidseducatie en leefstijlbeïnvloeding betekenen in dit hoofdstuk hetzelfde.

3.1 LOSSE PREVENTIEVE INTERVENTIES WERKEN NIET

Een losstaand programma voor gezondheidsbevordering werkt niet binnen bedrijven. Want slechts een derde van de doelgroep doet mee. Dat constateren Robroek en collega's in een literatuurstudie over 23 onderzoeken.[1] In een door henzelf opgezette gerandomiseerde studie vergeleken zij de lichamelijke activiteit en de groente- en fruitconsumptie van werknemers die wel en niet meededen aan een langdurig programma voor gezondheidsbevordering. Zij constateerden geen verbetering in de groep die meedeed met het programma. Evenmin verbeterden body mass index, cholesterol, bloeddruk en cardiovasculaire fitheid.[2] De recente proefschriften over vergelijkbare projecten van de Nederlandse onderzoekers Broekhuizen[3], Strijk[4] en Verweij[5] komen op basis van overeenkomstige onderzoeken tot dezelfde conclusie: leefstijlinterventies hebben geen invloed op de leefstijl van werknemers.

Ook buiten bedrijven slaat gezondheidsbevordering niet aan. In een prachtige, brede overzichtsstudie bevestigen Koopmans en collega's[6] de bevindingen van de vier hierboven genoemde recente studies. Zij constateren dat de deelnamebereidheid en deelnametrouw aan interventies die ingrijpen op de leefstijl laag is: een derde tot 50 procent begint er niet aan of stopt voortijdig. Orrow[7] publiceerde in 2012 een literatuurstudie over het effect van beweegprogramma's in de eerste lijn. Hij constateert mismoedig dat er nauwelijks effecten zijn en raadt huisartsen af te verwijzen naar dergelijke programma's. Metcalff[8] komt met vergelijkbare bevindingen over beweegprogramma's voor kinderen. Kortom, losstaande gezondheidsprogramma's werken anno 2014 niet. Helaas zijn er daar vele van in Nederland, zo constateert het RIVM in 2014.[9] Wat soms wel werkt, is gezondheidseducatie gekoppeld aan medicamenteuze behandeling en geïntegreerde projecten. Ze passeren hieronder de revue. Daarna komt de vraag aan de orde of losse programma's voor gezondheidsbevordering te verbeteren zijn door versterking van de didactiek daarin.

PILLEN EN PRATEN WERKEN WEL

Medicamenteuze behandelingen van roken, hypertensie, alcoholgebruik en overgewicht slaan meestal aan. Dat feit komt naar voren in een boek van De Jong en collega's dat gebaseerd is op huisartsgeneeskundig onderzoek.[10] Een recente literatuurstudie van Yanovski en Yanovski bevestigt deze bevindingen voor het tegengaan van overgewicht.[11] Dit is een interessante constatering. Immers, dit zou betekenen dat antihypertensiva beter werken tegen hoge bloeddruk dan een cursus stressreductie. Toch blijven er vragen over. Werkt Ritalin beter om een te druk kind te corrigeren dan advisering over opvoed- en opgroeiproblemen en leefstijlbegeleiding? En een depressieve patiënt, wanneer houden gedragsbeïnvloeding en leefstijlbeïnvloeding op en gaat een therapeut over tot het voorschrijven van een antidepressivum? Tot nu toe zijn op deze vragen geen algemene antwoorden beschikbaar, behalve dat boek van De Jong en collega's. Ik stel dit vast na speurwerk op het internet en in literatuurbestanden. In de praktijk verschilt het per individuele professional wat deze aan patiënten adviseert: praten dan wel pillen.

EEN WIJKGERICHTE AANPAK DOOR VELE ACTOREN EN DIVERSE INTERVENTIES TEGELIJK, JA DAT WERKT OOK

Toch zijn er niet-medicamenteuze interventies die wel aanslaan. Het uitgebreide en wijkgerichte Hartslag-Limburg-project[12 13] bereikte na vijf jaar een positief effect op het gemiddelde gewicht (-0,2 kg), de lichamelijke activiteit (+1,6 uren/week), bloeddruk, middelomtrek en de energie-inname (-51 kcal/dag). Het B.SLIM-project[14 15] (lees in het Engels: *be slim*) is een meerjarenaanpak en wordt gefinancierd vanuit het gezondheidsbeleid van de gemeente Amersfoort. Ook verwierf het een subsidie vanuit het programma Gezonde Slagkracht van ZonMw. B.SLIM gaat uit van een integrale aanpak waarbij ingestoken wordt op een breed samenhangend pakket van interventies bestaande uit vijf pijlers: draagvlak, voorlichting en bewustwording, maatregelen gericht op de omgeving, signaleren en adviseren, en ondersteuning.[16]

Ook het B.SLIM-project in de zorg bereikte een positief effect na twee jaar op het gemiddelde gewicht (-2,4 kg) en verbeterde de conditie in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep.[17] Huisartsen in de Utrechtse wijk Overvecht startten in 2005 met een vergelijkbaar project als in Amersfoort. De inwoners van Overvecht gebruiken minder zorg en bewegen meer. Uit de cijfers blijkt dat de zorgkosten vier procent zijn gedaald tussen 2006 en 2010. Het aantal huisarts-, POH- en fysiotherapieconsulten is weliswaar gestegen, maar het zorggebruik in het ziekenhuis is gedaald. Het percentage Overvechters van negentien jaar en ouder dat de beweegnorm haalt, is in deze periode bovendien gestegen van 54 naar 65 procent. Minder kinderen hebben in Overvecht te kampen met overgewicht. Het percentage is gedaald van 26 in 2005 naar 20 in 2009.[18]

Jebb en collega's tonen aan dat patiënten met overgewicht die door hun huisarts zijn verwezen naar een programma van de Weight Watchers tweemaal zoveel gewicht kwijtraken in twaalf maanden dan patiënten met gebruikelijke zorg.[19] Zij vielen 5 kilo af tegen 2,2 kilo in de gebruikelijke groep. Het programma van de Weight Watchers bestaat uit een aantal interventies: regelmatig wegen, dieetadvisering, lichaamsbeweging en ondersteuning door een groep medepatiënten.

Onderzoeker Lovatto[20] en collega's bevestigen de meerwaarde van samenwerking met andere partijen bij het bevorderen van gezondheid. Zij onderzochten het effect van on-

derwijs op niet-roken bij leerlingen van 51 Canadese middelbare scholen. Zij constateerden dat scholen die samenwerken met andere partijen zoals supermarkten en sportinstellingen meer resultaten bereiken dan scholen die alleen de leraar gebruiken als actor.

De eerdergenoemde Koopmans en collega's wijzen op basis van hun overzichtsstudie erop dat succesvolle leefstijlinterventies:

1 zijn toegesneden op een specifieke groep;
2 gebruikmaken van een combinatie van een samenhangende set van activiteiten en omgevingsmaatregelen;
3 participatie kennen van vele actoren en sectoren, inclusief de doelgroep;
4 een voldoende lange looptijd en continuïteit hebben.

Dat is inderdaad het geval bij de hierboven genoemde initiatieven. Het Engelse Royal College of Physicians pleit om dezelfde reden voor multidisciplinaire teams om het overgewicht in Engeland tegen te gaan.[21] NIVE-onderzoekers Leemrijse en collega's pleiten voor samenwerking tussen huisartsen en sportclubs in de buurt.[22] Toch blijft de vraag liggen waarom losstaande gezondheidsbevordering in de spreekkamer van de huisarts, in het onderwijs en binnen een bedrijf niet werken. Op die vraag gaat de volgende paragraaf in.

3.2 GEZONDHEIDSBEVORDERING VEREIST BASISCOMPETENTIES EN DIDACTIEK

Een verklaring dat losse preventieve interventies niet aanslaan, geeft het Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITZ) dat reductie bij overgewicht van jongeren in vijf gemeenten onder de loep nam.[23] Het ITZ meldt dat overgewicht een gevoelig onderwerp is. Het ITZ constateert handelingsverlegenheid bij jeugdartsen en andere professionals. Veel professionals spreken ouders niet aan op het overgewicht van hun kinderen.

Vergelijkbare opmerkingen maken Saan en De Haes.[24] Zij wijzen op het gebrek aan gezondheidsvaardigheden bij professionals die vrezen voor belerend optreden en voor *blaming the victim*. Zelf wees en wijs ik (aanstaande) artsen op vier basiscompetenties bij het uitbrengen van preventieve boodschappen. De eerste is dat er een vertrouwensrelatie bestaat tussen professional en patiënt. Immers, als de patiënt overtuigd is van de welwillendheid van eerstgenoemde, bestaat er bereidheid de boodschap serieus te nemen. Dat is volgens mij de reden dat voorlichtingscampagnes van anonieme instanties zoals GGD'en en overheden nauwelijks aanslaan. De tweede competentie betreft de juiste timing. Niet iedere patiënt staat altijd open voor preventieve boodschappen. Het gaat erom dat de professional inventariseert (door goed te luisteren) of die openheid er is. Ik geef hiervan een voorbeeld. In de weekeinden melden zich vele patiënten met alcoholgerelateerd letsel en alcoholvergiftiging op de spoedeisende-hulpafdelingen van ziekenhuizen. Sommigen van hen zijn te dronken om een preventieve boodschap aan te horen. Anderen geven aan zich schuldig te voelen en staan open voor een kortdurende interventie. Het is dan aan de SEH-arts om hierop professioneel en met de juiste timing en dosering van informatie in te spelen. De derde competentie van de professional betreft het overtuigend brengen van de preventieve boodschap. Dat betekent dat deze er tijd voor neemt, een verzorgde brochure aanreikt, checkt of de informatie overkomt en in een vervolgconsult er nog eens naar informeert. De vierde competentie betreft het werken met nudges zoals in de gedragseconomie (zie paragraaf 1.3) zijn gedefinieerd. Zorgprofessionals zouden vaker moeten uitdragen dat gezond mooi, slim

en blij maakt, en niet alleen hameren op gezondheidseffecten. Prast houdt hiervoor in 2013 een vurig pleidooi.[25] Ten Have geeft in 2014 een overzicht van argumenten die wel en niet bij leefstijlbeïnvloeding te hanteren zijn.[26] Zelf tracht ik dit te doen in de titel van dit hoofdstuk.

Als andere vermoedelijke oorzaak van het geringe effect van opzichzelfstaande preventieve interventies geldt wellicht dat professionals te weinig vragen naar het waarom van het bestaande ongezonde gedrag en het waarom van de te verwerven gezonde leefstijl. Van belang is hierbij persoonlijke doelen te formuleren, bijvoorbeeld: als uw gewicht afneemt, kunt u langer genieten van uw kleinkinderen. Bij scholieren en hun ouders is het doel dat gezond slim maakt. In het vorige hoofdstuk stond hierover een voorbeeld. Voor klanten van de Weight Watchers is het antwoord op de waarom-vraag vaak de te verwerven schoonheid: wie afslankt is mooier. Wie meer beweegt in de natuur, wordt blij! Met de waarom-vragen komen professionals in de wereld van *motivational interviewing*. Deze methode bestaat uit vier basisprincipes:

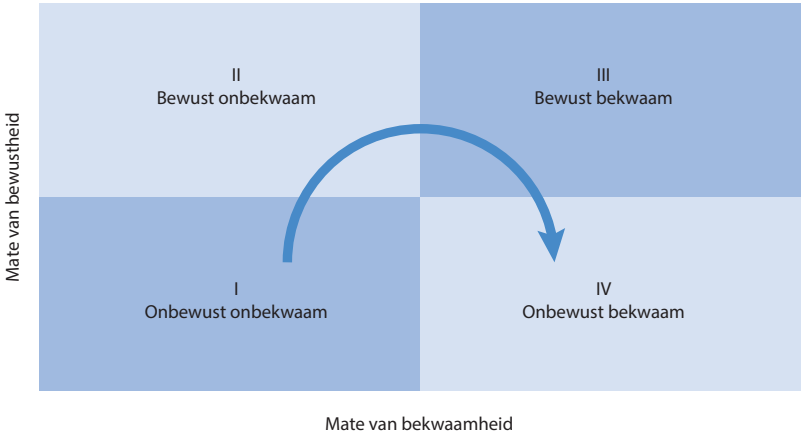
1 het tonen van empathie;
2 het creëren van discrepantie tussen wat de patiënt doet en wil;
3 uitvragen van weerstanden en daarmee omgaan; en
4 helpen en stimuleren als de patiënt zich anders gaat gedragen.[27]

In hoofdstuk 8 over zorg aan mensen met chronische aandoeningen en hoofdstuk 12 over verslavingszorg komt motivational interviewing opnieuw aan de orde.

GEZONDHEIDSBEVORDERING VEREIST DIDACTIEK

Dat losse gezondheidsbevordering niet aanslaat, kan ook liggen aan de didactiek van de programma's. Er bestaan drie didactische modellen die het effect van educatie verhogen: de driehoek van Miller, het model van onbewust onbekwaam naar onbewust bekwaam en de leerstijlen van Kolb. Ze komen hieronder aan bod, direct vertaald naar de educatie van patiënten.

Afbeelding 3.1. De didactische driehoek van Miller
Bron: G.E. Miller, 'The assessment of clinical skills/competence/performance', *Acad Med* 1990; 65:563-7.



Afbeelding 3.2. Het model van onbewust onbekwaam naar onbewust bekwaam
Bron: www.gertjanschop.com/modellen, geraadpleegd op 5 december2013.

De driehoek van Miller[28] (afbeelding 3.1) wordt vaak gebruikt in de medische opleiding. Het onderste niveau wordt gevormd door de kennis waarover patiënten moeten beschikken om hun toekomstige ziektegerelateerde taken uit te kunnen voeren. Op het volgende niveau gaat het erom of zij weten hoe zij die kennis moeten gebruiken bij het uitvoeren van hun probleemoplossende taken. Deze twee fases betreffen kennisoverdracht. Op het derde niveau laten patiënten zien dat zij kunnen handelen in een gesimuleerde omgeving, bijvoorbeeld in een rollenspel of in *serious gaming*. Het bovenste niveau in de piramide betreft het zelfstandig handelen in de complexe praktijk van alledag.

Het tweede didactische model van onbewust onbekwaam naar onbewust bekwaam (zie afbeelding 3.2) is ontstaan in de jaren zeventig. Het is een variant op de driehoek van Miller. Onduidelijk is wie het model heeft ontwikkeld. Het beschrijft de verschillende fases die een patiënt in een leerproces doorloopt.[29] Als een patiënt een handeling nog nooit gedaan heeft of bepaald gedrag nog nooit heeft vertoond, dan is deze *onbewust onbekwaam*. De kunst is dan als gezondheidsbevorderaar de patiënt *bewust onbekwaam* te maken door bijvoorbeeld kennis aan te reiken en goede voorbeelden van andere patiënten. De patiënt wordt zich dan bewust van zijn onbekwaamheid. Als hij start met oefenen, komt hij erachter wat er allemaal voor komt kijken en hoeveel oefening er nodig is. Hij wordt dan bewust onbekwaam. Dit is vaak een onprettig gevoel. Patiënten haken af van hun cursus of training. Langzamerhand krijgen zij het nieuwe handelen en gedrag in de vingers en gaat het hun steeds gemakkelijker af. Ze worden *bewust bekwaam*. Ten slotte, na heel veel oefening, lijken de dingen als vanzelf te gaan. Patiënten worden *onbewust bekwaam*. Dit model kan patiënten helpen te begrijpen waarom bepaalde fases van het leerproces zo onaangenaam voelen. Hierdoor wordt het eenvoudiger om het gedurende deze fases vol te houden.

Een derde didactische aanpak is het onderkennen van leerstijlen van patiënten en de indeling daarvan volgens Kolb (zie afbeelding 3.3).[30] Hij onderscheidt doeners, bezinners, denkers en beslissers. De leerstijlen zijn ook relevant bij het benaderen van men-

sen met ongezonde leefgewoonten en zorgprofessionals. Het lijkt mij verstandig dat gezondheidsbevorderaars en andere aanbieders van preventieve interventies eerst nagaan wat de leerstijl van hun cliënt is, oftewel dat ze een educatieve diagnose stellen. Zo blijken er vele mythen en bijgeloof te bestaan over overgewicht.[31]

Ik draag zelf sinds 2006 bij aan de invoering van het model van de gezonde school op een grote middelbare school. Mijn promovendus Busch heeft hierover gepubliceerd.[32] De school maakte gebruik van lesmateriaal over ongezonde leefstijlen afkomstig van

Leerstijl	Kernwoorden	Leert het beste van...
Doener Accommoderen	Wat is er nieuw? Ik ben voor alles in	• directe ervaring, dingen doen • nieuwe ervaringen, het oplossen van problemen • in het diepe gegooid worden met een uitdagende taak
Bezinner Divergeren	Ik wil hier graag even over nadenken	• activiteiten waar ze de tijd krijgen/ gestimuleerd worden (achteraf) na te denken over acties • als de mogelijkheid wordt geboden eerst na te denken en dan pas te doen • beslissingen nemen zonder limieten en tijdsduur
Denker Assimileren	Hoe is dat met elkaar gerelateerd?	• gestructureerde situaties met duidelijke doelstellingen (congressen, colleges, boeken) • als ze de tijd krijgen om relaties te kunnen leggen met kennis die ze al hebben • situaties waar ze intellectueel uitgedaagd worden • de kans krijgen vragen te stellen en de basismethodologie, logica etc. te achterhalen • concepten, modellen en systemen
Beslisser Convergeren	Hoe kan ik dit toepassen in de praktijk?	activiteiten waar: • een duidelijk verband is tussen leren en werken • ze zich kunnen richten op praktische zaken • ze technieken worden getoond met duidelijke praktische voorbeelden • ze de kans krijgen dingen uit te proberen en te oefenen onder begeleiding van een expert

Afbeelding 3.3 De leerstijlen van Kolb

GGD Nederland, het RIVM en andere landelijke organisaties die ongezonde leefstijlen trachten terug te dringen. Wat de schoolleiding en mijzelf opvielen in het lesmateriaal, was het ontbreken van een onderwijskundige filosofie zoals die van Miller over het werken van onbewust onbekwaam naar onbewust bekwaam of over de leerstijlen van Kolb. Het lesmateriaal was vaak alleen nuttig voor de onderste fase van Miller. Wanneer en hoe de kennis toe te passen en te trainen in een specifieke omgeving ontbrak veelal. Handreikingen over hoe om te gaan met verschillende leerstijlen ontbraken eveneens.

Een dergelijk gebrek aan didactiek bij gezondheidseducatie verklaart mede het geringe effect daarvan op een gezonde leefstijl. Dat is het slechte nieuws. Het goede nieuws is dat framing en didactiek van preventieve boodschappen meer wetenschappelijke aandacht krijgen.[33] Zo bleek recentelijk dat dankzij een training van slechts een uur in het geven van een stoppen-met-roken-advies huisartsen aanmerkelijk makkelijker overgingen tot motiverende gesprekken met patiënten.[34]

EEN GECLUSTERDE AANPAK: JA GRAAG

Wellicht speelt ook mee dat de meeste leefstijlinterventies zich richten op het reduceren van één ongezonde leefstijl, bijvoorbeeld te weinig bewegen. Of op het terugdringen van tabaksgebruik. In Nederland bestaat voor elke ongezonde leefstijl een aparte organisatie. Zo drong Stivoro tot 2013 het roken terug, STAP het alcoholgebruik, terwijl het Voedingscentrum zich bekommert om het overgewicht. Het tegelijk aanpakken van verschillende ongezonde leefgewoonten werkt beter dan het stuk voor stuk aanpakken. Daarvoor pleiten drie argumenten. Ten eerste kunnen verschillende ongezonde leefgewoonten een gemeenschappelijke bron hebben, zoals een zwakke wil. Om bij een groep te horen en zich aan te passen kan het bijvoorbeeld gebeuren dat pubers te veel alcohol drinken, roken en cannabis gebruiken.[35] Het nagestreefde gevoel erbij te horen, leidt hier tot drie ongezonde gewoonten tegelijk. Ten tweede is er een epidemiologisch argument: het clusteren van ongezonde leefgewoonten bij specifieke doelgroepen. Wie weinig beweegt, eet vaak ook verkeerd. Alcoholgebruik en roken gaan ook vaak samen. Bij dergelijke groepen is het doelmatig het cluster van ongezonde leefgewoonten aan te pakken. Een voorbeeld hiervan geven Horn en collega's: zij tonen aan dat het stimuleren van bewegen en het stoppen met roken goed samengaan.[36] Ten derde zijn de professionele interventies om een ongezonde leefstijl aan te pakken voor een deel vergelijkbaar: ze vereisen de genoemde basiscompetenties en een didactische aanpak. Door een geclusterde aanpak zijn gezamenlijke, diepliggende oorzaken van verschillende ongezonde leefgewoonten aan te pakken. Dit vormt tevens een goede aanvulling op de wijkgerichte interventies die eerder aan de orde kwamen. Maar wie moeten die interventies aanbieden? En waar moeten ze plaatsvinden? De volgende paragraaf gaat hierop in.

3.3 GEZONDHEIDSBEVORDERING, EEN TAAK VOOR DE EERSTE LIJN

Mijn droom is dat er in de eerste lijn libertair-paternalistische (in paragraaf 1.2 staan deze woorden uitgelegd) preventiewerkers – of noem ze leefstijlcoaches – komen die cliënten met een of meer ongezonde leefgewoonten via medicamenteuze en niet-medicamenteuze interventies begeleiden, zoekend naar gemeenschappelijke achterliggende oorzaken van het ongezonde gedrag. Zij organiseren ook wijkgerichte activiteiten zoals Be slim en Gezond Overvecht. Zij organiseren de cocreatie zoals in hoofdstuk 1 omschreven. Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) kunnen hiervoor organisatorische kaders bieden: eventueel stellen zij die preventiewerkers aan. Het zo door huisart-

sen bepleite preventieconsult[37] zou dan als een intakegesprek voorafgaan aan de preventieve interventies van de leefstijlcoach. Daarnaast ligt er ook een taak voor gezondheidsbevordering bij jeugdverpleegkundigen. Het parlement heeft het besluit genomen om een consult voor zestienjarigen in het basistakenpakket voor de jeugdgezondheidszorg op te nemen.[38] Dat consult zou kunnen bestaan uit een inventarisatie van ongezonde leefgewoonten en het aanbieden van aansluitende leefstijlinterventies. Niet alleen bij jongeren is dit zinvol, maar ook voor ouderen. Bij ouderen denk ik aan preventief gezondheidsonderzoek zoals uitgevoerd door de GGD Zeeland en geëvalueerd door Van Stel.[39] Ook hier weer: individueel inventariseren van ongezonde leefgewoonten en de oorzaken daarvan. Daarna is een leefstijlcoach beschikbaar die samen met vele andere actoren preventieve interventies aanbiedt. Ik wijs erop dat ik hier pleit voor specifieke screening op ongezonde leefgewoonten bij jongeren en ouderen. Dat is wat anders dan gezondheidscreening ofwel *health checks* die het vroegtijdig opsporen van ziekten en preventie van mortaliteit beogen. Helaas hebben deze geen zin zoals uit een grote literatuurstudie blijkt.[40]

… EN OOK VOOR ZIEKENHUIZEN

Die inventarisaties van ongezonde leefstijlen en het aanbieden van preventieve interventies vinden niet alleen in de eerste lijn plaats, maar ook in ziekenhuizen en andere tweedelijns instellingen. Neem een longarts die veel COPD-patiënten ziet die blijven roken. Neem een cardioloog met een hartpatiënt met overgewicht en verkeerde voeding.

Ook elders in ziekenhuizen zouden inventarisaties van ongezonde leefgewoonten en preventieve interventies moeten plaatsvinden. Het aanbieden daarvan is niet alleen de verantwoordelijkheid voor de eerste lijn en de GGD. Juist in de zo bepleite samenwerkingsverbanden rond specifieke groepen van chronische ziekten als COPD en hart- en vaatziekten (ofwel disease-managementprogramma's, zie uitvoerig hoofdstuk 8) zouden deze preventieve interventies gestalte kunnen krijgen en samenhangend kunnen worden aangeboden in de eerste en tweede lijn. Op zo'n manier kan de triple-aimfilosofie zich realiseren: alle gezondheidsinstanties richten zich op preventie, kwaliteit van zorg en kostenbeheersing. Alleen de mate waarin zij dat doen, kan onderling verschillen. Een prachtig voorbeeld komt uit Oregon[41] waar ziekenhuizen besparen op curatieve zorg en uit de besparingen cursussen motivational interviewing betalen voor alle artsen en verpleegkundigen.

3.4 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN IN DIT HOOFDSTUK OP EEN RIJ EN ENKELE REFLECTIES

Paragraaf 3.1 gaat over opzichzelfstaande preventieve interventies door zorgprofessionals. De belangrijkste bevindingen zijn:

1. Uit de literatuur blijkt dat opzichzelfstaande preventieve interventies van zorgprofessionals bij bedrijfsgeneeskundige diensten en in de eerste lijn niet aanslaan.
2. De combinatie van medicamenteuze behandeling en gezondheidsbevordering werkt wel, aldus een aantal wetenschappelijke publicaties.
3. Een wijkaanpak van gezondheidsbevordering door vele actoren en diverse interventies tegelijk werkt eveneens, aldus een aantal experimenten daarmee.

In paragraaf 3.2 over basiscompetenties en didactiek bij gezondheidsbevordering komen de volgende punten als belangrijkste naar voren:

4 Handelingsverlegenheid en gebrek aan gezondheidsvaardigheden bij zorgprofessionals belemmeren gedragsbeïnvloeding.
5 Vier basiscompetenties zijn van belang bij het uiten van preventieve boodschappen door zorgprofessionals: a. de aanwezigheid van een vertrouwensrelatie, b. de timing van de preventieve boodschap, c. het overtuigend brengen van de preventieve boodschap, en d. het kunnen werken met nudges, zoals omschreven in de gedragseconomie.
6 Er bestaan drie didactische modellen die het effect van educatie verhogen: de driehoek van Miller, het model van onbewust onbekwaam naar onbewust bekwaam en de leerstijlen van Kolb.
7 Het tegelijk aanpakken van verschillende ongezonde leefstijlen werkt beter dan het stuk voor stuk aanpakken. Daarvoor pleiten drie argumenten: a. ongezonde leefstijlen hebben vaak een gemeenschappelijke oorzaak, b. specifieke doelgroepen hebben vaak een cluster van ongezonde leefstijlen, en c. professionele interventies vereisen dezelfde basiscompetenties en didactische aanpak.

Paragraaf 3.3 gaat over de vraag wie verantwoordelijk is voor individuele gezondheidsbevordering. Het belangrijkste punt is:

8 Gezondheidsbevordering is een taak voor de eerste lijn, de GGD en ook voor ziekenhuizen.

ONVOLDOENDE WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING: JAMMER

Uit paragraaf 3.1 blijkt dat opzichzelfstaande preventieve interventies zelden aanslaan. Vier recente proefschriften en andere wetenschappelijke publicaties tonen dat aan. Gecombineerd met een medicamenteuze aanpak werkt gezondheidsbevordering wel, maar ook voor het bewijs daarvan bestaan slechts weinig wetenschappelijke publicaties. Wijkgerichte gezondheidsbevordering met vele actoren en verschillende interventies werkt eveneens. Toch zijn ook hier de onderbouwende studies zwak. Er ontbreken controlegroepen en er ontbreken meetmomenten na een langere periode. Boeiende projecten in Rotterdam (Samen één in Feijenoord[42]) en Nieuwegein (Welzijn op recept[43]) kon ik in dit hoofdstuk niet meenemen vanwege het ontbreken van wetenschappelijke evaluaties. Niet alleen in dit hoofdstuk komt de gebrekkige wetenschappelijke onderbouwing naar voren. RIVM-onderzoekers Hamberger en collega's constateren dat in hun literatuurstudie uit 2010 eveneens.[44] Ik spreek de hoop uit dat er beter evaluatieonderzoek komt naar die veelbelovende wijkgerichte gezondheidsbevordering. Hoe dergelijke evaluatiestudies eruit moeten zien, daarover geven Schoemaker en haar RIVM-collega's in 2013 een uitstekend advies.[45]

De genoemde wijkgerichte preventieve interventies bieden meer gezondheid en verhogen de kwaliteit van zorg. Of ze ook goedkoper zijn per jaar en per verzekerde is bij twee van de vier (Hartslag en Gezond Overvecht) aangetoond, zij het met beperkte overtuigingskracht. Hoe ze het beste kunnen worden bekostigd, is niet aan de orde geweest. Evenmin kwam antwoord op de vraag of financiële prikkels bij patiënten of professionals het enthousiasme voor preventie kunnen verhogen. Het volgende hoofdstuk gaat op deze vragen in.

4

DUUR IN DE MOND HOUDT HET LICHAAM GEZOND

Dit hoofdstuk start met een introductie van de begrippen leefstijlsolidariteit en fiscale gezondheidspolitiek (paragraaf 4.1). Daarna volgen pleidooien voor een hogere btw op levensmiddelen met verzadigde vetten (paragraaf 4.2), voor hogere accijnzen op alcohol (paragraaf 4.3) en tabak (paragraaf 4.4) en een hogere btw op frisdrank (paragraaf 4.5) en verlaging van het zoutgehalte via wetgeving (paragraaf 4.6). Paragraaf 4.7 bevat een pleidooi voor spaarprogramma's die leiden tot verlaging van verzekeringspremies bij aanschaf van gezonde producten. Slotparagraaf 4.8 bevat een samenvatting van de belangrijkste bevindingen in dit hoofdstuk en beantwoordt de vraag: is voorkomen beter én goedkoper dan genezen?

4.1 EEN NIEUWE BEGRIP: LEEFSTIJLSOLIDARITEIT

In Engeland ontvangen 65-plussers een gratis buskaart. Dankzij die kaart maken zij meer uitstapjes en meer wandelingen met elkaar.[1] Als de overheid haar accijns op tabak verhoogt met 10 procent, neemt het tabaksgebruik af met 4 procent. Ongeveer de helft van die daling ontstaat omdat mensen stoppen met roken. De andere helft van de daling komt omdat mensen minder roken.[2] SamenGezond is een spaarprogramma van zorgverzekeraar Menzis.[3] Verzekerden die daarvan lid worden, kunnen punten sparen waarmee zij in een webwinkel gezonde goederen en diensten kunnen aanschaffen. Ook kunnen zij kortingen krijgen op verzekeringspremies, bijvoorbeeld 15 euro korting bij inlevering van 1.500 spaarpunten.

De gratis buskaart, de accijnsverhoging en het spaarprogramma zijn alle drie voorbeelden van het werken met financiële prikkels (ofwel nudges, zie paragraaf 1.2) die gezond gedrag uitlokken. Het zijn ook voorbeelden van *pay-for-performance by patients* (P4P4P). Deze prikkels vormen een belangrijk onderwerp in dit hoofdstuk. In hoofdstuk 5 tot en met 19 komt het cappuccinomodel aan de orde zoals omschreven in hoofdstuk 1. Het bevat een mix van prikkels voor zorgprofessionals en hun organisaties. Vooraf de volgende opmerking: elke bekostiging van de zorg en van preventieve interventies leidt tot een al dan niet wenselijke, gebonden rationaliteit zoals omschreven in paragraaf 1.2. De onderzoekers Halpern en collega's geven aan dat elke financiële prikkel invloed heeft op besluitvorming van patiënten en zorgprofessionals.[4] Ik ben het daarmee eens. Het gaat in dit hoofdstuk niet om de vraag of financiële prikkels voor patiënten beleidsrijk zijn. Dit begrip is het tegenovergestelde van beleidsarm zoals omschreven in paragraaf 1.2. Aan de orde is welke prikkels beleidsrijk zijn en bijdragen aan de tripleaimaanpak (paragraaf 1.3).

'Sugar, rum and tobacco are commodities which are nowhere necessaries of life, which are become objects of almost universal consumption and which are therefore extremely proper subjects of taxation.'[5] Deze zinnen schreef Adam Smith in zijn *Wealth of Nations* dat in 1776 uitkwam. Sindsdien onderscheiden overheden twee vormen van belastingheffing: op inkomen en op goederen ofwel directe en indirecte belastingen. De belasting over de toegevoegde waarde (btw) vormt een modern voorbeeld van de laatste. Accijnsheffing is een ouder voorbeeld. Amsterdam hief al in de 17e eeuw accijns op ingevoerde producten. Het verschil tussen accijnsheffing en btw is dat de eerste als expliciet doel heeft het gebruik van een goed te verminderen: accijns wordt ook wel een kostprijsverhogende belasting genoemd. Kenmerkend bij de indirecte belastingen is dat gebruikers betalen ongeacht de hoogte van hun inkomen. Dat is niet het geval bij de directe belastingen, waarbinnen het principe van inkomenssolidariteit een grote rol speelt: rijkere mensen betalen proportioneel meer belasting dan arme. Indirecte belastingen bieden een mogelijkheid om andere principes toe te passen, zoals het profijtbeginsel. Dit houdt in dat als iemand meer van de overheid profiteert, hij ook meer belasting betaalt. Een voorbeeld is de motorrijtuigenbelasting die voor zwaardere auto's hoger is dan voor lichtere. Het beginsel 'de vervuiler betaalt' ligt ten grondslag aan diverse milieuheffingen. Hoe meer een product het milieu verontreinigt, des te hoger de heffing. Ik introduceer nu een nieuw beginsel voor de indirecte belastingen: de leefstijlsolidariteit. Binnen de sociale verzekeringen bestaat de solidariteit tussen jong en oud: 65-minners betalen premies voor de financiering van de AOW aan 65-plussers. Ook bestaat solidariteit tussen geografische gebieden. Zo is de AWBZ-premie voor alle delen van het land gelijk, ook al wonen in het ene gebied meer gebruikers per 100.000 inwoners dan in een ander gebied.

Binnen deze verzekeringen bestaat evenmin onderscheid gebaseerd op riskant gedrag van de verzekerde. Dat is zelfs verboden in de Zorgverzekeringswet. Want volgens artikel 15 van die wet heeft de verzekerde geen schadebeperkingsplicht. In particuliere verzekeringen mag dit onderscheid wel tot uitdrukking komen. Wie schade veroorzaakt als automobilist, ontvangt voortaan een lagere no-claimkorting. Wie ramen of deuren open laat staan, heeft het moeilijk om schade te verhalen op zijn inbraakverzekering. Dat het onderscheid naar riskant gedrag ontbreekt in de sociale verzekeringen, heeft te maken met het paradigma dat ziekte iets is dat individuen overkomt, iets waarop zij geen invloed hebben. Dit klopt bij bijvoorbeeld genetisch bepaalde aandoeningen, infectieziekten en verkeersongevallen veroorzaakt door derden. Het is niet altijd waar bij kanker, verslaving en een aantal chronische aandoeningen, alle drie voor een groter of kleiner deel veroorzaakt door riskante leefgewoonten. Het past in de visie van eigen verantwoordelijkheid van burgers dat wie riskant leeft, zelf daarvan voor een groter of kleiner deel de financiële gevolgen ervaart. Ten Have geeft in 2013 een overzicht van argumenten pro en contra leefstijlsolidariteit.[6] In dit boek ga ik verder. Ik kies voor vermindering van de leefstijlsolidariteit, en wel als volgt. Omdat binnen de sociale verzekeringen een onderscheid naar riskant gedrag niet mogelijk is, pleit ik ervoor dit te doen via indirecte belastingen. Dit kan door accijnzen of de btw te verhogen op ongezonde levensmiddelen, drank en alcohol, en door via subsidies de prijzen van gezonde producten te verlagen. Dit geheel heet in het verdere betoog in dit boek: fiscale gezondheidspolitiek.

Er bestaan ongezonde leefstijlen waarbij voeding niet aan de orde is. Dat is het geval bij het beoefenen van gevaarlijke sporten zoals skiën, parachutespringen en ook voet-

1.	Eetgedrag hangt meer af van de prijs van de voeding dan van gezondheids-opvoeding
2.	Een vetbelasting bevordert gezondheid door minder vetinname
3.	Daardoor stijgen de kosten voor de gezondheidszorg na een aantal jaren minder
4.	Door de hogere indirecte belastingen op vette producten komt meer geld beschikbaar voor de overheid
5.	Daaruit komt subsidie beschikbaar voor de aankoop van gezonde producten zoals groenten en fruit alsmede voor het aanstellen van leefstijlcoaches (zie paragraaf 3.3)
6.	Eventueel kan ook de premie van de Zorgverzekeringswet omlaag
7.	De leefstijlsolidariteit vermindert hierdoor: wie vet blijft eten is daar vrij in, maar betaalt via hogere indirecte belasting meer aan de gezondheidszorg

Afbeelding 4.1. Pleidooi voor een vetbelasting in zeven stappen
Bron: zie tekst.

ballen. Particuliere ziektekostenverzekeringen in het buitenland sluiten betaling van letsel ten gevolge van dergelijke sportbeoefening uit. Het deelnemen aan het verkeer is eveneens riskant gezondheidsgedrag. Om deze reden wendde de Engelse overheid een tijd lang een deel van haar motorrijtuigenbelasting aan ter bekostiging van de spoedeisende hulp van de National Health Service.[7] Toch behandel ik in dit boek sport- en verkeersletsel ten gevolge van riskant gedrag niet. Er is onvoldoende onderzoek beschikbaar over deze relatie en de beïnvloeding daarvan met financiële prikkels. Dat is niet het geval voor ongezonde en gezonde leefgewoonten die met levensmiddelen te maken hebben. Die passeren hieronder de revue.

4.2 HOGER BTW-TARIEF OP LEVENSMIDDELEN MET VERZADIGDE VETTEN

Het heffen van hogere indirecte belastingen op ongezonde levensmiddelen is onder meer aan de orde bij het heffen van een vetbelasting, een *fat tax*. Zo'n belasting beoogt de consumptie van verzadigde vetten te reduceren omdat deze overgewicht veroorzaken. De redenering verloopt in zeven stappen zoals aangegeven in afbeelding 4.1. Welke wetenschappelijke onderbouwing is beschikbaar voor deze redenering? Het antwoord op deze vraag volgt hieronder.

Voor de eerste stap geldt dat empirisch is aangetoond dat eetgedrag inderdaad meer afhangt van de prijs van de voeding dan van gezondheidsopvoeding.[8 9] In Nederland toonde Waterlander dit aan in een simulatie-experiment met een virtuele supermarkt.[10] De titel van haar dissertatie lag ten grondslag aan de titel van dit hoofdstuk: *Put the money where the mouth is*. Loting bepaalde in haar studie of onderzoekdeelnemers in een virtuele gebruikelijke supermarkt gingen winkelen dan wel in een supermarkt met relatief lage prijzen voor fruit en groenten en hoge voor ongezonde levensmiddelen. Het resultaat was één kilo per week meer aankopen per persoon van groenten en fruit in de gezonde supermarkt. Voedingsonderzoeker French[11] deed in de Amerikaanse staat Minnesota twee experimenten met lagere prijzen voor gezonde voeding. Zij verlaagde de prijzen van vetarme snacks met respectievelijk 10 procent, 25 procent en 50 procent.

Dit leidde tot een verkoopstijging van 9 procent, 39 procent en 93 procent. De tweede studie onderzocht een prijsverlaging van 50 procent op vers fruit en worteltjes. De omzet aan vers fruit werd viermaal zo groot. De verkoop van worteltjes verdubbelde.

Voedingsonderzoeker Hooper toonde eind 2012 de relatie tussen vetintake en overgewicht (stap 2 in afbeelding 4.1) opnieuw aan op basis van een meta-analyse van experimenteel en cohortonderzoek.[12] Een lagere vetintake leidt, aldus Hooper, tot een geringe, maar voor professionals wel relevante blijvende vermindering van overgewicht. Dit geldt voor zowel volwassenen als kinderen. Minder overgewicht leidt na vijf jaar tot minder sterfte aan diabetes, hart- en vaatziekten en beroerte, zo bleek in paragraaf 2.3. Verder bleek uit afbeelding 2.6 dat 2,2 procent van de kosten van de Nederlandse zorg samenhangt met overgewicht. Hiermee is ook stap 3 in afbeelding 4.1 onderbouwd. Een aantal Amerikaanse staten subsidieert gezonde voeding en preventieve interventies uit indirecte belastingen op frisdrank. Zo'n combinatie is dus mogelijk in de fiscale gezondheidspolitiek. Het zetten van de stappen 4 en 5 is een kwestie van politieke wil om de kosten van de zorg op deze manier af te remmen. Stap 6 is ook mogelijk: het gebeurt in 2015 al dat de premie voor de Zorgverzekeringswet laag blijft dankzij overheveling van belastinggeld naar deze zorgverzekering. De zevende stap is de toepassing van het principe uit de milieuwetgeving dat 'de vervuiler betaalt'. Deze stap is niet vreemd in de heffing van belastingen.

FAT TAX DENEMARKEN AFGESCHAFT

De redenering zoals in afbeelding 4.1 is wetenschappelijk te verdedigen. Maar hoe pakte die uit als een land zo'n vetbelasting inderdaad gaat heffen? Denemarken deed dat. Dit land voerde in oktober 2011 een vetbelasting in voor boter, melk, kaas, pizza, vlees, olie en kant-en-klaarmaaltijden voor zover deze meer dan 2,3 procent verzadigd vet bevatten. Ik merk op dat er geen sprake was van het gelijktijdig goedkoper maken van gezonde levensmiddelen en evenmin van een impuls tot meer preventieve interventies. Na een jaar (november 2012) trok de regering de vetbelasting weer in.[13] Want de eetgewoonten van de Denen veranderden onvoldoende, aldus de regering. Daarnaast gingen Denen buiten hun eigen land goedkope, ongezonde levensmiddelen kopen. Ook speelde bij het intrekken van de vetbelasting een dreigend banenverlies mee in Deense supermarkten en de hopeloze bureaucratie van de nieuwe wet bij het innen van de vetbelasting. Aan de negatieve Deense effecten voeg ik nog de volgende effecten toe. De kans bestaat dat het duurder maken van vette producten leidt tot een groter consumptie van zoute producten. Populair gezegd: als de mayonaise te duur wordt, dan maar meer zout over de patat. Dit leidt dan niet tot overgewicht, maar tot een groter risico op hart- en vaatziekten. Verder kan een prijsverlaging van groenten en fruit ertoe leiden dat consumenten per saldo meer levensmiddelen gaan kopen en meer calorieën innemen. De reeds genoemde onderzoeker Waterlander vond deze uitkomst als bijvangst in haar studie. Het grootste bezwaar tegen de vetbelasting is dat deze regressief en niet progressief is. Arme mensen besteden naar verhouding een groter deel van hun inkomen aan levensmiddelen dan rijke mensen. Voor hen komt de vetbelasting daarom harder aan.

Ondanks de slechte Deense ervaringen blijf ik voorstander van een hogere indirecte belasting op vette producten. De Deense opzet mislukte om verschillende redenen. Er vonden geen voorafgaande experimenten plaats zoals de genoemde Waterlander deed en bepleit. Verder is het Deense initiatief te vroeg afgeblazen. Pas na vijf jaar mochten resultaten te verwachten zijn op overgewicht en zorgconsumptie, zo blijkt uit de ervaringen in

Cuba (paragraaf 2.3). Verder ontbrak het zichtbaar aanwenden van de extra financiële middelen voor goedkoper fruit en groenten of voor preventieve interventies. Immers, alleen bij zichtbaarheid werkt een gedragseconomische nudge (zie paragraaf 1.2). De Deense ervaring is een reden om te pleiten voor het hogere btw-tarief (en niet voor een aparte accijns) op ongezonde voeding omdat dan alleen een wijziging op bestaande, goed functionerende btw-wetgeving aan de orde is. Reeds opgemerkt is dat overgewicht juist bij lagere inkomensgroepen voorkomt. Een btw-verhoging op vette levensmiddelen zoals gedefinieerd in Denemarken is daarom alleen acceptabel indien deze wordt gecompenseerd door ofwel goedkopere andere levensmiddelen of door een premieverlaging voor de laagste inkomensgroepen. Als laatste argument om toch vetbelasting in te voeren, geldt dat deze niet de keuzevrijheid van consumenten beperkt, maar alleen de relatieve prijzen van gezonde en ongezonde levensmiddelen ten opzichte van elkaar verandert.

Behalve op verzadigde vetten pleit ik ook voor hogere btw of accijns op alcohol, tabak en frisdrank. Hieronder komen indirecte belastingen op deze levens- en genotmiddelen nader aan de orde. Argumenten die voor en tegen een vetbelasting gelden, ga ik niet uitgebreid herhalen.

4.3 HOGERE ALCOHOLACCIJNS: ZO GAUW MOGELIJK INVOEREN[14]

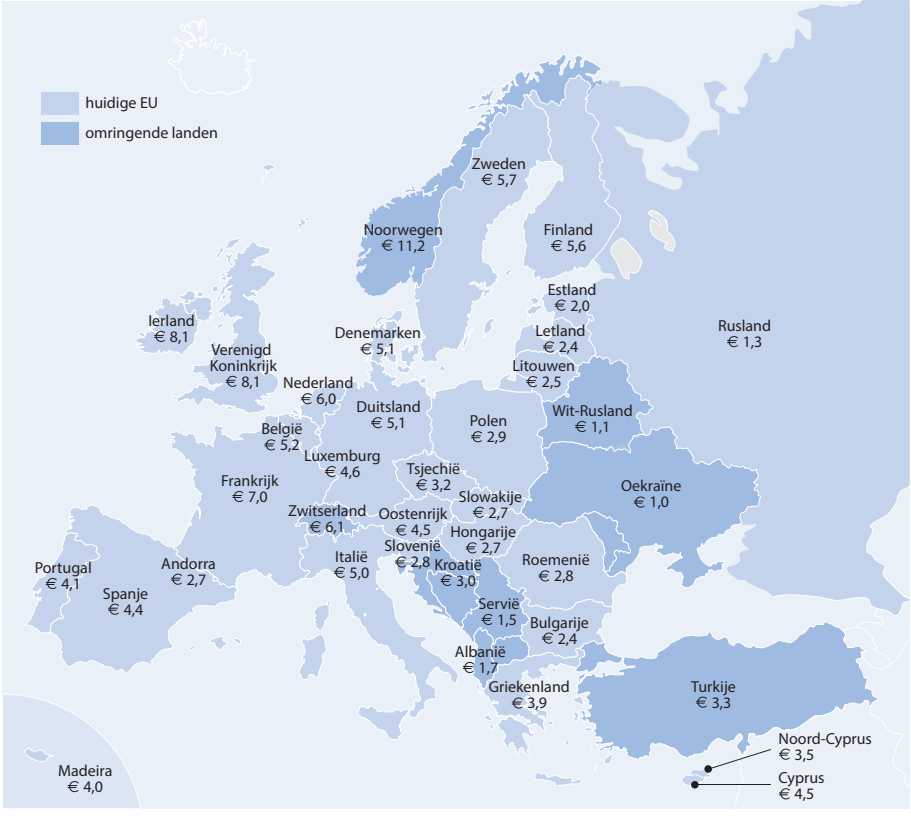
De Engelse onderzoeker Baumberg[15] toonde in 2009 aan dat in het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten, Canada en Australië grofweg 50 procent van de totale alcoholconsumptie kan worden beschouwd als riskant drinken (boven de aanvaardbare richtlijnen zoals opgesteld door de overheid) of als bingedrinken. Dit laatste betreft het drinken van meer dan vijf glazen alcohol op één dag. Met andere woorden: de inkomsten van de alcoholindustrie zijn voor ruim de helft afkomstig van personen die schadelijk drinken. Het Centraal Planbureau constateerde in 2006 dat de totale economische kosten die gepaard gaan met alcoholgebruik viermaal zo hoog zijn als de totale opbrengst van alcoholaccijnzen in de EU-lidstaten.[16] De Maastrichtse onderzoekers Anderson en collega's vergeleken in 2009 de effectiviteit van diverse interventies om misbruik van alcohol tegen te gaan. Zij onderscheidden als interventies gezondheidsonderwijs, therapieën in de verslavingszorg, mediacampagnes (zoals de Nederlands-Vlaamse BOB-campagnes in het verkeer), reductie van verkooppunten, alcoholcontrole in het verkeer, reclameverboden op alcohol, betere opleiding van barkeepers, controle op illegaal gestookte alcohol en prijspolitiek. Als meest effectieve van al deze interventies kwam de prijspolitiek naar voren.[17] Op basis van een review van 132 studies bepaalden zij een mediane prijselasticiteit voor bier van -0,52 op korte termijn en van -0,82 voor de lange termijn. Dat wil zeggen dat bij een prijsverhoging van 1 procent de bierconsumptie daalt met iets meer dan een half procent (0,52 procent). Voor wijn respectievelijk gedestilleerde dranken bedraagt de elasticiteit op de korte termijn -0,69 respectievelijk -0,80.

Even als intermezzo: het artikel van Anderson en collega's is een mooi voorbeeld van wat tegenwoordig *comparative health research*[18] heet. Hierbij gaat het om het vergelijken van de effectiviteit van soms totaal verschillende gezondheidsinterventies met hetzelfde doel (in dit voorbeeld is dat reductie van alcoholgebruik). De triple-aimfilosofie zoals uitgewerkt in hoofdstuk 1 gaat uit van comparative health research. Elke zorgaanbieder en andere gezondheidsinstantie en uiteindelijk regering en parlement zouden moeten afwegen welke van onderling verschillende interventies met hetzelfde doel het effectiefste zijn. In hoofdstuk 10 over oncologische zorg en hoofdstuk 16 over prioriteiten per doelgroep van patiënten komt de comparative health research opnieuw aan de orde.

Purshouse en collega's[19] komen op basis van een eigen epidemiologische studie tot de conclusie dat een prijsstijging van 10 procent de alcoholconsumptie in Engeland verlaagt met 4,4 procent, 48.000 ziekenhuisopnames voorkomt en de zorgkosten met 107 miljoen pond verlaagt. Na 10 jaar gaat het aantal sterfgevallen door chronische aandoeningen met 1.460 per jaar omlaag.

De totale opbrengst van de accijnzen in Nederland op alcoholhoudende dranken bedroeg in 2010 ruim 1.024 miljoen euro. Het Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP), GGZ Nederland, Jellinek en het Trimbos-instituut stelden najaar 2012 het nieuwe kabinet-Rutte-Asscher voor om de accijnzen op bier en wijn in 2013 met 50 procent te verhogen. Zij deden dat op basis van de hierboven genoemde bevindingen.

Bij gelijkblijvende consumptie levert een accijnsverhoging van 50 procent vanaf 2013 jaarlijks in totaal 350 miljoen euro aan extra inkomsten op voor de schatkist. Als gevolg van de accijnsverhoging wordt er naar schatting zo'n 5 procent minder alcohol gedronken, wat leidt tot lagere gezondheidskosten. De extra accijnsopbrengst is dan nog steeds aanzienlijk. Daarnaast stellen de genoemde instellingen voor om vanaf 2014 de accijns op alle alcoholhoudende dranken te indexeren, met andere woorden: jaarlijks automatisch aan te passen aan de inflatie. Dat laatste levert in 2014 nog eens tientallen miljoenen euro's extra op; na 2014 loopt dat bedrag steeds verder op. Ik sluit mij aan bij dit voorstel.



Afbeelding 4.2. Verkoopprijs sigaretten in Europa

Bron: www.cigaretteprices.net, geraadpleegd op 13 augustus 2014.

4.4 MAAK PAKJE SIGARETTEN EVEN DUUR ALS IN NOORWEGEN

In Nederland kost een pakje van 20 sigaretten gemiddeld 6,00 euro, ongeveer evenveel als in België, Frankrijk en Duitsland (zie afbeelding 4.2). Er zijn echter uitzonderingen van landen die fiscale gezondheidspolitiek voeren: in Noorwegen kost zo'n pakje 11,20 euro, in het Verenigd Koninkrijk 8,10 en in Ierland 8,10 euro. Er zijn weinig empirische studies over het effect van een prijsverhoging op tabak beschikbaar. Ik vond alleen een meta-analyse van Gallet & List[20] hierover uit 2003 en een boeiende historische studie uit 2014 van Jha en Peto over de relatie tussen roken en de prijs van tabak over de gehele wereld.[21] De eerste onderzoeksgroep komt tot een prijselasticiteit van tabaksaccijns van -0,40; dat wil zeggen: tien procent verhoging van de prijs veroorzaakt vier procent daling in de consumptie, waarvan ongeveer de helft door stoppen met roken en de helft door minder roken. Bij jongeren is de elasticiteit ongeveer -0,70. In 2014 komt Kmietowicz met een berekening dat de winst van de tabaksindustrie 7.300 euro (6.000 Engelse pond) bedraagt per sterfgeval aan kanker. Hij geeft aan dat een verdubbeling van de prijzen voor sigaretten in de EU leidt tot een vermindering van 100.000 sterfgevallen aan kanker per jaar. Dat is een derde van het betreffende jaarlijkse aantal EU-sterfgevallen. Mijn voorstel is dat met jaarlijkse accijnsverhogingen van 10 procent de Nederlandse sigarettenprijzen op eenzelfde niveau komen als in Engeland, Ierland en Noorwegen. Dan bereikt Nederland drie doelstellingen tegelijk: een betere gezondheid, lagere kosten voor de gezondheidszorg en meer inkomsten voor de overheid.

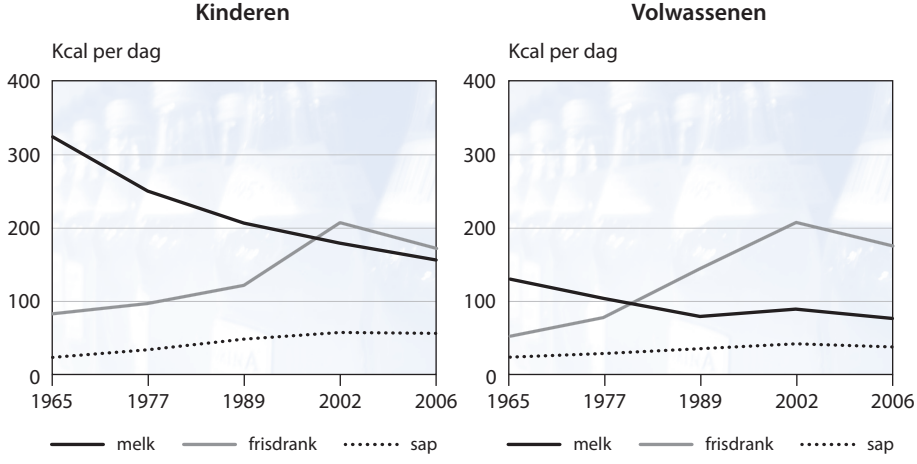
De Amerikaanse onderzoeker Volpp en zijn collega's[22] gebruikten op een andere manier financiële prikkels om rokers te doen stoppen. Zij deden een experiment met 878 werknemers van een grote multinational. De helft (442 personen) verwezen zij naar een cursus stoppen-met-roken met alleen educatie en de andere helft (436 personen) naar een cursus met een beloning van 100 dollar bij het volledig volgen van de cursus en 400 dollar als cursisten na twaalf maanden nog steeds gestopt waren. Van de financiële-prikkelgroep was 14,7 procent na een jaar nog steeds gestopt en van de groep met alleen educatie 5,0 procent. Van de eerste groep maakte 10,8 procent de cursus af en van de tweede 2,5 procent. Volpp deed samen met weer andere collega's in 2006 een vergelijkbaar, minder breed opgezet experiment onder verzekerden bij de Veterans Administration.[23] Die studie leverde vergelijkbare resultaten op. Op basis van onder meer deze twee studies stelde Volpp in 2009[24] en 2014[25] meer onderzoek voor naar het gebruik van financiële prikkels bij cursussen die gezond gedrag bevorderen. Graag onderschrijf ik zijn boeiende agenda. Ik merk wel op dat de 2009-studie van Volpp volgens een andere overzichtsstudie de enige van negentien studies is die robuuste, gunstige resultaten laat zien van cursussen-stoppen-met-roken die naast educatie ook financiële prikkels gebruikten om gezondheid te bevorderen.[26]

Ik sluit de bespreking van accijnzen en tabaksconsumptie af met enige reflectie. Mij valt op dat er minder onderzoek plaatsvindt naar deze relatie dan bij alcoholconsumptie. Bij tabak was alleen de meta-analyse uit 2003 van Gallet en List beschikbaar. Daarentegen is meer onderzoek gedaan bij tabak over het effect op rookgedrag van de verpakking van sigaretten (met waarschuwende teksten, met angstaanjagende foto's of zonder merklogo). Ook vindt veel onderzoek plaats naar het effect van rookverboden in de horecasector. Wat ik miste was comparative health research. Dat het daar niet van komt in Nederland, heeft wellicht te maken met de te zwakke lobby hiervoor. Ik mis gezamenlijke voorstellen aan regering en parlement van onderzoeksinstellingen (KWF Kankerbestrijding?), maatschappelijke organisaties (KNMG? Nederlands Kanker Insti-

tuut?) en brancheorganisaties zoals de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Waarom bestaat een dergelijke lobby wel voor accijnsverhoging bij alcohol en niet bij tabak? Wil de nieuwe dokter Meinsma opstaan (zie paragraaf 2.7)?

4.5 HOGER BTW-TARIEF OP FRISDRANK

Sinds 1965 steeg in de Verenigde Staten de dagelijkse consumptie van frisdrank door kinderen van 100 kilocalorieën naar 200 in 2006. Voor volwassenen zijn die getallen 50 en 180[27] (zie afbeelding 4.3). Deze stijging ging gepaard met een daling van de consumptie van melk. In een meta-analyse van 88 studies constateerden Vartanian en collega's[28] alsook Malik en collega's[29] een verband tussen frisdrankconsumptie enerzijds en energie-intake en lichaamsgewicht anderzijds. Ook stelden zij een verband vast tussen de toename van deze consumptie en de toename van het risico op diabetes. Zij omschrijven frisdrank als drank met toegevoegde natuurlijke suikers en afleidingen daarvan, siropen met een hoog fructosegehalte en concentraten van vruchtensap. Brownell en zijn collega's constateren – in lijn met de theoretische gedragseconomie (zie paragraaf 1.2) – dat de markt van frisdrank faalt. Zij – en ik in hun kielzog – constateren dat vele consumenten niet het verband zien tussen frisdrankconsumptie en overgewicht. Deze consumenten hebben een gebrek aan informatie. Daar komt bij dat velen een onjuiste tijdsvoorkeur hebben: zij hechten een grotere betekenis aan het kortetermijneffect van consumptie dan aan de langetermijnrisico's. Verder is er bij frisdrankconsumptie sprake van externe effecten. De frisdrankconsumenten dragen niet alle economische consequenties van hun beslissingen, namelijk dat zij door hun beslissingen de kosten van de zorg verhogen. Brownell en collega's berekenden dat 9,1 procent van de Amerikaanse zorgkosten wordt veroorzaakt door overgewicht en obesitas. Op grond van deze redenering pleitten zij voor een aparte frisdrankaccijns. Zij kregen bij 33 staten van de Verenigde Staten gehoor. Die hanteren thans zo'n belasting, en wel van 5,2 procent van de omzet. Frankrijk volgde in 2012. Noorwegen hanteert een suikeraccijns van zeven kronen per kilo suiker.



Afbeelding 4.3. Consumptie in kilocalorieën van melk, frisdrank en sapjes van Amerikaanse kinderen en volwassenen, 1965-2006

Bron: K.D. Brownell et al., 'The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages', *N Eng J Med* 2009; 361, 1599-1605.

DUURDER BLIKJE FRISDRANK VOORKOMT VELE STERFGEVALLEN

In 2012 berekenden de Amerikaanse onderzoekers Claire Wang en collega's het effect op de gezondheid van een prijsverhoging van 15 procent voor een blikje frisdrank.[30] Zij hanteerden op basis van eerder empirisch onderzoek een prijselasticiteit van -0,8 tot 1,0. Dat wil zeggen dat een prijsverhoging van tien procent leidt tot een consumptieverlaging van acht procent. De genoemde verhoging zou leiden tot vijftien miljard extra inkomsten in het eerste jaar. Deze wilden zij voor een deel aanwenden voor het promoten van gezonde kindervoeding, preventie van obesitas door cursussen en voor zorg voor niet-verzekerde Amerikanen. Werkend met een geavanceerd statistisch model concludeerden Caire Wang en haar collega's dat die prijsstijging ook vele ziekten in de Amerikaanse bevolking zou voorkomen, te weten 2,4 levensjaren van burgers als patient met diabetes, 95.000 hartaanvallen, 8.000 beroerten en 26.000 premature sterfgevallen ofwel sterfgevallen onder de 65 jaar. De Amerikanen Duffey en collega's komen in een 20 jaar durende cohortstudie uit op een prijselasticiteit voor frisdrank van 0,7.[31] Geïnspireerd door deze uitkomsten pleitte de Obama-regering in 2009 voor een federale belasting op frisdrank als onderdeel van de plannen om de gezondheidszorg te hervormen. De voedingsindustrie met grote bedrijven als Pepsi Cola, McDonald's en Burger King vreesden omzetverlies en vormden de actiegroep Americans Against Food Taxes.[32] Deze slaagde erin de arme Amerikanen te overtuigen dat de frisdrankbelasting vooral hen zou treffen. De Obama-regering heeft dit plan inmiddels ingetrokken.

In 2013 pleitten de Engelse onderzoekers Block[33] alsmede Briggs en collega's[34] voor een frisdrankbelasting van 20 procent in Engeland. Hij verwacht daarvan een reductie van het aantal Engelse personen met overgewicht van 1,3 procent ofwel van 180.000 mensen. Hij merkt op dat zo'n belasting moet zijn ingebed in een breed regeringsprogramma van gedragsbeïnvloeding en omgevingsaanpassingen. Ik ben het met hem eens. Ik houd het voorstel van hogere btw op frisdrank overeind als middel om gezond gedrag te bevorderen, ziekte terug te dringen en de kosten van zorg te verlagen. Maar deze belasting is slechts een van de middelen om de triple-aimaanpak te realiseren.

4.6 HOGER BTW-TARIEF OP ZOUT

De onderzoekers He en McGregor schreven in 2009 een overzichtsartikel over de relatie tussen een zout dieet en gezondheid.[35] De onderstaande passage is gebaseerd op hun tekst. Hart- en vaatziekten veroorzaken wereldwijd de meeste doden en beperkingen. De voornaamste risicofactoren voor deze ziekten zijn te hoge bloeddruk, te hoog cholesterol en roken. Verhoogde bloeddruk veroorzaakt 62 procent van de beroerten en 49 procent van de hart- en vaatziekten. Er bestaat sterke evidentie dat zoutconsumptie de belangrijkste factor is die de bloeddruk verhoogt. Verder verhoogt een zout dieet rechtstreeks (niet via bloeddrukverhoging) het risico op beroerte, linkerventrikelhypertrofie en nierziekten. Er is ook steeds meer bewijs dat een zout dieet samenhangt met obesitas, osteoporose en maagkanker. Aburto en collega's bevestigden in 2013 deze resultaten in een vergelijkbare studie.[36] In Nederland consumeert meer dan 85 procent van de bevolking meer zout dan de aanbevolen maximumrichtlijn van 6 gram per dag. Volwassen mannen eten gemiddeld 9,9 gram per dag en vrouwen 7,5 gram per dag, aldus een RIVM-rapport uit 2012.[37] Voor jongens ligt dat gemiddeld op 8,3 en voor meisjes op 6,8 gram per dag.

Op grond van deze bevindingen bepleit de WGO een dagelijkse zoutintake per persoon van niet meer dan vijf gram per dag.[38] Onderzoekers He en McGregor pleiten voor

een reductie van de zouttoevoeging in ontwikkelde landen door de levensmiddelenindustrie. Voor landen waar zout vooral tijdens het koken wordt toegevoegd en in sauzen zit, bepleiten zij voorlichtingscampagnes tegen te hoog zoutgebruik. In landen als Japan, Finland en het Verenigd Koninkrijk daalt thans de zoutintake per hoofd van de bevolking. Coxson en collega's[39] berekenden begin 2013 het effect van 40 procent zoutvermindering in de voeding per inwoner van de Verenigde Staten. Zij gebruikten voor deze berekening van elkaar onafhankelijke gegevensbestanden van:

1 cardiovasculaire sterfte in de Verenigde Staten;
2 uitkomsten van experimenteel onderzoek; en
3 longitudinale cohortstudies.

De drie bestanden leverden vergelijkbare uitkomsten op: bij een geleidelijke daling van de zoutconsumptie worden 280.000 tot 500.000 sterfgevallen vermeden in de komende tien jaar. Vergelijkbare berekeningen voerden de Nederlandse onderzoekers Geleijnse[39a] en Hendriksen[39b] uit. Op basis van gepubliceerde Engelse en Amerikaanse modellen schat Geleijnse in dat er in de Nederlandse bevolking jaarlijks 150-350 minder sterfgevallen aan ischemische hartziekten en 200-400 minder sterfgevallen aan beroerte optreden wanneer de dagelijkse zoutinname met 1 gram afneemt. In 2014 becijfert Hendriksen dat 6 gram zoutintake per dag – dat is de aanbevolen maximumrichtlijn – leidt tot 4-8 procent minder hartinfarcten, 1,7 procent minder personen met hartfalen en 5,8 procent minder beroerten. Cobiac en collega's[40] geven in 2010 aan dat interventies gericht op zoutreductie in de voeding kosteneffectief zijn.

De Consumentenbond wilde begin 2013 via wetgeving zoutreductie in Nederland afdwingen. Want de daling van de zoutconsumptie per inwoner is over 2012 slechts met 3 procent gedaald, aldus het eerdergenoemde RIVM-rapport. Dat komt omdat alleen de broodsector bereid is vrijwillig minder zout in het brood te doen. De regering weigert om via wetgeving zoutreductie af te dwingen, aldus een verklaring van minister Schippers begin 2013. Wat dan overblijft is verhoging van de btw op voedingsmiddelen met een hoog zoutgehalte van 6 naar 21 procent.

4.7 SPAARPROGRAMMA'S BIJ AANSCHAF VAN GEZONDE PRODUCTEN: WAAR WACHTEN WIJ OP?

Dit hoofdstuk begon met een introductie van SamenGezond, het spaarprogramma van zorgverzekeraar Menzis.[43] Verzekerden die daarvan lid worden, kunnen punten sparen waarmee zij in een webwinkel gezonde goederen en diensten kunnen aanschaffen. Ook kunnen zij, zoals reeds vermeld, kortingen krijgen op de premies voor de aanvullende verzekeringen van Menzis. Verzekerden verdienen de punten door bijvoorbeeld gezond te leven, mantelzorger te zijn en verzekerd te blijven bij Menzis. SamenGezond heeft in zes maanden tijd 200.000 verzekerden getrokken ofwel 9,1 procent van de Menzisverzekerden. Voor de precieze werkwijze van het spaarprogramma en de controle op gezond leven en mantelzorger zijn, verwijs ik naar website www.menzis.nl. Zo'n spaarprogramma is een derde vorm van het hanteren van financiële prikkels om een gezonde leefstijl te bevorderen. De eerste vorm is de fiscale gezondheidspolitiek en de tweede het honoreren van deelnemers aan leefstijlcursussen als zij de cursus afmaken en de aangeleerde gezonde leefstijl volhouden.

Menzis is niet uniek met haar spaarprogramma. De Amerikaanse verzekeraar Humana[44] en ook de Zuid-Afrikaanse verzekeraar Discovery hanteren een vergelijkbaar

programma. Humana heeft een uitgebreider aanbod waarmee spaarpunten zijn te verdienen. Zo biedt deze organisatie een leefstijlbeoordeling aan op basis waarvan professional en cliënt persoonlijke doelen vaststellen, bijvoorbeeld in termen van een streefgewicht op een termijn van twaalf maanden. Bereiken cliënten deze streefdoelen, dan verdienen zij spaarpunten. Voor kinderen hanteert Humana een apart spaarprogramma: gaan ouders met hen naar het consultatiebureau, dan krijgen zij (veel) spaarpunten. De genoemde verzekeraar Discovery is in staat gezondheid te bevorderen en de kosten van verzekerden te verlagen, zo blijkt uit vier publicaties.[45 46 47 48] Op grond van deze gunstige ervaringen pleit ik voor het tot stand komen van spaarprogramma's in Nederland. Het initiatief van Menzis en Discovery verdient navolging.

Een variant op deze spaarpunten biedt de Amerikaanse Affordable Care Act (ACA). Dit is de belangrijkste sociale verzekeringswet van president Obama. Deze wet maakt het mogelijk om verzekerden die gezond leven (niet roken en/of een gezond lichaamsgewicht) een korting te bieden van 30 procent op de te betalen verzekeringspremie en bij uitzondering tot 50 procent.[49] De korting moet zijn gebaseerd op biometrische uitkomsten en anders op een redelijke alternatieve standaard, zoals inschrijving en aanwezigheid bij een cursus stoppen-met-roken gedurende een halfjaar. Madisson en collega's merken op dat een beloning direct na afloop van de cursus beter werkt dan een wat meer anonieme premieverlaging. Want de gedragseconomie leert dat belonende, direct zichtbare prikkels beter werken.[50]

4.8 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN VAN DIT HOOFDSTUK OP EEN RIJ EN ENIGE REFLECTIE

Paragraaf 4.1 introduceert het begrip leefstijlsolidariteit. De belangrijkste punten zijn:

1 Elke bekostiging van de zorg en van preventieve interventies leidt tot een al dan niet wenselijke gebonden rationaliteit waarbinnen patiënten en zorgprofessionals economische beslissingen nemen.
2 Elke financiële prikkel heeft invloed op de besluitvorming van patiënten en zorgprofessionals. Aan de orde is welke prikkels beleidsrijk zijn (zie paragraaf 1.2) en bijdragen aan de triple-aimaanpak.
3 Kenmerkend bij indirecte belastingen is dat gebruikers betalen ongeacht de hoogte van hun inkomen. Dat is niet het geval bij de directe belastingen waarbinnen het principe van inkomenssolidariteit een grote rol speelt. Indirecte belastingen bieden een mogelijkheid om andere principes toe te passen, zoals de leefstijlsolidariteit.
4 De Zorgverzekeringswet verbiedt het dat zorgverzekeraars een schadebeperkingsplicht opleggen aan de verzekerden.
5 Het past in de visie van eigen verantwoordelijkheid van burgers dat wie riskant leeft, zelf daarvan voor een groter of kleiner deel de financiële gevolgen ervaart. Ik kies voor deze vermindering van de leefstijlsolidariteit.
6 Vermindering van leefstijlsolidariteit is mogelijk door accijnzen of btw-tarieven te verhogen op ongezonde levensmiddelen, drank en alcohol, en door via subsidies de prijzen van gezonde producten te verlagen. Dit geheel heet in dit boek fiscale gezondheidspolitiek.

Paragraaf 4.2 gaat over een hoger btw-tarief op verzadigde vetten.

7 Een vetbelasting beoogt de consumptie van verzadigde vetten te reduceren omdat deze overgewicht veroorzaken. De redenering verloopt in de zeven stappen zoals in afbeelding 4.1 is aangegeven.

8 Een vetbelasting beperkt niet de keuzevrijheid van consumenten, maar wijzigt alleen de relatieve prijzen van gezonde en ongezonde levensmiddelen ten opzichte van elkaar.
9 De Deense vetbelasting mislukte om een aantal redenen. a. Er vonden geen voorafgaande experimenten plaats. b. De wet werd te vroeg afgeblazen. Resultaten op overgewicht en zorgconsumptie waren pas na vijf jaar te verwachten. c. Het zichtbaar aanwenden van de extra financiële middelen voor goedkoper fruit en groenten of voor preventieve interventies ontbrak. Ik pleit voor een nieuw experiment in Nederland dat met de Deense leerpunten rekening houdt.

Paragraaf 4.3 over hogere accijnzen op alcohol heeft als belangrijkste bevindingen:
10 In het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten, Canada en Australië betreft de helft van de totale alcoholconsumptie riskant drinken.
11 Als meest effectieve van mogelijke interventies ter bestrijding van riskant drinken komt de prijspolitiek naar voren. Deze vaststelling vindt plaats op basis van comparative health research.
12 Een prijsstijging van 10 procent verlaagt in Engeland de alcoholconsumptie met 4,4 procent, voorkomt 48.000 ziekenhuisopnames en verlaagt de zorgkosten met 107 miljoen pond per jaar.
13 Bij gelijkblijvende consumptie levert een accijnsverhoging op alcohol van 50 procent vanaf 2013 jaarlijks in totaal 350 miljoen euro aan extra inkomsten op voor de schatkist. Als gevolg van zo'n accijnsverhoging zal er naar schatting zo'n 5 procent minder alcohol worden gedronken. Ik sluit mij aan bij dit voorstel van het Nederlands Instituut voor Alcoholbeleid (STAP), GGZ Nederland, Jellinek en het Trimbos-instituut.

Paragraaf 4.4 over accijnsverhoging op tabak levert de volgende bevindingen op:
14 In 2013 kostte een pakje van 20 sigaretten in Nederland gemiddeld 6,00 euro, ongeveer evenveel als in België, Frankrijk en Duitsland (zie afbeelding 4.2). Er zijn ook Europese landen die een fiscale gezondheidspolitiek voeren: in Noorwegen kost zo'n pakje 11,20 euro, in het Verenigd Koninkrijk 8,10 en in Ierland 8,10 euro.
15 Er geldt een prijselasticiteit voor tabak van -0,40; dat wil zeggen dat 10 procent verhoging van de prijs 4 procent daling in de consumptie veroorzaakt, waarvan ongeveer de helft komt door stoppen met roken en de helft door minder roken. Bij jongeren is de elasticiteit -0,70.
16 De winst van de tabaksindustrie bedraagt per sterfgeval aan kanker zo'n 7.300 euro (6.000 Engelse pond).
17 Mijn voorstel is dat met jaarlijkse accijnsverhogingen van 10 procent de Nederlandse sigarettenprijzen op eenzelfde niveau komen als in Engeland, Ierland en Noorwegen.
18 Meer onderzoek is wenselijk naar het gebruik van financiële prikkels bij cursussen die het stoppen met roken bevorderen.

Paragraaf 4.5 bevat een pleidooi voor introductie van het hoge btw-tarief voor frisdrank. Het levert als belangrijkste punten op:
19 In de Verenigde Staten is de dagelijkse consumptie van frisdrank door kinderen gestegen van 100 kilocalorieën in 1965 naar 200 in 2006. Voor volwassenen zijn die getallen 50 en 180.

20 Er bestaat een verband tussen frisdrankconsumptie enerzijds en energie-intake, lichaamsgewicht en de toename van het risico op diabetes anderzijds.
21 Een prijsverhoging van tien procent op frisdrank leidt in de Verenigde Staten tot een consumptieverlaging van 8 procent. De verhoging van de belastinginkomsten zou gebruikt kunnen worden voor het promoten van gezonde kindervoeding, preventie van obesitas door cursussen en zorg voor niet-verzekerde Amerikanen. De regering-Obama heeft inmiddels een plan hiervoor ingetrokken vanwege grote weerstand van de voedingsindustrie.
22 De markt van frisdrank faalt. Vele consumenten zien niet het verband tussen frisdrankconsumptie en overgewicht. Daar komt bij dat velen een onjuiste tijdsvoorkeur hebben: zij hechten aan het kortetermijneffect van consumptie een grotere betekenis toe dan aan de risico's op de lange termijn.
23 In 33 staten van de Verenigde Staten functioneert anno 2013 een frisdrankbelasting. Die bedraagt 5,2 procent van de omzet. Frankrijk introduceerde deze belasting in 2012. Noorwegen hanteert een suikeraccijns van zeven kronen per kilo suiker.
24 Ik pleit voor het hoge btw-tarief op frisdrank in Nederland. Zo'n belasting moet zijn ingebed in een breed regeringsprogramma van gedragsbeïnvloeding en omgevingsaanpassingen dat is gefinancierd uit een deel van de extra-inkomsten door de btw-verhoging.

De belangrijkste punten van paragraaf 4.6 over een hoger btw-tarief op zoute producten betreffen:
25 De verhoogde bloeddruk veroorzaakt wereldwijd 62 procent van de beroerten en 49 procent van de hart- en vaatziekten. Er bestaat sterke evidentie dat zoutconsumptie de belangrijkste factor is die de bloeddruk verhoogt.
26 De regering weigert om via wetgeving zoutreductie af te dwingen, aldus een verklaring van minister Schippers begin 2013. Wat dan overblijft is verhoging van de btw op voedingsmiddelen met een hoog zoutgehalte van 6 naar 21 procent.

Paragraaf 4.7 gaat over spaarprogramma's bij aanschaf van gezonde producten. De belangrijkste punten:
27 Verzekerden die lid worden van een spaarprogramma van een zorgverzekeraar kunnen punten sparen waarmee zij in een webwinkel gezonde goederen en diensten kunnen aanschaffen. Ook kunnen zij kortingen krijgen op verzekeringspremies.
28 Zo'n spaarprogramma is een derde vorm van het hanteren van financiële prikkels om een gezonde leefstijl te bevorderen. De eerste vorm is de fiscale gezondheidspolitiek en de tweede het honoreren van deelnemers van leefstijlcursussen als zij de cursus afmaken en de aangeleerde gezonde leefstijl volhouden.
29 De Zuid-Afrikaanse zorgverzekeraar Discovery bleek aantoonbaar in staat gezondheid van verzekerden te bevorderen en hun kosten van zorg te verlagen dankzij zo'n spaarprogramma.
30 De Nederlandse zorgverzekeraar Menzis hanteert zo'n spaarprogramma. Dit aanbod verdient navolging.

VOORKOMEN IS BETER DAN GENEZEN, MAAR IS DAT OOK GOEDKOPER?

Nu is aan de orde een afronding van de drie hoofstukken over preventie. Preventief beleid is opgebouwd uit omgevingsaanpassingen (hoofdstuk 2), gedragsbeïnvloeding vanuit een wijkgerichte aanpak die gericht is op meerdere actoren (hoofdstuk 3) en het toepassen van gezondheidsbevorderende financiële prikkels (dit hoofdstuk 4). In het verleden lag de nadruk op omgevingsaanpassingen én gedragsveranderingen. Thans ligt de nadruk op alleen gedragsverandering (zie hoofdstuk 2). Stel dat preventief beleid gevoerd wordt in onderlinge samenhang van de drie soorten interventies (want dat wil ik), gaan de kosten van de zorg dan uiteindelijk omlaag met gelijktijdige verbetering van de gezondheid? Door gebrek aan onderzoek over effectiviteit van preventieve interventies (zie de passages hierover in de paragrafen 2.9 en 3.4) is een precies antwoord niet te geven. Redenerend vanuit drie methoden om economische effecten te berekenen, is wel een globale schatting te geven. Mijn redenering volgt de publicatie van Temple.[51] Bij de eerste methode komen alleen de directe zorgkosten in beeld. Stel dat het de EU lukt om door een lagere tabaksconsumptie inderdaad 100.000 sterfgevallen te voorkomen in de komende tien jaar (zie paragraaf 4.4), dan leven veel mensen langer. Die veroorzaken kosten van zorg. En dat doen dode patiënten niet. Waarschijnlijk zijn vanuit deze eerste optiek bekeken vele preventieve interventies niet effectief. Methode B neemt naast de directe kosten van methode A ook andere maatschappelijke kosten mee, zoals productieverlies in bedrijven, Ziektewet- en invaliditeitsuitkeringen en pensioenen. Deze aanpak komt gunstiger uit voor mensen met werk dan voor mensen die niet werken. De niet-werkenden krijgen bijvoorbeeld geen ziekte-uitkeringen als ze ziek zijn. Vanuit methode B geredeneerd komen werkende mensen eerder voor preventieve interventies in aanmerking. Vanuit de optiek van public health gezien voelt dat aan als onrechtvaardig. Alsof werkenden meer waard zijn dan huisvrouwen, kinderen, bejaarden en andere niet-werkenden zonder Ziektewetuitkeringen. Methode B vereist bij toepassing ethische voorzichtigheid. In methode C krijgt een gewonnen levensjaar een financiële waardering. Stel dat die genoemde 100.000 vermeden sterfgevallen personen betreffen die gemiddeld genomen tien jaar langer leven dankzij de reductie van de tabaksconsumptie, dan levert deze interventie 10 maal 100.000 is 1 miljoen extra levensjaren op. De Nederlandse econoom Pomp[52] waardeert een extra levensjaar in goede gezondheid op 50.000 euro. Voor een levensjaar met minder goede gezondheid berekent hij een percentage volgens de regels die internationaal gelden voor *Quality Adapted Life Years* (QUALY's) en *Disability Adapted Life Years* (DALY's). In dit voorbeeld leveren 1 miljoen extra levensjaren à 50.000 euro 50 miljard euro op. Bij methode C zijn veel meer preventieve interventies kosteneffectief dan bij de andere methoden. Het is aantrekkelijk om vooral de laatste methode te hanteren bij preventie, want die ondersteunt de uitspraak: voorkomen is beter en goedkoper dan genezen. Welke methode wordt gehanteerd, hangt af van de economische beslissing die voorligt en van de actor die die beslissing neemt. Zo kijken een zorgverzekeraar en een raad van bestuur van een zorgorganisatie vooral vanuit methode A naar de kosten van preventie. Een bevlogen professional zal methode C hanteren, terwijl het ministerie van Financiën en het Centraal Planbureau vooral methode B gebruiken. Wie preventie op wetenschappelijke wijze en niet als een advocaat voor een bepaald doel economisch beoordeelt, ontkomt er niet aan alle drie de methoden te hanteren.

TRIPLE AIM WEEGT PREVENTIE AF TEGEN CURATIE

Ik schat in dat de directe zorgkosten gaan dalen indien de bepleite preventieve interventies gericht op omgeving, gedrag en financiële prikkels in samenhang worden uitgevoerd. De omgevingsinterventies zijn goedkoop en leveren minder alcohol- en tabaksgebruik op en daardoor lagere zorgkosten. Ik verwijs voor de bewijsvoering naar hoofdstuk 2. Hetzelfde geldt voor de samenhangende gedragsinterventies in hoofdstuk 3 en de belastingverhogingen op verzadigde vetten, alcohol, frisdrank en tabak. Anderzijds zullen de kosten stijgen omdat mensen langer leven doordat ze minder roken, minder frisdrank en alcohol drinken en minder verzadigd vet eten. Ik kan nu niet zeggen welk effect zal overheersen. Daarvoor zijn geavanceerde statistische modellen nodig waarin vele veranderingen tegelijk en in onderling verband zijn door te rekenen. Ik denk hierbij met name aan *system dynamic modelling*[53] zoals Sterman heeft beschreven.

Op basis van de Zorgverzekeringswet is het thans niet mogelijk preventieve interventies zoals de bevordering van een gezonde leefstijl te bekostigen. Deze wet staat immers pas bekostiging toe als zich een gezondheidsklacht voordoet. Experimenten vinden thans plaats in proeftuinen die vervanging van curatieve zorg door preventieve interventies uitproberen (zie paragraaf 7.9). Zolang deze wet dergelijke substitutie verbiedt, komt de triple-aimaanpak niet van de grond. Ook ziekenhuizen zouden meer ruimte moeten krijgen voor preventieve interventies. Deze zijn mogelijk met twee soorten activiteiten. Ten eerste door motivational interviewing (zie uitvoerig hoofdstuk 3) als een verpleegkundige of specialist vaststelt dat een ziekenhuisopname mede is veroorzaakt door een ongezonde leefstijl. Ten tweede hebben ziekenhuizen een taak om patiënten na een ernstige ingreep te helpen hun leven weer in balans te brengen ter voorkoming van recidive en psychische aanpassingsproblemen. Hierbij is te denken aan hartrevalidatie, oncologische revalidatie en algemene revalidatie na chirurgische ingrepen. In volgende hoofdstukken komt de versterking hiervan nader aan de orde.

Mijn hoop is dat elke gezondheidsinstantie zoals de GGD, de eerste lijn, ziekenhuizen en zorgverzekeraars in het triple-aimmodel keuzes maakt tussen vormen van preventieve en curatieve interventies. Zij kunnen zich hierbij laten ondersteunen door de reeds genoemde comparative health research. Het onderscheid tussen gemeentelijke zorg- en dienstverlening, eerste lijn, ziekenhuis en zorgverzekeraar wordt dan minder scherp. Alle instanties hebben gezondheid als business en doen niet meer een opzichzelfstaand ding. Ik schrijf dit na lezing van het prachtige artikel met een vergelijkbare strekking van Asch en collega's.[54] Zij eindigen hun betoog met een tekst die ik graag onderschrijf: *'In the future, successful doctors, hospitals, and health systems will shift their activities from delivering health services within their walls toward a broader range of approaches that deliver health.'* In de volgende hoofdstukken komt per zorgaanbieder en instantie aan de orde wat er moet veranderen om deze brede aanpak mogelijk te maken.

Ik dank Rick Grobbee, hoogleraar klinische epidemiologie aan het UMC Utrecht voor zijn stimulerende gesprekken over zoutintake en andere aspecten van preventie van hart- en vaatziekten.

5

GEBOORTEZORG: EEN GOED BEGIN IS HET HALVE WERK

Dit hoofdstuk begint met gegevens over de Nederlandse geboortezorg (paragraaf. 5.1). Daarna volgen in paragraaf 5.2 twee productinnovaties waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is: het kinderwensconsult en de betere selectie tijdens de zwangerschap op het risico van een (on)gunstig verloop van de bevalling. In paragraaf 5.3 komen procesinnovaties aan de orde zoals thuiszorg voor risicozwangerschappen, proactieve ondersteuning bij het bevallen, multidisciplinaire zorgpaden en Finse (aanstaande-) oudergroepen. In paragraaf 5.4 komen tal van wenselijke systeeminnovaties aan bod zoals veiligheidsmeting via zwangeren, geboortecentra, perinatale audit, integrale bekostiging en concentratie van het zorgaanbod. Het hoofdstuk eindigt met de conclusie dat betere gezondheid, betere zorg en grotere doelmatigheid mogelijk zijn als voor de besproken innovaties draagvlak in de geboortezorg wordt gevonden.

5.1 DE NEDERLANDSE GEBOORTEZORG ZIT NU IN DE MIDDELMOOT VAN DE EUROPESE LANDEN

De perinatale sterfte (het aantal doodgeborenen na 28 weken plus het aantal overleden zuigelingen jonger dan 28 dagen gedeeld door het aantal levend- en doodgeborenen) in Nederland daalde van 10,2 per 1.000 in 1992 via 8,8 in 2002 naar 5,3 in 2012.[1] Rond 1999 was de perinatale sterfte in Nederland het hoogst van de toen 15 EU-landen. In 2004 was deze sterfte in Nederland gedaald ten opzichte van 1999. De daling in andere landen was echter vaak even sterk of sterker. Nog steeds scoorde Nederland slecht ten opzichte van andere Europese landen. Over 2010 bleek (in de Peristat-studie 2013[1a]) dat sinds 2004 het aantal doodgeborenen na 28 weken sterker was gedaald in Nederland dan elders in Europa. Deze daling van de perinatale sterfte in Nederland heeft geleid tot een betere positie binnen de 29 Europese landen. Nederland behoort sinds dat jaar tot de Europese middelmoot. Ongeveer 85 procent van de perinatale sterfte hangt samen met aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en een slechte start bij de geboorte.[2]

In 2013 verscheen een uitgebreide vergelijking van:

1 geboortezorg geleid door (eerstelijns of klinisch) verloskundigen, met
2 geboortezorg geleid door gynaecologen of huisartsen.[3 4]

Deze Cochrane-review constateert op basis van dertien *randomized clinical trials* bij de eerste groep minder pijnbestrijding, minder kunstverlossingen, meer continuïteit van zorg, positievere ervaringen bij de moeders en lagere kosten. In Nederland doen eerste-

lijns- en klinisch verloskundigen samen de meeste bevallingen en beperken gynaecologen zich tot kunstverlossingen zoals de keizersnede. Volgens de genoemde Cochrane-studie is dat prima. Wat nog ontbreekt is een soepele samenwerking tussen eerstelijns- en klinisch verloskundigen en van eerstgenoemden met gynaecologen.

De afname sinds 1999 van de perinatale sterfte is te verklaren door het uitkomen van enkele alarmerende rapporten en artikelen. Het bekendste is het geruchtmakende rapport van 2009 *Een goed begin*.[5] Maar ook al eerder signaleerden diverse onderzoekers[6 7 8] dat de geboortezorg in Nederland zich ongunstig ontwikkelde in vergelijking met het buitenland. De hier genoemde wetenschappelijke publicaties brachten een stroom van zorginnovaties en beleidsmaatregelen op gang. Net zoals in 1918 gebeurde toen een CBS-rapport hoge kindersterfte signaleerde in Zuid-Nederland (zie paragraaf 2.2). Toen kwamen de eerste consultatiebureaus en begon de professionalisering van de verloskunde.[9] De epidemiologische onderzoeken sinds 2004 maakten zorginnovaties urgent. Ze leidden tot een reeks zorginnovaties (afbeelding 5.1). Deze zijn ingedeeld naar product-, proces- en systeeminnovaties (zie hoofdstuk 1 voor een toelichting op deze driedeling). In deze afbeelding benoem ik niet de zinvolle interventies om zwangeren te stimuleren om te stoppen met drinken[10] en met roken[11]. In de voorafgaande hoofdstukken kwamen dergelijke interventies al aan bod.

De zorginnovaties voor geboortezorg vermeld in afbeelding 5.1 passeren hierna de revue.

Soort innovatie	Naam van de innovatie
Productinnovaties	Kinderwensconsult
	Gestandaardiseerde kennismaking in de achtste week en betere risicoselectie
Procesinnovaties	Thuiszorg voor risicozwangeren
	Eerstelijnsverloskundige bestrijdt pijn tijdens bevalling
	Proactieve ondersteuning bij het bevallen
	Multidisciplinaire zorgpaden
	Finse (a.s.) oudergroepen
Systeeminnovaties	Veiligheidsmeting via zwangeren
	Verloskundige samenwerkingsverbanden / geboortecentra
	Perinatale audit
	Concentratie van zorgaanbod
	Het cappuccinomodel

Afbeelding 5.1. Innovaties in de geboortezorg sinds 1995

5.2 PRODUCTINNOVATIES IN DE GEBOORTEZORG

HET KINDERWENSCONSULT: MEER PREVENTIE EN BETERE RISICOSELECTIE

Van de 178.500 kinderen die in 2007 geboren werden, hadden naar schatting circa 1.700 kinderen een ernstige aangeboren afwijking. Deze schatting komt neer op ongeveer 1 op de 100. Dit risico is veel groter dan het risico op een ernstig ongeval in het verkeer (leidend tot ziekenhuisopname) dat 1 op de 550 verkeersdeelnemers bedraagt.[12] Voor ouders is het ontdekken van een aangeboren afwijking een ramp die negen jaar later nog tot stress leidt.[13] Bij ernstige afwijkingen zouden ouders een andere keuze gemaakt hebben als zij op de hoogte waren gesteld van het bestaande risico.[14] Een kinderwensconsult, ofwel in jargon het preconceptieconsult, kan het aantal geboren kinderen met aangeboren afwijkingen verlagen. De eerste pleidooien verschenen in 1976. In navolging van de Gezondheidsraad definieer ik preconceptiezorg als het geheel aan maatregelen ter bevordering van de gezondheid van de aanstaande moeder en het aanstaande kind die, willen ze effectief zijn, bij voorkeur vóór de conceptie moeten worden genomen.[15] De inhoud van zo'n consult bestaat onder meer uit het inventariseren van de risico's op een geboorteafwijking, de voorlichting over deze risico's en adviseren over eventuele te ondernemen acties. Daarnaast bevat het consult advisering aan de (aanstaande) zwangere over voedings- en genotmiddelen, arbeidsomstandigheden en geneesmiddelengebruik. Thans is het onduidelijk wat de doelstelling is van preconceptuele en prenatale screening.[16] Is de doelstelling preventie van ziekte door vroegtijdige behandeling na de geboorte (bijvoorbeeld op het gen dat een essentiële rol speelt bij cystische fibrose) of is de doelstelling het faciliteren van een verantwoorde keuze van de ouders om de zwangerschap wel of niet voortijdig af te breken? Bij het laatste geval past het respect om niet te willen weten of de pasgeborene afwijkingen zal hebben. Bij de eerste optie past een standaardpakket en betaling uit de Zorgverzekeringswet.

Wat opvalt in de literatuur van het genoemde rapport van de Gezondheidsraad en mijn eigen daarop aansluitende literatuurstudie is dat onderzoeken over de medische effectiviteit van het preconceptieconsult en over kosteneffectiviteit ontbreken. Vanwege het ontbreken hiervan heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) het preconceptieconsult niet in haar standaard over preconceptiezorg opgenomen.[17] Waarschijnlijk is de effectiviteit gunstig, want het vermijden van geboorteafwijkingen betekent het vermijden van dure, soms jaren durende ingrepen. Preconceptiezorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan de triple-aimdoelstellingen, maar is nog niet rijp voor implementatie. Het parlement was te vroeg in 2011 met haar besluit om preconceptiezorg breed in Nederland te bepleiten. Thans lopen studies naar de effectiviteit ervan.

GESTANDAARDISEERDE EERSTE KENNISMAKING EN BETERE RISICOSELECTIE

Het gestandaardiseerde kennismakingsgesprek in de achtste week (zie afbeelding 5.1) is gericht op een betere voorspelling van het verloop van de zwangerschap en de vermoedelijke plaats van de bevalling. Daarmee is de kans te verkleinen (maar niet geheel uit te sluiten) dat ouders op het laatste moment worden teleurgesteld over de door hun gewenste thuisbevalling.

Dit kennismakingsgesprek is extra naast de reeds bestaande zwangerschapstesten zoals de combinatietest en de 20-wekenecho. Ongeacht de plek (ziekenhuis, verloskundige praktijk of huisarts) waar de zwangere zich aanmeldt, vindt de kennismaking plaats op

een gestandaardiseerde wijze door een eerstelijnsverloskundige. In het gesprek komen aan de orde: screening op aangeboren afwijkingen (voor zover nog niet vastgesteld bij het preconceptieconsult), de thuissituatie van de zwangere en de somatische en geestelijke gezondheid van de zwangere alsook de wens voor de locatie van de bevalling: thuis, in een geboortecentrum onder leiding van een eerstelijnsverloskundige of op de poliklinniek. De eerste kennismaking is ook het begin van de sociale verloskunde zoals bepleit door Semtas en collega's[18] en toegepast in het programma 'Healthy Prenancy for All'.[19]

ZonMw heeft tien regionale consortia (academische centra, verloskundige samenwerkingsverbanden en maatschappen gynaecologie) gevraagd mee te werken aan onderzoek ter verbetering van de geboortezorg. Het onderzoek in Utrecht richt zich op het verbeteren van de huidige risicoselectie door een brede screening op risicofactoren voor de meest voorkomende zwangerschapscomplicaties. De eerste fase van het onderzoek betreft het beter en eerder opsporen van pre-eclampsie (in de volksmond: zwangerschapsvergiftiging) en zwangerschapsdiabetes. Door die betere opsporing kent iedere vrouw al vroeg de aandachtspunten voor haar zwangerschap, zodat risicogestuurde zorg op maat zonder onnodige interventies mogelijk is. Dit Utrechtse onderzoek heet RESPECT.[20] Het woord staat voor *risk selection for pregnancy complications to provide tailored care*. Indien het lukt de risicoselectie te verbeteren, zou de perinatale sterfte enigszins kunnen dalen, evenals de kosten van verwijzingen *durante partu* (tijdens de bevalling). De kwaliteit van zorg gaat omhoog omdat zwangeren beter kunnen anticiperen op hun risico's.

5.3 PROCESINNOVATIES IN DE GEBOORTEZORG

THUISZORG VOOR RISICOZWANGEREN VERSPREIDDE ZICH NIET ERG

Risicozwangeren zijn zwangeren met een complicatie in de zwangerschap zoals een dreigende vroeggeboorte (*preterme partus*) zwangerschapshypertensie, zwangerschapsvergiftiging (pre-eclampsie), diabetes, groeivertraging of een afwijking bij het kind. Dagelijkse evaluatie van de toestand van moeder en kind is noodzakelijk. Gebruikelijk is dat zij daarvoor gedurende de zwangerschap enkele dagen of weken (en soms maanden) verblijven op de afdeling verloskunde van een ziekenhuis. In 1996 bleek uit een gerandomiseerd experiment dat de medische uitkomsten bij thuismonitoring even goed waren als bij ziekenhuisopname. Zwangeren ontvingen thuis meer sociale steun dan bij opname en de belasting thuis was lager dan in het ziekenhuis. De kosten per zwangere bij thuismonitoring waren 34 tot 44 procent lager dan bij opname.

Ondanks de verbetering op twee van de drie triple-aimdoelstellingen (kwaliteit van zorg omhoog en kosten per patiënt omlaag) heeft deze innovatie zich niet erg verspreid. Anno 2013 bieden hooguit twintig van de honderd Nederlandse ziekenhuizen thuismonitoring van risicozwangeren aan. Het is gissen waarom deze innovatie zich zo langzaam verspreidt. Enkele vermoedens zijn de volgende. Ten eerste vereist thuismonitoring dat verloskundigen elke dag enkele van deze zwangeren bezoeken. Voor een klein ziekenhuis is dit moeilijk te organiseren omdat de bedrijfsdrukte te gering is. Een alternatief is dat een eerstelijnsverloskundige deze groep risicozwangeren dagelijks thuis bezoekt. Dit was in 1996 evenwel geen optie omdat eerstelijnsverloskundigen onvoldoende expertise hadden om de genoemde complicaties te beoordelen. Ten derde hadden en hebben de maatschappen gynaecologie geen financiële baat bij deze innovatie omdat deze tot minder inkomsten leidt.

EERSTELIJNSVERLOSKUNDIGE BESTRIJDT PIJN TIJDENS DE BEVALLING

Veel mensen bestrijden zelf hun pijn door een paracetamol in te nemen. Tandartsen bestrijden pijn door bij vullen of trekken de kies te verdoven met een prik. Eerstelijnsverloskundigen mogen dat niet; als een vrouw veel pijn heeft, moeten zij een gynaecoloog vragen om een anesthesist in te roepen voor een epidurale prik. Dat kan beter en goedkoper. Ten eerste is het denkbaar dat verloskundigen een prik met zuiver water geven. Dat vermindert pijn en ontspant, zo blijkt in veel andere landen.[21] Ten tweede kunnen zij de bevoegdheid krijgen om een beperkt aantal pijnstillers toe te dienen tijdens de bevalling. Verloskundigen in een ziekenhuis (die daar 90 procent van de bevallingen doen) doen dat ook. Zij zijn daartoe door de gynaecoloog geautoriseerd. Binnen een verloskundig samenwerkingsverband (vsv) van eerstelijnsverloskundigen en gynaecologen is die autorisatie te realiseren. Als zo'n verloskundige in een geboortecentrum werkt, kan zij immers zelf een anesthesist inroepen. Die kan dan in een kwartier de epidurale prik toedienen. Daarna zet de verloskundige de begeleiding tijdens de bevalling voort. Dat deze innovatie niet van de grond komt, heeft te maken met het ontbreken van gezamenlijke standaarden voor pijnbestrijding en met een verkeerde financiële prikkel. Maatschappen gynaecologie verdienen geld aan (pijnbestrijding tijdens) bevallingen. Overheveling van een deel van de pijnbestrijding naar verloskundigen betekent wegvallen van inkomen.

MINDER MEDICALISERING DANKZIJ PROACTIEVE ONDERSTEUNING TIJDENS DE BEVALLING

In de afgelopen jaren vond weinig onderzoek plaats naar medicalisering van de geboortezorg. De medicalisering omschrijf ik hier als het toenemend gebruik van aanvullende diagnostiek tijdens de zwangerschap, de daling van het aantal natuurlijke bevallingen en de toename van het aantal kunstverlossingen zoals keizersnedes en vacuümextracties. Aanvullende medische diagnostiek is te rechtvaardigen indien daardoor kunstverlossingen minder vaak nodig zijn. In dit boek meet ik (bij gebrek aan andere statistische gegevens) de genoemde medicalisering met het percentage keizersnedes (*sectio caesarea*) per 100 levendgeborenen. Dit percentage bedraagt in Nederland 14,3.[22] Dat is het laagste van alle OESO-landen. Die scoren gemiddeld 25,8 procent. Brazilië scoort het hoogste met 47,4 procent. In Nederland stijgt het aantal keizersnedes met 2,4 procent per jaar. Dit heeft onder andere te maken met het verschijnsel dat stuitbevallingen niet meer langs natuurlijke weg plaatsvinden, maar bijna alle uitmonden in een primaire keizersnede. Na een keizersnede kunnen direct complicaties ontstaan, zoals een infectie of een ernstige trombose. Bij een eventuele volgende zwangerschap hebben moeder en kind een verhoogd risico op complicaties.[23]

Vanwege zorgen over het stijgende percentage keizersnedes, met name vanwege niet vorderende bevallingen, ontwikkelden de Nederlandse gynaecologen Reuwer en Bruinse een beleidsplan 'Proactive Support of Labor' (PSL).[24] Dit heeft als doel langdurige, traumatische bevallingen en operatieve kunstverlossingen te voorkomen. De pijlers zijn terughoudendheid met het inleiden van de bevalling zonder strikte medische indicatie, een strikte diagnose van het begin van de spontane bevalling, intensieve een-op-een begeleiding en het proactief corrigeren van te langzame vordering door tijdige bijstimulatie van de weeën zodat de barende fit genoeg blijft om zelf haar kind te kunnen uitdrijven. Met dit beleid bevalt 98 procent binnen 12 uur en heeft het St. Elisabeth Ziekenhuis een hoog percentage spontane bevallingen. Ik merk op dat er

tot nu toe in Nederland geen vergelijkende studie heeft plaatsgevonden tussen de PSL-aanpak en de gebruikelijke geboortezorg met als uitkomstmaat het aantal keizersneden, de ervaringen van de kraamvrouwen en de kosten van geboortezorg. Ook een recente review over dit onderwerp biedt geen eenduidig antwoord.[25]

Nu het aantal thuisbevallingen in Nederland afneemt, is de kans aanwezig dat het aantal keizersnedes gaat groeien naar het OESO-gemiddelde. Wat opvalt is dat deze Proactive Support of Labor niet echt is aangeslagen in de Nederlandse ziekenhuizen en bij eerstelijnsverloskundigen. Het aantal spoedverplaatsingen *durante partu* is nog steeds hoog[26] en het aantal keizersnedes blijft stijgen. Brede implementatie van PSL blijft tot nu toe uit om verschillende redenen. Ten eerste ontbreekt hard wetenschappelijk bewijs dat PSL beter werkt dan gebruikelijke zorg. Daarom vond er tot nu toe geen vertaling plaats van de resultaten van Reuwer en Bruinse in richtlijnen van verloskundigen en gynaecologen over de begeleiding tijdens de bevalling. Ten tweede ontbrak in de afgelopen jaren samenwerking tussen beide genoemde beroepsgroepen. Het gebrek hieraan komt terug in dit hoofdstuk bij de bespreking van de verloskundige samenwerkingsverbanden. Ten derde spelen verkeerde, beleidsarme financiële prikkels een rol. Want bij een bepaalde ontsluiting mag een verloskundige de kosten van een totale bevalling in rekening brengen, wat het aantal spoedverplaatsingen stimuleert als die ontsluiting eenmaal is bereikt.

MULTIDISCIPLINAIRE ZORGPADEN: JA GRAAG

Afbeelding 5.2 vermeldt de definitie van het begrip zorgpad dat in dit en volgende hoofdstukken aan de orde is. In het *Het zorgpadenboek* geven Huiskes en ondergetekende tal van theoretische modellen en tips voor het hanteren van zorgpaden. Die komen terug in hoofdstuk 15 over electieve ziekenhuiszorg. Hier ligt de nadruk op aspecten die bij de geboortezorg naar voren komen.

Ten eerste bestaat er spraakverwarring in geboortezorgland, zo merkte ik tijdens lezingen en workshops. Een zorgpad kan per regio verschillen en is geen algemene en altijd geldende landelijke richtlijn voor beroepsgroepen. Een dunbevolkte regio heeft bijvoorbeeld een andere capaciteitsbenutting dan een dichtbevolkte. Een zorgpad voor spoedobstetrie kan tijdens werkuren een andere invulling hebben dan buiten werkuren. Een zorgpad is ook geen zorgprogramma. Deze term gebruik ik in dit boek voor een verzameling van zorgpaden gericht op hetzelfde type patiënten maar met verschillende tijdsduren. Zo omvat een programma geboortezorg zowel zorgpaden voor zorg tijdens de zwangerschap als zorgpaden voor zorg tijdens de bevalling. Verder: een zorgpad is geen protocol dat altijd bij elke patiënt hetzelfde is, bijvoorbeeld altijd handen wassen voor en na lichamelijk contact. Een zorgpad kan dus variëren per patiënt in doorstroomtijden en capaciteitsbenutting. Ontbreekt deze mogelijkheid tot variatie, dan is er geen sprake van een zorgpad. Dan zijn metaforen van toepassing als wasstraat (die elke auto even snel nat maakt, inzeept en afdroogt), stopwatchprofessional (die niet meer dan x minuten per patiënt aan een handeling mag besteden) en uurtje-factuurtje (waarbij per contact een professional een aantal minuten declareert).

Het ontwerpen van zorgpaden is een van de eerste activiteiten van VSV's. Want daar komt de multidisciplinaire samenwerking voor diverse typen zwangeren en barenden tot haar recht. Op congressen waar ik voordrachten hield, viel mij op dat de overdrachten van eerstelijnsverloskundigen naar gynaecologen en omgekeerd zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de bevalling de grootste struikelblokken vormden

Een zorgpad is een verzameling samenhangende interventies gericht op de gezamenlijke besluitvorming en organisatie van verschillende professionals ten behoeve van een welomschreven groep patiënten en gedurende een welomschreven periode.

Vijf kenmerken moeten aanwezig zijn, wil er sprake zijn van een zorgpad:

1. Een expliciete omschrijving van het doel van het zorgpad, de interventies, de aanbevolen best practice, de verwachtingen van patiënten en van de kenmerken van deze laatsten bij instroom en uitstroom van het zorgpad.
2. De inrichting van de communicatie tussen professionals onderling en met patiënten en hun familie.
3. De coördinatie van het zorgproces, de rollen hierbij van de diverse professionals en de volgorde of gelijktijdigheid van activiteiten van professionals, patiënten en hun familie.
4. De vastlegging, monitoring en evaluatie van data, met name variatie in prestatie-indicatoren.
5. De aanwezigheid van voldoende mensen, apparatuur en huisvesting.

Het doel van elk zorgpad is de kwaliteit van zorg gedurende het hele zorgproces te vergroten, veiligheid in de zorg te vergroten, patiëntervaringen te verbeteren en de benutting te optimaliseren van beschikbare professionals, apparatuur en andere middelen.

Afbeelding 5.2. Definitie zorgpad*
*** Deze definitie is gebaseerd op de Engelstalige definitie van de European Pathway Association, geciteerd in N. Huiskes & G. Schrijvers, *Het zorgpadenboek*, Amsterdam, uitgeverij Thoeris, 2011.**

om een gezamenlijk zorgpad tot stand te brengen. Uitgangspunt zou moeten zijn dat zwangeren en barenden met een laag risico op complicaties onder de verantwoordelijkheid vallen van verloskundigen en dat die met een hoog risico thuishoren bij gynaecologen. De werkelijkheid is anders. Promovendus Pieters[27] stelt vast dat in Tilburgse ziekenhuizen 53 procent van de zwangere patiënten hoort tot de groep met een laag risico. Van zwangeren in behandeling bij een eerstelijnsverloskundige hoort 31 procent tot de hoogrisicogroep. Hoewel beide beroepsgroepen baat zouden hebben bij een soort uitruil van patiënten (verloskundigen vooral laagrisico- en gynaecologen vooral hoogrisicopatiënten), lukt het meestal niet deze te faciliteren door zorgpaden te ontwerpen met heldere beslisbomen over wel of niet verwijzen van zwangeren naar elkaar.

Toch lukte het enkele vsv's in 2012 om dergelijke zorgpaden te ontwerpen. Zo kent het vsv Roos te Roosendaal uitstekende transmurale protocollen voor zorg tijdens de zwangerschap. Utrecht-Zuid hanteert maar liefst 21 transmurale antenatale en perinatale zorgpaden. Iets minder zorgpaden komen voor bij de vsv's te Deventer, Sneek en de regio Rijnmond. Deze opsomming staat hier omdat ik deze in mijn werk tegenkwam. Ik sluit niet uit dat er elders nog betere zijn. Wat ontbreekt in Nederland is een digitale bibliotheek van verloskundige zorgpaden. Dan kunnen vsv's die voor hun regio een transmuraal zorgpad willen maken, makkelijk inventariseren wat er elders al tot stand gekomen is. Wellicht kan het College Perinatale Zorg met haar website www.goedgeboren.nl zo'n digitale bibliotheek gaan opzetten en beheren.

Wie een zorgpad ontwikkelt met interventies waarvan de voorspellende waarde (bij diagnostiek) dan wel de effectiviteit (bij behandeling) door onderzoek is aangetoond, komt professionele handelingen tegen die wel gebruikelijk zijn maar niet wetenschappelijk onderbouwd. Dat gebeurt ook in de geboortezorg. Zo constateerde een onderzoeksteam van het AMC in 2013 tal van gebruikelijke maar overbodige handelingen zoals verlengde tocolyse, gebruik van progesteron bij tweelingzwangerschappen, druklijnen en direct inleiden bij preterm gebroken vliezen.[28] Via een 'budget-impact-analyse' (BIA) constateren zij dat zo binnen het bestaande budget geld vrij kan komen voor betere begeleiding van risicozwangeren en meer gezondheid voor moeder en kind.

Als intermezzo introduceer ik hier de BIA. Bij een BIA is de hoogte van het zorgbudget een gegeven. Onderzoekers trachten daarna de aanwending van het budget zo te optimaliseren dat de hoogste effectiviteit voor de doelgroep van patiënten wordt bereikt.[29 30] Garantini en Van de Vooren vergeleken in 2011 de BIA met de kosten-effectiviteitsanalyse (KEA). Zij constateren twee opvallende verschillen. Ten eerste geldt bij een BIA het perspectief van de budgethouder, terwijl dat bij de KEA de totale samenleving is. Ten tweede vergelijkt een BIA verschillende alternatieven om een budget aan te wijzen, terwijl het bij een KEA gaat om verschillende technologieën.[31] In de paragrafen 10.4 en 10.9 over oncologische zorg komt deze analyse terug.

EERST HET ZORGPAD EN DRIE JAAR LATER DE ONDERSTEUNENDE SOFTWARE, NEE DAT NIET

In de ideale situatie ondersteunt software de zorgpaden in de geboortezorg. Deze bevat de in- en uitstroomcriteria van patiënten, de verwijsbeslisbomen tussen professionals en een automatische tijdregistratie. Verder waarschuwt de software professionals indien zij volgens het zorgpad een handeling moeten verrichten. Zij kunnen evenwel de software overrulen en toch afwijken van het zorgpad. Zij moeten dan wel uitleggen waarom zij afwijken. Want voor hen geldt de regel: *comply or explain*. Verder werken verloskundigen en gynaecologen met een gemeenschappelijk digitaal en transmuraal dossier. Dit dossier is nog geen gemeenschappelijk patiëntendossier – dat is anno 2013 een brug te ver; het bevat alleen informatie die van belang is bij een overdracht.

Dat transmurale dossier is opgebouwd volgens de richtlijnen voor een *continuity of care*-document (CCD)[32] en omvat informatie over:

1 persoons- en verzekeringsgegevens van de patiënt;
2 diens algemene gezondheid;
3 diens huidige gezondheidsproblemen en die uit het verleden;
4 het zorggebruik en zorgplan tot nu toe;
5 de medicatie;
6 de aanwezige allergieën;
7 laboratoriumuitslagen;
8 de adviesvraag van de verwijzer;
9 het antwoord van de professional op de adviesvraag.

De gynaecologen van het Flevoziekenhuis te Almere hanteren een dergelijk digitaal dossier; zwangeren kunnen dit zelf openen en aan professionals overhandigen indien zij elders dan in Almere dreigen te bevallen. Deze CCD-droomwereld is nog ver weg. Mijn ervaring leert dat de meeste transmurale zorgpaden voor geboortezorg na drie jaar nog geen softwareondersteuning kennen. Toch is deze wenselijk en dringend nodig

om de overeenstemming tussen zorgpaden en gerealiseerde zorgtrajecten te evalueren en zorgpaden aan te passen, dan wel de praktijk meer in overeenstemming te brengen met de zorgpaden.

OUDERGROEPEN IN FINLAND. WANNEER IN NEDERLAND?

Aanstaande ouders (vooral aanstaande moeders) volgen in Finland net als in Nederland cursussen met daarin zwangerschapsgym en vele voorlichtingsactiviteiten.[33] In Finland blijven deze oudergroepen bestaan vanaf vier weken tot zes maanden na de geboorte van de kinderen. Zij staan dan onder leiding van een jeugdverpleegkundige. Voorlichting, borstvoeding, uitwisselen van ervaringen en ontzwangeren staan centraal in deze postnatale voortzetting van de prenatale cursus. Na zes maanden faciliteert de jeugdgezondheidszorg voortzetting van de oudergroep door ruimte ter beschikking te stellen indien geen van de ouders thuis de groep wil ontvangen of als ouders dat zelf willen. Sommige van deze oudergroepen blijven daarna wel twintig jaar bestaan: de ouders zijn vrienden geworden. Deze vorm van wederzijdse ondersteuning heet met een professionele term *parental support*. Daardoor kunnen meer kinderen een gelukkige jeugd hebben. Meer ouders beleven dan plezier aan het opvoeden van hun kinderen en meer onderlinge hulp wordt mogelijk. Wellicht is ook een daling in zorggebruik bij opvoed- en opgroeiproblemen mogelijk. Voor degene die vóór de geboorte van het kind wil starten met zo'n Finse oudergroep: weet mij te vinden via www.guusschrijvers.nl. Ik ben graag adviseur. Met het bespreken van deze oudergroepen zijn nu alle procesinnovaties van afbeelding 5.1 aan bod geweest. Ik ga nu over tot de systeeminnovaties.

5.4 SYSTEEMINNOVATIES IN DE GEBOORTEZORG

ZWANGEREN VOELEN ZICH (ON)VEILIG

In de media vond in 2010 en 2011 een heftig debat plaats over de veiligheid van de thuisbevalling. Wat daarin opviel was dat alleen professionals aan het woord kwamen. De zwangeren zelf kwamen niet aan bod. Ik nam contact op met enkele zorgverzekeraars en wees op deze leemte. Ik attendeerde hen erop dat hiervoor in Engeland wel aandacht bestaat.[34] Deze actie leidde tot een studie om een vragenlijst te ontwikkelen over ervaringen met geboortezorg ongeacht de plaats en het type professional dat de zorg verleent.

De lijst heeft als naam ReproQ en bestaat uit twee delen. Het eerste deel gaat over de ervaringen met de zorgverlening tijdens de zwangerschap. De zwangere vult deze in aan het einde van de zwangerschap maar vóór de bevalling. Het tweede deel betreft de ervaringen tijdens en kort na de bevalling en betreft ook de kraamzorg en het eerste contact met de jeugdgezondheidszorg. De onderzoekers hebben de tweedeling gemaakt omdat de zorgverlening, de betrokken zorgverleners en dus de ervaringen van de (voormalige) zwangeren antenataal en postnataal verschillend kunnen zijn.

ReproQ vraagt naar vier meer persoonsgebonden ervaringsdomeinen (respect, autonomie, privacy en communicatie) en vier meer aan de setting of de omgeving gebonden domeinen (tijd tot geboden hulp, sociale ondersteuning, faciliteiten, en keuze en continuïteit). De wachttijd tot geboden hulp vormt een indicator voor de ervaren veiligheid van de zwangere. De acht domeinen zijn ontleend aan de domeinen waarover patiënten verschillen kunnen waarnemen ofwel waarvoor responsiviteit bestaat bij patiënten. De WGO hanteerde deze acht te onderscheiden ervaringsdomeinen met responsiviteit voor het eerst in 2003.[35] Onderzoekers van het UMC Utrecht en het Erasmus MC testen

ReproQ inmiddels uit in diverse regio's.[36] Wat nu al opvalt is dat zwangeren ervaringen van (on)veiligheid tijdens de zwangerschap en bevalling goed kunnen verwoorden. In mijn droom wordt elke twintigste zwangere via het internet bevraagd met ReproQ en daartoe gestimuleerd door verloskundigen en gynaecologen.

VERLOSKUNDIG SAMENWERKINGSVERBANDEN: EEN BEGIN IS GEMAAKT

Rond elk van de 94 Nederlandse ziekenhuizen bestaat tegenwoordig een vsv. Daaraan nemen in ieder geval de gynaecologen van dat ziekenhuis en de eerstelijnsverloskundigen deel die hun zwangeren vooral naar dat ziekenhuis verwijzen. Soms doen ook vertegenwoordigers van maatschappen kindergeneeskunde, kraamzorginstellingen en afdelingen jeugdgezondheidszorg van GGD'en/of thuiszorgorganisaties mee.

Sommige vsv's draaien al vele jaren, zoals in Deventer rond het Deventer Ziekenhuis. Andere zijn opgericht of nieuw leven ingeblazen na de verontrustende rapporten die aan het begin van dit hoofdstuk aan bod kwamen. Sommige vsv's draaien in pais en vree en ontwikkelen zich voorspoedig zoals in Amsterdam-Oost rond het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Andere kennen vijanddenken, calimerogedrag, arrogantie en wantrouwen. vsv's vormen een netwerkorganisatie van zelfstandige professionals waarbij het beleid in overleg en onderhandelingen vorm krijgt. Er ontbreekt een hiërarchische, centrale leiding die verantwoordelijk is voor kwaliteit en financieel beleid.

Aan een vsv zijn zes kwaliteitsaspecten (afbeelding 5.3) te onderkennen. Deze zijn gebaseerd op de zes aspecten die de Inspectie voor de Gezondheidszorg hanteert bij het beoordelen van samenwerking in de nulde en eerste lijn.[37] De zes aspecten beschrijven gezamenlijk de structuurkwaliteit van een vsv zoals door kwaliteitsexpert Donabedian[38] is verwoord (zie hoofdstuk 1). Zij verhogen de kans op goede zorg, maar zijn daarvoor geen garantie. Donabedian onderscheidt ook proceskwaliteit (voldoet de geboden verloskundige zorg aan de gestelde professionele nationale richtlijnen?) en uitkomstkwaliteit (daalt de perinatale sterfte dankzij de werkzaamheden van een vsv?). Deze kwaliteitsdimensies komen niet aan bod bij de zes vragen van afbeelding 5.3. Ik weet het. In de loop der jaren heb ik vijftien vsv's meegemaakt. Zij konden antwoord geven op de genoemde zes vragen. Men is deze jaren bezig deze zes kwaliteitsaspecten te realiseren. Of op vsv-niveau proces- en productkwaliteit daadwerkelijk verbeteren, bleek bij die

1.	Is er een gezamenlijke probleemanalyse opgeschreven op basis van statistische en andere informatiebronnen?
2.	Zijn er gezamenlijke doelstellingen voor de komende jaren op schrift gesteld?
3.	Wordt de kwaliteit van zorg regelmatig geëvalueerd en in gezamenlijke scholing verbeterd?
4.	Zijn het interne overleg, het berichtenverkeer en de besluitvorming op schrift gesteld?
5.	Bestaan er zorgpaden voor instroom, taakverdeling en doorverwijzing?
6.	Worden externe partijen zoals zorgverzekeraar, gemeente, ambulancedienst en ziekenhuisbestuur betrokken bij het voorbereiden en uitvoeren van het VSV-beleid?

Afbeelding 5.3. Kwaliteitskenmerken van een verloskundig samenwerkingsverband

vijftien vsv's nog niet te meten. Ik heb mij daarmee verzoend. Want anders wordt het betere de vijand van het goede. Anders raken professionals gedesillusioneerd vanwege niet te realiseren kwaliteitsmetingen.

GEBOORTECENTRA: NET ZO GOED ALS THUIS

Aan de rand van het Franciscus Ziekenhuis te Roosendaal staat het Centrum voor verloskunde ROOS.[39] Eerstelijnsverloskundigen houden daar en ook elders in de regio zwangerschapsspreekuren. Zij organiseren van daaruit thuisbevallingen. Ook begeleiden zij barenden die niet thuis maar in dat centrum willen bevallen. Dat doen deze verloskundigen onder eigen verantwoordelijkheid en niet onder supervisie van gynaecologen. Wel bestaan er afspraken voor de begeleiding tijdens de bevalling in het centrum. Als er complicaties optreden kan de verloskundige een gynaecoloog voor een consult oproepen. Via een achterdeur in het geboortecentrum kan de barende op een brancard naar bijvoorbeeld een operatiekamer of klinische kraamafdeling gaan. Dan vindt ook overdracht van verantwoordelijkheid voor de begeleiding tijdens de bevalling plaats van verloskundige naar gynaecoloog. Interessant is de optie dat bij piekbelasting binnen het centrum klinisch verloskundigen kunnen bijspringen bij begeleiding tijdens de bevalling.

Het Centrum voor verloskunde ROOS is een voorbeeld van een geboortecentrum. Zij zijn in opkomst in of naast het gebouw van vele ziekenhuizen. Maar nergens zag ik zo'n groot draagvlak bij alle regionale verloskundigen en gynaecologen, zoveel transmurale zorgpaden en zo'n mooi vormgegeven en goed gesitueerd gebouw als in Roosendaal. Helaas gaat de concentratie van het geboortezorgaanbod (zie verderop in dit hoofdstuk) waarschijnlijk roet in het eten gooien. Want op termijn gaat alle verloskunde uit het Franciscus Ziekenhuis over naar het nabijgelegen Lievensberg ziekenhuis in Bergen op Zoom. Of geboortecentra zoals in Roosendaal de kwaliteit van zorg verhogen, medicalisering tegengaan en kosten verlagen, vormt deze jaren onderwerp van onderzoek. Ik denk het wel. Ze lijken soms een aantrekkelijk alternatief voor thuisbevallingen, zowel voor de zwangeren als de verloskundigen. Maar degelijk onderzoek met controlegroepen, voor- en nameting en gevalideerde meetinstrumenten moet dat nog uitwijzen.

DE PERINATALE AUDIT: EEN INDRUKWEKKENDE INNOVATIE

Maandelijks komen tegenwoordig alle verloskundigen en gynaecologen van een vsv bijeen om te beoordelen of perinatale sterfgevallen in de afgelopen periode te voorkomen waren. Op basis van het oordeel stellen aanwezigen voorstellen op ter verbetering van de zorg aan zwangeren met een hoog risico op moedersterfte en perinatale sterfte van de pasgeborene. De casuïstiek die professionals inbrengen tijdens een perinatale audit, is geanonimiseerd. Het gaat er niet om schuldigen aan te wijzen, maar om van elkaar te leren. Het motto is: geen verwijtbaarheid maar vermijdbaarheid. De maandelijkse bijeenkomsten staan bekend onder de naam perinatale audit. De Stichting Perinatale Audit Nederland[40] coördineert de bijeenkomsten. In het jaar 2009 vonden proefopzetten plaats van deze audits, waarna aanpassing plaatsvond. Daarna vond verspreiding plaats gedurende de jaren 2010-2012 naar alle vsv's in Nederland.[41]

De audits leidden tot vele aanbevelingen en verbeteringen in de geboortezorg.[42] Zo bleek dat 10 procent van de perinatale sterfte te verklaren is door zorgverlening die niet aan de standaardvereisten voldoet. Bij de helft van de sterfgevallen bestond miscommunicatie tussen meerdere zorgprofessionals. Op dit punt ontstond betere samenwerking. Andere verbeteringen betreffen de totstandkoming van een nieuwe richtlijn 'Min-

der leven voelen' en het optimaliseren van de echoscopie. Bijvangst is dat de audits leiden tot meer vertrouwen over en weer tussen de professionals. Interessant is de gedachte om de perinatale audit uit te breiden. In 2013-2014 worden alle voldragen kinderen die op een neonatale IC worden opgenomen vanwege zuurstofgebrek tijdens de bevalling (asfyxie) geaudit. Een tweede nieuwe groep bestaat uit die kinderen die tijdens de geboorte of in de eerste vier weken daarna overlijden.[43] vsv-vertegenwoordigers in mijn eigen masterclasses merkten op dat de audits veel meer aanbevelingen opleveren dan in de praktijk te implementeren zijn. Want zorgprofessionals hebben het te druk met de dagelijkse praktijk om aanbevelingen uit te werken. Ook is soms onduidelijk binnen een vsv wie verantwoordelijk is om een verbetering door te voeren.

CONCENTRATIE VAN ZORGAANBOD: WEES KRITISCH

Sluitingen van verloskundige afdelingen van ziekenhuizen in Meppel, Dokkum en ook Utrecht schrikten de afgelopen jaren de Nederlandse media en politieke vertegenwoordigers op. De sluitingen verdienden geen schoonheidsprijs. Ten eerste kwamen de besluiten onaangekondigd en zonder mogelijkheid van beïnvloeding vooraf door eerstelijnsverloskundigen, patiëntenorganisaties en gemeenteraden. Ten tweede was niet duidelijk wat de eigen standpunten waren van maatschap, ziekenhuisbestuur, zorgverzekeraar en Inspectie. Ik signaleerde dat partijen elkaar de zwartepiet toespeelden. Ten derde bleef onduidelijk wat de argumenten waren. Was de kwaliteit van de te sluiten afdeling in het verleden onvoldoende? Of was de kwaliteit op orde maar was de afdeling te duur? Of was de werkbelasting met al die nachtdiensten voor de professionals te hoog? Ik miste ook onderbouwing van de argumenten, waardoor experts – ik reken mijzelf daartoe – de onderbouwing niet konden narekenen en geen gefundeerde mening konden geven over het besluit.

De ophef over de genoemde sluitingen hebben geleid tot een passage in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte-Asscher dat met verzekeraars een convenant wordt afgesloten inzake de concentratie van dure, complexe en acute zorg.[44] Ik neem aan dat hieronder ook de acute verloskundige zorg valt.

Soms ben ik voor en soms ben ik tegen concentratie van afdelingen verloskunde van ziekenhuizen. Mijn mening hangt af van de antwoorden op de volgende vragen:

1 Wat zijn de gevolgen voor de reistijd voor zwangeren en hoogrisicozwangeren met weeën in het verzorgingsgebied?
2 Wat zijn de gevolgen voor de verloskundige zorg dichtbij huis?
3 Wat zijn de gevolgen voor de kwaliteit van zorg door de concentratie?
4 Welke zijn de te verwachten kostenbesparingen door de concentratie?

Ik pleit voor innovatie van de besluitvorming over de voornoemde concentratie. Hierbij presenteren ziekenhuisbesturen in een discussienota de voorgenomen concentratie en beantwoorden zij kritisch en onderbouwd de vier genoemde vragen. In het openbaar reageren verloskundigen, Inspectie, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties op het voorgenomen besluit en de beantwoording van de vragen. Daarna beslissen maatschap en ziekenhuisbestuur definitief over de concentratie. Dit systeem staat in Engeland bekend als het werken met een *Green Paper* (discussienota) die wordt gevolgd door een *White Paper* (beleidsnota).

5.5 HET CAPPUCCINOMODEL: EEN WENKEND PERSPECTIEF

De laatste systeeminnovatie in afbeelding 5.1 betreft de invoering van het cappuccinomodel. Voor het eerst in dit boek komt hieronder een toepassing van dit model aan de orde en wel op de geïntegreerde geboortezorg. Deze is uitgebreider dan die in latere hoofdstukken over andere zorgsectoren.

De theorie van het cappuccinomodel staat reeds beschreven in paragraaf 1.4. In dit boek hanteer ik de term abonnementstarief. Binnen de geboortezorg zijn synoniemen daarvan: a. keten-DBC, b. integrale bekostiging en c. populatiegebonden bekostiging. Kenmerkend voor het abonnementstarief is de aanwezigheid van een relatie met de omvang en andere kenmerken van de te bedienen doelgroep. Wat ontbreekt is een relatie met het volume van het zorgaanbod. Het VSV ontvangt als inkomen een abonnementstarief maal het aantal zwangeren en een abonnementstarief maal het aantal bevallingen. Immers, vanwege de mogelijkheid van zwangerschapsonderbreking leidt niet elke zwangerschap tot een bevalling. Er is daarom in het cappuccinomodel sprake van twee tarieven: één voor alle zorg tijdens de zwangerschap en één voor alle zorg tijdens de bevalling. Het laatste tarief dekt alle kosten van natuurlijke bevallingen: voor kunstverlossingen zoals keizersnedes gelden aparte DBC's. Ik spreek hier van een VSV, maar dat mag ook een andere rechtspersoon zijn zoals een bv of een corporatie. Zeker in de beginperiode is te verwachten dat niet alle verloskundigen in een VSV geld wensen te ontvangen via het cappuccinomodel. Want sommigen zullen de kat uit de boom willen kijken. Er is hier sprake van een systeeminnovatie die zich geleidelijk verspreidt (zie ook paragraaf 1.5).

Het voordeel van het abonnementstarief is dat het VSV eenzelfde financiële prikkel ervaart als de zorgverzekeraar. In wezen neemt het VSV het risico over van de zorgverzekeraar dat er meer activiteiten plaatsvinden dan begroot. De tegenstelling tussen zorgverzekeraar en VSV wordt minder groot. Beide komen een abonnementstarief overeen. Is dat eenmaal vastgesteld, dan streeft ook het VSV naar zo laag mogelijke kosten voor de zorg per zwangere. Mocht het aantal zwangeren toch hoger zijn dan begroot, dan ontvangt het VSV een laag volumetarief dat gerelateerd is aan de kosten die variabel zijn met het aantal zwangeren. Dit lage volumetarief biedt compensatie bij onverwachte drukte en voorkomt motivatieverlies bij verloskundigen en gynaecologen.

Het bepalen van de kostprijs voor integrale geboortezorg door het VSV is geen sinecure. Dat is van groot belang. Want daarvan hangt af welk abonnementstarief zorgverzekeraar en VSV overeenkomen. Denkbaar is bijvoorbeeld dat voor zwangeren jonger dan 18 jaar een dubbel abonnementstarief geldt omdat zij tijdens de zwangerschap veel meer begeleiding behoeven. In dit boek blijven exacte berekeningen achterwege en volsta ik met de constatering dat hierover jaarlijks onderhandeld moet worden net zoals bij het abonnementstarief voor huisartsen.

Het innovatietarief is bedoeld, het woord zegt het al, om innovaties mogelijk te maken zoals genoemd in afbeelding 5.1. Toch is het in dit model ook denkbaar om het tarief aan te wenden om gezond gedrag bij de jonge ouders te stimuleren. Ik licht dit toe met een experiment uit Engeland.[45] In Sheffield ontvangen jonge moeders cadeaubonnen van de universiteit ter waarde van 200 pond indien zij borstvoeding langer dan normaal geven. Met de bonnen zijn producten te koop voor moeder en kind zoals babyvoeding, kinderwagens en babykleding. De redenering bestaat uit drie stappen:

1. Borstvoeding bevordert de gezondheid van het kind. Ze vermindert maagproblemen, astma en andere luchtwegaandoeningen en bevordert de hechting van moeder en kind.[46]

2 Moeders ervaren een stimulans met de cadeaubonnen om langer door te gaan met borstvoeding.
3 Borstvoeding en cadeaubonnen besparen meer zorgkosten op latere leeftijd voor de baby dan de cadeaubonnen hebben gekost. Thans vindt in Engeland een evaluatie plaats of deze redenering in drie stappen klopt.

Stel dat een vsv in 2015 van een zorgverzekeraar geld ontvangt volgens het cappuccinomodel: een abonnementstarief per zwangere en per bevalling, een laag bedrag per zwangerschap en per bevalling, en een innovatietarief om een of meer van de bovengenoemde innovaties te bekostigen. Zijn eenmaal de drie tarieven van het cappuccinomodel vastgesteld, dan sluit het vsv-bestuur (of een andere rechtspersoon) daarna urencontracten af met verloskundigen, gynaecologen, kraamzorginstellingen en andere professionals zoals lactatiekundigen die passen binnen het totale budget van de abonnementstarieven maal het aantal te verwachten zwangerschappen en bevallingen in 2015. Op basis van zorgpaden vindt een taakverdeling plaats tussen verloskundigen, gynaecologen en andere professionals.

Het vsv (of een andere rechtspersoon) rapporteert begin 2016 aan de verzekeraar over het gerealiseerde aantal natuurlijke bevallingen, de gemaakte uren, de structuur-, proces- en uitkomstkwaliteit, de perinatale audit alsmede over de ervaringen van een steekproef van de patiënten die zijn bevraagd met de eerder besproken ReproQ. Het bestuur informeert in 2015 alle professionals regelmatig over dezelfde domeinen. Indien het vsv de zorg in 2015 realiseert tegen minder kosten dan begroot, mag het vsv het bespaarde bedrag voor de helft uitkeren aan haar leden. Dit is een voorbeeld van de in paragraaf 1.3 besproken shared-savingsaanpak. De andere helft gaat terug naar de zorgverzekeraar.

Verschillende zorgverzekeraars bereiden thans experimenten voor met een abonnementstarief (populatiegebonden bekostiging) in de geboortezorg die min of meer in de buurt komen van bovenstaande beschrijving. De experimenten moeten bewijzen of onderstaande hypotheses kloppen:
– De cappuccinobekostiging leidt tot een groter aandeel van natuurlijke bevallingen en een kleiner aandeel van kunstverlossingen zoals keizersnedes.
– Deze bekostiging leidt tot betere risicoselectie tijdens de zwangerschap ter voorkoming van onverwachte en extra zorg tijdens de bevalling.
– Dankzij het innovatietarief zijn de hiergenoemde innovaties makkelijker te realiseren dan zonder zo'n tarief.
– Deze bekostiging leidt tot minder verwijzingen *durante partu* (tijdens de bevalling) omdat de financiële prikkel van dubbele betalingen wegvalt voor verloskundigen en gynaecologen.
– Professionals zijn bereid binnen een budgetplafond te werken en eventueel meer bevallingen dan begroot te begeleiden.

Er bestaat enige ervaring in Nederland met het werken met integrale bekostiging (zo heet het abonnementstarief bij de zorg aan mensen met chronische aandoeningen) voor patiënten met diabetes (zie paragraaf 8.6).[47] De ervaringen bij diabeteszorg zijn niet zo gunstig voor de kostenontwikkeling. Dat komt omdat daar geen sprake is van participatie van medisch specialisten. Dat is in dit voorbeeld wel het geval. Naast dit voorbeeld van financiële innovatie in de zorg voor mensen met chronische aandoenin-

gen bestaan er in Nederland geen voorbeelden van financiële innovaties die klein beginnen, geëvalueerd worden en daarna breed toegepast bij gebleken geschiktheid. In Engeland bestaat meer ervaring met financiële innovatie. Ik leerde daar het spreekwoord: *the devil is in the detail*. Dat gezegde gaat ook op voor de haalbaarheid van het cappuccinomodel in de geboortezorg. Veel hangt af van de hoogte van het bedrag per bevalling en per zwangerschap, de uurtarieven voor de professionals, het beschikbaar gestelde urenbudget, de gestelde kwaliteitseisen, de degelijkheid van de informatievoorziening, de beschikbare ICT, de mate van samenwerking en de berekenwijze van de *shared savings*. Binnen de groep van verloskundigen, gynaecologen en kraamzorgdirecties ontmoette ik in masterclasses en op congressen drie soorten reacties. Ten eerste zijn er professionals die het model omhelzen. Ze zien hier de weg om tal van innovaties te realiseren en de triple-aimaanpak centraal te stellen. De tweede groep kijkt de kat uit de boom. Men begrijpt het model niet goed, maar is bereid zich te laten overtuigen. De derde groep is pragmatisch: indien het cappuccinomodel meer geld oplevert voor de beroepsuitoefening, zijn deze professionals positief en anders niet. Graag zie ik een experiment gerealiseerd met een robuuste continue evaluatie, dat meerdere jaren omvat en grondig is voorbereid op basis van simulatie, oog voor details en minimalisering van de kans dat het misloopt.

5.6 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN IN DIT HOOFDSTUK OP EEN RIJ

Paragraaf 5.1 vergelijkt de geboortezorg in Nederland met die elders in Europa. De volgende punten passeren de revue.

1 De perinatale sterfte in Nederland behoorde in 2010 tot de Europese middenmoot.
2 In 2013 verscheen een uitgebreide vergelijking van a. geboortezorg geleid door (eerstelijns- of klinisch) verloskundigen met b. geboortezorg geleid door gynaecologen of huisartsen. Deze Cochrane-review constateert op basis van randomized clinical trials bij de eerste groep minder pijnbestrijding, minder kunstverlossingen, meer continuïteit van zorg, positievere ervaringen bij de moeders en lagere kosten.
3 Innovaties in de geboortezorg zijn in te delen naar product-, proces- en systeeminnvaties (afbeelding 5.1).

Paragraaf 5.2 gaat over de productinnovaties.

4 Preconceptiezorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan de triple-aimdoelstellingen maar is nog niet rijp voor implementatie.
5 Indien het lukt de selectie tijdens de zwangerschap op risico's tijdens de bevalling te verbeteren, zou de perinatale sterfte enigszins kunnen dalen evenals de kosten van verwijzingen tijdens de bevalling. De kwaliteit van zorg gaat omhoog omdat zwangeren beter kunnen anticiperen op hun risico's.

Paragraaf 5.3 over procesinnovaties levert de volgende bevindingen op.

6 Ondanks de verbetering op twee van de drie triple-aimdoelstellingen (kwaliteit van zorg omhoog en kosten per patiënt omlaag) heeft de innovatie thuiszorg voor risicozwangeren zich niet snel verspreid. Anno 2013 bieden hooguit twintig ziekenhuizen deze zorg aan.
7 Pijnbestrijding door eerstelijnsverloskundigen verhoogt de continuïteit van zorg en verlaagt de kosten van geboortezorg.

8 Proactieve ondersteuning tijdens de bevalling leidt waarschijnlijk tot minder langdurige en traumatische bevallingen en tot minder kunstverlosssingen. Wetenschappelijk bewijs ontbreekt hiervoor.
9 Het ontwerpen van zorgpaden is een van de eerste activiteiten van verloskundige samenwerkingsverbanden (vsv's). Want daar komt de multidisciplinaire samenwerking voor diverse typen zwangeren en barenden tot haar recht. Het lukte enkele vsv's om dergelijke zorgpaden al in 2012 te ontwerpen.
10 Een onderzoeksteam van het AMC vond in 2013 tal van gebruikelijke maar overbodige handelingen zoals verlengde tocolyse, gebruik van progesteron bij tweelingzwangerschappen, druklijnen en direct inleiden bij preterm gebroken vliezen. Via een budget-impactanalyse constateren zij dat zo binnen het bestaande budget geld vrij kan komen voor betere begeleiding voor risicozwangeren en meer gezondheid voor moeder en kind.
11 In de ideale situatie ondersteunt software zorgpaden in de geboortezorg. Deze bevat in- en uitstroomcriteria van patiënten, verwijsbeslisbomen tussen professionals en een automatische tijdregistratie. Verder waarschuwt de software professionals als zij volgens het zorgpad een handeling moeten verrichten.
12 Een digitaal, overal te openen transmuraal dossier is opgebouwd volgens de richtlijnen voor een 'continuity of care'-document. De gynaecologen van het Flevoziekenhuis in Almere gebruiken zo'n dossier.
13 Aanstaande ouders in Finland volgen cursussen met daarin zwangerschapsgym en vele voorlichtingsactiviteiten. In Finland blijven deze oudergroepen bestaan vanaf vier weken tot zes maanden na de geboorte van de kinderen. Daarna faciliteert de jeugdgezondheidszorg voortzetting van de oudergroep door ruimte ter beschikking te stellen. Deze vorm van wederzijdse ondersteuning heet 'parental support' en verdient brede verspreiding in Nederland.

De belangrijkste bevindingen van paragraaf 5.4 over systeeminnovaties zijn als volgt.
14 De wachttijd tot geboden hulp vormt een indicator voor ervaren veiligheid van de zwangere. Dit en zeven andere ervaringsdomeinen zijn te bevragen met de vragenlijst ReproQ. Dit zou systematisch moeten gebeuren bij elke twintigste zwangere/jonge moeder.
15 Rond elk van de 94 Nederlandse ziekenhuizen bestaat tegenwoordig een verloskundig samenwerkingsverband. Daaraan nemen in ieder geval gynaecologen en eerstelijnsverloskundigen deel. Soms doen ook vertegenwoordigers van maatschappen kindergeneeskunde, kraamzorginstellingen en de jeugdgezondheidszorg mee.
16 Aan een vsv zijn zes kwaliteitsaspecten te onderkennen (zie afbeelding 5.3).
17 In geboortecentra houden eerstelijnsverloskundigen zwangerschapsspreekuren. Zij organiseren van daaruit thuisbevallingen. Ook begeleiden zij barenden die niet thuis maar in dat centrum willen bevallen. Zij zijn in opkomst in of naast het gebouw van vele ziekenhuizen.
18 Geboortecentra lijken een aantrekkelijk alternatief voor thuisbevallingen, zowel voor de zwangeren als de verloskundigen. Maar degelijk onderzoek met controlegroepen, voor- en nameting en gevalideerde meetinstrumenten moet nog uitwijzen of dit echt zo is.
19 Maandelijks komen tegenwoordig alle verloskundigen en gynaecologen van een vsv bijeen om te beoordelen of perinatale sterfgevallen in de afgelopen periode te voor-

komen waren. Dat gebeurt op bijeenkomsten met de naam perinatale audit. De audits leidden sinds 2010 tot vele aanbevelingen en verbeteringen in de geboortezorg.

20 Sluitingen van verloskundige afdelingen van ziekenhuizen verdienden in de afgelopen jaren geen schoonheidsprijs. Want belanghebbenden speelden elkaar de zwartepiet toe. Ook ontbrak empirisch onderbouwde informatie.

21 Of ik voor of tegen concentratie van afdelingen verloskunde van ziekenhuizen ben, hangt af van de antwoorden op de volgende vragen. a. Wat zijn de gevolgen voor de reistijd van de acute verloskundige zorg voor zwangeren en voor hoogrisicozwangeren met weeën in het verzorgingsgebied? b. Wat zijn de gevolgen voor de verloskundige zorg dichtbij huis? c. Wat zijn de gevolgen van de concentratie voor de kwaliteit van de zorg? d. Welke kostenbesparingen zijn er van de concentratie te verwachten?

22 Binnen de geboortezorg zijn synoniemen voor het abonnementstarief: a. keten-DBC, b. integrale bekostiging en c. populatiegebonden bekostiging. Zo'n tarief dekt het risico van de zorgverzekeraar dat er meer activiteiten plaatsvinden dan begroot.

23 Borstvoeding plus cadeaubonnen (te betalen vanuit het innovatietarief) besparen meer zorgkosten op latere leeftijd voor de baby dan de cadeaubonnen hebben gekost. Thans vindt in Engeland een evaluatie plaats of deze redenering in drie stappen klopt.

24 Experimenteren met het abonnementstarief biedt de mogelijkheid de volgende hypothesen te toetsen. a. De cappuccinobekostiging leidt tot een groter aandeel van natuurlijke bevallingen en een kleiner aandeel van kunstverlossingen zoals keizersnedes. b. Deze bekostiging leidt tot een betere risicoselectie tijdens de zwangerschap ter voorkoming van onverwachte en extra zorg tijdens de bevalling. c. Dankzij het innovatietarief zijn de hiergenoemde innovaties makkelijker te realiseren dan zonder zo'n tarief.

ZORGINNOVATIE + CAPPUCCINOMODEL = MEER GEZONDHEID VOOR HETZELFDE GELD IN DE GEBOORTEZORG

Ik sluit af met het beantwoorden van de vraag of al deze innovaties leiden tot de triple-aimdoelstellingen zoals opgesomd in hoofdstuk 1:

1 betere gezondheid voor moeder en pasgeborene;
2 hogere kwaliteit van zorg;
3 een gelijkblijvende premie voor de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het antwoord is: misschien.

In afbeelding 5.1 staan de innovaties opgesomd die in dit hoofdstuk aan de orde kwamen. Alle leiden tot betere gezondheid, hogere kwaliteit en kostenverlaging ten opzichte van gebruikelijk zorg, op twee na. Die twee uitzonderingen zijn de Finse oudergroepen en deconcentratie van het zorgaanbod. Ik zal de argumentatie hiervoor niet herhalen. Wel merk ik op dat algemeen geldende, wetenschappelijke argumentatie niet hoeft te gelden in een specifieke vsv in een bepaalde periode. Daarom luidt het antwoord *misschien*.

Of het realiseren van de triple-aimdoelstellingen mogelijk is voor een vsv hangt af van de implementatie van de zorginnovaties uit afbeelding 5.1. Die implementatie zou als volgt kunnen verlopen. Stel dat het bestuur van een vsv besluit om enkele van de genoemde innovaties te realiseren. Het kiest niet voor alle innovaties omdat de capaciteit om beleid te maken beperkt is. Het bestuur kiest echter voor die innovaties die uit

de probleeminventarisatie (zie afbeelding 5.3) als meest urgent naar voren kwamen.

Het bestuur brengt de gekozen innovaties in onderling verband in een beleidsdocument. Dat noem ik de innovatieve agenda van het vsv. Met de betrokken professionals en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties gaat het bestuur na of de kans groot is dat deze in hun context inderdaad leiden tot betere gezondheid, hogere kwaliteit van zorg en een gelijkblijvende Zvw-premie. Indien dat het geval is, treedt het vsv in contact met de voor haar belangrijkste zorgverzekeraars. Die stellen zich welwillend kritisch op, denken mee en faciliteren de innovaties via het cappuccinomodel. Beide partijen, vsv en zorgverzekeraars, maken samen afspraken over te bereiken shared savings en over indicatoren voor structuur-, proces- en uitkomstkwaliteit. Dan gaan de innovaties binnen het cappuccinomodel van start.

In dit implementatievoorstel staan drie uitgangspunten centraal. Het eerste is dat het initiatief, de prioritering en de onderbouwing van de innovaties berusten bij de professionals en patiëntvertegenwoordigers. De zorgverzekeraar volgt kritisch en faciliteert. Het tweede principe is dat een innovatie alleen lukt indien professionals erachter staan. Ze lukken niet top-down. Evenmin slaagt een innovatie als zij alleen gedragen wordt door individuele verloskundigen of gynaecologen: bottom-up is ook niet een geschikte implementatiestrategie. De beste aanpak is een middle-up-downstrategie[48] waarbij ervaren professionals de kar trekken, zorgverzekeraars en ziekenhuisbesturen overtuigen en aarzelende, jongere professionals over de streep trekken om mee te doen. Deze Japanse middle-up-downstrategie werd eerder door Weggeman[49] bepleit en door mijzelf in mijn boek uit 2005[50].

Slothoofdstuk 17 gaat nader in op innovatietheorieën en verandermanagement. Het is mede opgebouwd uit de bevindingen in dit en de nog komende hoofdstukken.

Met dank voor de feedback op eerdere passages en versies van dit hoofdstuk aan: Rita Iedema, hoofdverloskundige UMC Utrecht en gepromoveerd op thuiszorg voor risicozwangeren, Hein Bruinse, oud-hoogleraar gynaecologie UMC Utrecht en thans voorzitter van de Stichting Perinatale Audit Nederland en Jolanda Boxem, senior docent en verloskundige bij de Academie voor Verloskunde Amsterdam/Groningen.

6

DE JEUGD IS GEZOND, PROFESSIONALS ZIJN INNOVATIEF EN DE TRANSITIE GAAT TE SNEL

Dit hoofdstuk begint met een vergelijking van de gezondheid van de jeugd met die elders in Europa (paragraaf 6.1). Onderzoek toont aan dat de gezondheid van Nederlandse jongeren er goed voorstaat. Het zorggebruik door de jeugd neemt de laatste jaren toe; in welke mate en waarom komt aan de orde in paragraaf 6.2. Daarna volgen paragrafen over de voorbereiding van de Centra voor Jeugd en Gezin (paragraaf 6.3), de implementatie daarvan (paragraaf 6.4) en het vervolg erop: de transitie jeugdzorg (paragraaf 6.5). Wat al deze systeemveranderingen opleverden aan productinnovaties en procesinnovaties komt aan de orde in de paragrafen 6.6 en 6.7. Het hoofdstuk eindigt met een opsomming van de belangrijkste bevindingen en het beantwoorden van de vraag of de triple-aimdoelen te bereiken zijns (paragraaf 6.8).

6.1 ENKELE STATISTISCHE GEGEVENS OVER DE GEZONDHEID EN DE ZORGVRAAG VAN DE JEUGD

Van de Nederlandse 13-jarigen geeft 95 procent zijn of haar leven het rapportcijfer zes of hoger (afbeelding 6.1). Het gemiddelde van dit rapportcijfer voor de 39 landen in Europa bedraagt 85 procent. Met het percentage van 95 scoort Nederland het beste van Europa. Deze informatie is afkomstig uit een WGO-studie die in de jaren 2009 en 2010 plaatsvond onder meer dan 200.000 scholieren.[1] Afbeelding 6.1 toont verder dat Nederlandse kinderen in vergelijking met die elders in Europa weinig gezondheidsklachten hebben, makkelijk praten met hun ouders, veel goede vrienden hebben, hun school leuk vinden, weinig gepest worden, weinig drinken en roken, vaak ontbijten en veel fruit eten. Zij drinken naar verhouding wel veel frisdrank, sporten weinig en kijken vaak tv. Tot zover de informatie uit dit rapport die wordt bevestigd in een andere studie van Unicef in 2013 met ook landen buiten Europa.[2]

DE JEUGD WERD DIKKER MAAR LIJKT NU VERZADIGD

Afbeelding 6.1 vertelt niet het hele verhaal over de gezondheid van de jeugd. De afbeelding vermeldt namelijk niets over het overgewicht van de jeugd. In 2009 kwam overgewicht voor bij 12,8 procent van de jongens in Nederland tussen 2 en 21 jaar en bij 14,8 procent van de meisjes. Zij hadden een *body mass index* (BMI) groter dan 25. Van hen was 1,8 respectievelijk 2,2 procent obees. Die groep had een BMI groter dan 30. De overgewichtpercentages zijn tweemaal zo hoog[3] als in 1980 en die voor obesitas viermaal zo hoog. In 2012 verscheen een literatuurstudie waaruit blijkt dat overgewicht op jonge

leeftijd in hoge mate bijdraagt aan hart- en vaatziekten op latere leeftijd.[4] De Europese onderzoekers Olds en collega's[5] en de Amerikanen Ogden en collega's wijzen erop dat de percentages zich sinds enkele jaren stabiliseren. Dat gebeurt zowel in Noord-Amerika als in Europa. De Nederlanders De Wilde en collega's bevestigen deze conclusie op basis van een cohortstudie in de gemeente Den Haag.[6] De jeugd, ook in Nederland,

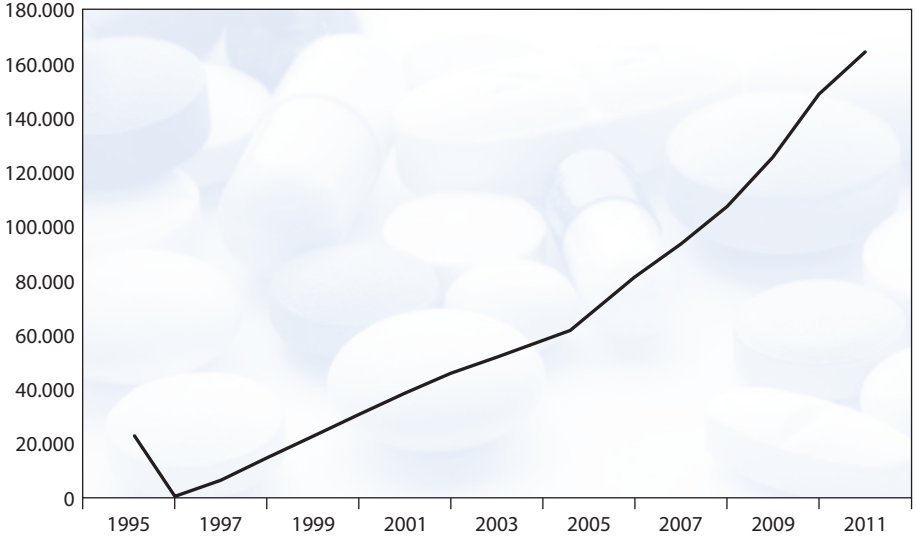
Gedrag/Uitkomst	Prevalentie in Nederland in procenten	Gemiddelde alle landen in procenten	Rangorde Nederland
Welzijn en geluk			
Geeft zijn of haar leven een 6 of hoger	95	85	1/39
Heeft vaker dan 1 keer per week 2 of meer gezondheidsklachten	28	32	30/39
Relatie met ouders			
Kan (heel) gemakkelijk praten met moeder	91	83	2/38
Kan (heel) gemakkelijk praten met vader	79	66	3/38
Relatie met vrienden			
Heeft meer dan 2 (goede) vrienden	89	82	6/39
School en relatie met klasgenoten			
Is gepest in de maanden voorafgaand aan het onderzoek	8	12	29/38
Alcoholgebruik			
Drinkt wekelijks alcohol	4	8	32/38
Is 2 keer of vaker dronken geweest	3	9	37/38
Roken			
Rookt wekelijks	4	6	23/29
Gezonde levensstijl			
Ontbijt alle schooldagen	85	61	1/39
Eet dagelijks fruit	31	36	4/39
Drinkt dagelijks frisdrank	33	23	4/39
Beweegt of sport ten minste een uur per dag	20	19	19/39
Kijkt ten minste twee uur per dag televisie	70	65	13/39

Afbeelding 6.1. Gezondheid van 13-jarigen in Nederland en 39 andere Europese landen

wordt tegenwoordig niet nog dikker. Olds en zijn collega's geven hiervoor drie verklaringen. De eerste is dat kinderen verzadigd zijn van alle zoetwaren en frisdrank. Ze lusten niet nog meer en worden niet nog dikker. Economisch gesproken: het grensnut is gedaald tot nul. De tweede verklaring is dat preventieprogramma's werken. Onderzoeken op het niveau van de programma's zelf weerleggen dit argument. Die programma's zijn alleen effectief als ze geïntegreerd worden aangeboden en dat gebeurt niet zo vaak. Hoofdstuk 3 ging hierop uitgebreid in. Het derde argument is dat in de studies van Olds en Ogden dikke kinderen of hun ouders de vragenlijst niet hebben beantwoord. Zij zijn oververtegenwoordigd in de non-respons van deze vragenlijststudies. Wat deze argumentatie weerlegt, is dat ook studies met een zeer hoge respons (bijvoorbeeld de genoemde Haagse studie) stabilisatie van overgewicht en obesitas bij kinderen aantonen. Zelf denk ik vooral dat verklaring 1 opgaat (kinderen zijn verzadigd). Maar dat is een redenering vanuit het ongerijmde: verklaring 2 en 3 kunnen het niet zijn. Die zijn weerlegd. Dan resteert verklaring 1. Maar het zou ook kunnen dat ouders, los van preventieprogramma's en als vierde mogelijke verklaring, gemiddeld gesproken wat beter zijn gaan letten op het voedingspatroon van hun kinderen.

6.2 EEN GEZONDE JEUGD EN TOCH EEN TOENEMENDE ZORGVRAAG, HOE ZIT DAT?

De geruststellende gegevens in afbeelding 6.1 en het stabiliserende overgewicht staan haaks op de informatie over het zorggebruik in Nederland. Het aantal kinderen dat speciaal onderwijs volgt (en gedrags- of leerproblemen heeft) steeg van 45.830 in 2001 naar 70.130 in 2012: een toename van 53 procent.[7] Het aantal verwijzingen naar de Bureaus Jeugdzorg nam toe van 51.739 in 2002 naar 94.047 in 2011: een stijging van 82 procent. Het aantal jeugdige cliënten van de geestelijke gezondheidszorg groeide van 157.100 in 2003 naar 267.716 in 2009: een groei van 70 procent. Verder nam het aantal gebruikers van ADHD-medicatie enorm toe (afbeelding 6.2): van 42.400 in 2002 naar



Afbeelding 6.2. Aantal gebruikers van ADHD-medicatie
Bron: Statline.cbs.nl, geraadpleegd op 13 april 2013.

164.300 in 2011. Het zijn vooral de jongeren tussen de 10 en 20 jaar die deze medicatie innemen. Het aantal gebruikers onder de jeugd bedroeg in het laatstgenoemde jaar 108.000.

EEN OP DE VIJF KINDEREN KRIJGT ZORG VANWEGE OPGROEI- OF OPVOEDPROBLEMEN

Tussen 1 juni 2011 en 1 juni 2012 ontvingen 34.945 Groningers van 0-23 jaar een of andere vorm van jeugdzorg.[8] Dat is 20,7 procent van alle Groningers in die leeftijdsgroep. Dit is hoog gelet op de cijfers in afbeelding 6.1. Dit betekent dat ongeveer tachtig procent (79,3 procent) geen zorg nodig heeft. Voor geheel Nederland geldt een vergelijkbaar percentage: het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Planbureau komen voor 2011 uit op een percentage van 20,1 procent van alle 0-17-jarigen. Omdat de Groningse cijfers de meest recente en volledige zijn, ga ik hierop nader in. Van de genoemde 34.945 Groningers ontvangt het grootste deel (96 procent) ambulante zorg en vier procent zorg in een 24-uurssetting.

DE PARADOX VAN HERMANNS

Er is sprake van een paradox: de jeugd is gezond en toch groeit de zorgvraag. De zorgvraag is aanzienlijk hoger dan het percentage kinderen dat volgens epidemiologische studies problemen heeft die professionele hulp nodig maken. Ik noem dit de paradox van Hermanns, naar de hoogleraar die deze tegenstelling als eerste signaleerde.[9] Hij noemt drie verklaringen die hij (en ik met hem) ook weer verwerpt.

Ten eerste zou er sprake kunnen zijn van een inhaalbeweging. Veel problemen werden eerder niet gediagnosticeerd. Nu dat wel gebeurt, neemt het zorggebruik sterk toe. Deze verklaring is niet zo aannemelijk. Immers, de werkelijke zorgvraag overtreft al enige jaren de schattingen van de zorgbehoeften die uit epidemiologische studies (Hermanns bespreekt die) naar voren komen. De tweede afgewezen verklaring is dat de problemen zich vooral ontwikkelen bij een relatief klein deel van de jeugd. Dat zou dan tot een grote stijging van de zorgvraag leiden. De rest van de jeugd is gezond en vraagt geen zorg. Hermanns somt enkele epidemiologische studies op waaruit blijkt dat er inderdaad sprake is van relatief veel problemen bij relatief weinig gezinnen. Maar deze zogeheten *multi-problem families* blijken vaak minder gebruik te maken van de beschikbare zorg: zij zijn nogal eens zorgwekkende zorgmijders.[10] Vanwege deze argumentatie wijs ik met Hermanns ook deze tweede verklaring af. De derde verklaring is een optimistische: het gaat juist zo goed met de gezondheid van het kind omdat er zo veel professionele hulp is. De vraag is echter in welke mate de gespecialiseerde jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van de Nederlandse jeugdigen. Het effect van de gespecialiseerde zorg is grotendeels onbekend. Voor zover effecten wel bekend zijn, zijn zij relatief beperkt. Wat ook een rol speelt bij de ineffectiviteit is de gebrekkige samenwerking in de zorg aan jeugdigen. Het probleem is a. te weinig gespecialiseerde zorg, maar ook b. te veel ongecoördineerde zorg. Deze derde verklaring is onvoldoende empirisch onderbouwd. De vierde verklaring, die Hermanns wel omarmt, betreft de definiëring van opvoed- en opgroeiproblemen. Ouders, professionals en politie omschrijven afwijkend gedrag van de jeugd tegenwoordig eerder als niet te accepteren, als psychopathologisch of crimineel. Men verklaart zich daarmee zelf onmachtig om er iets aan te doen en zoekt hulp bij professionals. Hoewel ik deze verklaring onderschrijf, zie ik nog een vijfde verklaring. Deze

betreft de bijna pavloviaanse reactie van Nederlandse massamedia en politici zodra een kind door ouders is vermoord (hetgeen gelukkig zelden gebeurt). Zo'n feit heeft iedere keer tot verhoging geleid van het budget voor de jeugdzorg en tot meer cliënten. In de gezondheidseconomie staat dit verschijnsel bekend als *planning per decibel*. Na geruchtmakende gebeurtenissen zoals de zaak Savanna in 2003 en het Maasmeisje in 2006 vroegen politici en massamedia om het stellen van een daad en het aanwijzen van schuldigen, zeg maar zondebokken. De afgelopen jaren betrof die daad een verhoging van het budget voor de jeugdzorg en soms een tuchtrechtzaak tegen een falende hulpverlener. Of verklaring 4 (toenemende psychopathologisering) en 5 (politieke pavloviaanse reacties) afdoende zijn om de toenemende zorgvraag door jeugdigen te verklaren, weet ik niet. Ze spelen mee, maar empirische onderbouwing is nodig om te checken in welke mate dat het geval is. Ik kom hierop nog terug in dit hoofdstuk, maar ga nu eerst verder in op de gezondheid en zorgvraag van jeugdigen.

6.3 DE INVENTGROEP VINDT DE JEUGD(GEZONDHEIDS)ZORG OPNIEUW UIT

In 2004 vroeg vws-staatssecretaris Ross-Van Dorp enkele wetenschappers om het opgroeien en opvoeden van Nederlandse kinderen onder de loep te nemen. De commissie bestond uiteindelijk uit drie personen: voorzitter en hoogleraar algemene pedagogiek Jo Hermanns, kinderarts en jeugdarts Ferko Öry en mijzelf. De commissie kreeg de naam Inventgroep: ze moest anno 2005 de jeugd(gezondheids)zorg opnieuw uitvinden. De reden van de opdracht was dat de regering zich zorgen maakte over het toenemende aantal agressieve jongeren en terroristen van allochtone herkomst. De Inventgroep verzocht om een paar redenen om verbreding van de opdracht. Ten eerste vond zij het niet ethisch om alleen externaliserend, zeg maar agressief gedrag, te onderzoeken. Ook internaliserend gedrag van bijvoorbeeld meisjes met suïcidale gedachten moest aan bod komen. Ten tweede had het volgens de Inventgroep geen zin om opvoed- en opgroeiproblemen pas tijdens de pubertijd aan te pakken. Dat moet al vanaf het eerste levensjaar. De derde overweging was dat terroristen meestal geen opvoed- en opgroeiproblemen hebben gehad. Ze hebben vaak een goede jeugd en opleiding. Ergens in het begin van de volwassenheid raken zij de weg kwijt. Ross-Van Dorp stemde in met de verbreding van de opdracht. Een verder verzoek om de opdracht te verbreden naar vroegtijdig signaleren en bestrijden van overgewicht, alcohol- en tabaksgebruik wees de staatssecretaris af. Dat was volgens haar geen primaire taak voor de jeugdgezondheidszorg.

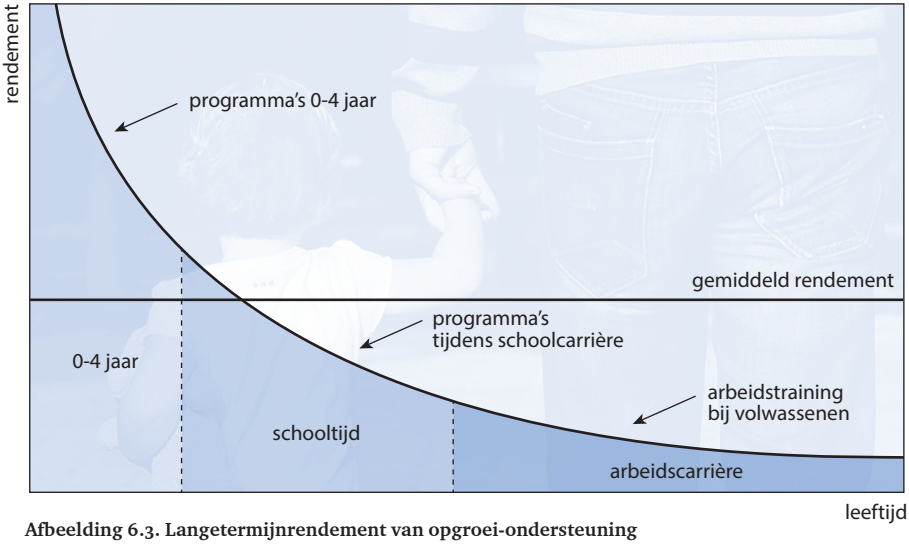
De Inventgroep onderscheidde vier soorten opgroei- en opvoedproblemen: externaliserend gedrag, internaliserend gedrag, kindermishandeling en getuige zijn van huiselijk geweld. Bij een opgroeiprobleem is sprake van een probleem in het kind zelf, bijvoorbeeld van autistisch gedrag. Bij een opvoedprobleem ligt het probleem bij de ouders of bij omstandigheden. De ouders hebben bijvoorbeeld onvoldoende competenties om op te voeden. Of er is sprake van ongunstige omstandigheden, bijvoorbeeld een (v)echtscheiding, onvoldoende inkomen en geen woning. Bij een opvoedprobleem zit het probleem niet in het kind, maar zit het kind in de problemen.

De Inventgroep ging gedurende anderhalf jaar aan de slag. In haar werkwijze stonden twee zaken centraal: een internationale, wetenschappelijke oriëntatie en het houden van vele hoorzittingen met kleine groepen vertegenwoordigers van verenigingen van ouders, professionals uit het veld, wetenschappelijke verenigingen en afzonderlijke wetenschappers. De internationale oriëntatie leidde tot een grote oogst aan bewezen en veelbelo-

vende interventies om opgroei- en opvoedproblemen tijdig te signaleren en vroegtijdig aan te pakken. Deze aanpak leidde tot grote waardering in het veld. Die reactie was voor de Inventgroep onverwacht. Zij verwachtte te worden beticht van betweterigheid.

Het breed raadplegen van het veld in kleine groepen was een grote logistieke operatie. Leden van de Inventgroep (meestal in duo's en soms alleen) ontvingen gedurende vier hele dagen tientallen groepjes personen gedurende drie kwartier. Zij ondervroegen hen over de onderbouwing van hun oplossingen en vroegen om toezending van eigen evaluaties en andere beleidsstukken. Deze interactiviteit leidde tot bijstelling en nuancering van de Inventgroep-standpunten. Bovendien werkte deze als reclame vooraf voor het uit te brengen rapport. In september 2005 bood de groep het rapport[11] aan staatssecretaris Ross-Van Dorp aan tijdens een overvol congres voor gemeentebesturen. Op die dag werden het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en de Meldcode Kindermishandeling geboren. Nog nooit had ik aan een rapport meegewerkt dat zo vaak werd gedownload, gedrukt en besproken en dat tot zoveel lezingen in het land leidde.

In het rapport koppelt de Inventgroep vroegtijdige signalering los van vroegtijdige interventies. Het was de Inventgroep opgevallen dat interventies vaak hun eigen instroomcriteria hadden. Bijvoorbeeld als ouders aan bepaalde kenmerken voldoen, dan horen zij thuis in de interventie 'Samen Starten'. Maar zo werkt dat niet voor bijvoorbeeld jeugdverpleegkundigen. Die ontmoeten ouders en kind en signaleren problemen. Daarna komt de keuze uit een arsenaal van interventies. Het is niet vanzelfsprekend dat zij naar het genoemde programma verwijzen, ook al zou deze ouders en kind goed passen. De Inventgroep stelde een aantal screenings- en signaleringsinstrumenten voor, te gebruiken afhankelijk van de leeftijd van het kind. Zij onderscheidde daarbij verschillende risicoprocessen. Het is niet interessant of een kind afwijkend gedrag vertoont bij een enkele signalering. Dat kan gebeuren. Belangrijk is of dit gedrag persisteert gedurende enkele jaren en hoe dit het gezinsfunctioneren en het functioneren van het kind buiten het gezin beïnvloedt. Hiermee gaf de Inventgroep aan dat risicoprocessen belangrijker zijn dan de momentopnames die risicoprofielen opleveren. Daarnaast bepleitte de Inventgroep het gebruik van een



Afbeelding 6.3. Langetermijnrendement van opgroei-ondersteuning

1.	Informatie en voorlichting verstrekken over opvoeding
2.	Organiseren van onderlinge steun tussen ouders en andere opvoeders
3.	Pedagogisch adviseren van ouders en andere opvoeders
4.	Zelf actief opsporen van risico's en problemen op het terrein van opvoeden en opgroeien
5.	Beoordelen en verder uitwerken van signalen van opvoed- en opgroeiproblemen van al degenen die met kinderen en ouders werken
6.	Coördineren van opvoedhulp en opgroeihulp voor kinderen vanaf het begin van de zwangerschap tot 19 jaar in hun werkgebied
7.	Verwijzen van kinderen of ouders naar gespecialiseerde hulpverleners
8.	Adviseren van gemeentebestuur, scholen en andere instanties over opvoedingsondersteuning en opgroeihulp

Afbeelding 6.4. Taken voor Centra Jeugd en Gezin

eenvoudige meldcode voor kindermishandeling in alle instellingen en voorzieningen die met kinderen en ouders werken, ook in sportverenigingen en vrijetijdsclubs. De Inventgroep bepleitte ook het vaker gebruiken van vroegtijdige interventies en presenteerde per opgroei- en opvoedprobleem een scala aan mogelijkheden. De Inventgroep beval meer interventies aan tijdens de zwangerschap en de eerste levensjaren. Want dan verslechteren situaties niet onnodig en zijn zorgkosten op lange termijn te voorkomen. De Inventgroep baseerde zich hierbij ten eerste op het theoretisch model van Heckman[12] dat aangeeft dat vroegtijdige interventies meer effect hebben dan interventies op latere leeftijd (zie afbeelding 6.3). Ten tweede bleek uit diverse cohortstudies[13 14 15 16] dat interventies op jonge leeftijd leiden tot minder zorggebruik en betere schoolcarrières, evenals tot hogere inkomens en minder werkloosheid op latere leeftijd. In 2012 bevestigde Dam[17] zes studies: elke euro geïnvesteerd in de jeugdgezondheidszorg levert jaarlijks 11 euro aan besparingen op voor de samenleving. Al die aanbevelingen van de Inventgroep leidden tot de vorming van CJG's in het hele land. Die gingen de vele aanbevelingen opvolgen.

6.4 DE GEBOORTE VAN HET CENTRUM VOOR JEUGD EN GEZIN

Om signalering en interventies te faciliteren, bepleitte de Inventgroep een organisatievorm die Centrum voor Jeugd en Gezin is gaan heten. Zij liet zich hierbij inspireren door zeven 'Gideonsgemeenten' die deze naam al hanteerden en door de Amsterdamse Ouder- en Kindcentra die toen al tien jaar bestonden. Het CJG kreeg van de groep acht taken mee (zie afbeelding 6.4).

In het laatste hoofdstuk van het rapport van de Inventgroep staan zeven voorwaarden voor de organisatie van het CJG (zie afbeelding 6.5) die noodzakelijk zijn om deze acht taken uit te voeren.

Ik noem ze hier allemaal omdat ze met kleine wijzigingen ook toepasbaar zijn in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden rond geboortezorg (zie hoofdstuk 5), chronische zieken (hoofdstuk 8) en psychiatrische problemen (hoofdstuk 11). In het rapport wees de Inventgroep een top-downbenadering af. Zij bepleitte een geleidelijk toegroeien naar de acht taken en het gelijktijdig realiseren van de zeven voorwaarden.

1.	Mogelijkheid om alle kinderen longitudinaal te volgen
2.	Toepassing van elektronische signaleringssystemen als onderdeel van de gehele zorg-, onderwijs- en justitieketen
3.	Centraal beheerd elektronisch kinddossier
4.	Voldoende expertise bij professionals om de signaleringsinstrumenten toe te passen onder zowel autochtone als allochtone kinderen en ouders
5.	Mogelijkheid om (mede met behulp van dit dossier) één persoon de zorg te laten coördineren
6.	Afspraken over wat er moet gebeuren als interventies niet helpen en de rechten van het kind geschonden worden
7.	Eenheid van subsidievoorwaarden van verschillende subsidiënten en afspraken over besparingen ten gevolge van verschuiving van late naar vroegtijdige interventies

Afbeelding 6.5. Voorwaarden te stellen aan de organisatie van een Centrum voor Jeugd en Gezin

IN 2011 OVERAL CJG'S

In 2008, drie jaar na het rapport van de Inventgroep, gingen de eerste 45 Centra voor Jeugd en Gezin van start.[18] Eind 2011 stonden er in 410 (99 procent) van de 415 Nederlandse gemeenten een of meer CJG's met een laagdrempelig inlooppunt. Per gemeente waren er in 2011 gemiddeld zo'n 3 CJG's beschikbaar. In de grotere gemeenten kwamen zij aanzienlijk sneller tot stand dan in kleinere gemeenten. De snelle verspreiding van deze eerste systeeminnovatie in afbeelding 6.5 kwam tot stand dankzij vereende krachten. In 2007 trad een aparte (!) minister voor Jeugd en Gezin aan, André Rouvoet. Er kwam veel geld beschikbaar voor de implementatie. Tweede Kamer en gemeenteraden zorgden voor politieke druk. Het Nederlands Jeugdinstituut en vele andere onderzoekers en adviseurs stonden klaar om concepten uit te werken en knelpunten op te lossen. Ik merk op dat tijdens de totstandkoming van de CJG's ook de overname van de jeugdgezondheidszorg voor kinderen van nul tot vier jaar door de GGD'en nog speelde. In wezen was hier sprake van een fusie van de schoolartsendiensten en de jeugdgezondheidszorg. Maar deze heeft de oprichting van CJG's niet vertraagt.

De meeste CJG's (59 procent) zijn eind 2011 gehuisvest rond het aloude consultatiebureau. Vaak vindt deze huisvesting tevens plaats in combinatie met gezondheidscentra (25 procent), een locatie van het onderwijs (23 procent), een locatie van het welzijnswerk (18 procent) en een multifunctioneel gebouw (18 procent). Vrijwel alle CJG's hebben schriftelijke afspraken over te leveren diensten met aanbieders van jeugdgezondheidszorg en opvoedondersteuning en met het onderwijs en Bureaus Jeugdzorg.

HET CJG RIJNMOND, DE OPVOEDPOLI EN DE PORTHOS-CENTRA IN ZEELAND

De hierboven genoemde CJG's zijn alle op één na samenwerkingsverbanden met professionals in dienst van hun eigen oorspronkelijke organisatie. De ene uitzondering vormt de Stichting CJG Rijnmond. Deze stichting functioneert sinds 1 januari 2010[19] en runt thans 22 centra en 70 gebouwen in Rotterdam en naburige gemeenten. Eind 2012 telde de organisatie 750 medewerkers en een omzet van 40 miljoen euro. Binnen de gemeente

Rotterdam heeft deze stichting ook alle opvoedondersteuners in loondienst. Er kwam een managementstructuur tot stand binnen de centra en tussen de centra en de raad van bestuur, evenals gemeenschappelijke software en een gezamenlijk kinddossier (Kidos). Medewerkers en leiding ontwierpen een pedagogische visie met drie uitgangspunten: steunen, stimuleren en sturen. Zij ontwikkelden tevens een governancestructuur voor het kwaliteitsbeleid en het financiële beleid. De stichting verwierf de HKZ-accreditering. Dankzij Kidos bleven er minder (ouders met) kinderen weg bij afspraken met de jeugdgezondheidszorg (in 2011 een *no show rate* van 15,8 procent en in 2012 van 12,5 procent). Werkgroepen van professionals en leidinggevenden van de centra ontwierpen beslisbomen en zorgpaden voor kinderen met vermoedelijke opgroei- en opvoedproblemen. Er kwam voor alle Rijnmondse CJG's eenzelfde basistakenpakket tot stand.

OPVOEDPOLI'S EEN GOEDE CONCURRENT VAN CJG'S

De Opvoedpoli's (www.opvoedpoli.nl) zijn een alternatief voor de Centra voor Jeugd en Gezin. Het is een particulier initiatief, met vestigingen in een aantal grote steden verspreid over het land. Er werken psychologen en orthopedagogen vanuit het principe van *wrap around care*, wat betekent dat er vooral wordt samengewerkt met de cliënt die zelf de regie houdt. De Opvoedpoli's maken binnen een week een afspraak. Bij verwijzing door Bureau Jeugdzorg of de huisarts wordt diagnostiek vergoed door de zorgverzekering. Het zou wel eens kunnen zijn dat de Opvoedpoli's een grote vlucht gaan nemen, nu er zoveel bezuinigingen voor de jeugdgezondheidszorg op de politieke agenda staan. Gezinnen met opvoedproblemen en een meer dan modaal inkomen gaan dan zoeken naar antwoorden op hun pedagogische hulpvragen en komen zo terecht bij Opvoedpoli's en vrij gevestigde pedagogen. Maar zo redden welgestelden met kinderen zich. Opvoedpoli's zijn niet altijd een alternatief voor gezinnen met een laag inkomen die moeilijk de weg weten. Aan de andere kant vormt enige mate van concurrentie tussen CJG's en Opvoedpoli's een middel om beide partijen scherp te houden.

EÉN CENTRUM VOOR JEUGD, GEZIN EN OUDEREN

Porthos is een van de drie wereldberoemde musketiers van Alexander Dumas die als motto hanteerden: één voor allen en allen voor één. Met dit motto en deze naam startte de gemeente Middelburg in 2010 centra voor jeugd, gezin, volwassenen en ouderen (zie www.porthos.nl). Bestuurlijk komt dit gezamenlijke centrum neer op het realiseren van één inlooppunt voor hulpvragen voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Centra voor Jeugd en Gezin. Deze Porthos-centra pakken alle veranderingen in het sociale domein (jeugdzorg, AWBZ-functies naar Wmo, Wet passend onderwijs, Participatiewet) integraal op. Dat doen zij met gebiedsgerichte teams bestaande uit een vaste kern van medewerkers uit de domeinen preventie, zorg, veiligheid, en werk en inkomen. De Porthos-centra zetten zwaar in op familienetwerken. Elk team heeft een hiërarchisch supervisor. Specialistische functies zijn georganiseerd op een hoger niveau. De Porthos-centra hebben een vaste loketbezetting (met triage). Bij het schrijven van dit hoofdstuk overweegt de gemeente om van Porthos op termijn een aparte stichting te maken onder rechtstreekse financiering en regie van de gemeente.

Professioneel is er veel te zeggen voor deze integratie. Want opvoed- en opgroeiproblemen hangen vaak samen met problemen van de volwassen ouders, zoals een slecht huwelijk, grote schulden en spanningen ten gevolge van werkloosheid. Een Porthos-centrum met korte lijnen naar alle hulpverleners biedt dan meer kans op één gezin, één

plan en één regie. De gemeente Vlissingen volgde in 2012 het voorbeeld van Middelburg. In een achterstandswijk verrees een prachtig, rond gebouwd Porthos-centrum.

Tot zover de ontwikkeling van de CJG's. Rond 2012 begon het denken in overheidskringen en het middenveld om de Bureaus Jeugdzorg te koppelen aan deze centra en onder de verantwoordelijkheid te brengen van gemeenten. De transitie jeugdzorg werd geboren. De volgende paragraaf gaat hierop in.

6.5 DE TRANSITIE JEUGDZORG VAN 2012 TOT HEDEN

In 2011 deden bijna 100.000 jongeren een beroep op de jeugdzorg.[20] Dat komt overeen met 28 op de 1.000 personen onder de 18 jaar. Kinderen met ernstige gedragsproblematiek die een gevaar vormen voor zichzelf en voor anderen komen in de jeugdzorg terecht.[21] De hulp aan hen betreft allereerst tweedelijnszorg die zich richt op ernstige opvoedings- en opgroeiproblemen. Veelal zijn deze jongeren verwezen door tal van verschillende eerstelijnshulpverleners zoals huisartsen, politie, zorgadviesteams op scholen en jeugdgezondheidszorg. Binnen de Bureaus Jeugdzorg zijn Advies- en Meldpunten Kindermishandeling gevestigd. Ook via deze AMK's komen ouders en hun kinderen binnen voor tweedelijns jeugdzorg. Deze laatste wordt zowel ambulant als in een 24-uurssetting geboden. De Bureaus Jeugdzorg bieden zelf een aantal vormen van tweedelijnszorg en vormen de toegangspoort tot geïndiceerde, zeg maar hooggespecialiseerde jeugdhulp. De Bureaus Jeugdzorg bieden zowel vrijwillige als gedwongen hulp, zoals de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering. Hierbij gaat het om ondertoezichtstelling om het kind te beschermen of een plaatsing onder voogdij in bijvoorbeeld een pleeggezin.

In Limburg is het beroep op jeugdzorg het hoogste van het land: 50 per 1.000 jongeren, gevolgd door Amsterdam (49/1.000) en Rotterdam (46/1.000). In 2011 gaf Nederland 592 miljoen euro uit aan jeugdzorg. De efficiëntie van de Bureaus Jeugdzorg steeg: terwijl de budgetten in 2011 nagenoeg gelijkbleven, lukte het om meer cliënten te helpen dan in 2010.

Vanaf 1 januari 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor alle vormen van zorg. Deze overgang staat bekend als de transitie jeugdzorg. Deze lijkt op de introductie van de hierboven besproken Centra voor Jeugd en Gezin. Er bestaat evenwel één groot verschil: de transitie gaat gepaard met een gelijktijdige bezuiniging van netto 80 miljoen euro in 2015, oplopend tot 300 miljoen euro vanaf 2017.[22] Hoofddoel van de transitie is een omslag te bereiken in de ondersteuning, hulp en zorg aan jongeren en gezinnen. De accenten komen meer te liggen bij zaken als preventie, zorg en begeleiding op maat, meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden en integrale hulp aan gezinnen. Een nieuwe Jeugdwet maakt de transitie mogelijk. Najaar 2013 nam de Tweede Kamer deze wet aan en voorjaar 2014 volgde de Eerste Kamer.

De Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd evalueerde in 2013 de voorbereidingen voor de overgang op de criteria:

1 behoud van continuïteit van de zorg aan de cliënten;
2 continuïteit van de infrastructuren, zeg maar van de onderscheiden functies in de jeugdzorg; en
3 beperking van de frictiekosten ten gevolge van de transitie.[23]

De commissie constateert grote onduidelijkheid over het macrobudget van de transitie. Zij beschouwt deze (in haar eigen woorden) als *showstopper*. Zij onderscheidt 41 regio's

van gemeenten die gezamenlijk of bij voldoende grootte de Jeugdwet alleen gaan uitvoeren. Sommige regio's zijn eind 2013 op tijd met de voorbereidingen. Een tweede groep komt er met extra maatregelen uit voor 1 januari 2015. Van een derde groep (twee regio's) is eind 2013 al te voorspellen dat zij niet op tijd klaar zal zijn met de voorbereidingen voor de transitie. Ten slotte wijst de commissie erop dat de transitie gevaar loopt vanwege gelijktijdige hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg (zie hiervoor hoofdstuk 11). Juli 2014, bij de afsluiting van dit boek, heeft VWS vliegende brigades ingesteld om de genoemde tweede en derde groep te ondersteunen. Verder kregen de gemeenten in april 2014 meer duidelijkheid over het macrobudget. In 2015 worden de gemeenten slechts gekort met 3 procent op de kosten voor jeugdzorg.[24] De Bureaus Jeugdzorg ontvingen een budgetgarantie voor 2015 van minimaal 80 procent van het budget in 2014. Verder besloot de regering tot oprichting van de Transitie Autoriteit Jeugd die haar adviseert over eventuele bestuurlijke maatregelen ten aanzien van gemeenten en het bieden van ondersteuning bij frictiekosten als zorgaanbieders in financiële problemen komen.

WIJKTEAMS MET EEN EIGEN BUDGET: HET CAPPUCCINOMODEL KOMT OP

Anno 2014 draaien de CJG's volop. Regering en gemeentebesturen zijn enthousiast geworden om alle jeugdzorg zoveel mogelijk dicht in de buurt aan te bieden. Het staat hiervoor allemaal beschreven. Tot nu toe draaien alle CJG's – behalve die in Rotterdam – als netwerkorganisatie met professionals op de loonlijst van andere organisaties dan het CJG. Daardoor bestaat binnen deze centra geen mogelijkheid voor bestuur en directie om binnen een eigen CJG-budget verschuivingen te realiseren tussen vormen van zorgaanbod en evenmin om budgettaire prioriteiten te stellen. Anno 2014 komen in tal van gemeenten gedachten op om CJG-besturen een budget toe te kennen op basis van kenmerken van de te bedienen populatie van kinderen. In Rotterdam gebeurt dat al. In Vlissingen wordt dit overwogen. Ook Amsterdam wil werken met dergelijke populatiegebonden bekostiging voor maar liefst 21 wijken. Ik steun die ontwikkeling omdat zo'n CJG-budget de mogelijkheid biedt om:

1 prioriteiten te stellen;
2 te schuiven tussen werksoorten;
3 één leidinggevende te creëren voor alle professionals binnen het CJG; en
4 teamleiders binnen een CJG verantwoordelijkheid te geven voor deelbudgetten.

Het zelfsturende team komt hierdoor in zicht. Die bekostiging is vergelijkbaar met het besproken abonnementstarief als onderdeel van het cappuccinomodel (zie paragraaf 1.4 en paragraaf 5.3). Als bezwaar tegen één budget geldt de kans dat afwenteling plaatsvindt naar de gespecialiseerde zorg. Daarom pleit ik ervoor dat CJG's ook inkomsten ontvangen op basis van een laag verrichtingentarief en op basis van een innovatietarief. Of duidelijker gesteld: de in de wijk werkzame Ouder- en Kind Adviseurs (de OKA's, zie paragraaf 6.7) werken binnen de CJG's. Deze laatste ontvangen hun inkomsten volgens het cappuccinomodel. Zij stellen zelf een agenda op met innovaties die zij uit het innovatietarief willen bekostigen.

Inmiddels overvleugelt sinds medio 2013 het sociale wijkteam het begrip CJG. Een dergelijk team voert vanaf 1 januari 2015 niet alleen de Jeugdwet uit, maar ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet die de voormalige Wajong en de Wet sociale werkvoorziening (WSW) gaat vervangen. Volgens tal van gemeenten moe-

ten ook wijkverpleegkundigen binnen dat team en niet binnen de eerste lijn gaan werken. In workshops over deze sociale teams die ik gaf aan gemeentelijke beleidsmedewerkers viel me op dat het woord zorg taboe is geworden. Dat woord riekt, aldus workshopdeelnemers, naar paternalisme, patiënten en dokters. De woorden ondersteuning, vroegtijdige interventies en mobiliseren van eigen kracht zijn wel populair. Deze sociale wijkteams zouden binnen een gemeenschappelijk wijkbudget de drie genoemde wetten moeten uitvoeren. Ik bemerk een grote nadruk op systemen en een oriëntatie op algemene waarden: ondersteuning is in en zorg is uit. In de paragrafen 7.8 en 7.9 over eerstelijnszorg komt het sociale wijkteam terug en neem ik stelling in deze algemene discussie.

Wat hebben alle structuurveranderingen, zoals beschreven in de paragrafen 6.2, 6.3 en 6.4, nu opgeleverd aan product- en procesinnovaties in de jeugd(gezondheids)zorg? Daarover gaat de volgende paragraaf. Ik begin met een teleurstellend bericht: de CJG's hebben geen effect gehad op de leefgewoonten van de jeugd. Er is ook beter nieuws: de hulp bij opgroei- en opvoedproblemen verbeterde.

6.6 DE CENTRA VOOR JEUGD EN GEZIN BRACHTEN VELE NIEUWE SIGNALERINGSINSTRUMENTEN

Voor zover mij bekend zijn er weinig innovaties tot stand gekomen binnen de Centra voor Jeugd en Gezin gericht op gewichtsvermindering van jongeren en het terugdringen van alcoholconsumptie en roken. Na de allereerste afwijzing van de staatssecretaris is het ook in de latere CJG's nooit meer als kerntaak opgenomen. Deze doelen spelen evenmin in de transitie jeugdzorg. Dat is jammer, want er zijn internationaal gezien goede interventies speciaal voor de jeugd beschikbaar. Ik wijs op:

1 het Assist-programma van Hollingworth[25] tegen het roken;
2 de geïntegreerde WGO-interventies tegen *childhood obesity*;[26]
3 de Gezonde School[27] die mede is gericht op reductie van het alcoholgebruik;
4 de poliklinieken alcoholintoxicatie[28]; en
5 een verbod op kindermarketing voor genotmiddelen en frisdrank om zo bij te dragen aan gewichtsreductie.[29]

Wijga en Van den Berg boden in 2013 een overzicht van 53 bewezen effectieve, gezondheidsbevorderende interventies bij jongeren.[30] In aansluiting op het betoog in paragraaf 3.1 merk ik op dat dit type interventies alleen slaagt indien zij door vele actoren tegelijk worden uitgevoerd en onderdeel zijn van een breder pakket van interventies. Anders zijn er geen effecten, zoals in 2014 ook bleek uit een studie onder Engelse schoolkinderen.[31]

Het goede nieuws sinds het uitkomen van het rapport van de Inventgroep is dat vele wetenschappelijk onderbouwde signaleringsinstrumenten tot stand kwamen. Op basis van het rapport verstrekte VWS tientallen miljoenen euro's aan ZonMw om onderzoek naar instrumenten en interventies te stimuleren. Ik noem er enkele die thans breed verspreid zijn. Een volledig en up-to-date overzicht biedt de Databank Effectieve Interventies van het Nederlands Jeugdinstituut.[32] Hier volgen de productinnovaties gericht op vroegtijdige signalering.

– Kinderarts Ory ontwikkelde Samen Starten[33] in 2005. Het instrument richt zich op kinderen van 0-3 jaar. De signalering vindt plaats op het consultatiebureau. Samen Starten brengt vroegtijdig de verschillende leefdomeinen van een kind in kaart. De methodiek gaat uit van oplossingsgericht werken. In dialoog komen ouders en profes-

sional tot oplossingen. De verpleegkundige jeugdgezondheidszorg bezoekt het gezin thuis en bespreekt samen met de ouders oplossingen. Het uiteindelijke doel is het voorkomen van psychische en sociale problemen, antisociaal gedrag en criminaliteit.
– Spark[34] (signaleren van problemen en analyse van risico bij opvoeden en ontwikkeling van kinderen) is een gestructureerd vraaggesprek voor gebruik binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) om (risico op) opvoedings- en ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen vroegtijdig te signaleren. Spark combineert het perspectief van de ouders met de expertise van de JGZ-professional.
– De Meldcode Kindermishandeling[35] is na een uitgebreid debat in de Tweede Kamer en met medewerking van de KNMG in het veld geïntroduceerd. De code bestaat uit vijf stappen: a. in kaart brengen van signalen, b. overleggen met een collega en eventueel raadplegen van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling of het Steunpunt Huiselijk Geweld, c. gesprek met de cliënt, d. wegen van het geweld of de kindermishandeling, en e. kiezen tussen hulp organiseren of melden.
– De Verwijsindex Risicojongeren (VIR)[36] is een landelijk digitaal systeem waarin hulpverleners meldingen kunnen doen over jongeren tot 23 jaar met problemen. Zo weet een hulpverlener sneller of een kind ook bekend is bij zijn collega's. Ze kunnen dan overleggen wat de beste aanpak is voor hulpverlening. Vaak bestaan er ook lokale websites waarop zorgprofessionals, onderwijskrachten en politie kunnen melden dat er problemen zijn, maar niet wat er aan de hand is. Dit staat bekend als wel melden *dat* en niet melden *wat*.

… EN OOK TOT TAL VAN NIEUWE, VROEGTIJDIGE INTERVENTIES

Behalve signaleringsinstrumenten gingen zorgprofessionals zich ook tal van vroegtijdige interventies eigen maken:
– Het programma VoorZorg[37] is ontwikkeld in de Verenigde Staten en staat daar bekend als *Nurse Family Partnership*. Gezinnen hebben vier of meer risicofactoren zoals armoede, ervaring met (seksueel) geweld in verleden of heden, geen netwerk en er is sprake van middelenmisbruik. Vrouwen die in deze moeilijke omstandigheden hun kind krijgen, zijn in deze interventie in staat om een langdurig programma te volgen (2,5 jaar), een persoonlijke relatie met 'hun' VoorZorgverpleegkundige op te bouwen (er zijn er tegenwoordig 35) en te profiteren van zowel gezondheids- als leefstijlondersteuning. De interventie bestaat uit 40-60 huisbezoeken per moeder gedurende de genoemde 2,5 jaar.
– Het doel van Signs of Safety[38] is een samenwerkingsrelatie op te bouwen met gezinnen waar (mogelijk) sprake is van kindermishandeling. Professionals gaan hierbij na welke positie elk gezinslid inneemt ten opzichte van het probleem en de mogelijke oplossing. Zij vragen de gezinnen om indicatoren voor de veiligheid van het kind te benoemen en te beoordelen hoe veilig zij menen dat het kind is. Ten slotte beoordelen zij in hoeverre gezinnen bereid zijn om plannen voor verandering uit te voeren.
– Triple P[39] staat voor *Positive Parenting Program*, ofwel positief pedagogisch programma. Het programma is in Australië ontwikkeld; het doel is de preventie en aanpak van psychosociale problemen bij kinderen door opvoedingsondersteuning. Het programma wordt in Nederland steeds vaker ingezet om ouders te helpen met allerlei opvoedproblemen. Uit onderzoek[40] blijkt dat Triple P ouders helpt positiever op te voeden, waardoor gedragsproblemen bij kinderen uitblijven of in hevigheid afnemen.
– Met veel steun van ZonMw heeft Home-Start zich kunnen ontwikkelen tot *best prac-*

tice van het European Platform for Investing in Children. Het programma ondersteunt ouders bij de opvoeding van hun kinderen. Ervaren en getrainde vrijwilligers bieden ondersteuning, praktische hulp en vriendschap aan ouders met ten minste één kind tot 7 jaar. De gezinnen geven zelf aan op welke gebieden zij steun wensen: hun vragen staan centraal. Home-Start wil met het programma het zelfvertrouwen van ouders vergroten en hun sociale relaties versterken. Home-Start wordt inmiddels in 130 gemeenten aangeboden. Ruim 2.750 gezinnen worden gemiddeld een dagdeel per week ondersteund door 2.650 ervaren en getrainde vrijwilligers van Home-Start. Door de ondersteuning probeert Home-Start a. te voorkomen dat alledaagse problemen uitgroeien tot ernstige en langdurige problemen, en b. dat het zelfvertrouwen en de sociale relaties van ouders toenemen.

– De Eigen Kracht-conferenties[41] beogen dat gezinnen zelf de verantwoordelijkheid nemen om problemen op te lossen met behulp van hun sociale netwerk.[42] Een Eigen Kracht-conferentie leidt tot een plan met draagvlak van een brede kring, waarmee problemen rondom het opvoeden en opgroeien van kinderen opgelost, verminderd of draaglijk gemaakt kunnen worden. Tijdens een bijeenkomst waar het gezin, familieleden, vrienden en eventueel professionele betrokkenen aanwezig zijn, wordt een plan opgesteld om de problemen aan te pakken.
– *Last but not least* noem ik de oplossingsgerichte aanpak in de jeugdhulpverlening ofwel de *solution focused therapy*.[43 44] Deze kwam hiervoor al aan de orde bij de interventie Samen Starten. Inzetten op oplossingsgerichtheid vanaf het begin wordt hierbij erkend als een effectieve strategie tegenover de analytische, diagnosegestuurde aanpak. De cliënt is bij oplossingsgerichtheid 'eigenaar' van de eigen oplossing die in dialoog met de hulpverlening wordt gerealiseerd. Zorg wordt in deze aanpak ondersteuning genoemd: gebruikmaken van zelfmanagement bij de cliënt en bekrachtiging/empowerment door de jeugdprofessional. Fascinerend is de gedachte om bij deze oplossingsgerichte aanpak beschermende factoren te benoemen en te benutten met een positieve invloed op de ontwikkeling van het kind.[45]

EN TOCH KOMT NOG STEEDS VEEL ADHD-MEDICATIE VOOR

De hierboven besproken diagnostische instrumenten en vroegtijdige interventies hebben zich breed verspreid in de Centra voor Jeugd en Gezin. Ik prijs deze professionalisering van de jeugdgezondheidszorg en de jeugdhulpverlening. Toch hebben deze innovaties de groei van het gebruik van ADHD-medicatie (zie afbeelding 6.2) en van het aantal verwijzingen naar jeugdpsychiatrie en Bureaus Jeugdzorg (zie bijvoorbeeld de Groningse data) niet weten om te buigen. Er vond geen ombuiging van de trends plaats na 2009. Dit heeft vermoedelijk twee oorzaken:

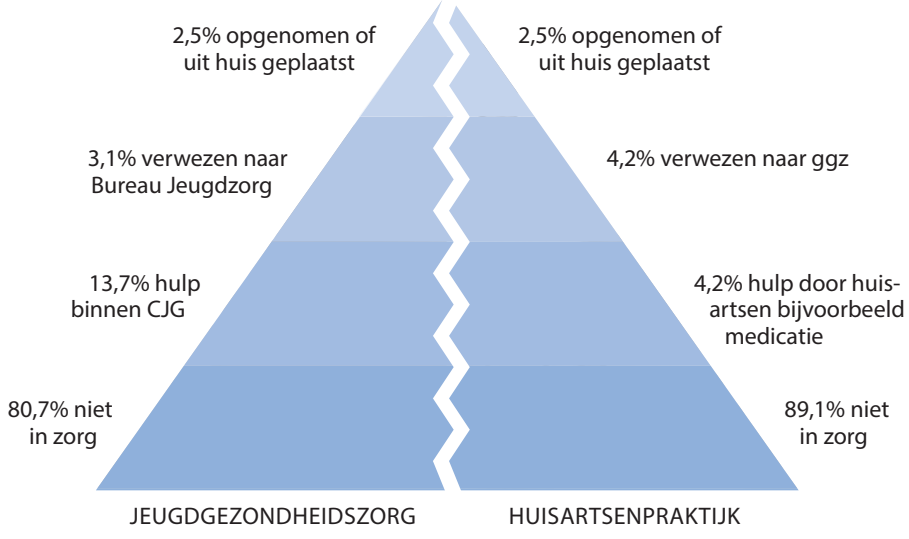
1 Ten eerste ontbreken beslisbomen die leiden van een gesignaleerd probleem via een aantal stappen naar een van de mogelijke vroegtijdige interventies. Er bestaat bijvoorbeeld geen gemeenschappelijke standaard voor huisartsen en jeugdartsen voor het beantwoorden van de vraag wat er moet gebeuren als een gedragsprobleem bij een kind wordt vastgesteld. Tot welke ernst behandelen de genoemde artsen zelf? Wanneer verwijzen zij naar elkaar? Wanneer verwijzen zij naar een jeugdpsychiater en wanneer naar een Bureau Jeugdzorg? Er was geen sprake van een samenhangende zorgpiramide. Ik licht dit in Almere ontwikkelde model toe met behulp van afbeelding 6.6. De piramide bestaat uit vier niveaus en twee segmenten: een segment voor de jeugdgezondheidszorg en één voor de huisarts. In het onderste niveau bevin-

den zich kinderen die niet in de zorg zijn. Het tweede niveau ontvangt hulp van huisartsen of van het CJG. Het derde niveau ontvangt ambulante specialistische zorg. In het bovenste niveau zijn kinderen uit huis geplaatst. De percentages in deze afbeelding zijn afkomstig uit de eerdergenoemde Groningse studie. De overgangen tussen de niveaus en tussen segmenten binnen een niveau zijn een groot probleem. Er bestaat veelal geen overleg tussen segmenten en tussen niveaus over verwijs- en terugverwijscriteria. In mijn ideale model stemmen verwijscriteria van het ene niveau overeen met de intakecriteria van het volgende niveau. De genoemde overgangen zijn idealiter bewaakt (niemand mag te vroeg of te laat naar het volgende niveau, ook komt de uitdrukking 'beschermd oversteken' voor) en er vindt feedback plaats over (on)terechte verwijzingen.

2 De tweede oorzaak waarom medicatie en verwijzingen niet verminderden is dat deze ombuiging geen specifieke, meetbare, acceptabele, realistische en tijdgebonden ofwel SMART-doelstelling vormde bij de oprichting van de Centra voor Jeugd en Gezin. Management en professionals waren niet gefocust om deze doelstelling te halen. Wel om te professionaliseren via de genoemde instrumenten en interventies. Met deze woorden beëindig ik de bespreking van de productinnovaties. Heeft de introductie van CJG's geleid tot procesinnovaties? De volgende paragraaf geeft antwoord op deze vraag.

6.7 DE CENTRA VOOR JEUGD EN GEZIN BRACHTEN VIER PROCESINNOVATIES

In deze paragraaf komen vier procesinnovaties aan de orde: a. betere samenwerking tussen jeugdprofessionals, b. taakherschikking van jeugdarts naar jeugdverpleegkundigen, c. een wijkgebonden, generalistische jeugdprofessional, en d. de praktijkondersteuner jeugdpsychiatrie bij de huisarts. Ze kwamen mede tot stand dankzij het eerdergenoemde rapport van de Inventgroep. Ze komen hierna aan de orde.



Afbeelding 6.6. Het Centrum voor Jeugd en Gezin als zorgpiramide De percentages zijn afkomstig uit de in dit hoofdstuk genoemde Groningse studie.

CJG'S BEVORDEREN SAMENWERKING TUSSEN JEUGDPROFESSIONALS

Onderzoeker Busch en zijn collega's onderzochten of Amsterdamse CJG's wel of niet de samenwerking bevorderen tussen professionals. Die centra heten in deze stad Ouder- en Kindcentra (OKC). Deze Amsterdamse centra bestaan al sinds de jaren negentig van de vorige eeuw. Ten tijde van het onderzoek, in 2011, waren ze uit de kinderziekten. Vele zijn gevestigd in mooie gebouwen. Busch en collega's (waaronder ikzelf) deden een kwalitatief onderzoek[46] op basis van 78 interviews onder professionals, experts en managers, en bestudering van alle beleidsdocumenten over OKC sinds het jaar 1997 toen het concept voor het eerst in een wijk bovenkwam: bottom-up dus. De respondenten percipieerden na een aantal jaren als sterke punten: meer continuïteit van zorg, kortere communicatielijnen en lage drempels tussen professionals om elkaar even te spreken. Zij zagen grote kansen voor toekomstige samenwerking. Zij signaleerden als zwakke punten: het ontbreken van multidisciplinaire richtlijnen, trage contacten met verloskundigen en medisch specialisten, niet geschikte accommodaties om bijeen te komen en de taakverdeling tussen de CJG-directeur en de professionals. Ten slotte zagen zij als bedreiging dat zij een multidisciplinair machtsblok zouden vormen tegenover de cliënt. Dan overheerst professionele noodzaak boven de wens van de cliënt/patiënt.

In andere delen van het land, waar de samenwerking nog niet zo lang bestond als in Amsterdam, ontmoette ik bij *site visits* en lezingen grote cultuurverschillen in taalgebruik, aanspreekvormen, logo's, visitekaartjes en symbolen. Verder viel mij vaak op dat professionals en hun managers spreken van 'eigen taken en CJG-taken'. Cultuurverschillen lijken details, maar voor professionals vormen zij grote vraagstukken die te maken hebben met maatschappelijke waardering en beroepsuitstraling, met instroommanagement van nieuwe cliënten en daardoor met inkomensverwerving. Zij kunnen de samenwerking behoorlijk frustreren. Als naïeve studeerkamergeleerde begon ik vanaf 2005 te pleiten voor gemeenschappelijke bedrijfskleding (poloshirts) binnen CJG's. Die bedrijfskleding is immers gebruikelijk in de dienstensector; in supermarkten, restaurants, schouwburgen, ziekenhuizen, treinen en op campings dragen medewerkers van hoog tot laag herkenbare bedrijfskleding. Cliënten weten dan wie ze moeten aanspreken. Professionals zien er gezagwekkend uit en zijn trots dat zij lid zijn van die ene organisatie. Enfin, ik heb gepleit voor gemeenschappelijke poloshirts en truien voor alle professionals en andere voor het publiek zichtbare medewerkers in het CJG. Maar de cultuurverschillen waren nog te groot: men hield het liever bij de eigen subcultuur.

TAAKHERSCHIKKING LUKT EN VRAAGT VEEL TIJD

Sinds 2011 probeert zorgorganisatie Icare (zie: www.icare.nl) uit of verpleegkundigen van het consultatiebureau (CB) taken van de CB-arts kunnen overnemen. In proefgebied A en B beslist vanaf dat jaar een CB-arts op basis van een eigen consult bij de één maand oude zuigeling of deze wel of niet tot het vierde levensjaar alleen door een verpleegkundige kan worden gezien. Indien er geen opgroei- of opvoedproblemen en medische problemen te verwachten zijn, gebeurt dat. Inmiddels is gebleken dat dit bij 70 procent van de kinderen kan. Tijdens het onderzoek besliste het lot of een zuigeling verderging op de traditionele manier met afwisselend contact met de CB-arts en de CB-verpleegkundige of dat deze op de experimentele manier verderging met alleen de CB-verpleegkundige. In die laatste opzet voerden CB-verpleegkundigen ook voorheen medische taken uit zoals het geven van vaccinaties en het screenen op heup-, hart-, gehoor- en oogafwijkingen. Zij ontvingen daarvoor aanvullende scholing en trainingen

en nieuwe uitgeschreven verantwoordelijkheden. Indien zij een afwijking constateerden, raadpleegden zij in de proefperiode een CB-arts. Op deze wijze verliepen tijdens het experiment in gebieden A en B 27.500 CB-contacten met en ongeveer evenveel zonder taakherschikking.

Aan het begin van de pilot constateerden de verpleegkundigen meer afwijkingen dan de artsen. Na aanvullende supervisie verdween dit verschil, zo blijkt uit een nog niet gepubliceerde studie. De motivatie van de CB-teams in de gebieden A en B verschilde: het team van gebied A omarmde de taakherschikking en het team van gebied B geloofde er niet in. Na de proefperiode waren de ervaringen van verpleegkundigen en artsen in beide gebieden positief. De artsen waardeerden dat zij alleen de kinderen op indicatie zagen: zij werden aangesproken op hun medische deskundigheid. Zij kregen tijd om zorgafspraken te maken met huisartsen over kinderen met gedrags- en andere psychische problemen. Ouders antwoordden in een enquête dat zij het zeer waardeerden vrijwel altijd dezelfde CB-verpleegkundige te ontmoeten. Dat vereenvoudigde het aangaan van een open gesprek (indien nodig) over opvoed- en opgroeiproblemen. De herschikking van medische taken naar CB-verpleegkundigen is een groot succes binnen Icare, zo bleek mij uit twee bezoeken aan de betreffende settings. Vanaf het najaar van 2013 krijgen alle verpleegkundigen van Icare scholing en training om die verantwoordelijkheden en taken op zich te nemen. Dat duurt twee jaar. In totaal heeft de invoering van deze innovatie dan vijf jaar geduurd. Het lukte dankzij de bezielende leiding van de artsen maatschappij en gezondheid (en voormalig CB-artsen) Maurice Damen en Janine Benjamins.

De herschikking van taken van huisartsen, kinderartsen en jeugdpsychiaters naar CB-artsen stagneert in het werkgebied van Icare. Met kinderartsen in de proefgebieden waar Icare taken herschikt, lopen af en toe besprekingen over het thuis begeleiden van premature baby's, van zuigelingen met reflux, obstipatie, koemelkeiwitallergie en syndroom van Down. Ook zijn taakherschikkingen in voorbereiding voor toeleiding naar de jeugdpsychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen. De andere professies werken niet echt mee; er is geen sprake van een gezamenlijke ambitie om kosten te verlagen en kwaliteit te verhogen door kinderen in hun eigen milieu te ontmoeten. Er is evenmin belangstelling van zorgverzekeraars om beleid te maken op deze kostenbesparende substitutie. Wat ook opvalt, is het negatieve zelfbeeld van CB-artsen. Zij hebben soms niet het zelfvertrouwen om zorgafspraken te maken met andere medische disciplines en laten zich de kaas van het brood eten. Bij gemeenten valt de innovatie wel in goede aarde. De CB-verpleegkundigen gaan deelnemen in de sociale wijkteams en in de Centra voor Jeugd en Gezin. De schoolartsen bij de GGD'en aarzelen over de herschikking van medische taken naar verpleegkundigen: wat gaat er gebeuren met hun eigen werkgelegenheid?

EEN WIJKGEBONDEN, GENERALISTISCHE JEUGDPROFESSIONAL ALS REGISSEUR

De derde procesinnovatie biedt een oplossing aan gezinnen met meer dan één probleem. Daar komen vaak verschillende professionals onafhankelijk van elkaar over de vloer. Dit leidt tot misverstanden, dubbel werk, competentiestrijd en als het erop aankomt gebrek aan coördinatie. De gemeente Rotterdam heeft daarom standaardafspraken opgesteld, een procesinnovatie die later in geheel Nederland bekend is geworden onder de slogan: één gezin, één plan en één regisseur. De regering-Rutte-Asscher heeft dit als beleid overgenomen. Het uitgangspunt van die afspraken[47] is dat er samenhan-

gende zorg wordt geboden aan een gezin met problemen. Professionals in het gezin werken met behulp van de eerdergenoemde verwijsindex. Deze professionals dragen taken over in een face-to-facecontact: er is sprake van een warme overdracht. De kring van hulpverleners is niet groter dan nodig. Gesprekken vinden plaats met het gezin en niet zonder het gezin. Een van de reeds aanwezige professionals neemt de regisseursrol op zich. Hij/zij is de eerste contactpersoon voor het gezin en stelt in overleg met andere hulpverleners en het gezin één samenhangend plan op. Als de hulpverlening toch vastloopt, schaalt de regisseur op en regelt eventueel met spoed uithuisplaatsing van de kinderen. De procesinnovatie één gezin, één plan, één regisseur vindt haar ondersteuning in het in de Verenigde Staten populaire model van de *wraparound care* dat de eerdergenoemde Hermanns naar Nederland haalde.[48] Daarin krijgt één centrale persoon de taak om formele en informele zorgverleners te coördineren, die als het ware rond dat gezin met problemen gaan staan. Een recente nota van het Nederlands Jeugdinstituut biedt een uitwerking van dit model voor Nederland.[49]

In het verlengde van het wraparoundmodel ontwikkelde de gemeente Amsterdam de functie van de wijkgebonden, generalistische jeugdprofessional[50], die zij de Ouder- en Kind Adviseur (OKA) noemt. De OKA coördineert de zorg voor ouders en kinderen met opgroei- en opvoedproblemen. Ouders kunnen de OKA tegenkomen op de voorschoolse voorzieningen, de basisschool en in het voortgezet onderwijs. Er ontstaat daarmee een laagdrempelige toegang tot hulp en ondersteuning. En burgers kunnen desgewenst hun eigen OKA kiezen. Van belang is hierbij dat er bij één gezin slechts één OKA komt, zoals dat ook bij een huisarts het geval is. Inmiddels zijn er 'proeftuinen' in Amsterdam waar pilotsgewijs al met deze OKA's wordt gewerkt (voor zover geworven bij de GGD Amsterdam zijn dit veelal verpleegkundigen JGZ).

Het gevolg ervan op lange termijn is dat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen een naam krijgen, bijvoorbeeld Kees-Jan en Joke. Voorwaarde is wel dat de jeugdgezondheidszorg afscheid neemt van homogene spreekuren. Dat zijn spreekuren met allemaal cliënten met dezelfde hulpvraag, bijvoorbeeld ouders met een baby van x-weken die voor een bepaalde vaccinatie komen. Daarvoor in de plaats komen heterogene spreekuren, zoals van huisartsen voor cliënten van verschillende leeftijden en met verschillende hulpvragen. Mijn pleidooi voor deze procesinnovatie viel bij mijn voordrachten aan jeugdartsen in goede aarde: zij reageerden uitermate enthousiast. Het wachten is nu op een kleinschalig experiment in een wijk met een OKA, ingevuld door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen met een eigen naam en met heterogene spreekuren.

EEN PRAKTIJKONDERSTEUNER JEUGDPSYCHIATRIE BIJ HUISARTSEN IN ENSCHEDE

Betekent de aanwezigheid in een wijk van deze jeugdarts en jeugdverpleegkundige dat huisartsen geen bemoeienis meer hebben met kinderen met opgroei- en opvoedproblemen en hun ouders? Natuurlijk wel, want er blijven zich kinderen melden met psychische en sociale klachten en met somatische klachten waarvan de oorzaak ligt in het gezin. Interessant is de observatie van Breedvelt.[51] Hij constateert in een onderzoek in de Utrechtse wijk Leidsche Rijn dat kinderen met een ongunstige score op de SDQ-vragenlijst van de jeugdgezondheidszorg vaak de huisarts bezoeken. Hier ligt een kans voor een procesinnovatie: een afstemmingsoverleg tussen huisarts en jeugdarts om daarbij te komen tot een gemeenschappelijke behandeling en taakverdeling. Interessant hierbij is ook het Enschedese model waarbij een huisarts werkt met een praktijkon-

dersteuner jeugd-ggz. Eerst geeft de huisarts een zogeheten scharnierconsult. Daarin komen drie vragen aan de orde:
1 Hebben de gezondheidsklachten wel of niet een somatische oorzaak?
2 Heeft de huisarts wel of niet een niet-pluisgevoel bij het gedrag van ouders en kind?
3 Gaan huisarts en praktijkondersteuner jeugd-ggz zelf hulp bieden of verwijzen zij naar de tweede lijn.

De praktijkondersteuner verheldert na het scharnierconsult op verzoek van de huisarts de hulpvraag en brengt in kaart of er sprake is van meervoudige problematiek. Hij of zij werkt samen met een jeugdpsychiater. Huisarts en praktijkondersteuner behandelen drie kwart van de kinderen met klachten zelf. De andere kinderen verwijzen zij uiteindelijk door naar de tweedelijns ggz. Het NIVEL evalueert de Enschedese werkwijze. Bij het ter perse gaan van dit boek waren de resultaten hiervan nog niet bekend. De gemeente Enschede ziet graag een relatie ontstaan tussen deze praktijkondersteuner en de Centra voor Jeugd en Gezin. Zelf schat ik in dat deze ondersteuners en jeugdverpleegkundigen qua competentie niet ver uit elkaar liggen. Kortom, ik zie grote mogelijkheden en noodzaak om praktijkondersteuners en jeugdverpleegkundigen, en ook jeugdartsen en huisartsen dichter bij elkaar te brengen.

Met de pionierende huisartsen in Enschede rond ik de bespreking af van de productinnovaties (paragraaf 6.6) en procesinnovaties (paragraaf 6.7) die opkwamen als gevolg van de komst van de Centra voor Jeugd en Gezin. De volgende paragraaf zet alle belangrijke bevindingen in dit hoofdstuk op een rij en biedt enige reflectie op die boeiende ontwikkelingen gedurende de afgelopen tien jaar.

6.8 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN OP EEN RIJ EN ENKELE WAARSCHUWINGEN

Paragraaf 6.1 vergelijkt de gezondheid van de jeugd in Nederland met die elders in Europa.
1 Nederlandse 13-jarigen scoren op tal van indicatoren voor gezondheid en welzijn hoog in vergelijking met 13-jarigen in andere Europese landen (zie afbeelding 6.1).
2 De overgewichtpercentages voor 2- tot 21-jarigen zijn tweemaal zo hoog[52] als in 1980 en die voor obesitas viermaal zo hoog. In 2012 verscheen een literatuurstudie waaruit blijkt dat overgewicht op jonge leeftijd in hoge mate bijdraagt aan hart- en vaatziekten op latere leeftijd.
3 De laatste jaren neemt het percentage jongeren met overgewicht niet verder toe. Onduidelijk is hoe dat komt. Alternatieve verklaringen zijn: a. De jeugd kan fysiek niet nog dikker worden. b. Preventieprogramma's werken wel. c. Dikke kinderen en hun ouders doen niet mee aan onderzoek naar overgewicht. d. Ouders letten, los van preventieprogramma's, gemiddeld gesproken wat beter op het voedingspatroon van hun kinderen.

Paragraaf 6.2 gaat over het zorggebruik van de jeugd. De belangrijke punten zijn:
4 Het aantal kinderen dat speciaal onderwijs volgt, nam de afgelopen jaren sterk toe. Datzelfde geldt voor het aantal verwijzingen naar de Bureaus Jeugdzorg en het aantal jeugdige cliënten van de geestelijke gezondheidszorg. Verder nam het aantal gebruikers van ADHD-medicatie (vooral jongeren tussen de 10 en 20 jaar) enorm toe.
5 De jeugd is gezond en toch groeit het zorggebruik. Deze paradox van Hermanns is niet te verklaren uit een inhaalbeweging, uit een grote groei in het zorggebruik bij

een relatief kleine groep jongeren en evenmin uit de optimistische verklaring dat groot zorggebruik leidt tot betere gezondheid.

6 Het groeiende zorggebruik is wel te verklaren uit toenemende psychopathologisering door ouderen en professionals en door het werken met risicofactoren en niet met risicoprocessen.

Paragraaf 6.3 over de oprichting van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) levert de volgende bevindingen op:

7 Er bestaan vier soorten opgroei- en opvoedproblemen: externaliserend gedrag, internaliserend gedrag, kindermishandeling en getuige zijn van huiselijk geweld.

8 Het rapport van de Inventgroep kwam in 2005 tot stand op basis van een grote internationaal-wetenschappelijke oriëntatie en vele hoorzittingen met kleine groepen vertegenwoordigers van verenigingen van ouders, professionals uit veld, wetenschappelijke verenigingen en individuele wetenschappers. Het rapport leidde uiteindelijk tot de komst van de CJG's vanaf 2008 en de Meldcode Kindermishandeling.

9 In het rapport koppelt de Inventgroep vroegtijdige signalering los van vroegtijdige interventies.

10 Risicoprocessen zijn belangrijker dan eenmalige metingen. Het is niet interessant of een kind afwijkend gedrag vertoont bij een enkele signalering.

11 Opvoedkundige interventies zijn vooral effectief tijdens de zwangerschap en de eerste levensjaren. Want dan verslechteren situaties niet onnodig en zijn zorgkosten op lange termijn te voorkomen.

In paragraaf 6.4 over de eerste jaren van de CJG's zijn de belangrijkste bevindingen:

12 CJG's hebben acht taken (zie afbeelding 6.4) en functioneren binnen zeven randvoorwaarden (zie afbeelding 6.5).

13 Vanaf 2011 beschikken alle gemeenten over CJG's. Meestal zijn het netwerkorganisaties met professionals die elders in dienst zijn. Een uitzondering vormt het CJG Rijnmond.

14 De Stichting CJG Rijnmond functioneert sinds 1 januari 2010. Deze stichting runt thans 22 CJKG's en 70 gebouwen in Rotterdam en naburige gemeenten. Sinds 2010 kwamen een gezamenlijke pedagogische visie, gemeenschappelijke software en substitutieprojecten tot stand.

15 Opvoedpoli's vormen een goede concurrent voor CJG's. Beide partijen houden elkaar scherp.

16 De Zeeuwse Centra voor Jeugd, Gezin en Ouderen, de Porthos-centra, vormen een gunstig langetermijnperspectief voor een gemeenschappelijke uitvoering van de Jeugdwet, de Participatiewet en de Wmo.

Paragraaf 6.5 gaat over de transitie jeugdzorg en levert de volgende bevindingen op:

17 In 2011 deden bijna 100.000 jongeren een beroep op de jeugdzorg. Dat komt overeen met 28 op de 1.000 personen onder de 18 jaar. De hulp aan hen betreft allereerst tweedelijnszorg die zich richt op ernstige opvoedings- en opgroeiproblemen.

18 Vanaf 1 januari 2015 worden gemeenten verantwoordelijk voor alle vormen van zorg. Deze overgang staat bekend als de transitie jeugdzorg. Een in 2014 opgerichte Transitie Autoriteit Jeugd en vliegende brigades staan klaar om gemeenten bij te staan dan wel te corrigeren bij de transitie.

19 Een eigen CJG-budget biedt de mogelijkheid om verschuivingen te realiseren tussen vormen van zorgaanbod en om budgettaire prioriteiten te stellen. De hiervoor toe te kennen CJG-budgetten passen in het eerder in dit boek genoemde cappuccinomodel.
20 Sinds medio 2013 overvleugelt het concept sociaal wijkteam het begrip CJG. Een dergelijk team voert vanaf 1 januari 2015 niet alleen de Jeugdwet uit maar ook de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet. Volgens tal van gemeenten moeten ook wijkverpleegkundigen binnen dat team en niet binnen de eerste lijn gaan werken.

Paragraaf 6.6 bespreekt productinnovaties die tot stand kwamen sinds CJG's functioneren. De belangrijkste bevindingen zijn:
21 De CJG's hebben geen innovaties tot stand gebracht gericht op gewichtsvermindering van jongeren en het terugdringen van alcoholconsumptie en roken. Dat is jammer, want er zijn internationaal gezien goede interventies speciaal voor de jeugd beschikbaar.
22 Sinds het uitkomen van het rapport van de Inventgroep zijn vele wetenschappelijk onderbouwde signaleringsinstrumenten tot stand gekomen zoals Samen Starten, Spark, de Meldcode Kindermishandeling en de Verwijsindex Risicojongeren.
23 Behalve signaleringsinstrumenten gingen zorgprofessionals zich ook tal van vroegtijdige interventies eigen maken zoals het programma VoorZorg, Signs of Safety, Triple P, Home-Start, Eigen Kracht-conferenties en oplossingsgerichte therapie.
24 De hiervoor besproken diagnostische instrumenten en vroegtijdige interventies hebben zich breed verspreid in de Centra voor Jeugd en Gezin. Ik prijs deze professionalisering van jeugdgezondheidszorg en jeugdhulpverlening.
25 De innovaties hebben de groei van het gebruik van ADHD-medicatie (zie afbeelding 6.2) en van het aantal verwijzingen (zie de Groningse data) naar jeugdpsychiatrie en Bureaus Jeugdzorg niet weten om te buigen. Dat komt door onvoldoende overleg tussen zorgprofessionals over verwijs- en terugverwijscriteria. Verder waren CJG's niet gefocust op het terugdringen van medicatiegebruik en verwijzingen naar de tweede lijn.

Paragraaf 6.7 gaat over procesinnovaties die gekomen zijn na de totstandkoming van de CJG's.
26 De samenwerking tussen jeugdprofessionals in Amsterdam verbeterde na vele jaren. Zij percipieerden meer continuïteit van zorg, kortere communicatielijnen en lage drempels tussen professionals om elkaar even te spreken. In andere delen van het land belemmeren cultuurverschillen de samenwerking. Professionals en hun leidinggevenden spreken van 'eigen taken' en 'CJG-taken'.
27 Taakherschikking van CB-artsen naar CB-verpleegkundigen bevordert continuïteit van zorg en verlaagt de kosten per consult. Een dergelijke herschikking vereist voorbereiding om draagvlak te creëren, scholing, supervisie, softwareaanpassingen en uitgeschreven nieuwe verantwoordelijkheden, bevoegdheden en taken.
28 De herschikking van taken van huisartsen, kinderartsen en jeugdpsychiaters naar CB-artsen stagneert in het werkgebied van Icare.
29 In gezinnen met meer dan één probleem komen vaak verschillende professionals onafhankelijk van elkaar over de vloer. Dit leidt tot misverstanden, dubbel werk, competentiestrijd en als het erop aankomt gebrek aan coördinatie. De gemeente Rot-

terdam heeft daarom standaardafspraken opgesteld, een procesinnovatie die later in geheel Nederland bekend is geworden onder de slogan: één gezin, één plan en één regisseur. De regering-Rutte-Asscher heeft dit als beleid overgenomen.

30 De gemeente Amsterdam ontwikkelde de functie van de wijkgebonden, generalistische jeugdprofessional die zij de Ouder- en Kind Adviseur (OKA) noemde. Hij/zij coördineert de zorg voor ouders en kinderen met veel opgroei- en opvoedproblemen. Van belang is hierbij dat er bij één gezin slechts één OKA komt, zoals dat ook bij een huisarts het geval is.

31 Voorwaarde voor de OKA is dat de jeugdgezondheidszorg afscheid neemt van homogene spreekuren. Dat zijn spreekuren met cliënten met dezelfde hulpvraag, bijvoorbeeld ouders met een baby van x-weken die voor een bepaalde vaccinatie komen. Daarvoor in de plaats komen heterogene spreekuren (zoals bij huisartsen) voor clienten van verschillende leeftijden en met verschillende hulpvragen. Pas dan is er één OKA per gezin te realiseren.

32 In het Enschedese model werkt een huisarts samen met een praktijkondersteuner jeugd-ggz. Eerst geeft de huisarts een zogeheten scharnierconsult. Daarin komen drie vragen aan de orde: a. Hebben de gezondheidsklachten wel of niet een somatische oorzaak? b. Heeft de huisarts wel of geen niet-pluisgevoel bij het gedrag van ouders en kind? c. Gaan de huisarts en de praktijkondersteuner jeugd-ggz zelfhulp adviseren of verwijzen zij naar de tweede lijn. Een jeugdarts of een jeugdverpleegkundige zou uitstekend in dit scharnierconsult kunnen functioneren.

DE TRANSITIE JEUGD LEIDT TOT HET REALISEREN VAN DE TRIPLE-AIMDOELSTELLINGEN, MAAR…

Al tien jaar vinden innovaties plaats in de jeugd(gezondheids)zorg. Er kwamen vele product- en procesinnovaties tot stand (paragraaf 6.6 en 6.7). De systeeminnovaties, zoals de CJG's dat zijn, volgden elkaar snel op. Immers, de CJG's waren in 2011 nauwelijks geland of nieuwe concepten en wetten kwamen op de agenda zoals de transitie jeugd, de Jeugdwet en de sociale wijkteams. Gaat al deze bestuurlijke drukte de volksgezondheid in de komende jaren verbeteren en de kwaliteit van de zorgverlening verhogen, terwijl de kosten van de gezondheidszorg gelijkblijven? Dat is de centrale onderzoeksvraag van dit boek, die ik hieronder voor de jeugdzorg beantwoord. Hierbij blik ik terug op de voornaamste bevindingen van dit hoofdstuk.

De gezondheid voor de jeugd is nauwelijks te verbeteren, zo bleek uit paragraaf 6.1. Daarom gaan de genoemde innovaties niet leiden tot verbetering van de gezondheid van het kind. Te meer omdat CJG's, de Jeugdwet, de transitie jeugd en de sociale wijkteams er niet op gericht zijn om gewicht te reduceren, alcoholgebruik te ontmoedigen en roken te stoppen, ADHD-medicatie terug te dringen evenals verwijzingen naar de tweede lijn. Ik pleit nogmaals voor verruiming van de missie van CJG's naar het bevorderen van gezonde leefstijlen. Dan is nog verbetering van gezondheid, het eerste doel van triple aim, te bereiken.

Gaat de kwaliteit van zorg omhoog (het tweede doel van triple aim) dankzij al die innovaties beschreven in de vorige paragrafen? Mijn antwoord is ja. De professionalisering in de afgelopen tien jaar, met beter onderbouwde signaleringsinstrumenten, vroegtijdige interventies, taakherschikking en zorgpaden, heeft tot betere proceskwaliteit geleid. Wel waarschuw ik voor enkele gevaren. De toegang voor kinderen en ouders tot de CJG's loopt gevaar als deze zich vooral richten op gezinnen met ernstige problemen

en op gedwongen jeugdhulp die vroeger viel onder de Bureaus Jeugdzorg (zie paragraaf 6.5). Dan ontstaat stigmatisering en blijven hulpvragers met milde klachten weg. Dan is er minder sprake van vroegtijdige interventies. Beter is het daarom om gespecialiseerde zorg en gedwongen hulpverlening niet bij de CJG's onder te brengen, maar op stedelijk of regionaal niveau. Het tweede gevaar is het blijven ontbreken van een samenwerkingscultuur. Zolang jeugdprofessionals eigen taken en CJG-taken onderscheiden (paragraaf 6.7), verwijs- en terugverwijscriteria ontbreken (paragraaf 6.6) en er geen centrale leiding bestaat bij CJG's, blijft de jeugd(gezondheids)zorg los zand. Samenwerkingscultuur en de mogelijkheden om deze gunstig te beïnvloeden, komen in paragraaf 7.4 over de eerste lijn aan de orde. Het derde gevaar is te verwoorden met het gezegde: het betere is de vijand van het goede. Het betere bestaat hier uit het sociale wijkteam (paragraaf 6.5) en de Porthos-centra (paragraaf 6.3). Hoe sympathiek en theoretisch verantwoord deze systeeminnovaties ook zijn, veel aandacht hiervoor leidt af van de prozaïsche kortetermijnvraagstukken zoals de samenwerking van huisartsen en jeugdartsen bij het terugdringen van medicatiegebruik en verwijzingen naar de tweede lijn. Dit zijn drie reële gevaren die op de loer liggen. Gemeenten die het lukt om deze gevaren te beteugelen, zijn in staat om ook de kwaliteit van zorg te verhogen.

Kunnen de kosten voor jeugd(gezondheids)zorg gelijkblijven (het derde triple-aimdoel) indien de genoemde innovaties breed verspreid worden? De ervaringen bij CJG Rijnmond, de gemeente Amsterdam en Icare leren dat kostenbesparende innovaties zoals één pedagogische visie, registratiebesparende software, taakherschikking en het creëren van het nieuwe beroep van Ouder- en Kind Adviseur vele jaren van voorbereiding en stevig, bevlogen leiderschap vragen. Zij worden mogelijk als de CJG's kunnen werken binnen één budget en met een bekostiging volgens het cappuccinomodel. De regering-Rutte-Asscher wil grote bedragen bezuinigen op de jeugdzorg (paragraaf 6.5). Zij is evenwel beducht voor grote frictiekosten tijdens de eerste jaren die gemeenten dan zelf moeten dragen. Zelf verwacht ik dat de transitie jeugdzorg nog lang niet is afgelopen per 1 januari 2015 en nog vele jaren gaat duren. Wellicht is de bestuurlijke transitie afgerond op die datum. Maar de professionele transitie begint dan pas. Dit betekent dat de te realiseren bezuinigingsmaatregelen in 2015 gemakkelijk kunnen leiden tot wachtlijsten en nare incidenten die veel aandacht krijgen van de massamedia. Nu medio 2014 de economie in Nederland er beter voorstaat, doet de regering er goed aan om voor de professionele transitie en verspreiding van de genoemde innovaties extra geld ter beschikking te stellen en daarmee vanuit de reeds aangekondigde bezuinigingen geld terug te geven aan de jeugd(gezondheids)zorg. Dan is ook het derde triple-aimdoel te realiseren: de kosten gelijkhouden.

7

DE EERSTE LIJN TOEN, NU EN STRAKS

Dit hoofdstuk begint met een historische schets van de eerste lijn (paragraaf 7.1). In de toekomst wordt de eerste lijn belangrijker. In paragraaf 7.2 licht ik dit toe aan de hand van een rekenvoorbeeld. Disciplines die in de eerste lijn thuishoren passeren de revue in paragraaf 7.3. Paragraaf 7.4 bespreekt de theorievorming over samenwerking tussen de disciplines. Daarna volgt een vergelijking van de eerste lijn in Nederland met die in andere landen (paragraaf 7.5). Afbeelding 7.4 toont wenselijke innovaties in de eerste lijn. Bespreking daarvan vindt plaats in de paragrafen 7.6 tot en met 7.8. Paragraaf 7.9 gaat nader in op het cappuccinomodel. De slotparagraaf 7.10 vat de bevindingen uit de vorige paragrafen samen en relateert deze aan de triple-aimdoelen. Ik merk op dat dit hoofdstuk niet ingaat op 'patient empowerment', shared decision-making en zelfmanagement door patiënten. Deze komen aan de orde in hoofdstuk 8 over zorg aan mensen met chronische aandoeningen en hoofdstuk 9 over oncologische zorg. Wat ook ontbreekt, zijn beschouwingen over ouderenzorg, oncologische zorg en geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. Die staan wel in de hoofdstukken 9, 10 en 11.

7.1 DE EERSTE LIJN ONTSTOND IN DE JAREN ZESTIG VAN DE VORIGE EEUW

In 1956 vond Frans Huygen de huisarts opnieuw uit. Hij deed dat in een nu nog bekend artikel in *Medisch Contact*.[1] Hij pleitte voor behoud van de kernwaarden generalistisch, makkelijk toegankelijk en oriëntatie op het gezin. Ook wilde hij wetenschappelijke onderbouwing van het werk van de huisarts. Hij ging uit van de theorie: de patiënt is gezond tenzij het tegendeel is bewezen. Deze screenende en triërende functie van de huisarts is onmisbaar vanuit het gezichtspunt van patiëntenbelang, maar ook vanuit dat van kostenbelang. Huygens opvatting stond en staat haaks op de medisch-specialistische benadering: de patiënt is ziek, tenzij het tegendeel is bewezen. In die omkering ligt de grote betekenis van de heruitvinding van de huisarts.

Op 23 en 24 januari 1959 organiseerde de voorganger van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de later befaamd geworden Woudschotenconferentie. De functie van de huisarts werd daar geformuleerd als het aanvaarden van verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Enkele jaren later traden de eerste hoogleraren huisartsgeneeskunde aan. Thans heeft elke faculteit wel twee of drie van die hoogleraren. Eind jaren zestig gingen de eerste gezondheidscentra van start in onder meer Rotterdam-Ommoord en Hoensbroek. Tien jaar later waren overal van die centra in oprichting. De financiering van deze centra bleef kwetsbaar aangezien deze plaatsvond via ondersteunende subsidie via de Ziekenfondsraad. Zelf speelde ik een rol

bij de start van de gezondheidscentra in de Utrechtse wijken Overvecht en Lunetten. Ik voelde het enthousiasme en idealisme van professionals: hier gaat iets nieuws gebeuren. Het werd gebruik dat nieuwe wijken en nieuwe steden (Almere!) huisartsenzorg boden vanuit gezondheidscentra. Na de invoering van de Zorgverzekeringswet en de marktwerking in 2006 volgde een nieuwe golf van gezondheidscentra. Prachtige centra kwamen van de grond in bijvoorbeeld Nijkerk, Houten en Nieuwegein. De genoemde marktwerking had onbedoeld de financiële positie van huisartsen versterkt. Dit effect veranderde mij van ideologische tegenstander tot pragmatische voorstander van marktwerking. Elders schreef ik hier uitgebreider over.[2]

Staatssecretaris Hendriks, lid van het kabinet-Den Uyl, introduceerde in 1974 het begrip eerste lijn in zijn *Structuurnota Gezondheidszorg*.[3] Hij stelde voor om de gezondheidszorg te organiseren in regionale zorgstelsels met de huisarts en wijkgezondheidscentra als zorgverleners in de eerste lijn en specialistische zorg in de tweede lijn. Hoewel zijn model tot op de dag van vandaag gemeengoed is, kwam later toch een tegenbeweging op, namelijk die van de transmurale zorg. Die moest de kloof tussen eerste en tweede lijn overbruggen. Van der Linden[4] beschrijft in detail de geboorte van de transmurale zorg. Later kreeg die namen als geïntegreerde zorg en disease-managementprogramma.

Wanneer precies de term wijkgerichte samenwerking is ontstaan, weet ik niet. Rond de jaren zeventig van de vorige eeuw kende een stad als Utrecht vele sterpraktijken; dit wil zeggen dat een huisarts een praktijk in het centrum had in een sjiek grachtenpand met patiënten verspreid over de hele stad. De associatie met een uitstekend sterrenhotel werd toen alom gelegd. Huisartsen met een sterpraktijk stonden in 1975 in hoog aanzien. In die jaren was wijkgericht werken bedreigend voor deze sterhuisartsen. Anno 2014 is de vraag aan de orde: werkt de eerste lijn voor een buurt, een wijk of een gemeente? Er zijn in Nederland 415 gemeenten met gemiddeld 39.000 inwoners, 2.531 wijken (met gemiddeld 6.400 inwoners en 6 wijken per gemeente) en 11.600 buurten (met gemiddeld 1.400 inwoners en zo'n 4 buurten per wijk).[5] Ik ga ervan uit dat een eerstelijnsteam op wijkniveau werkt. Want op buurtniveau kan geen team draaien: daarvoor is 1.400 inwoners te weinig. Maar een gemeentelijk niveau van 39.000 ontkent de grote variatie in wijken die er binnen gemeenten bestaan. De toekomstvisie van het NHG en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)[5a] gaat ervan uit dat een samenwerkingsverband van huisartsenpraktijken zo'n 7.500 tot 17.500 patiënten bedient. Zij bedienen dus, zeg maar, grote wijken. In dit boek reken ik ambulante specialistische zorg die op een bovenwijks niveau functioneert niet tot de eerste lijn. Een voorbeeld: een kinderergotherapeut die werkt voor een stadsdeel met 100.000 inwoners doet uitstekend werk, maar valt buiten de eerste lijn.

Het kruiswerk met zijn wijkverpleegkundigen kreeg in de genoemde structuurnota van Hendriks een grote plaats. Van oudsher vormden wijkzusters de ogen en oren van de huisarts, zo schrijft Van der Kolk in haar proefschrift[6] over de geschiedenis van het kruiswerk. Toch kwam het sinds de jaren zestig niet tot een intensievere samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen. Integendeel, zij groeiden sinds 1974 uiteen. Het kruiswerk ging zich in de jaren tachtig thuiszorg noemen. Er trad, vooral na 2000, industrialisering op (de term heb ik van Ipenburg[7] die de ontwikkeling van het kruiswerk sedert ongeveer 1975 analytisch beschreven heeft) met kenmerken als schaalvergroting, meer managers en overhead, uitsplitsing van werkzaamheden naar opleidingsniveau van de zorgprofessional en tijdschrijven. Met de opheffing van de

provinciale kruisverenigingen (jaren tachtig) verdween ook de gespecialiseerde verpleegkundige uit de eerste lijn (diabetesverpleegkundige, reumaverpleegkundige). Deze lacune werd in de jaren negentig opgevuld door gespecialiseerde verpleegkundigen in het ziekenhuis die mondjesmaat ook outreachend waren naar de eerste lijn. De stopwatchverpleegkundige in de thuiszorg deed haar entree. De laatste tijd komt de aloude, allround wijkverpleegkundige weer terug op het toneel dankzij het goede werk van Buurtzorg[8] en het programma Zichtbare Schakels.[9]

Het grootste verschil met deze nieuwe wijkverpleegkundigen is dat zij niet alleen voor de patiënt zorgen, maar ook zorgen dat familie en buren voor hun naasten klaarstaan dus niet zelf de handen altijd aan het bed hebben. Het regeerakkoord van het kabinet-Rutte-Asscher pleit thans voor een aanzienlijke versterking van deze discipline binnen de eerste lijn.

7.2 MINDER TWEEDE LIJN = VERSTERKING EERSTE LIJN

Thans bestaan er diverse toekomstvisies voor de eerste lijn. De bekendste is die van het NHG en de LHV.[10] Maar ook die van de Zorggroep Almere is interessant.[11] Deze gaat in op verschillende doelgroepen met verschillende vragen aan de eerste lijn. Boeiend is ook de visie van De Bakker en collega's uit 2005 op de eerste lijn in 2020.[12] Zij pleiten ervoor dat de eerste lijn en met name de huisarts als poortwachter een belangrijke rol blijft spelen voor de doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Op grond van demografische ontwikkelingen is een sterke tot zeer sterke toename te verwachten van de vraag naar huisartsenzorg, farmaceutische zorg en thuiszorg. Verder verwachten zij schaalvergroting binnen de eerste lijn. In een studie uit 2011 biedt het NIVEL een overzicht van de ontwikkelingen en omvang van de Nederlandse eerste lijn.[13]

De NHG/LHV-visie gaat uit van de kernwaarden die Huygen ook al benoemde: generalistisch, persoonsgericht en continu. De visie benoemt zeventien ambities voor de periode tot 2025 waarvan er hier een aantal volgen: zorg in de eigen woonomgeving, duurzame relatie met de patiënt, herkenbaar samenwerkend team, persoonlijke continuïteit, elektronisch patiëntendossier, flexibele openingstijden, structurele samenwerkingsafspraken met andere disciplines, zorggerelateerde en geïndiceerde preventie en ten slotte zorginnovatie.

De huisartsenorganisaties verwachten een groei van 95 miljoen contacten in 2010 naar 109 miljoen in 2025 ten gevolge van de toename van de bevolking van 16,5 naar 17,2 miljoen en de vergrijzing. NHG en LHV berekenen dat het aantal werkzame huisartsen van 10.000 in 2010 met 34 procent toeneemt naar 14.000 in 2025. Deze schatting wordt bevestigd door die van het Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen uit 2013.[13a] De voorspelling betreft de groei bij ongewijzigd beleid en bij alleen een toename van de vraag ten gevolge van demografische ontwikkelingen. Het overheidsbeleid blijft evenwel niet ongewijzigd. Het regeerakkoord van het kabinet-Rutte-Asscher[14] pleit voor nog meer zorg dichtbij huis, voor meer mantelzorg, voor substitutie van medische specialistische zorg, voor verlaging van het aantal opnamen in verpleeg- en verzorgingshuizen en voor ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg.

In afbeelding 7.1 staat de berekening wat de substitutie van 10 procent van de verpleegdagen in ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen en van verblijfsdagen in verzorgings- en verpleeghuizen betekent voor de eerste lijn. Het percentage van 10 is een voorbeeld: uit beleidsstukken blijkt niet welk substitutiepercentage de regering-Rutte-Asscher voor ogen heeft. De afbeelding laat zien hoe de behoefte aan 579 extra

Soort intramurale voorziening	1	Ziekenhuis	Verpleeghuis en verzorgingshuis	Gehandicaptenzorg	Psychiatrisch ziekenhuis	Totaal
Aantal verpleegdagen of verblijfsdagen in 2009 (x 1.000)	2	11.356	59.850	21.637	7.593	100.436
Stel 10% subsitutie naar eerste lijn (x 1.000) = 10% van rij 1	3	1.135,6	5.985,0	2.163,7	759,3	10.043,6
Extra consult eenheden voor huisarts: rij 3 x omrekeningsfactor [1]	4	1.135,6	5.985,0	2.163,7	759,3	10.043,6
Aantal extra benodigde huisartsen in verband bij substitutie van het aantal verpleegdagen met 10% = rij 4 x omrekeningsfactor [2]	5	65	345	125	44	579
Extra uren wijkverpleegkundigen: rij 3 x omrekeningsfactor [3]	6	1.703,4	8.977,5	3.245,6	1.139,0	15.065,5
Aantal extra benodigde wijkverpleegkundigen in verband bij substitutie van het aantal verpleegdagen met 10% = rij 6 x omrekeningsfactor [4]	7	35	187	68	24	314

[1] Omrekeningsfactor: één gesubstitueerde verpleegdag = één extra huisartsenconsulteenheid.
[2] Omrekeningsfactor: één voltijds formatieplaats van een huisarts = 17.343 consulteenheden (bron: LINH, 2013).
[3] Omrekeningsfactor: tien gesubstitueerde verpleegdagen = vijf bezoeken van een wijkverpleegkundige met een duur van 30 minuten inclusief reistijd en voorbereiding (schatting van mijzelf, was niet te onderbouwen op basis van beschikbare statistieken).
[4] Omrekeningsfactor: één voltijds formatieplaats eerstelijnsverpleegkundigen = 1.200 uur patiëntgebonden tijd (schatting van mijzelf).

Afbeelding 7.1. Gevolgen van de substitutie van 10 procent van de verpleegdagen in ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen en van verblijfsdagen in verzorgings- en verpleeghuizen voor de eerste lijn (berekening)

huisartsen is berekend indien in het jaar 2009 die 10 procent substitutie reeds zou zijn gerealiseerd. Daarnaast is er behoefte aan 314 extra wijkverpleegkundigen. De schattingen zijn aan de voorzichtige kant. Het zou kunnen zijn dat de opmars van de anderhalfde lijn vanuit het ziekenhuis de coördinatietaken van huisartsen aanzienlijk gaat verzwaren. Verder zijn de omrekeningsfactoren aan de krappe kant. Wellicht is de bezoekduur van 30 minuten van een eerstelijnsverpleegkundige te kort. Met het NHG en de LHV deel ik de mening dat de volgende factoren zullen leiden tot een nog hogere behoefte aan huisartsen:

1 de toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en van het aantal (dementerende) hoogbejaarden (zie paragraaf 1.2);
2 het groeiende verschil in sociaaleconomische status: er komen in de toekomst meer arme mensen met een grotere zorgvraag;
3 er komen meer mensen met een depressie en overspannenheid (surmenage) ten gevolge van de toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen; en
4 de kans op uitbraken van nieuwe vormen van infectieziekten.

Afbeelding 7.1 toont aan dat het voorgenomen regeringsbeleid van substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn omvangrijke en ingrijpende gevolgen heeft voor de eerste lijn. Bij 10 procent reductie van intramurale plaatsen zijn 579 extra huisartsen en 314 extra wijkverpleegkundigen nodig (zie regel 5 en 7 van afbeelding 7.1).

7.3 OOK ANDERE ARTSEN DAN HUISARTSEN IN DE EERSTE LIJN

Eerstelijnsgezondheidszorg is generalistische zorg en omvat algemeen medische, paramedische en farmaceutische zorg, verpleging en verzorging en niet-gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg. Deze omschrijving uit 2004 van de Gezondheidsraad[15] is te beperkt. Ten eerste ontbreken professionals die zich bezighouden met preventie en gezondheidsvoorlichting. De WGO gebruikt een bredere definitie. Zij vindt het bevorderen van hygiëne, het stimuleren van gezonde leefstijlen en het verkleinen van ongezonde invloeden vanuit de omgeving ook een taak van de eerste lijn[16] en laat de jeugdgezondheidszorg ook onder de eerstelijnszorg ofwel de *primary health care* vallen. Ik volg de WGO en pleit ervoor om in Nederland jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen ook te rekenen tot de eerste lijn, en wel op de manier zoals in hoofdstuk 6 is omschreven.

In Finland, Engeland en een aantal andere landen werken bedrijfsartsen ook vanuit de eerste lijn. Niet uitsluitend: er werken in die landen ook bedrijfsartsen in ziekenhuizen en in grote bedrijven. In Duitsland doen huisartsen ook bedrijfsgeneeskundige werkzaamheden, waaronder de ziektecontroles. De koepel van bedrijfsartsen in Nederland is de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Zij pleit sinds jaar en dag ook voor bedrijfsartsen in de eerste lijn.[17 18] Door structureel contact tussen huisartsen en bedrijfsartsen kunnen beiden efficiënter en gerichter een diagnose stellen en gerichter behandelen.[19] De huisarts krijgt bijvoorbeeld inzicht in (vage) klachten die met het werk te maken kunnen hebben. De bedrijfsarts speelt binnen de eerste lijn dan een rol bij de behandeling en het voorkomen van gezondheidsproblemen van werknemers. En ook bij een burn-out is een patiënt gebaat bij goed overleg tussen huisarts en bedrijfsarts. Graag neem ik het pleidooi van de NVAB over. Met de vooraanstaande oud-bedrijfsarts Jaap Bruijns Slot van de Arbo Unie denk ik aan een bezetting van ongeveer één bedrijfsarts op tien huisartsen.

Het beroep specialist ouderengeneeskunde (SOG) is ontstaan uit de oudere beroepen verpleeghuisarts en sociaal geriater. De eerstgenoemden werkten in verpleeghuizen en de laatstgenoemden extramuraal onder de naam sociaal geriater. Om drie redenen is er veel voor te zeggen dat deze specialisten ook onder de eerste lijn gaan vallen ten behoeve van zeer oude patiënten met multimorbiditeit (kwetsbare ouderen). Ten eerste is de hoeveelheid klinische informatie die moet worden verzameld per patiënt groot. Daar komt een huisarts door tijdgebrek niet aan toe. Ten tweede vraagt de medische coördinatie rondom deze patiënten grote en in de tijd variërende aandacht. Ten derde kunnen deze specialisten half in de eerste lijn en voor de andere helft in verzorgings- en verpleeghuizen werken. In hoofdstuk 9 over langdurige zorg komt de positie van de SOG terug aan de hand van een boeiend voorbeeld uit Velp. Daar heeft een specialist ouderengeneeskunde een bloeiende eigen praktijk binnen een gezondheidscentrum.

Buiten beschouwing blijft in dit hoofdstuk de geestelijke gezondheidszorg. Deze komt uitvoerig in hoofdstuk 11 aan bod. Maar ook de basis-ggz hoort in de eerste lijn thuis.

Ik merk op dat de hier bepleite verbreding van de eerste lijn naar jeugdgezondheidszorg, bedrijfsartsen en SOG's niet nieuw is. Reeds in 2006 hielden huisarts Van den Hombergh en collega's hiervoor een pleidooi.[20]

ALLE VERPLEEGKUNDIGEN IN HET WIJKTEAM

De meeste praktijkondersteuners van huisartsen hebben tegenwoordig een verpleegkundige achtergrond. Daarnaast werken vele verpleegkundigen bij thuiszorgorganisaties en in buurtzorgteams. In de jeugdgezondheidszorg werken vele verpleegkundigen, waarvan sommigen vroeger ook wijkverpleegkundige waren. Daarnaast hebben thuiszorgorganisaties ook verpleegkundig specialisten in dienst, bijvoorbeeld voor diabetes-zorg of voor thuiszorgtechnologie. Ten slotte werken in de eerste lijn de hiervoor genoemde 'Zichtbare Schakel'-verpleegkundigen. Waarvan ik droom is dat al deze verpleegkundigen zich verenigen in een regionale beroepsvereniging zoals huisartsen hun huisartsenvereniging hebben. Ik kan mij goed voorstellen dat deze vereniging hetzelfde verzorgingsgebied omvat als dat van de huisartsen. De beroepsvereniging gaat voor scholing en onderwijs zorgen en ontwikkelt zorgpaden in haar wijken. Het uitvoerende werk vindt plaats in de wijkteams die rechtstreeks betaald worden door zorgverzekeraars en gemeenten. Op deze wijze zou de in de jaren zeventig reeds beoogde samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen alsnog gestalte kunnen krijgen. Elders[21] heb ik deze gedachte verder uitgewerkt. De verpleegkundigen werken zowel voor huisartsen als voor het in paragraaf 6.5 genoemde sociale wijkteam.

7.4 MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING IN DE EERSTE LIJN ROND DRIE SOORTEN ZORGVRAGEN

Vanaf de introductie van het concept eerste lijn in de jaren zestig van de vorige eeuw staat multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn centraal. Dat is de reden dat hieronder een beschouwing volgt van wat hierover in de theorie bekend is. In 2005 publiceerde d'Amour[22] en collega's een uitgebreide literatuurstudie over inspirerende samenwerking tussen professionals. Hun vijf voorwaarden daarvoor staan vermeld in afbeelding 7.2.

In 2008 publiceerden de Canadese onderzoekers Butt[23] en collega's een model (op basis van een literatuurstudie) over interprofessionele samenwerking in de chronische zorg. Zij concludeerden dat samenwerking vaak mislukt omdat:

1 deze complex is;
2 het tijd kost om deze op te zetten;
3 samenwerking inzet vraagt van tijd en geld; en
4 de besluitvorming tussen partners niet goed te formaliseren is.

Butt en haar collega's onderkenden drie aspecten van samenwerking die invloed hebben op de patiëntenzorg:
1 Basiscondities: willen professionals wel samenwerking, collegiale relaties, onderlinge afhankelijkheid en leiderschap binnen de samenwerking?
2 Organisatorische factoren: is er voldoende ondersteuning voor de samenwerking op het terrein van bijvoorbeeld (digitaal) berichtenverkeer, secretariaat en gemeenschappelijke richtlijnen?
3 Maatschappelijke factoren zoals status- en inkomensverschillen tussen samenwerkende professionals, bestaande eigen beroepsregulering en verkeerde financiële prikkels.

De genoemde auteurs onderscheiden drie uitkomsten van samenwerking. De eerste uitkomst is verbetering van de motivatie tot samenwerking. In wezen is dit het verbeteren van de genoemde basiscondities. De tweede uitkomst betreft organisatorische verbeteringen op het vlak van de voornoemde aspecten 2 en 3. Ten derde zijn er verbeteringen in de kwaliteit van de patiëntenzorg en in de gezondheid van de bediende populatie. Dit is de finale uitkomst van samenwerking en de meest belangrijke.

In 2012 gaf de Engelse oud-hoogleraar interprofessioneel onderwijs Barr[24] een waarschuwing: een integratie van organisatiestructuren is niet voldoende om samenwerking tot stand te brengen. Xyrichis en Lowton beamen dit op basis van weer een andere literatuurstudie.[25] Dus het alleen creëren van een formele structuur helpt niet, zeker niet als deze de basiscondities van Butt en anderen doet verslechteren. Andere wetenschappers zoals de Canadezen Reeves en collega's[26] pleiten voor het invoeren van triagesystemen, richtlijnen, beslisbomen en zorgpaden als vehikel om professionele samenwerking te verbeteren. In dergelijke multidisciplinaire interventies krijgt de samenwerking tussen professionals concreet vorm. Holmesland[27] c.s. en Kilgore & Lanford voegen aan de bovengenoemde recente inzichten in samenwerking toe dat wederzijds vertrouwen en

- Delen van verantwoordelijkheden: besluitvorming, filosofie, gegevens, planning en interventies
- Partner zijn: collegiaal, authentiek, constructief, open, eerlijk, wederzijds, vertrouwen en respect
- Wederzijdse afhankelijkheid: niet autonoom, geheel meer dan de delen, gezamenlijke actie
- Delen van macht: kennis en ervaring belangrijker dan functies en titels, symmetrie in machtsrelaties
- Ontwikkelingsproces: altijd transformerend, structurerend, discipline- en domeingrensoverschrijdend

Afbeelding 7.2. Vijf voorwaarden voor samenwerking tussen professionals

wederzijds begrip ook belangrijke factoren voor een goede samenwerking zijn. Belbin legt de nadruk op negen te onderscheiden rollen die teamleden kunnen spelen en die alle vervuld moeten worden: teamleden moeten elkaar daarin aanvullen.[28] Hij sluit aan op de verschillende leerstijlen van Kolb (zie paragraaf 3.2). Ten slotte geeft Bronstein[29] aan dat flexibiliteit in een samenwerkingsrelatie van groot belang is. Want professionals moeten toestaan dat andere professionals zich af en toe op hun terrein begeven en moeten zelf waar nodig buiten hun eigen domein werken.

De theorieën van Butt e.a., Goldman e.a. en van Kilgore & Lanford[30] beveel ik aan lezers aan die samenwerking of het gebrek daaraan bestuderen in de eerste lijn en in zorgsectoren die elders in dit boek aan de orde komen.

DE EERSTE LIJN KENT DRIE SOORTEN ZORGVRAGEN

Voor de nieuwe Haagse wijk Wateringse Veld mocht ik ooit de eerste lijn ontwerpen samen met een groep professionals, cliëntvertegenwoordigers en financiers. Redenerend vanuit drie verschillende soorten zorgvragen kwamen wij uit op een driedeling die ik nu ook voor de rest van het land voorstel.

Ten eerste is er het cluster *Behoud van gezondheid en welzijn*. De belangrijkste taken betreffen vaccinatie, screening, gezondheidsvoorlichting, het aansturen van brede, preventieve programma's (zie hoofdstuk 3), het monitoren van de gezondheid en het welzijn in de wijk en de zorggerelateerde preventie voor mensen met chronische aandoeningen en kwetsbare ouderen. Het tweede cluster betreft de *kortdurende zorg- en dienstverlening*. Hieronder valt de traditionele huisartsenzorg maar ook kortdurende interventies van andere disciplines. Verder hoort hieronder de spoedeisende hulp van huisartsen. Het derde cluster omvat *zorg aan mensen met een chronische aandoening*.

Huisartsen en andere disciplines kunnen werken in één of meer van deze clusters. De hier genoemde indeling betreft niet een ordening van de aanbieders, maar van de te leveren zorg en diensten. Een driedeling van producten bestaat ook bij universitaire medische centra. Zij leveren drie diensten: patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek; hierbij zetten veel medewerkers zich in voor alle drie clusters vanuit specifieke disciplinegroepen/vakgroepen. Binnen elk cluster vindt multidisciplinaire samenwerking plaats.

Ik heb nu op hoofdlijnen de wenselijke medische structuur voor de eerste lijn neergezet: er zijn drie productgroepen, aangeboden door vier medische disciplines: huisartsen, jeugdartsen, bedrijfsartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Deze disciplines werken nauw samen met verpleegkundigen. Hoe de beleidsvorming en populatiebekostiging ervan kunnen plaatsvinden, komt later in dit hoofdstuk aan de orde. Eerst passeren boeiende ontwikkelingen van de eerste lijn elders in Europa en de Verenigde Staten de revue.

7.5 DE EERSTE LIJN ELDERS IN EUROPA EN DE VERENIGDE STATEN

John Fry, een generatiegenoot van de eerdergenoemde Frans Huygen, kreeg in 1983 wereldbekendheid met een internationale vergelijking van de eerste lijn.[31] Hij is oprichter van de Engelse huisartsenvereniging The Royal Society of General Practitioners. Fry ging uit van vergelijkbare kernwaarden als Huygen en legde daarmee het fundament van de tegenwoordige eerste lijn in Engeland. Boeiend is dat de Engelsen twee woorden voor huisarts kennen: *general practitioner* en *family doctor*. Het eerste woord benadrukt

Domein 1: Toegang en informatie	**Domein 5. Praktijkvoering**
1. Afspraak maken voor dezelfde dag	21. Professioneel financieel management
2. Laboratoriumuitslagen snel beschikbaar	22. Besluitvorming op basis van kosten en opbrengsten
3. Online afspraak maken	23. Opbrengst: bewustzijn
4. Online skypen	24. Personeelsbeleid
5. Groepsconsulten	25. Optimaal ontworpen gebouw
6. Bereikbaar buiten kantooruren voor spoedpatiënten	
Domein 2. Care management	**Domein 6. Kwaliteit en veiligheid**
7. Monitoren van de gezondheid van de populatie	26. Medicatie management
	27. Patiëntervaringen gemeten
8. Welzijnsactiviteiten	28. Analyse van klinische uitkomsten
9. Preventie van ziekten	29. Projecten voor kwaliteitsverbetering
10. Patiënteneducatie	30. Teamwork
Domein 3. Aangeboden zorg	**Domein 7. Informatie en Communicatie Technologie**
11. Samenhangende kortdurende en langdurige zorg	31. Elektronisch medisch dossier
	32. Elektronische voorschrijven
12. Screening	33. Registratie van data op populatieniveau
13. Kleine chirurgische ingrepen	
14. Andere therapeutische ingrepen	34. Website over de praktijk
15. Aanvullende diagnostiek	35. Patiëntenportaal
Domein 4. Continuïteit van zorg Samenwerkingsafspraken met:	**Domein 8. Leiding van het medical home**
16. Thuiszorgorganisaties	36. Aanwezig leiderschap
17. Ziekenhuis	37. Gemeenschappelijke missie en visie
18. Geestelijke gezondheidszorg	38. Effectieve communicatie
19. Verloskundige zorg	39. Verantwoordelijkheidstoedeling per discipline
20. Casemanagers	

Afbeelding 7.3. De acht domeinen en 39 kenmerken van het medical home

het generalistische werk en het tweede de gezinsoriëntatie. Een andere, veel geciteerde apostel voor de eerste lijn is de Amerikaanse Barbara Starfield. Zij toonde aan dat landen met een sterke eerste lijn betere gezondheid en lagere kosten hebben.[32] Ook is het vele en goede internationale werk van het NIVEL te noemen dat steeds via onderzoek de eerste lijn heeft bevorderd. Een recente publicatie vanuit het NIVEL betreft een vergelijking van de eerste lijn in de landen van de Europese Unie.[33] Deze toont opnieuw aan dat landen met een sterke eerste lijn een betere gezondheid, minder onnodige ziekenhuisopnamen en minder sociaaleconomische gezondheidsverschillen kennen. Ook is het zo dat in diezelfde landen de kosten in de afgelopen jaren minder stegen dan in andere landen.

Wat opvalt bij het vergelijken van de eerste lijn in Nederland met die in België, Duitsland en Frankrijk is de inschrijving op naam met het daarbij behorende abonnementstarief en de poortwachtersfunctie. In onze buurlanden betalen burgers hun huisarts alleen per verrichting. Er is geen sprake van een duurzame arts-patiëntrelatie. Het komt voor dat iemand vijf verschillende huisartsen in een jaar bezoekt. Een sterk punt van Nederland is het abonnementstarief van huisartsen dat een vaste arts-patiëntrelatie stimuleert. De productie aan consulten blijft hoog dankzij een laag verrichtingentarief van 9 euro. Een apart tarief, te weten het GES-geld, stimuleert innovatie. Hierbij staat GES voor geïntegreerde eerstelijns samenwerking. Wie in Nederland op kosten van de Zorgverzekeringswet een specialist wil raadplegen, kan dat alleen doen na een verwijzing door de huisarts. In veel andere landen kunnen patiënten zich rechtstreeks tot een medisch specialist wenden zonder eerst naar een huisarts te gaan. Een poortwachtersfunctie zoals in Nederland verlaagt de kosten van zorg.[34 35] Onder de geuzennaam 'Dappere dokters' tracht een aantal Amsterdamse huisartsen deze functie een nieuw en breder leven in te blazen.[36] In Europa kennen verder alleen het Verenigd Koninkrijk en Denemarken de poortwachtersfunctie. Een ziekenhuisbestuurder zei mij dat hij de huisarts als poortwachter van zijn ziekenhuis zou heruitvinden, mocht de huisarts door overheidsbeleid sneuvelen.

HET AMERIKAANSE MEDICAL HOME: GOED DOORDACHT MAAR MOEILIJK TE REALISEREN

Sinds enkele jaren trachten de Verenigde Staten de eerste lijn in te voeren als onderdeel van wat thans de Obamacare heet. Het eerstelijnsmodel heet daar *medical home*. Het bestaat uit acht domeinen met gemiddeld vijf componenten. In afbeelding 7.3 worden deze genoemd. Dit overzicht vormt tevens een checklist voor het beoordelen van de structuurkwaliteit (zoals omschreven in afbeelding 1.5) van de Nederlandse eerste lijn. In de Verenigde Staten is het beleid er thans op gericht om zoveel mogelijk van de genoemde 39 componenten te realiseren. Verder trachten overheidsinstanties aan te tonen dat een medical home dat voldoet aan meer componenten betere patiëntgerelateerde uitkomsten heeft. Dat is echter maar voor een deel het geval.[37] Het invoeren van de medical homes[38] in de Verenigde Staten gaat overigens niet gemakkelijk: volgens diverse studies ontbreekt leiderschap in de eerste lijn.[39 40]

7.6 NOG VELE PRODUCTINNOVATIES MOGELIJK IN DE EERSTE LIJN

Is er nog ruimte voor innovaties in de eerste lijn waardoor deze nog beter gaat functioneren? De beantwoording van deze vraag volgt hieronder aan de hand van afbeelding 7.4. Net als de vergelijkbare afbeelding 5.1 over geboortezorg is deze ingedeeld

Productinnovaties
• Te weinig multidisciplinaire richtlijnen
• Beslisbomen voor toegang tot de gehele tweede lijn
Procesinnovaties
• Vele soorten spreekuren in de eerste lijn
• Taakherschikking: geef verpleegkundig specialisten een kans
• Invoering verpleegkundig specialisten
• Contact via internet en niet meer face-to-face
Systeeminnovaties
• Populatiemanagement is meer dan monitoren
• Brede coöperaties voor de eerste lijn: een perspectief
• Basisteams van welzijn en zorg
• Versober regelgeving van zorgverzekeraars
• Anderhalfde lijn: vooral digitaal
• Breed abonnementstarief zonder huisvestingslasten
• Het cappuccinomodel

Afbeelding 7.4. Mogelijke innovaties in de eerste lijn

in product-, proces- en systeeminnovaties (zie ook paragraaf 1.5). Onder deze laatste vallen financiële, ICT- en cultuurinnovaties. Eerder in dit hoofdstuk kwam de indeling van de eerste lijn in drie clusters aan bod: a. behoud van gezondheid en welzijn, b. kortdurende zorg- en dienstverlening, en c. de zorg voor mensen met een chronische aandoening. De innovaties in het eerste cluster kwamen reeds aan de orde in hoofdstukken 3-6. De zorg aan mensen met een chronische aandoening (het tweede cluster) komt elders aan bod. Daarom staan innovaties voor de zorg aan mensen met een chronische aandoening niet vermeld in afbeelding 7.4. Wat overblijft betreft is het tweede cluster: de kortdurende zorg. Bij de kortdurende zorg laat ik de spoedeisende zorg vanuit huisartsenposten buiten beschouwing. De innovaties daarbij komen in hoofdstuk 14 over spoedzorg aan de orde. Hieronder volgt een bespreking van de innovaties genoemd in afbeelding 7.4.

DE EERSTE LIJN IS NOG NIET VOLDOENDE MULTIDISCIPLINAIR

Nog steeds zijn er onvoldoende beslisbomen, richtlijnen en zorgpaden die huisartsen, specialisten, jeugdartsen, bedrijfsartsen en hun beroepsorganisaties gezamenlijk hebben opgesteld. De mooiste geslaagde voorbeelden zijn de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie[41], die van de Longalliantie Nederland[42] en de Standaard Cardiovasculair risicomanagement.[43] Het maken van deze standaarden en het verwerven van draagvlak daarvoor kostte vele jaren en vereiste de inzet van honderden professionals, vele werkgroepen en congressen. Ik durf het daarom nauwelijks te bepleiten, maar er zijn er nog meer nodig. Hier volgen er vier.

Voor de zorg aan patiënten met hartfalen bestaat geen standaard die vergelijkbaar is met de twee genoemde voorbeelden. Huisartsen en cardiologen verschillen te veel van mening. Cardiologen zijn te zeer bevreesd voor broodroof, zo pikte ik op tijdens congressen en workshops. Wellicht leidt de toenemende schaarste tot voortschrijdend inzicht. Over enkele jaren zijn cardiologen blij als zij patiënten snel terug kunnen verwijzen naar de huisarts.

De tweede standaard betreft de zorg aan CVA-patiënten. Hier ligt een taak voor huisartsen, neurologen, specialisten ouderengeneeskunde en klinisch geriaters en hun beroepsorganisaties om te komen tot één zorgstandaard. Het Kennisnetwerk CVA-zorg[44] (ik ben daarvan adviseur) maakte een opzet hiervoor, maar diverse beroepsorganisaties weigerden deze te ondersteunen. Ook weer vanwege de vrees het financiële beroepsbelang te ondermijnen.

De derde multidisciplinaire standaard betreft de zorg aan psychogeriatrische patiënten. Bij lezingen over deze zorg valt mij op dat per beroepsgroep een andere definitie en andere meetinstrumenten en beslisbomen gelden. Een goed voorbeeld van samenhangende eerstelijnszorg voor deze patiënten betreft het initiatief Draagnet in Haarlem en omgeving.[45] Daar functioneren huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch geriaters en verpleegkundige casemanagers in kleine, wijk- of dorpsgebonden teams. Hun richtlijnen en beslisbomen stimuleren zo lang mogelijk eigen regie voor patiënt en mantelzorg.

De vierde multidisciplinaire standaard die ik mis betreft de diagnostiek en behandeling van te drukke kinderen. Wanneer krijgen zij van een jeugdarts de diagnose ADHD? En wanneer van een huisarts? En wat is dan de meest geschikte therapie? Pillen of praten? Deze vragen kwamen reeds aan de orde in de paragrafen 6.2 en 6.6.

BESLISBOMEN VOOR TOEGANG TOT DE GEHELE TWEEDE LIJN

De tweede lijn omvat niet alleen medisch-specialistische zorg. Ook de geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen vallen hieronder. De toegang tot de medisch specialist loopt in Nederland via de huisarts. De NHG-standaarden voor huisartsen bevatten per ziektebeeld beslisbomen voor verwijzing naar het betreffende specialisme. Wat in de eerste lijn ontbreekt, zijn multidisciplinaire richtlijnen voor verwijzing naar de andere onderdelen van de tweede lijn. Zoals huisartsen onafhankelijk zijn van ziekenhuizen, zo zouden huisartsen, wijkverpleegkundigen en eerstelijnspsychologen moeten kunnen verwijzen naar verpleeg- en verzorgingshuizen respectievelijk naar gespecialiseerde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Dit betekent ontvlechting van instellingen die én eerstelijnszorg én tweedelijnszorg aanbieden. Dat hoeft ook niet op stel en sprong. Een begin zou het opstellen van gemeenschappelijke verwijscriteria en beslisbomen voor toegang tot de brede tweede lijn kunnen zijn. Wie in de eerste lijn werkt vanuit een tweedelijnsorganisatie zou een professioneel statuut moeten krijgen dat onafhankelijkheid in verwijzing en compliance aan eerstelijnsstandaarden garandeert.

7.7 PROCESINNOVATIES IN DE EERSTE LIJN

GRAAG MEERDERE SOORTEN SPREEKUREN IN DE EERSTE LIJN

De goede toegang tot de eerste lijn is al sinds de jaren van de eerdergenoemde Frans Huijgen en John Fry een essentieel kenmerk daarvan. Een recente literatuurstudie toont aan dat een goede toegang tot de eerste lijn het gebruik van ziekenhuiszorg be-

perkt.[46] In Nederland en ook in het Amerikaanse medical home is het kunnen maken van een afspraak met de huisarts op dezelfde dag een kwaliteitseis. Dat is bijvoorbeeld niet het geval in Zweden, waar ik tijdens een studiereis vernam dat huisartsen meestal een afspraaktermijn kennen van veertien dagen. Ook al is de toegang in Nederland op orde, toch zijn er mogelijkheden voor procesinnovaties zoals variatie in de soorten spreekuren (zie afbeelding 7.4). Ik bepleit ze onder het motto: een dak repareer je als het nog droog is.

Ten eerste is te denken aan het invoeren van avondspreekuren in de eerste lijn. Deze innovatie komt tegemoet aan verschillen in leefstijl in de bevolking. Verder verlaagt deze de overheadkosten van gezondheidscentra per patiënt. Als parkeerterreinen, spreekkamers en apparaten drie en niet twee dagdelen per dag worden gebruikt, levert de grotere bedrijfsdrukte besparingen per patiënt op. Verder zou het kunnen zijn (maar ik heb geen empirisch bewijs) dat avondspreekuren het beroep op huisartsenposten verminderen.

Ten tweede is te denken aan inloop- ('s morgens voor werkenden) en uitloopspreekuren ('s middags na schooltijd voor kinderen die ziek thuiskomen en voor parttime werkenden). Deze varianten vergroten de toegang voor mensen die geen telefoon hebben of hun tijd moeilijk kunnen structureren. Verder geven ze invulling aan het aloude principe dat de eerste lijn desgewenst op dezelfde dag bereikbaar is. Dat geldt niet alleen voor huisartsen, maar ook voor fysiotherapeuten, psychologen en wijkverpleegkundigen.

Ten derde komt de mogelijkheid naar voren om online afspraken te maken met huisartsen en andere zorgprofessionals. De softwareprogramma's hiervoor bestaan. De irritante wachttijden bij de praktijktelefoon verdwijnen. De online afspraak biedt de mogelijkheid van uitbreiding naar een preconsult. Patiënten die online een afspraak maken, krijgen vervolgens een softwareveld aangeboden waarin zij hun zorgvraag alvast kunnen formuleren en eigen medicatie noteren.

Achter de horizon ligt nog de mogelijkheid dat, afhankelijk van de zorgvraag, het instroommanagement van de huisarts zich wijzigt. De online patiënt zou dan bijvoorbeeld het advies kunnen krijgen om eerst bloed te laten prikken voordat het consult plaatsvindt. Dit voorkomt overbodige consulten die alleen bestaan uit handen schudden.

TAAKHERSCHIKKING: GEEF VERPLEEGKUNDIG SPECIALISTEN EEN KANS

Een volgende procesinnovatie (zie ook afbeelding 7.4) betreft taakherschikking van huisartsen naar verpleegkundig specialisten. Toen in 2005 een tekort aan huisartsen dreigde, liet het ministerie van VWS onderzoeken of nurse practitioners (NP's) en physician assistants (PA's) taken van huisartsen konden overnemen. Deze verpleegkundigen doen veel taken in de Amerikaanse eerste lijn.[47] Brabantse NP's gingen parallel aan de huisarts voor alledaagse gezondheidsklachten spreekuren draaien. Zij deden zelfstandig diagnostiek en konden – binnen grenzen – het voorschrijfbeleid aanpassen. Vijftien PA's werden in het hele land ingezet om eenvoudige vragen van patiënten af te handelen. Patiënten konden zelf kiezen voor een PA of huisarts. De PA's draaiden tegelijk met de huisarts (van wie zij de assistent waren) hun spreekuren en konden online hun huisarts er even bijhalen. Boeiend is, zo bleek uit twee onderzoeken,[48][49] dat in dit PA-model huisartsen juist meer aandacht gingen geven aan mensen met een chronische aandoening en bij NP's juist minder. Beide studies leverden verder positieve uitkomsten op. Het kennisniveau van PA's en NP's bij afstuderen was op de in te zetten gebieden vergelijk-

baar met dat van een beginnende huisarts. Wel duurden de consulten langer. Toch waren de kosten per consult (inclusief supervisie door een huisarts) voor een NP lager dan voor een vergelijkbaar consult door een huisarts.

NP's vallen tegenwoordig onder de verzamelnaam verpleegkundig specialisten. Volgens experimenteerartikel 36a, ingevoerd in 2010 in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, mogen zij en PA's tegenwoordig medicatie voorschrijven binnen vooraf door artsen en opleidingen te bepalen grenzen.[50] Dat werkt goed.[51] Lambregts en Grotendorst constateren in hun boek[52] over verpleegkundige beroepen dat er een grote groep verpleegkundig specialisten bestaat die taken van huisartsen willen overnemen. Indien er ooit een tekort aan huisartsen komt of geldgebrek in de eerste lijn, is deze procesinnovatie gereed voor brede invoering. In tegenstelling tot sommige huisartsen[53] pleit ik voor praktijkvergroting en niet voor praktijkverkleining. Bij het laatste ziet een huisarts te weinig verschillende patiënten.

CONTACT VIA INTERNET EN NIET MEER FACE-TO-FACE: JA DAT KAN

Een patiënte ervaart stress vanwege problemen op het werk. Haar hartritmestoornissen komen daardoor terug. Zij stuurt een elektronisch bericht via een beveiligde lijn naar haar huisarts met de vraag: zal ik mijn medicatie aanpassen? De huisarts reageert binnen vier uur met een advies. Een andere patiënt heeft plotseling last van erge jeuk ten gevolge van huideczeem. Hij maakt thuis een foto en stuurt die via dezelfde lijn op naar de huisarts. Hij stelt een vergelijkbare vraag. Deze procesinnovatie (zie afbeelding 7.4) is gereed voor brede verspreiding. Vele Nederlanders gebruiken internet (zie afbeelding 1.1). Bijna alle artsen kunnen omgaan met het internet. Het Brabantse Huisartsenteam experimenteert thans op kleine schaal met dit online afspraken maken.[54] Op grond van de Zorgverzekeringswet mag de huisarts een tarief rekenen dat gelijk is aan een telefonisch consult.

Bij Kaiser Permanente stelt tegenwoordig een derde van de verzekerden vragen via het internet. Artsen hadden aanvankelijk grote bezwaren en patiënten hechtten aan hun routine van een face-to-facecontact. De leiding, met meer zicht op de mogelijkheden van het internet om face-to-facecontacten minder belangrijk te maken, pakte haar verantwoordelijkheden op. Via paginagrote advertenties in dagbladen riep zij de bevolking op voortaan contact te zoeken via het internet. Interne campagnes en gerichte oplossingen voor financiële- of technische problemen deden de rest. Dit gehele verhaal staat beschreven in een van de boeken van Kaiser Permanente.[55] Welke grote eerstelijnsorganisatie in Nederland treedt met steun van een zorgverzekeraar in de voetsporen van Kaiser Permanente?

Engeland zet per 1 januari 2015 een eerste stap. Dan krijgen patiënten het recht op elektronische inzage van hun eigen door de huisarts beheerde dossier.[56] Alle huisartsen worden geacht dit recht mogelijk te maken door aanpassingen van de software in hun praktijk. In 2012 kregen zij hiervoor drie jaar de tijd.

Met het online afspraken maken eindigt deze paragraaf over procesinnovaties. De volgende paragraaf gaat in op de systeeminnovaties opgesomd in afbeelding 7.4.

7.8 SYSTEEMINNOVATIES IN DE EERSTE LIJN

Behalve naar de tweede lijn verwijst de eerste lijn patiënten ook naar welzijnsinstellingen zoals vrijwilligersorganisaties, kerkelijke organisaties, arbeidsre-integratie, schuldhulpverlening, sportclubs, uitkeringsinstanties en stichtingen rond etnische

minderheden. Dat kan gebeuren op een formele of een informele manier. Over de overgang van zorg naar welzijn verscheen onlangs een goed onderbouwd rapport van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ): *Regie aan de poort*.[57] De RVZ pleit voor basisteams van eerstelijnsgezondheidszorg en welzijnsinstellingen met samenwerkingsafspraken die verdergaan dan het reageren op zorgvragen en het bevorderen van gezondheid alleen.

Kernwaarden duidt de RVZ aan met de woorden: proactief, populatiegericht, multidisciplinair, zorgcoördinatie met één aanspreekpunt, gericht op gezondheid en participatie, specialistische consultatie alsmede bevordering van preventie, zelfmanagement en participatie.

Op basis van diverse achtergrondstudies schat de RVZ de omvang van het aantal burgers dat én gezondheids- én sociale problemen heeft op 6 procent van de bevolking ofwel op één miljoen personen. Deze hebben een meer dan gemiddeld zorggebruik. Een deel krijgt minder hulp dan noodzakelijk. Een ander deel doet juist een hoger beroep op de curatieve zorg. Een verklaring is dat maatschappelijke of persoonlijke problemen zich nogal eens manifesteren als gezondheidsklachten. Graag volg ik de RVZ in zijn pleidooi voor basisteams. Want deze bevorderen tegelijk gezondheid en welzijn én kostenreductie. Werkafspraken tussen zorg- en dienstverleners geven inhoud aan de genoemde basisteams. De teams komen in dit boek overeen met de sociale wijkteams zoals beschreven in paragraaf 6.5.

POPULATIEMANAGEMENT: TELLERS EN NOEMERS COMBINEREN

Iedere professional in de eerste lijn werkt tegenwoordig met een computer. De softwareprogramma's erop faciliteren uitstekend het snel openen en afsluiten van het eigen elektronisch patiëntendossier. Wat vaak niet ontwikkeld is, zo merk ik in mijn onderwijscontacten, is de softwarefunctie om managementrapportages te maken. Simpele inhoudelijke vragen als 'wat is het gemiddelde HbA1c-percentage van mijn diabetespatiënten?' kan een modale huisarts niet met één druk op de knop uit het programma halen. Ook logistieke gegevens zijn niet op geaggregeerd niveau op te vragen. Menige vraag over voorschrijfgedrag en aantal ziekenhuisopnamen per huisarts moeten beleidsmedewerkers en onderzoekers met speciale softwareprogramma's of met de copy-pastefunctie uit individuele patiëntendossiers halen. Mijn droom is dat dergelijke informatie online, bijvoorbeeld tijdens een teamoverleg, is op te vragen. Dan is er sprake van cockpitinformatie, zoals die welke in een vliegtuig online de vlieghoogte en snelheid aangeeft. Nu zijn de data vrijwel altijd opgesloten in moeilijk toegankelijke gegevenspakhuizen. De functie 'managementrapportage maken' maakt populatiemanagement mogelijk. Hierbij vormen de gegevens over eerstelijnsgezondheidszorg de teller van een interessant verhoudingsgetal. Gegevens over de totale populatie van het verzorgingsgebied (zoals omvang, leeftijd, inkomen, werkloosheid, samenstelling van het huishouden) vormen de noemer van dit getal. Met behulp van deze verhoudingsgetallen zijn wijken, leeftijdsgroepen en andere subgroepen te vergelijken op zorggebruik en gezondheid.

Amerikaanse zorginstellingen zoals Kaiser Permanente en de Cleveland Clinic werken met geavanceerde zorg-ICT die populatiemanagement mogelijk maakt. In hun internationale beststeller met de Nederlandse titel *De big data revolutie* pleiten Mayer-Schönberger & Cukier[58] voor populatiemanagement binnen en buiten de gezondheidszorg. De wereldberoemde concurrentie-in-de-zorg-expert Michael Porter werkte

in 2013 dergelijk populatiemanagement voor de eerste lijn uit.[59] In Nederland zou samenwerking tussen de GGD (die al sinds 1900 gegevens verzamelt over de gezondheid in haar gemeenten) en de eerste lijn (die managementrapportages kan maken) populatiemanagement kunnen opleveren. De in ontwikkeling zijnde 'Keten Informatie Systemen' en de wijkscans van de regionale ondersteuningsstructuren zouden heel goed kunnen bijdragen aan de managementrapportages.

COÖPERATIES BESTAAN AL LANG EN HEBBEN DE TOEKOMST

De tweede systeeminnovatie (zie afbeelding 7.4) die ik voorstel is de vorming van regionale coöperaties van organisaties zoals regionale huisartsenverenigingen, zorggroepen, huisartsenposten, stichtingen met gezondheidscentra, huisartsenlaboratoria en regionale beroepsverenigingen van andere eerstelijnsdisciplines. Een coöperatie is een vereniging van organisaties. Kenmerkend voor een coöperatie is dat genoemde organisaties zelf beslissen of (en in welke mate) zij meedoen. Verder zijn professionals, anders dan hun organisaties, geen lid van een coöperatie. De organisaties kunnen (gezamenlijk of als groep) taken concentreren. Ik noem een aantal taken in de eerste lijn die daarvoor in aanmerking komen:

1 gezamenlijk overleggen met de zorgverzekeraars over het te voeren strategisch meerjarenbeleid;
2 gezamenlijk ontwikkelen van zorgpaden voor bijvoorbeeld personen met dementie of een cerebrovasculair accident (CVA, beroerte);
3 het gezamenlijk ontwikkelen van digitaal dataverkeer tussen huisartsenpraktijken, thuiszorg, huisartsenposten en ziekenhuislaboratoria en vanuit de eerste lijn met de ziekenhuizen;
4 het fungeren als overlegpartner met gemeenten en andere instanties over te voeren welzijns- en ouderenbeleid;
5 het opzetten van gemeenschappelijke kwaliteitstoetsing, scholing en congressen over onderwerpen die de afzonderlijke disciplines overstijgen.

Of een organisatie wel of niet taken inbrengt in de coöperatie hangt af van de gepercipieerde voor- en nadelen voor de kwaliteit en kosten van zorg en van het onafhankelijk blijven versus afhankelijk worden van elkaar. Er bestaat in Nederland een grote en eeuwenoude ervaring met corporaties. Ik denk aan woningbouwcorporaties, onderlinge waarborgmaatschappijen, een zorgverzekeraar als Menzis, de Rabobank en corporaties waarin ziekenhuizen in dezelfde regio taken onderbrengen. Binnen een corporatie behoudt elke organisatie eigen autonomie. Vertrouwensrelaties kunnen groeien. En wordt de corporatie een grote babbelbox waar verder niets uitkomt, dan kan een organisatie er weer uitstappen. Ik zie de corporatie als een alternatief voor een fusie met al haar energie opslorpende discussies over macht, organisatie-inrichting en uniformering van arbeidsvoorwaarden. Wellicht groeit een corporatie uiteindelijk uit naar één organisatie, maar dat hoeft niet.

VERSOBER DE REGELGEVING VAN ZORGVERZEKERAARS EN GROTE ORGANISATIES

Van oudsher kenmerkt de eerste lijn zich door kleine organisaties. Het gevaar bestaat dat die kleinschaligheid verdwijnt door de regelgeving van overheid, zorgverzekeraars en grote eerstelijnsorganisaties die tal van gezondheidscentra beheren. Centrale regelge-

ving leidt immers tot standaardisering. Daardoor kan een eerstelijnsteam in een wijk niet meer zorg op maat bieden en ingaan op vraagstukken die in een specifieke oude of jonge, arme of rijke wijk leven. Aan de orde is de vraag hoe de eerste lijn de voordelen van kleinschaligheid kan combineren met die van grootschaligheid. Het laatste heeft ook voordelen. Het maakt concentratie van expertise mogelijk, verbetert ondersteunende financiële en IT-diensten en creëert macht tegenover zorgverzekeraars en gemeenten.

Over het combineren van voordelen van kleine en grote organisaties schreef de Duits-Engelse econoom Schumacher in 1973 een boek waarvan de titel bij elke zorgprofessional bekend is: *Small is beautiful*.[60] Voor de Tweede Wereldoorlog vluchtte Schumacher naar Engeland, waar hij medewerker werd van de wereldberoemde econoom Keynes. Na de oorlog werd hij bestuursvoorzitter van de destijds grootste Engelse onderneming: the British Coal Board die alle kolenmijnen in Engeland en vele daarbuiten exploiteerde. Hij schreef zijn *magnum opus* aan het einde van zijn carrière en combineerde zijn ervaringen met theoretische inzichten. Hij schreef het boek begin 1970 in een periode van stijgende energieprijzen (de oliecrisis van 1973!), grote bezorgdheid over het milieu (in 1973 verscheen ook het rapport van de club van Rome) en oplopende werkloosheid. Die periode lijkt op die van nu. Het boek met zijn pleidooien voor samenwerking tussen overheid en bedrijfsleven krijgt thans opnieuw aandacht, na dertig jaren van marktwerking, Thatcher, Reagan en privatiseringen van overheidsbedrijven.

Op pagina 257 van zijn boek presenteert Schumacher een poging om te komen tot een algemene theorie van de grote en kleine organisatie. Hij erkent allereerst dat grote organisaties niet meer weg te denken zijn uit de hedendaagse samenleving met wereldwijde markten, hoge ontwikkelkosten voor nieuwe producten en schaalvoordelen in de productie, distributie en marketing van goederen en diensten. Voor hem zijn ze aan-

1. Het subsidiariteitsprincipe: doe op decentraal niveau wat op decentraal niveau kan. Het is niet per definitie zo dat het centrale niveau wijzer en efficiënter is
2. Het verantwoordelijkheidsprincipe: formuleer duidelijk wanneer een kleine afdeling wel en niet aan haar verplichtingen heeft voldaan en hoe de governance wordt ingericht. Schumacher spreekt van het *vindication principle* en van de organisatie van *accountability*
3. Het identificatieprincipe: iedere kleine afdeling heeft een eigen verlies- en winstrekening en een eigen balansrekening. Daardoor wordt de bijdrage aan het grote concern duidelijk. De balansrekening is nodig om schulden en vorderingen op lange termijn te overzien. Daardoor ervaren kleine afdelingen het ondernemerschap en voelen zij zich eigenaar
4. Het motivatieprincipe: werknemers werken overeenkomstig hun motivatie en niet alleen voor het geld. Houd hun motivatie hoog
5. Het principe van de gulden middenweg: werknemers willen vrijheid en ruimte voor eigen creativiteit enerzijds en gebondenheid en veiligheid zoals baanbehoud anderzijds. Het is aan de topleiding om steeds te kiezen tussen centralisatie en decentralisatie, tussen vrijheid voor de kleine afdelingen en het instructiemodel dat kleine afdelingen bindt aan de topleiding

Afbeelding 7.5. De vijf principes van 'small is beautiful'

vaardbaar indien zij *'klein binnen groot'* accepteren. Daarna benoemt hij vijf principes voor grote organisaties die kleine werkeenheden respecteren. De vijf staan vermeld in afbeelding 7.5 als aanbevelingen aan de leiding van een grote organisatie.

Op recente congressen en masterclasses merk ik dat overheden, zorgverzekeraars en raden van bestuur van grote zorgorganisaties niet altijd de vijf small-is-beautiful-principes hanteren. Er moet veel worden geregistreerd om voor bekostiging in aanmerking te komen: dit bevordert niet de motivatie in de eerste lijn en evenmin de creativiteit.

Vanuit het verantwoordelijkheidsprincipe lijkt het mij wenselijk dat iedere eerstelijnsorganisatie jaarlijks invult in welke mate zij voldoet aan de 8 domeinen en 39 kenmerken van het medical home zoals beschreven in afbeelding 7.3. Als eerstelijnsorganisaties daaraan voldoen, zijn uitgebreide registratievoorschriften overbodig. Dan kan regelgeving van zorgverzekeraars, overheden en grote aanbieders soberder worden.

ANDERHALFDE LIJN: VOORAL DIGITAAL

Voor het aanbieden van specialistische zorg binnen de eerste lijn bestaat tegenwoordig een nieuwe naam: anderhalfdelijnszorg. Als zorgvorm komt deze al decennialang voor in de vorm van buitenpoliklinieken van ziekenhuizen. In de Verenigde Staten noemen gynaecologen, kinderartsen en psychiaters die alleen in de eerste lijn werken zich *primary care physicians*. Toen ik een keer in Duitsland opmerkte dat in hun eerste lijn zoveel orthopeden werken, kreeg ik een enthousiast antwoord: 'het is niet goed als orthopeden die aan het ziekenhuis zijn verbonden hun eigen toegang tot heup- en knieoperaties regelen. Dat moet een collega doen die alleen in de eerste lijn werkt'.

In Nederland willen medisch specialisten graag enkele dagdelen in een gezondheidscentrum werken onder de vlag van de anderhalfde lijn. Dit gebeurt met een dubbele motivatie: enerzijds patiënten in de eerste lijn houden door aldaar de diagnostiek te versterken. Anderzijds huisartsen motiveren om patiënten vooral naar hen en het ziekenhuis waar ze werken te verwijzen en op die manier de eigen werkgelegenheid te behouden.

In Engeland staat de anderhalfde lijn sinds enkele jaren bekend onder de term *polyclinic*: een gezamenlijke kliniek van huisartsen en medisch specialisten. Het King's Fund heeft een aantal van deze anderhalfdelijnsexperimenten geëvalueerd in een kwalitatief onderzoek.[61] De auteurs vonden drie vormen van anderhalfdelijnszorg. Ten eerste is er de buitenpolikliniek die uitstekend werk doet in dunbevolkte gebieden. Ten tweede zagen zij specialisten werken in gezondheidscentra met huisartsen. Dat bleek niet te functioneren omdat ziekenhuizen veelal hun specialisten in opleiding of de minst ervaren artsen in de gezondheidscentra lieten werken. Zij hadden weinig meerwaarde voor de huisartsen. Verder bleken specialisten maar enkele dagdelen per week te kunnen komen. De derde variant die de onderzoekers van King's Fund aantroffen, functioneerde uitstekend. Hierbij was het ziekenhuis digitaal goed aanwezig in de gezondheidscentra. In het centrum konden patiënten digitaal afspraken maken met specialisten. Binnen het centrum bestond kennis over wachttijden en afspraaktermijnen. Huisartsen konden via screen-to-screencontact communiceren met specialisten, eventueel in aanwezigheid van een patiënt. Daarnaast konden huisartsen aanvullende diagnostiek online aanvragen bij het ziekenhuis.

Graag beveel ik het boeiende rapport van het King's Fund aan en zie ik het digitale ziekenhuis binnen de eerste lijn gerealiseerd als invulling van het begrip anderhalfde lijn.

BREED ABONNEMENTSTARIEF ZONDER HUISVESTINGSLASTEN

In 2001 kwam een adviescommissie van de minister van VWS met een advies over de bekostiging van huisartsenzorg. Als voorzitter trad de oud-topman van Unilever Tabaksblatt op. Zijn commissie adviseerde om de huisvestingslasten van huisartsenzorg apart te bekostigen, los van het tarief ten behoeve van het inkomen van de huisarts.[62] Het advies is verstandig. Immers de prijzen van gebouwen en grond wisselen sterk per locatie van een gezondheidscentrum. Dan is het beter daarmee rechtstreeks rekening te houden via een aparte bekostiging.

Wat overblijft is het abonnementstarief plus een klein volumetarief plus het GES-geld als innovatietarief. Dit model geldt, zoals al gezegd in paragraaf 1.4, als voorbeeld voor het cappuccinomodel. Inmiddels krijgen ook de wijkverpleegkundigen een overeenkomstige betaling.[63] Binnen de eerste lijn bestaan ideeën om dit model nog verder toe te passen. Die ideeën komen in de volgende paragraaf aan de orde.

7.9 POPULATIEGEBONDEN BEKOSTIGING LUKT BIJ SIMULTANE INNOVATIE

In eerstelijnskringen maar ook bij zorgverzekeraars is thans de populatiegebonden bekostiging populair. Ik schreef hierover al in het hoofdstuk over geboortezorg waar populatiebekostiging per indicator, in casu per geboorte in de bevolking, eveneens populair is. In hoofdstuk 6 kwam deze bekostiging terug bij het creëren van sociale wijkteams werkzaam voor de jeugd. Thans ondersteunt het ministerie van VWS een aantal proeftuinen met populatiegebonden bekostiging in de eerste lijn.[64] In de onderhandelingen tussen dit ministerie en partijen in de eerste lijn in 2013 over de bekostiging vanaf 1 januari 2015 vormt deze bekostiging een onderdeel.[65] Voor de uitbreiding van de wijkverpleging geldt eenzelfde bekostiging.[66] Dit model vormde een voorbeeld van het cappuccinomodel in dit boek.

De populatiegebonden bekostiging van de eerste lijn is in Europa het verst gevorderd in het Zuid-Duitse dal van de rivier de Kinzig, het Kinzigstal. In dat dal zijn de zorgverzekeraar AOK en de kleine Bauernkrankenkasse (BK) actief. De AOK is de grootste zorgverzekeraar van Duitsland en telt 25 miljoen verzekerden. In het Kinzigstal krijgt de eerste lijn een populatiegebonden bekostiging op basis van criteria die ook voor de zorgverzekeraar AOK en BK zelf gelden. De laatste twee ontvangen een bedrag per verzekerde uit de sociale-verzekeringskas (die wordt gevuld uit de premies die Duitse werkgevers en werknemers betalen). Dat bedrag varieert. Voor een oudere verzekerde uit een lagere SES-klasse en met een chronische aandoening ontvangt de AOK een hoger bedrag. Het bedrag dat AOK ontvangt voor haar verzekerden geeft zij als geheel door aan de organisatie die voor het Kinzigstal de eerste lijn runt. Die organisatie heet Gesundes Kinzigstal GmbH en zij mag het overschot voor 50 procent behouden als zij binnen het bedrag blijft dat AOK en BK krijgen voor hun Kinzigstalverzekerden.

Uit deze gerealiseerde *shared savings* mag Gesundes Kinzigstal preventieve interventies betalen. Zelf woonde ik tijdens een werkbezoek een cursus bij die daaruit betaald werd: een cursus valpreventie onder leiding van een fysiotherapeut voor oudere Kinzigstalers met osteoporose. De cursus werd betaald uit bespaarde kosten op operaties in verband met heupfracturen. Het businessmodel van Gesundes Kinzigstal, AOK en BK blijkt goed te werken. De eerste lijn bleef in 2011 17 procent onder de normuitkering aan AOK en BK, terwijl zij in 2008 nog evenveel besteedde als die normuitkering. Op meer dan tien plaatsen in Duitsland krijgt Kinzigstal thans navolging. Enkele van de genoem-

de VWS-proeftuinen trachten dit model ook in Nederland van de grond te krijgen.

Ik merk op dat Gesundes Kinzigstal is gelukt dankzij:

1 een tienjarige subsidie voor ontwikkel- en evaluatiekosten van de AOK en BK;
2 het opzetten van een geavanceerd ICT-systeem;
3 het aangaan van contracten met ziekenhuizen en medisch specialisten over doorverwijzing; en
4 de charismatische leider van Gesundes Kinzigstal Hildebrandt. Hij woont boven het hoofdkantoor van zijn organisatie en is bijna dag en nacht bezig met het realiseren van de shared savings.

Het Kinzigstalexperiment is thans hét voorbeeld van populatiegebonden bekostiging en het cappuccinomodel voor de eerste lijn, maar het geldt ook als voorbeeld van geavanceerde zorg-ICT, van zorgafspraken tussen eerste lijn en ziekenhuizen, van moderne preventieve interventies en van goed leiderschap. Hier is sprake van 'simultane innovatie', een term die terugkeert in het slothoofdstuk van dit boek.

De populatiegebonden bekostiging is de laatste innovatie genoemd in afbeelding 7.4. Na de bespreking hiervan zijn alle innovaties in de eerste lijn de revue gepasseerd. Het is tijd om de bevindingen van dit hoofdstuk op een rij te zetten en voor de eerste lijn de centrale vraag van dit boek te beantwoorden: is het mogelijk de volksgezondheid in de komende jaren te verbeteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen, terwijl de kosten van de gezondheidszorg gelijkblijven?

7.10 DE BEVINDINGEN VAN DIT HOOFDSTUK OP EEN RIJ IN RELATIE TOT DE TRIPLE-AIMDOELEN

Paragraaf 7.1 gaat over de geschiedenis van de eerste lijn. De belangrijkste bevindingen:

1 In 1956 vond Frans Huygen de huisarts opnieuw uit. Enkele jaren later traden de eerste hoogleraren huisartsgeneeskunde aan. Eind jaren zestig gingen de eerste gezondheidscentra van start in onder meer Rotterdam-Ommoord en Hoensbroek.
2 Staatssecretaris Hendriks introduceerde in 1974 het begrip eerste lijn in zijn *Structuurnota Gezondheidszorg*. Later kwam de transmurale zorg op als tegenbeweging. Deze moest de kloof tussen de eerste en tweede lijn overbruggen.
3 Een eerstelijnsteam werkt op wijkniveau. Ambulante specialistische zorg die op een 'bovenwijks' niveau functioneert doet uitstekend werk, maar valt niet onder de eerste lijn.
4 Het kruiswerk met zijn wijkverpleegkundigen kreeg in de genoemde structuurnota van Hendriks een belangrijke plaats. Het ging zich in de jaren negentig van de vorige eeuw thuiszorg noemen. Er trad industrialisering op met kenmerken als schaalvergroting, meer managers en overhead, en uitsplitsing van werkzaamheden naar opleidingsniveau van de zorgprofessionals en tijdschrijven.
5 Met de opheffing van de provinciale kruisverenigingen (jaren tachtig van de vorige eeuw) verdween ook de gespecialiseerde verpleegkundige uit de eerste lijn.
6 De laatste tijd komt de aloude, allround wijkverpleegkundige weer terug op het toneel dankzij het goede werk van Buurtzorg[67] en het programma Zichtbare Schakels.

Paragraaf 7.2 gaat over de toekomst van de eerste lijn met als belangrijke bevindingen:

7 Op grond van demografische en beleidsontwikkelingen is een sterke toename te verwachten van de vraag naar huisartsenzorg, farmaceutische zorg en thuiszorg. Verder

valt schaalvergroting binnen de eerste lijn te verwachten.

8 Kernwaarden zoals Fry en Huygen reeds formuleerden, blijven ook in de toekomst een grote rol spelen.

9 Om in 2025 te kunnen voorzien in voldoende capaciteit zou jaarlijks circa 9 procent meer huisartsen in de opleidingen moeten instromen. Hierbij is nog geen rekening gehouden met de extramuralisering van de ouderenzorg per 1 januari 2015.

De belangrijkste bevindingen uit paragraaf 7.3 ten aanzien van de eerste lijn zijn:

10 De ideale eerste lijn omvat algemene medische, paramedische en farmaceutische zorg, verpleging en verzorging en niet-gespecialiseerde geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg. Daarnaast omvat het ook preventief werkzame professionals, jeugdgezondheidszorg, bedrijfsartsen en specialisten ouderengeneeskunde.

11 De meeste praktijkondersteuners van huisartsen hebben tegenwoordig een verpleegkundige achtergrond. Daarnaast werken veel verpleegkundigen bij thuiszorgorganisaties en in buurtzorgteams. Deze verpleegkundigen zouden zich moeten verenigen in een regionale beroepsvereniging zoals huisartsen hun regionale huisartsenvereniging hebben. De beroepsvereniging kan in haar wijken zorgen voor scholing, onderwijs en de ontwikkeling van zorgpaden.

In paragraaf 7.4 passeren modellen en voorwaarden voor multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn de revue. De belangrijkste bevindingen zijn:

12 Inspirerende samenwerking vertoont de kenmerken vermeld in afbeelding 7.2.

13 Multidisciplinaire samenwerking mislukt vaak om omdat: a. deze complex is, b. het tijd kost om deze op te zetten, c. deze inzet vraagt van tijd en geld, en d. de besluitvorming tussen partners niet goed te formaliseren is.

14 Integratie van organisatiestructuren is niet voldoende om samenwerking tot stand te brengen.

15 Het invoeren van triagesystemen, richtlijnen, beslisbomen en zorgpaden is een vehikel om professionele samenwerking te verbeteren.

16 De eerste lijn kent drie clusters van zorgvragen: a. behoud van gezondheid en welzijn, b. kortdurende zorg- en dienstverlening, en c. zorg aan mensen met een chronische aandoening. Binnen elk cluster vindt multidisciplinaire samenwerking plaats.

Paragraaf 7.5 beschrijft de eerste lijn in het buitenland en levert als belangrijkste bevindingen op:

17 De Engelse huisarts Fry ging uit van vergelijkbare kernwaarden als Huygen en legde daarmee het fundament van de tegenwoordige eerste lijn in het Verenigd Koninkrijk.

18 Wat opvalt bij het vergelijken van de eerste lijn in Nederland met die in België, Duitsland en Frankrijk zijn de inschrijving op naam met het daarbij behorende abonnementstarief en de poortwachtersfunctie. In onze buurlanden betalen burgers hun huisarts alleen per verrichting. Er is geen sprake van een duurzame arts-patiëntrelatie.

19 Een sterk punt van Nederland is het abonnementstarief van huisartsen dat een vaste arts-patiëntrelatie stimuleert. De productie aan consulten blijft hoog dankzij een laag verrichtingentarief van 9 euro. Een apart tarief, te weten het GES-geld, stimuleert innovatie.

20 Een poortwachtersfunctie zoals in Nederland verlaagt de kosten van zorg.

21 Sinds enkele jaren trachten de Verenigde Staten de eerste lijn in te voeren als onderdeel van wat thans de Obamacare heet. Het eerstelijnsmodel heet daar medical home. Het bestaat uit de aanwezigheid van acht domeinen met gemiddeld vijf componenten. Deze staan vermeld in afbeelding 7.3.

In paragraaf 7.6 komen wenselijke productinnovaties aan de orde:

22 Nog steeds zijn er onvoldoende beslisbomen, richtlijnen en zorgpaden die huisartsen, specialisten, jeugdartsen en bedrijfsartsen en hun beroepsorganisaties gezamenlijk hebben opgesteld. Er is behoefte aan multidisciplinaire zorgstandaarden voor de zorg aan te drukke kinderen en patiënten met hartfalen, CVA en dementie.

23 Beslisbomen voor toegang tot de geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen zijn er nauwelijks.

24 Ontvlechting van instellingen die én eerstelijnszorg én tweedelijnszorg aanbieden is wenselijk, maar dat hoeft niet op stel en sprong.

Procesinnovaties vormen het onderwerp van paragraaf 7.7. De belangrijkste bevindingen:

25 De goede toegang is een essentieel kenmerk van de eerste lijn. Een recente literatuurstudie toont aan dat goede toegang tot de eerste lijn het gebruik van ziekenhuiszorg beperkt.

26 In Nederland is het kunnen maken van een afspraak met de huisarts op dezelfde dag een kwaliteitseis.

27 Ook al is de toegang in Nederland op orde, toch is variatie in de soorten spreekuren wenselijk. Hierbij is te denken aan avond-, inloop- en uitloopspreekuren.

28 Taakherschikking van activiteiten van huisartsen naar verpleegkundig specialisten en physician's assistants is mogelijk met behoud van kwaliteit van zorg en met verlaging van de kosten.

29 Online afspraken maken met eerstelijnszorgprofessionals is gereed voor brede verspreiding.

Paragraaf 7.8 biedt een overzicht van wenselijke systeeminnovaties en bevat de volgende bevindingen:

30 De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg pleit voor basisteams van eerstelijnsgezondheidszorg en welzijnsinstellingen, met samenwerkingsafspraken die verdergaan dan het reageren op zorgvragen en het bevorderen van gezondheid alleen. Deze basisteams lijken op de sociale wijkteams van paragraaf 6.5. Deze bevorderen tegelijk gezondheid en welzijn én kostenreductie.

31 Digitale data van professionals in de eerste lijn zijn vrijwel altijd opgesloten in moeilijk toegankelijke gegevenspakhuizen. De functie 'managementrapportages maken' maakt populatiemanagement mogelijk. Het leggen van relaties met data over de populatie levert interessante verhoudingsgetallen op om wijken, leeftijdsgroepen en andere subgroepen te vergelijken.

32 In Nederland zou samenwerking tussen de GGD (die al sinds 1900 gegevens verzamelt over de gezondheid in de betreffende gemeente) en de eerste lijn (die managementrapportages kan maken) populatiemanagement kunnen opleveren.

33 Regionale coöperaties van organisaties voor de eerste lijn zijn wenselijk voor onder meer: a. het gezamenlijk overleggen met de zorgverzekeraars en gemeenten over het

te voeren strategisch meerjarenbeleid, b. het gezamenlijk ontwikkelen van zorgpaden voor bijvoorbeeld personen met dementie of CVA, c. het gezamenlijk ontwikkelen van digitaal dataverkeer tussen de professionals.

34 De vijf principes van small is beautiful (zie afbeelding 7.5) dragen bij aan het kleinschalig houden van de eerste lijn.

35 De anderhalfde lijn in een digitale setting bevordert de samenwerking met ziekenhuizen in hoge mate.

Paragraaf 7.9 gaat over populatiegebonden bekostiging en levert de volgende bevindingen op:

36 Anno 2014 ondersteunt het ministerie van VWS een aantal proeftuinen met populatiegebonden bekostiging in de eerste lijn. In de overeenkomst tussen dit ministerie en partijen in de eerste lijn over de bekostiging vanaf 1 januari 2015 vormt de populatiegebonden bekostiging een onderdeel. Voor de uitbreiding van de wijkverpleging geldt vanaf 1 januari 2015 eenzelfde bekostiging. Deze bekostiging vormt een voorbeeld van het cappuccinomodel.

37 De populatiegebonden bekostiging van de eerste lijn is in Europa het verst gevorderd in het Zuid-Duitse dal van de rivier de Kinzig.

38 Het Kinzigstalexperiment is thans hét voorbeeld van populatiegebonden bekostiging van de eerste lijn, maar het geldt ook als voorbeeld van een geavanceerde zorg-ICT, van zorgafspraken tussen de eerste lijn en ziekenhuizen, van moderne preventieve interventies en van goed leiderschap. Hier is sprake van simultane innovatie.

DE INNOVATIES BRENGEN DE TRIPLE-AIMDOELEN DICHTERBIJ

Is het mogelijk dankzij alle bovengenoemde innovaties de volksgezondheid in de komende jaren te verbeteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen, terwijl de kosten van de gezondheidszorg gelijkblijven?

Mijn antwoord is een gedeeltelijk ja. De gezondheid en de kwaliteit van zorg gaan ongetwijfeld omhoog door de innovaties. Want de verschuiving van zorg naar de eerste lijn leidt tot het vaker toepassen van een ander paradigma: de mens is gezond totdat het tegendeel is bewezen. Huygen (zie paragraaf 7.1) benadrukte dit reeds in 1956. Deze basishouding voorkomt onnodige diagnostiek en behandeling. De kwaliteit van zorg gaat omhoog dankzij de nieuwe kans voor multidisciplinaire samenwerking in eerstelijnsteams en de in paragraaf 7.8 genoemde basisteams. Ook de totstandkoming van multidisciplinaire richtlijnen en beslisbomen (zie paragraaf 7.6) gaat de kwaliteit van zorg verhogen.

Al de genoemde innovaties zijn niet voldoende om de kosten van de eerste lijn gelijk te houden in de komende jaren. Vandaar mijn gedeeltelijke ja op de centrale vraag. Want vele instellingen in de tweede lijn stoten deze jaren patiënten af. Ik noem de ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg en de psychiatrische ziekenhuizen. Een scenario van 10 procent reductie (afbeelding 7.1) toont aan dat 10 procent minder verpleegdagen in deze sectoren leidt tot een extra behoefte van 579 huisartsen en 314 wijkverpleegkundigen. Maar de inkrimping van deze instellingen is groter dan 10 procent. Zo staan beddenreducties in verzorgingshuizen en psychiatrische ziekenhuizen op stapel met een veel hoger reductiepercentage (zie de hoofdstukken 8 en 11). Deze reducties zijn alleen op te vangen in de eerste lijn bij én gelijktijdige kostenverhoging én invoering van kostenbesparende innovaties. Bij die laatste denk ik

als eerste aan de genoemde taakherschikking van activiteiten van huisartsen naar verpleegkundig specialisten en physician's assistants (paragraaf 7.7). Verder speelt het online afspraken maken met huisartsen vele uren vrij van balieassistenten. Digitale databases in de eerste lijn en daarop gebaseerde managementrapportages gaan zicht bieden op ondoelmatigheden en dubbel werk: ook dit levert besparingen op. Toepassing van de vijf principes van small is beautiful (zie afbeelding 7.6) bespaart veel registratiekosten. Toch komen de meeste besparingen van de populatiegebonden bekostiging. Voor de eerste lijn is deze aantrekkelijk, want dan beslist de eerste lijn (georganiseerd in corporaties, zie paragraaf 7.8) zelf over de besteding van gelden: waar en hoe de zorg het beste kan plaatsvinden. Het doorbreekt de traditionele, vaak financieel bepaalde schotten tussen disciplines en tussen echelons. Besparingen komen uit substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg: besparingen in de tweede lijn (ziekenhuizen) en versterking van de eerste lijn. Bij populatiegebonden bekostiging volgt het geld de zorg. Dan nemen de kosten van de eerste lijn toe, hetgeen niet klopt met het triple-aimdoel van gelijkblijvende kosten. Maar die kostenverhoging vindt tegelijk plaats met de kostenverlaging in de tweede lijn. Ik herhaal hierbij (zie ook paragraaf 7.8) dat populatiegebonden bekostiging hoge eisen stelt aan ICT, zorgafspraken tussen eerste en tweede lijn, moderne preventieve interventies (zie hoofdstukken 3 en 4) en goed leiderschap. Hier is sprake van simultane innovatie. Wordt hieraan niet voldaan, dan liggen frustraties, ruzies en stress bij zorgprofessionals en managers in de eerste lijn op de loer.

Ik merk op dat in dit hoofdstuk vooral de kortdurende eerstelijnszorg aan bod kwam. Maar dat is slechts een klein deel daarvan. Buiten beeld bleven de zorg aan mensen met chronische aandoeningen, de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg. Die komen in de volgende hoofdstukken aan de orde.

Mijn dank gaat uit naar de volgende personen die feedback gaven op een eerdere versie van dit hoofdstuk: Dinny de Bakker, hoogleraar structuur en organisatie van de eerste lijn aan de Tilburg University en hoofd afdeling eerstelijnsonderzoek van het NIVEL, Rob Dijkstra, huisarts en bestuursvoorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap, André Esch, arts en senior beleidsmedewerker Capaciteitsorgaan, Bert Groot Roessink, huisarts en lid van de raad van bestuur van de Zorggroep Almere, alsmede Leo Kliphuis, partner Adianter.

8

HET GEHEEL VAN DE CHRONISCHE ZORG IS MEER DAN DE SOM DER DELEN

Dit hoofdstuk begint met een beschouwing over het begrip chronische zorg (paragraaf 8.1). Dan passeren statistische gegevens over deze zorg de revue (paragraaf 8.2). In paragraaf 8.3. komen vier modellen van chronische zorg aan de orde: a. het chronische-zorgmodel van Wagner, b. het ontwikkelingsmodel ketenzorg van Minkman, c. het disease-managementmodel in de Verenigde Staten en Nederland, en d. het Duitse model van disease-managementprogramma's. In paragraaf 8.4 vindt een afweging plaats van deze vier modellen: de keuze valt op het model van Wagner aangevuld met cappuccinofinanciering. Paragraaf 8.5 beschrijft innovaties die passen binnen het uitgekozen model voor chronische zorg en paragraaf 8.6 het erbij passende cappuccinomodel. Slotparagraaf 8.7 zet alle bevindingen op een rij en beantwoordt de vraag of de triple-aimdoelen bereikbaar zijn bij de chronische zorg. Het antwoord daarop is, ja, mits…

8.1 CHRONISCHE ZORG IS MEER DAN ALLEEN EERSTELIJNSZORG

Een longarts neemt met spoed een man op met *chronic pulmonary obstructive disease* ofwel COPD. Een exacerbatie, dat is een benauwdheidsaanval, vormt de opnameindicatie. Behandeldoel is herstel van de longfunctie naar het niveau vóór de exacerbatie. Tijdens de opname van acht dagen krijgt de patiënt uitleg en training om voortaan beter symptomen te herkennen die duiden op een naderende exacerbatie. Dit is een vorm van empowerment van de patiënt. Een longverpleegkundige, getraind in *motivational interviewing*, tracht de patiënt te motiveren om te stoppen met roken. Bij ontslag uit het ziekenhuis heeft de verpleegkundig specialist (in overleg met de huisarts en volgens standaardafspraken) geregeld dat de patiënt deelneemt aan een programma telemonitoring. Hij meet voortaan de dagelijkse bloedsaturatie en enkele andere lichaamswaarden. De meetresultaten gaan via een bluetoothverbinding naar een app op zijn iPad. Ook meldt hij veranderingen in de kleur van het speeksel en het optreden van meer kortademigheid dan gewoonlijk. Het geheel van metingen en ervaringen stuurt de patient door naar een centrale website. Dat gebeurt voor een periode van drie maanden.

Deze casus is een voorbeeld van zorg aan mensen met chronische aandoeningen. Aan de hand van dit voorbeeld volgen nu vijf kenmerken van deze aandoening.

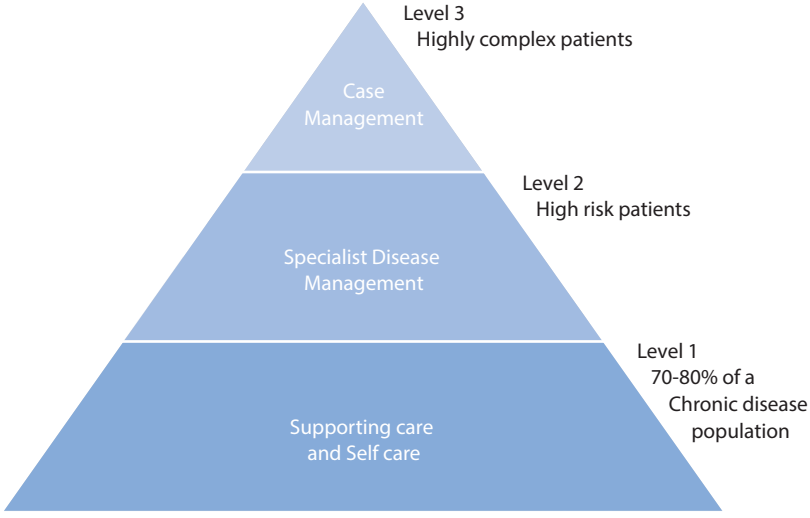
1 Bij een chronische aandoening heeft de patiënt geen uitzicht op volledig herstel (de aandoening is irreversibel) en de aandoening is langdurig aanwezig. De WGO spreekt van langdurig indien een aandoening langer dan drie maanden voortduurt.[1]
2 De aandoening verergert geleidelijk. De verergering ofwel progressie van de aandoening kan soms jaren duren.

3 Regelmatig treden aanvallen (in het Engels: *relapses*) op zoals de exacerbatie in de bovenstaande casus. Andere voorbeelden zijn de hypo bij mensen met diabetes, de hartstilstand bij mensen met hartfalen en de astma-aanval. Oorspronkelijk betekende het woord chronisch niet langdurig maar vaak terugkerend.
4 Patiënten beleven de aandoening wisselend. Bekend zijn de slechte dagen (met meer pijn dan anders) van mensen met aandoeningen zoals reuma en multiple sclerose. Op slechte dagen voelen chronische patiënten zich ziek en op goede dagen merken zij niets of nauwelijks iets van de aandoening. Om die reden spreek ik in dit hoofdstuk niet van chronische ziekten (Engels: *chronic diseases*) maar van chronische aandoeningen (Engels: *chronic conditions*). Verder: ik spreek niet van chronisch zieken maar van personen met chronische aandoeningen.
5 Het vijfde kenmerk is de grote diversiteit aan chronische aandoeningen. Zo zijn er bijvoorbeeld naast de bekende chronische longaandoeningen astma en COPD tientallen andere chronische longaandoeningen die helaas onderbelicht blijven. Er bestaan veel voorkomende chronische aandoeningen en zeldzame. Beide komen in dit hoofdstuk aan bod.

De voornoemde casus van de COPD-patiënt is ook een voorbeeld van curatieve zorg: het behandeldoel is gericht op herstel van een lichaamsfunctie. Een organisatorisch onderscheid tussen chronische en curatieve zorg is dan ook niet te maken. Ziekenhuizen en medisch specialisten, ook wel de *cure* genoemd, die geacht worden vooral curatieve zorg te leveren, hebben vele mensen met een chronische aandoening als cliënt en bieden hun chronische zorg aan. Chronische zorg is dan ook niet het monopolie van de eerste lijn. In de casus komen ook preventieve interventies voor: de stoppen-met-roken-interventie van de verpleegkundige en de bevordering van zelfmanagement. In deze casus biedt het ziekenhuis een patiënt met een chronische aandoening preventie aan. Aan deze casus valt verder op te merken dat deze zorg ook een technologische dimensie heeft, te weten de telemonitoring. Deze zorg is niet alleen *high touch* maar ook high-tech.

Meer dan bij andere aandoeningen aan één enkel orgaan (de knie, het oog, de maag) vereist zorg aan mensen met een chronische aandoening samenhang in het zorgaanbod. Want personen met een chronische aandoening ontmoeten gedurende een lange periode professionals uit de eerste lijn, de preventie, het ziekenhuis en ook leveranciers van software. Als deze niet samenwerken volgens een vooraf afgesproken programma, dat wil zeggen als er geen sprake is van geprogrammeerde zorg, werkt deze zorg suboptimaal.

Niet aan de orde komt in dit hoofdstuk de langdurige zorg (Engels: *long-term care*), die ouderenzorg en gehandicaptenzorg omvat. De OESO omschrijft long term care als: 'a range of services for persons who are dependent on help with basic activities of daily living over an extended period of time'.[2] Van de personen met chronische aandoeningen heeft één op de drie behoefte aan zorg bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals het opstaan uit een stoel, de toiletgang en het nuttigen van maaltijden. Dus: twee op drie personen met een chronische aandoening ontvangen geen langdurige zorg. De Kaiserdriehoek (zie afbeelding 8.1) geeft schematisch weer dat vele mensen met een chronische aandoening zichzelf kunnen redden zonder extra geprogrammeerde zorg en zonder langdurige zorg.



Afbeelding 8.1. Indeling van mensen met een chronische aandoening naar zorgbehoeften volgens de zorgorganisatie Kaiser Permanente
Bron: Department of Health, *The NHS and Social Care long term conditions model*, London, 2007.

Hoofdstuk 9 van dit boek gaat in op de langdurige zorg en op de zorg aan personen met chronische aandoeningen die een groot beroep doen op langdurige dagelijkse informele en formele zorg, te weten psychogeriatrische patiënten en mensen met een beroerte ofwel een cerebrovasculair accident (CVA). Om redactionele redenen (dit hoofdstuk wordt anders te omvangrijk) bespreek ik hier evenmin de oncologische zorg, ook al is kanker tegenwoordig veelal een chronische aandoening. Deze komt in hoofdstuk 10 aan bod. Ook de zorg aan chronische psychiatrische patiënten komt hier niet aan de orde. Die behandel ik als onderdeel van hoofdstuk 11 dat over de geestelijke gezondheidszorg gaat. Maar veel van het betoog in dit hoofdstuk gaat ook op voor deze categorie mensen met een chronische aandoening. Ik merk op dat medicatie een grote rol speelt bij mensen met chronische aandoeningen. Want die kan aanvallen tegengaan en remissies bevorderen. Zelfmanagement en therapietrouw bij geneesmiddelen komen niet hier maar in hoofdstuk 13 over farmaceutische zorg aan de orde. Wat overblijft voor dit hoofdstuk zijn chronische somatische, niet-oncologische aandoeningen.

8.2 CHRONISCHE ZORG IN MAAT EN GETAL

Ruim een kwart van de Nederlanders heeft in 2008 één of meer chronische aandoeningen. In totaal telt Nederland daarmee ongeveer 4,5 miljoen personen met zo'n aandoening. Er zijn meer ouderen met een chronische aandoening (57 procent van de 75-plussers) dan jongeren (17 procent van de 15-24 jarigen). Het aantal personen met een chronische aandoening neemt toe in de komende 20 jaar (zie paragraaf 1.1). In 2011 was de levensverwachting bij geboorte 79,2 jaar voor mannen en 82,9 jaar voor vrouwen. Gemiddeld leven mannen 48,4 jaar van de genoemde 79,2 jaar zonder een chronische aandoening. Voor vrouwen is dat 42,5 jaar. De gemiddelde levensverwachting van Nederlanders stijgt nog steeds, maar dat geldt niet voor de periode zonder chronische aandoeningen en beperkingen. De langere levensduur sinds de Tweede Wereldoorlog

resulteerde, anders gezegd, in meer jaren met gebreken en aandoeningen. Dit is in lijn met de zogeheten compressietheorie van de chronische aandoeningen.[3]

Veel chronisch zieken hebben meer dan één chronische aandoening (multimorbiditeit). Veelvoorkomende combinaties van chronische aandoeningen zijn bijvoorbeeld astma en eczeem, depressie en angststoornissen, COPD en hartfalen, en diabetes en coronaire hartziekten. Van de Nederlandse bevolking heeft 8 procent multimorbiditeit, wat neerkomt op ongeveer 1,3 miljoen mensen. Met deze epidemiologische gegevens wijkt Nederland niet wezenlijk af van andere Europese landen.[4 5 6]

Alle bovenstaande gegevens zijn te vinden in de onuitputtelijke bron van het RIVM met de naam Zorgkompas.[7] Het NIVEL biedt een tweede bron aan: het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG). Dat bestaat uit ongeveer 3.500 zelfstandig wonende mensen uit de Nederlandse bevolking van vijftien jaar of ouder met een medisch gediagnosticeerde chronische somatische ziekte en/of matige tot ernstige zintuiglijke of motorische beperkingen. De groep is representatief voor dit segment van de Nederlandse bevolking. Uit de rapportage over 2012[8] blijkt dat de meest voorkomende aandoeningen neurologische aandoeningen betreffen en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (23 procent), astma-COPD (19 procent), diabetes (15 procent) en hart- en vaatziekten (17 procent).

Van de personen met een chronische aandoening heeft 35 procent een matige of ernstige lichamelijke beperking. Zij ervaren tal van problemen: met partner, kinderen en andere belangrijke personen (24,0 procent), werk (23,5 procent), seksualiteit (23,3 procent), financiën en wonen (14,4 procent), en besteding van de vrije tijd (7,5 procent).

Afbeelding 11.1 in hoofdstuk 11 over geestelijke gezondheidszorg leert dat de ziektelast van somatische chronische aandoeningen vergelijkbaar is met die van chronische psychiatrische ziektebeelden zoals depressie.

Het is interessant om alle contacten met de huisarts, POH en huisartsenpost (eerste lijn), en medisch specialist en verpleegkundig specialist (tweede lijn) bij elkaar op te tellen en de omvang te vergelijken. In totaal hadden personen met chronische aandoeningen in 2010 gemiddeld ongeveer 24 uur contact met artsen of verpleegkundigen. De andere uren van dat jaar moesten zij hun aandoening managen zonder deze professionals. In 2003 vond de helft van deze chronische zorg plaats in de eerste lijn en de andere helft in de tweede lijn. In 2010 is deze verdeling dezelfde: er vond in deze periode geen verschuiving plaats naar de eerste lijn.

MEDISCH ZELFMANAGEMENT VOLDOENDE ONDERSTEUND

Afbeelding 8.2 onderscheidt per soort taak subtaken. Medisch zelfmanagement houdt bijvoorbeeld in: medicijnen innemen, klachten monitoren, zelfzorghandelingen uitvoeren, oefeningen doen, gezondheid monitoren en hulpmiddelen gebruiken. Uit de afbeelding blijkt dat vrijwel alle chronisch zieken (95 procent) taken hebben bij de medische behandeling, bij het omgaan met zorgverleners (78 procent) en bij het omgaan met de gevolgen van de aandoeningen (79 procent). Van de mensen die te maken hebben met zelfmanagementtaken op het gebied van medische behandeling geeft 16 procent aan behoefte te hebben aan extra ondersteuning naast de ondersteuning die zij op dit moment krijgen. Aan extra hulp of ondersteuning bij het omgaan met zorgverleners heeft 21 procent behoefte, aan extra hulp bij het omgaan met de gevolgen van een chronische ziekte 30 procent, en aan extra hulp bij leefstijlveranderingen 22 procent. Opvallend is dat zelfmanagementtaken op het gebied van medische behandeling (zie

afbeelding 8.2) het meest voorkomen, maar dat de ondersteuningsbehoefte daarbij het minst groot is. Blijkbaar is, volgens dit NIVEL-onderzoek, de begeleiding van mensen op dit punt adequaat. Deze uitkomsten uit 2008 sporen met de bevindingen in het recente proefschrift van Noordman.[9]

Huisartsen pasten nauwelijks motiverende gespreksvoering toe tijdens consulten over gedragsverandering van de patiënt, zo blijkt uit veldonderzoek van Noordman. Praktijkondersteuners pasten deze techniek enigszins toe tijdens hun consulten over gedragsverandering van de patiënt. Diverse publicaties wekken de indruk dat de bevordering van zelfmanagement in Nederland even goed, of zo men wil even slecht, is als in andere Europese landen.[10 11]

ZORGVERZEKERINGSWET BESTEEDT 47 PROCENT VAN DE MIDDELEN AAN CHRONISCHE ZORG

Ook over kosten van chronische zorg zijn enkele, maar niet vele statistische data bekend. In 2008 besteedde een Nederlander met een of meer chronische aandoeningen circa 5.200 euro aan kosten voor de Zorgverzekeringswet (algemene bevolking: 2.000 euro; Nederlander zonder chronische aandoeningen: 1.300 euro).[12] Anders gezegd: van de kosten van de Zorgverzekeringswet in dat jaar ging circa 47 procent naar 2,9 miljoen

Medische behandeling		**Omgaan met zorgverleners**	
Taak	**%**	**Taak**	**%**
Totaal	**95**	**Totaal**	**78**
Medicijnen nemen volgens voorschrift	86	Gesprekken aangaan	72
Klachten monitoren	76	Op bezoek gaan	69
Zelfzorghandelingen uitvoeren	48	Informatie begrijpen	51
Oefeningen doen	38	Hulp inroepen indien nodig	36
Gezondheid monitoren	34		
Hulpmiddelen gebruiken	23		
Omgaan met de gevolgen		**Leefstijlaanpassingen**	
Taak	**%**	**Taak**	**%**
Totaal	**79**	**Totaal**	**86**
Omgaan met pijn	62	Voldoende bewegen	74
Omgaan met beperkte energie	57	Een dieet volgen	56
Omgaan met emoties en stress	46	Niet roken en geen alcohol	47
Omgaan met een onzekere toekomst	39	Ongezonde gewoontes opgeven	27
Omgaan met beperktere mogelijkheden voor participatie	36		

Afbeelding 8.2. Zelfmanagementtaken van chronisch zieken in 2008
Bron: M. Heijmans et al., *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken*, Rapportage 2010, NIVEL, Utrecht 2012.

personen met een of meer chronische aandoeningen en 53 procent naar 13,1 miljoen Nederlanders zonder die aandoeningen. Er zijn geen Nederlandse gegevens beschikbaar die aantonen dat zorgkosten van patiënten met meer dan één chronische aandoening hoger zijn dan die met één zo'n aandoening. In de Verenigde Staten, Duitsland en Spanje is dat wel het geval.[13 14 15] Een literatuurstudie van Hamburgse onderzoekers uit 2011 over 35 publicaties toont dat per extra chronische aandoening de zorgkosten bijna exponentieel stijgen.[16]

Tot besluit van deze paragraaf over statistische data vat ik enkele bevindingen samen die ik in mijn verdere betoog over innovatie en beleid in de chronische zorg nodig heb:

1 Er zijn 4,5 miljoen mensen met chronische aandoeningen.
2 Een derde daarvan heeft ook behoefte aan langdurige zorg ofwel long-term care ter ondersteuning van algemene dagelijkse levensverrichtingen.
3 Chronische zorg omvat ook onderdelen van preventie, eerstelijnszorg, acute en langdurige zorg.
4 De helft van de contacten met artsen en verpleegkundigen vindt plaats in de eerste lijn en de andere helft in het ziekenhuis.

In de volgende paragraaf 8.3 komen vier modellen van chronische zorg aan de orde. Ze passeren stuk voor stuk de revue.

8.3 VIER MODELLEN VOOR CHRONISCHE ZORG

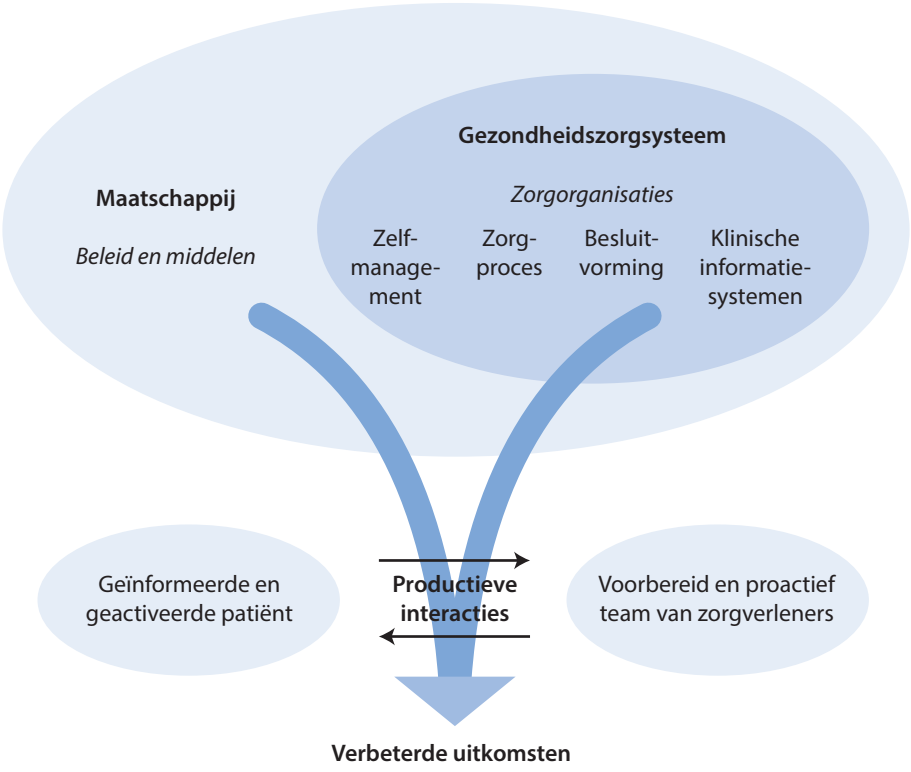
1. HET CHRONIC-CAREMODEL BEVORDERT DE KWALITEIT VAN ZORG

In 1996 publiceerde de Amerikaanse arts en onderzoeker Edward Wagner het inmiddels wereldberoemde chronic-caremodel (CCM).[17] Hij was toen nog werkzaam als directeur van het Group Health Research Institute te Seattle. Het model onderscheidt zes componenten van verbetering van chronische zorg:

1 zelfmanagement bevorderen;
2 herontwerp van het zorgproces;
3 aanwezigheid beslissingsondersteuning;
4 aanwezigheid van één professioneel informatiesysteem;
5 samenhangende organisatie; en
6 benutten van ondersteuning en hulpmiddelen vanuit de familie of buurt.

Via een geprogrammeerde, proactieve aanpak zijn deze zes componenten met elkaar verbonden. Het CCM-model werkt voor zowel personen met een enkele aandoening als bij mensen met multimorbiditeit. Het model beveelt aan om de zorgcoördinatie niet bij een arts te leggen, maar bij een verpleegkundige. De Nederlandse onderzoeker Huijben beschrijft het chronische-zorgmodel in een uitstekende 84 pagina's tellende achtergrondstudie voor de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg.[18] Een uitgebreide Engelse toelichting is te vinden op de website van het instituut in Seattle: www.improvingchroniccare.org. Een algemeen bekende schematische weergave staat in afbeelding 8.3.

In 2009 publiceerden Coleman en collega's (waaronder Wagner) een literatuurstudie naar de effecten van de toepassing van het chronic-caremodel.[19] Zij includeerden 82 artikelen over projecten waarin ten minste vier van de zes CCM-componenten werden geïntroduceerd. De meeste studies betroffen toepassingen in de Verenigde Staten. Enkele gingen over ervaringen in Europa, Canada en Australië. De meeste van de 82 studies betroffen personen met hartfalen, diabetes, astma en COPD. De meeste in de 82



Afbeelding 8.3. Chronic-caremodel van Wagner schematisch weergegeven
Bron: M.E.M. Huijben, *Het Chronic Care Model in Nederland*, Achtergrondstudie uitgebracht bij het advies 'Bekwaam is bevoegd', Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, Den Haag, 2011.

artikelen beschreven initiatieven kwamen van de grond via de 'doorbraakmethode' (*Breakthrough Series* (BTS) *Collaborative*).[20 21] Daarbij werken 20 tot 40 organisaties samen in een periode van negen tot twaalf maanden om ten minste vier van de zes CCM-componenten opnieuw in te richten. Patiënten die deelnamen in de interventiegroepen (werkend met geïntroduceerde CCM-componenten) hadden een beter ziekte-inzicht dan in de groepen die gebruikelijke zorg ontvingen. Ook kregen zij betere zorg, dat wil zeggen zorg conform de heersende richtlijnen en standaarden. Zij gingen minder vaak naar de spoedeisende hulp van ziekenhuizen en gebruikten 35 procent minder verpleegdagen in ziekenhuizen. Ten slotte constateerden Coleman en collega's dat losse initiatieven, gericht op verbetering van slechts één CCM-component, geen effecten hebben op de proces- en uitkomstkwaliteit. Inmiddels hebben diverse onderzoekers vragenlijsten ontworpen en gevalideerd voor zowel professionals als patiënten om ervaren verbeteringen van introductie van het CCM te meten.[22 23 24 25] Tot zover het eerste model: het chronic-caremodel van Wagner.

2. HET ONTWIKKELINGSMODEL VOOR KETENZORG: EEN PRODUCT VAN EIGEN BODEM

In 2009 publiceerde de Nederlandse onderzoeker Minkman het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg (OMK).[26] Zij onderscheidt in haar model negen elementen: a. optimale zorg, b. resultaatsmanagement, c. interprofessionele samenwerking voor doelgroepen, d. ketenregie- en logistiek, e. rollen en taken van professionals, f. cliëntgerichtheid, g. ketencommitment, h. transparant ondernemerschap, en i. resultaatgericht leren. Deze negen clusters hangen met elkaar samen. Indien alle optimaal ontwikkeld zijn, levert de keten optimale kwaliteit van zorg. In een ander artikel heeft Minkman deze clusters geïnventariseerd en gevalideerd bij leidinggevenden van 84 zorgketens in Nederland: 32 CVA-, 9 hartinfarct- en 43 dementieketens.[27] De respondenten vonden de 9 clusters zeer relevant en konden aangeven in welke mate elk cluster was geïmplementeerd. De uitkomsten laten tevens zien dat er veel ontwikkeling bestond in de 9 clusters van de onderzochte ketens. Ten slotte onderscheidt Minkman – op basis van empirisch onderzoek – vier fases van ontwikkeling van ketenzorg voor mensen met chronische aandoeningen:[28] a. de initiatief- en ontwerpfase, b. de experiment- en uitvoeringsfase, c. de uitbouw- en monitoringsfase, en d. de verduurzamings- en transformatiefase. Tot zover de bespreking van het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg. Er bestaat in de wereldliteratuur nog een derde model: het disease-managementprogramma.

3. DISEASE-MANAGEMENTPROGRAMMA'S IN DE VERENIGDE STATEN EN NEDERLAND

In de jaren negentig van de vorige eeuw introduceerde de Boston Consulting Group (BCG) de term *disease management*. BCG ontwikkelde het concept op basis van ervaringen met *managed care* en *health maintenance organizations*. Nieuw was de gerichtheid op één of enkele aandoeningen. Het concept maakte al gauw furore in wetenschappelijke kring in de Verenigde Staten.[29] Enige jaren later waaide het begrip over naar Europa, vooral naar Duitsland en Nederland. Het wetenschappelijke tijdschrift *International Journal of Integrated Care* (www.ijic.org) ging er veel aandacht aan besteden. Als hoofdredacteur van dat blad verzamelde ik in 2009 alle definities van disease management die sinds 1996 waren verschenen en maakte op basis daarvan een nieuwe: 'Disease management consists of a group of coherent interventions designed to prevent or manage one or more chronic conditions using a systematic, multidisciplinary approach and potentially employing multiple treatment modalities. The goal of disease management is to identify persons at risk for one or more chronic conditions, to promote self management by patients and to address the illnesses or conditions with maximum clinical outcome, effectiveness and efficiency regardless of treatment setting(s) or typical reimbursement patterns.'[30] Ik houd in dit boek deze definitie aan. Met steun van ZonMw bracht ik samen met collega's in 2005 een boek erover uit.[31] Daarin kwamen wij tot tien kenmerken van een disease-managementprogramma (DMP). Auteur Spreeuwenberg formuleerde deze tien kenmerken. Ze staan vermeld in afbeelding 8.4.

Mede door dit boek en het werk van vele anderen kwamen in Nederland tal van DMP-initiatieven tot stand, veelal voortbordurend op daaraan voorafgaande transmurale-zorgprojecten. Die kwamen reeds in hoofdstuk 7 over de eerste lijn aan de orde.

In 2002 verscheen de eerste overzichtsstudie – ik beperk mij hier tot deze studies – van evaluaties van disease-managementprogramma's.[32] Auteur Weingarten en collega's

1.	Een goed omschreven doelgroep
2.	Patiënteneducatie
3.	Nadruk op preventie en samenwerking preventie en behandeling
4.	Gebaseerd op bewezen richtlijnen en op samenwerkingsafspraken
5.	Hantering zorgpaden en beslisbomen
6.	Taakverschuiving van artsen naar verpleegkundigen
7.	Gebruik van moderne informatietechnologie
8.	Gebruik van feedback en andere managementinstrumenten
9.	Een robuuste organisatiestructuur
10.	Abonnementstarief per chronisch zieke

Afbeelding 8.4. Tien kenmerken van een ideaal disease-managementprogramma
Bron: C. Spreeuwenberg, 'Tien karakteristieken voor een ideaal disease management programma', in: G. Schrijvers (red), *Disease management in de Nederlandse context*, Igitur Publishing & Archiving Services, Universiteit Bibliotheek Utrecht, 2005.

vergeleken 102 artikelen over 118 disease-managementprogramma's. Zij constateerden dat DMP's tot dat moment vooral (92 van de 118 artikelen) patiënteneducatie omvatten, gevolgd door nascholing van (47 van de 118 artikelen) en feedback (32 van de 118 artikelen) aan professionals. 70 van de 118 programma's hanteerden meer dan één van deze interventies. De laatstgenoemde twee interventies leidden tot significante verbeteringen van therapietrouw van professionals (dat wil zeggen: zij gingen zich beter aan de richtlijnen houden van de eigen beroepsgroep) ofwel van de proceskwaliteit zoals gedefinieerd door Donabedian (zie hoofdstuk 1). Het zelfmanagement van patiënten nam significant toe dankzij hun educatie en de twee andere interventies. De auteurs merkten op dat er vele verschillende invullingen bestaan van deze interventies en dat zij bij tal van chronische aandoeningen aan de orde zijn.

In 2004 deden Gonseth en collega's[33] een omvangrijke literatuurstudie naar ziekenhuisheropnamen van patiënten met hartfalen die wel en niet meededen aan een DMP. Zij constateerden een significante reductie in deze opnamen bij personen in een hartfalen-DMP. In 2005 publiceerden Goetzel en collega's een literatuurstudie over 44 artikelen die *returns on investments* (RoI's) aantoonden van disease-managementprogramma's.[34] Die RoI's zijn de jaarlijkse besparingen op lange termijn van het DMP. De auteurs vonden een positieve RoI voor programma's gericht op hartfalen en bij patiënten met multimorbiditeit. In 2009 voerde het RIVM een literatuurstudie uit naar de effectiviteit van DMP's.[35] Drewes en RIVM-collega's verzamelden 19 meta-analyses en 8 reviews. De meeste DMP's bevatten interventies zoals bevordering van zelfmanagement, afstemmingsafspraken tussen professionals, beslissingsondersteuning van professionals en geïntegreerde informatiesystemen. Preventieve interventies worden nauwelijks toegepast. De DMP's laten significante verbeteringen zien op klinische uitkomsten, kwaliteit van leven en de proceskwaliteit. Het zorggebruik en de patiëntensatisfactie verbeteren niet. De onderzoekers merken op dat de genoemde verbeteringen sterk variëren per onderzoek en per ziektebeeld. Andere overzichtsstudies komen eveneens tot wisselen-

de uitkomsten.[37] Ten slotte is één grote op preventie gerichte DMP te vermelden: het grootschalige antihypertensieprogramma van Kaiser Permanente dat sinds 2001 draait met behulp van goede monitoring, bezoeken bij patiënten thuis en een geprotocolleerde medicamenteuze behandeling.[38] Het lukt aldaar om 80 procent van de personen met hypertensie in dit programma op te nemen.[39]

4. DUITSE DISEASE-MANAGEMENTPROGRAMMA'S: KOPTARIEF EN PATIËNTENVOORDEEL

In 2002 voerde het toen zittende kabinet van de SPD en Die Grünen disease-managementprogramma's in gericht op personen met diabetes mellitus type 2, borstkanker, astma en hart- en vaatziekten.[40] Later zouden daar DMP's voor personen met COPD en met diabetes-1 bijkomen. De interventies betreffen ten eerste het monitoren van de aandoeningen, waarbij huisartsen en specialisten per aandoening relevante indicatoren voor zorgproces en uitkomstkwaliteit doorgeven aan een centrale website in de regio.

De instanties die deze website beheren zijn onafhankelijk van artsen en zorgverzekeraars. De deelnemende artsen ontvangen regelmatig feedback over de door hen geleverde prestaties: De door hen aangeleverde data worden daarbij vergeleken met die van andere artsen. De artsen gaan ten minste tweemaal per jaar op nascholing, waarbij op didactische wijze trends en verschillen in de reeds ontvangen feedback aan de orde komen. Zij ontvangen een vast bedrag per jaar en per ingeschreven persoon met een chronische aandoening van circa 500 euro. Dit abonnementstarief is een koptarief: Het komt bovenop de tarieven per consult en per behandeling die zij al ontvangen. De ingeschreven personen met een chronische aandoening schrijven zich in voor een disease-managementprogramma. Zij verplichten zich daarmee om jaarlijks ten minste eenmaal op een cursus te gaan over (het omgaan met) hun aandoening. Ingeschreven leden hoeven geen eigen bijdragen te betalen voor zorggebruik in de eerste lijn.

Ten slotte ontvangen zorgverzekeraars jaarlijks uit de centrale kas een financiële bijdrage van ongeveer 1.000 euro voor iedere persoon met een chronische aandoening die lid is van een DMP. De regering voerde deze DMP's in omdat mensen met een chronische aandoening te vaak late complicaties vertoonden zoals nierfalen en retinopathie bij mensen met diabetes. Minister Schmidt verwachtte meer zelfmanagement van mensen met een chronische aandoening en minder gefragmenteerde zorg. Meer dan tien wetenschappelijke verenigingen van artsen protesteerden tegen de invoering van een DMO omdat de invoering te weinig wetenschappelijk onderbouwd was. Zorgverzekeraars steunden de invoering onder het motto: *we are players en not payers*. Toen de roodgroene regering werd herkozen, draaiden de medische belangenorganisaties bij. Zij hadden de regelingen verkeerd begrepen. De regering deed van haar kant in 2003 water bij de wijn door minder data te eisen van deelnemende artsen. Op 27 februari 2003 startte het eerste DMP. Dat was er een voor vrouwen met borstkanker. Er namen 950 gynaecologen van 20 ziekenhuizen aan deel. In april van dat jaar ging de eerste diabetes-DMP van start. In oktober 2003 waren 165.000 personen, verzekerd bij de grootste Duitse zorgverzekeraar AOK (25,8 miljoen verzekerden), ingeschreven bij een borstkanker- of diabetes-DMP. In 2008 publiceerde de Heidelbergse hoogleraar en huisarts Szecsenyi[41] een evaluatie die groot opzien baarde in Duitsland en daarbuiten. Leden die lid waren van een diabetes-DMP beoordeelden hun behandeling significant gunstiger dan vergelijkbare personen die geen lid waren. In 2010 volgde auteur Stock en collega's met een evaluatie van de diabetes-DMP over vier jaar sinds de start.[42] Zij constateerden

een daling in mortaliteit en in de kosten van medicatie en ziekenhuiszorg van DMP-leden vergeleken met overeenkomstige personen die niet bij een DMP waren ingeschreven. Mehring en collega's constateerden hetzelfde op basis van een studie onder 100.000 personen met astma, wonend in Beieren.[43]

8.4 VIER MODELLEN VOOR CHRONISCHE ZORG: WELKE IS HET BESTE VOOR NEDERLAND?

In paragraaf 8.3 passeerden vier modellen voor het verbeteren van chronische zorg de revue: het chronic-caremodel van Wagner, het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg van Minkman, de disease-managementprogramma's in de Verenigde Staten en dezelfde programma's in Duitsland. De vraag die ik in deze paragraaf beantwoord, is welk model Nederland moet kiezen voor de verdere ontwikkeling van chronische zorg. De eerdergenoemde Huijben[19] constateert dat in Nederland wettelijke kaders, beperkte ICT-toepassingen en privacywetgeving de toepassing van het chronic-caremodel bemoeilijken. Ik ben het daarmee eens. Toch heeft dit verbetermodel enkele aantrekkelijke aspecten. Ten eerste benadrukt het de wisselwerking en samenhang tussen de zes genoemde componenten. Coleman en collega's wijzen op de geringe effecten van geïsoleerde verbeteringen binnen één component. De kosteneffectiviteit van het CCM is tot nu toe onvoldoende bewezen, zo bleek uit dezelfde studie. Wat ontbreekt in de bestudeerde evaluaties is aandacht voor de invloed van de bekostigingsmethodiek op de zes CCM-componenten.

Vanuit het CCM-model is te verklaren dat alleen zelfmanagementondersteuning (CCM-component 1) via het internet geen effect had op de proces- en uitkomstkwaliteit van chronische zorg in een groot Engels programma: het Whole Demonstrator's Program.[44] Ook verklaart het CCM dat alleen een casemanager of alleen een zorgplan eveneens geen effect hebben.[45] Aantrekkelijk aan het CCM is verder dat het geen instructies bevat voor de inrichting van de zes componenten. Het benoemt alleen de componenten en de noodzaak van samenhang, maar stelt geen richtlijnen of eisen eraan. Dat gebeurt wel bij menig disease-managementprogramma. Al naar gelang de lokale setting kunnen professionals en onderzoekers het CCM inkleuren en aanpassen. Het CCM is goed te gebruiken in de per 1 januari te verwachten samenwerking tussen gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Het OMK heeft als voordeel boven het CCM de gerichtheid op proces- en uitkomstkwaliteit van chronische zorg. Het CCM onderscheidt zes clusters met vooral een inputkarakter. Zo is CCM-cluster 1 – de aanwezigheid van zelfmanagementondersteuning – op zich niet interessant. Dat wordt het pas als deze de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven bevordert. Ik zie beide modellen dan ook in elkaars verlengde liggen: het OMK meet de output en het CCM vooral de input. Verder zijn de vier fasen van het OMK realistischer voor Nederland dan de snelle doorbraakmethoden van het CCM die binnen negen tot twaalf maanden zouden moeten leiden tot verbetering van alle zes de clusters. Het verbeteren van chronische zorg ervaar ik in mijn eigen werk meer als een marathon (= OMK) dan als een korte sprint (= CCM). Het OMK van Minkman heeft groot draagvlak in Nederland en werkt met vier ontwikkelingsfasen. Maar in het buitenland is het onbekend. Effecten van dit model op de proces- en uitkomstkwaliteit zijn nog niet in die mate bewezen als geldt voor het CCM en de Duitse DMP's.

De DMP's in de Verenigde Staten en Nederland laten vaak wel en soms wel en soms geen verbeteringen zien in uitkomstkwaliteit. De therapietrouw van professionals en patiënten neemt bij alle studies toe. Het aantal verpleegdagen in een ziekenhuis van

personen in een DMP is vrijwel altijd lager dan bij gebruikelijke zorg. De totale zorgkosten bij DMP's zijn soms hoger en soms lager dan bij gebruikelijke zorg en soms blijven ze gelijk. Wat verder opvalt is dat de meeste DMP's slechts enkele interventies omvatten. Nooit worden alle tien punten van Spreeuwenberg – zie afbeelding 8.4 – tegelijk aangepakt. Het zijn er steeds slechts twee of drie, bijvoorbeeld het geven van feedback aan professionals en het geven van cursussen aan personen met een chronische aandoening. Ten tweede blijkt uit de overzichtsstudies dat de DMP's in de Verenigde Staten en Nederland zelden of nooit beleidsinstrumenten gebruikten gericht op kostenbeheersing. Ik las daar zelden iets over. Individuele zorgprofessionals kregen bijvoorbeeld geen feedback over onder- of overschrijding van het budget. Evenmin werd gebruiktgemaakt van zogeheten beleidsvolle financiële prikkels zoals omschreven in hoofdstuk 1. Als financiële feedback en beleidsvolle prikkels ontbreken, zijn er ook geen besparingen te verwachten. In de Duitse DMP's bestaan wel beleidsvolle financiële prikkels voor zorgverzekeraars, professionals en personen met chronische aandoeningen. Ik was altijd groot voorstander en pleitbezorger van de DMP's zoals ontwikkeld in Duitsland vanwege de daar optredende beleidsrijke financiële prikkels.

Wat ik miste in alle overzichtsstudies zijn verklaringen voor de variaties in resultaten: waarom hebben sommige CCM's, OMK's en DMP's wel en andere geen effecten op de triple-aimdoelen? De studies bieden wel een overzicht, maar geen verklaringen voor de vele variaties. Wat ik miste in alle vier de modellen zijn de componenten *professioneel leiderschap* en *cultuur.* Bisagnano & Kenney benadrukken in hun boek over triple aim[46] het belang van deze twee factoren voor de succesrijke cases die zij op basis van onderzoek vonden. In hoofdstuk 16, dat over de ziekenhuisorganisatie gaat, kom ik terug op het belang van deze componenten.

Alles overziende, pleit ik er aan het einde van deze paragraaf voor om het chronic-caremodel in Nederland breed te verspreiden met de fasering van het ontwikkelingsmodel ketenzorg. Uittenbroek en collega's melden in 2014 dat zij een studie uitvoeren naar zo'n combinatie.[47] Aan die combinatie voeg ik financiële prikkels toe zoals in de Duitse DMP's bestaan. Er ontstaat dan een CCM met de zes bekende componenten in combinatie met het cappuccinomodel. In paragraaf 8.5 komen innovaties in de chronische zorg naar voren die een invulling vormen van componenten van het CCM. Daarna komen in paragraaf 8.6 financiële innovaties die passen in het cappuccinomodel.

8.5 GRAAG MINDER INNOVATIES IN DE CHRONISCHE ZORG

In de Nederlandse chronische zorg vinden op dit moment veel zorginnovaties plaats. De website www.kennispleinchronischezorg.nl van Vilans biedt een uitstekend overzicht daarvan. In augustus 2013 subsidieerde ZonMw 149 projecten: 12 per provincie.[48] Op zich is het inspirerend dat de chronisch zorg zo innovatief is. Aan de andere kant liggen er gevaren op de loer, zoals dat projecten te klein zijn, een te korte levensduur hebben, geen relatie hebben met de rest van de chronische zorg, onvoldoende worden geëvalueerd en niet leiden tot verduurzaming ter plekke en tot verspreiding naar elders in het land. Op het jaarlijkse ketenzorgcongres van de International Foundation of Integrated Care, dat in 2013 plaatsvond in Berlijn, sprak Henk Nies, bestuursvoorzitter van Vilans. Hij legde daar uit dat de Nederlandse chronische zorg lijdt aan pilotitis, aan een te veel aan pilots. Ik ben het met hem eens. Daarom toont afbeelding 8.5 slechts enkele wenselijke innovaties, ingedeeld naar de componenten van het chronische-zorgmodel plus een financiële component. Alleen innovaties waarvan ook kos-

tenbesparingen zijn te verwachten, naast verbeteringen in de uitkomst- en proceskwaliteit, komen aan de orde. De innovaties komen aan bod in volgorde van afbeelding 8.5.

ZELFMANAGEMENT STIMULEREN (REGEL 1 IN AFBEELDING 8.5)

Het stimuleren van zelfmanagement door patiënten heet in het Engels *patient empowerment* en ook wel *patient activation*. Engelse pogingen hiertoe door getrainde huisartsen bleken geen effect te hebben, aldus Kennedy en collega's in 2013.[49] Een groot Engels experiment met patient empowerment via het internet leverde evenmin resultaten op.[50] De onderzoekers van beide studies verzuchtten dat er meer nodig is dan een educatieprogramma met instructies, training en kennisoverdracht. Kennedy en collega's constateerden: wat haalbaar is, is niet effectief en wat effectief is, is niet haalbaar. Waarom slaat het stimuleren van zelfmanagement niet aan? Deze vraag tracht ik eerst te beantwoorden voordat ik toch voorstellen doe voor innovaties op dit terrein. Welnu, hoofdstuk 3, dat gaat over het bevorderen van gezond gedrag in de algemene populatie, toont aan dat gezond gedrag niet tot stand komt door alleen informatieverstrekking, bijvoorbeeld via het internet. Hiervoor is educatie nodig gebaseerd op onderwijskundige leertheorieën. Verder komt gedragsverandering alleen tot stand als ook de sociale en fysieke omgeving erbij wordt betrokken. Ten derde is voor het bevorderen van zelfmanagement ondersteuning nodig door zorgprofessionals in de vorm van gesprekstechnieken zoals *motivational interviewing*. Deze algemeen geldende regels bij gezondheidseducatie gaan op voor de algemene bevolking en ook voor mensen met chronische aandoeningen.

Hibbard en collega's onderscheiden bij mensen met chronische aandoeningen vier stadia van zelfmanagement:[51]

1 geloof erin hebben dat de rol van de patiënt belangrijk is;
2 zelfvertrouwen en kennis hebben om actie te ondernemen ter bevordering van de eigen gezondheid;
3 het daadwerkelijke actie ondernemen;
4 actie ondernemen in perioden van stress.

1.	Zelfmanagement stimuleren ingebed in een brede context
2.	Herontwerpen van zorgprocessen bij: • mensen met zeldzame chronische aandoeningen • mensen met multimorbiditeit • e-health toepassingen
3.	Beslissingsondersteuning van professionals via het internet
4.	Eén informatiesysteem voor chronische zorg
5.	Een samenhangende organisatie
6.	Cappuccinofinanciering

Afbeelding 8.5. Wenselijke innovaties binnen het chronic-caremodel
Bron: zie tekst.

Enkele aanvullende wetenschappelijke bijdragen voor het bevorderen van zelfmanagement bij mensen met chronische aandoeningen zijn de volgende.

De PAM (*Patient Activation Measure*) is een meetinstrument om de mate van aanwezig zelfmanagement te meten in onderzoek en ook in de spreekkamer. Graag zie ik deze vragenlijst toegepast door zorgprofessionals voordat zij beginnen aan het bevorderen van zelfmanagement.

De tweede aanvullende bijdrage onderscheidt de hoog-risicobenadering en de symptoombenadering. Huisartsen en hun praktijkondersteuners kunnen bij personen met chronische aandoeningen kiezen uit beide vormen van patient empowerment. Een hoog-risicobenadering omvat het systematisch bespreken van het leefstijlgedrag van een patiënt met een verhoogd risico op een plotselinge of geleidelijke verergering van de chronische aandoening. Bij plotselinge verergering is te denken aan een exacerbatie bij een patiënt met COPD. Bij geleidelijke verergering is te denken aan gevolgen van het blijven roken van een dergelijke patiënt. De symptoombenadering refereert aan het bespreken van leefstijlgedrag met patiënten wanneer dit relevant is voor de gepresenteerde klacht. Deze laatste benadering komt vooral voor en de hoog-risicobenadering niet, zoals Noordman in het eerdergenoemde proefschrift aantoont.

De derde aanvullende theoretische benadering betreft het inzetten van positieve financiële prikkels zoals in de Duitse disease-managementprogramma's. Zij kwamen in paragraaf 8.3 al aan de orde. Hier krijgen mensen met een chronische aandoening vrijstelling van het betalen van eigen bijdragen in de eerste lijn indien zij jaarlijks deelnemen aan een educatieprogramma.

Al met al zijn innovaties wenselijk die gericht zijn op meer ondersteuning van zelfmanagement en onderwijskundige benaderingen en motivational interviewing hanteren. De innovaties zijn zowel gericht op hoge risico's als op symptomen. Ze gaan uit van het vooraf vaststellen van het stadium van zelfmanagement waarin de patiënt verkeert. Deelnemers ervaren een positieve financiële prikkel als zij deelnemen aan een educatieprogramma. Gelet op al deze vereisten kom ik uit op de systematiek van revalidatieprogramma's zoals beschikbaar voor revalidatie-, hart- en oncologische patiënten. Ik bevind mij hierbij in het goede gezelschap van de inspecteurs voor de gezondheidszorg Reulings en Van der Lans[52] en de cardioloog Kemps[53]. Zij geven aan dat zelfmanagementondersteuning op deze wijze via een hartrevalidatieprogramma na een hartinfarct de mortaliteit aanzienlijk reduceert, en wel in een vergelijkbare mate als het plaatsen van een auto-defibrillator.

HET HERONTWERPEN VAN HET ZORGPROCES (REGEL 2 IN AFBEELDING 8.5)

Door de komst van praktijkondersteuners in de eerste lijn en verpleegkundig specialisten in de tweede lijn is in de afgelopen tien jaar de zorg aan mensen met chronische aandoeningen ingrijpend verbeterd. Innovaties op dit terrein zijn niet meer zo nodig. Wel vraag ik hieronder aandacht voor innovaties bij:

1 zeldzame chronische aandoeningen;
2 multimorbiditeit; en
3 toepassingen van e-health bij het herontwerpen van zorgprocessen.

1. Zorg aan mensen met zeldzame chronische aandoeningen kan beter

In 2013 verscheen het Nationaal Plan Zeldzame Ziekten.[54] De volgende feiten komen uit dit stuk. Er komen 5.000-8.000 zeldzame aandoeningen voor. Een aandoening is zeld-

zaam indien deze minder dan bij 1 op de 2.000 inwoners voorkomt. In Europa lijdt 6 tot 8 procent van de bevolking aan zeldzame aandoeningen. Af en toe verschijnen in de wetenschappelijke literatuur artikelen over de organisatie van de zorg aan mensen met een zeldzame chronische aandoening, bijvoorbeeld over de ziekte van Crohn[55] en chronische duizeligheid[56]. Waldenberger stelt mismoedig vast dat er nauwelijks artikelen te vinden zijn over chronische zorg aan personen met de ziekte van Parkinson.[57] Toch is er één publicatie over zeldzame aandoeningen die in Nederland en daarbuiten grote aandacht heeft gekregen. Dat is de evaluatie van het Parkinsonnetwerk van de Nijmeegse hoogleraar Bloem in 2010.[58] De innovaties in dat netwerk bestaan uit:

1 het selecteren van een beperkt aantal gemotiveerde fysiotherapeuten die zich willen inzetten voor mensen met Parkinson;
2 het verhogen van de kennis van deze fysiotherapeuten;
3 het verbeteren van de communicatie tussen de Nijmeegse neurologische kliniek en verwijzende huisartsen en specialisten;
4 het vergroten van kennis bij patiënten en professionals.

Deze aanpak leidt tot een kostenverlaging van 20 procent per patiënt, aldus de publicatie uit 2010.

In 2013 trad ik op als voorzitter van het jubileumcongres van de Nederlandse Vereniging voor Addison en Cushing Patiënten, NVACP oftewel de Bijniervereniging. De vereniging bestond 25 jaar. Ik bereidde mij voor met een literatuursearch op het internet met de zoektermen Addison, disease management en chronic care. Ook ik vond geen artikelen.

Wat ik hier nu verder betoog over personen met een zeldzame chronische aandoening is gebaseerd op de vele inspirerende rapporten van de genoemde Bijniervereniging en heeft een hypothetisch karakter. Ik formuleer de volgende zes hypothesen:

1 De kennis in de eerste lijn over zeldzame chronische aandoeningen is gering.
2 Diagnostiek van deze aandoeningen vindt in een laat stadium plaats. Bij bijnierpatiënten gebeurt dat twee tot drie jaar na het ontstaan van de klachten en na een reeks verkeerde diagnoses zoals ‘het zit tussen de oren’.
3 Ook in veel ziekenhuizen en bij algemeen werkzame medisch specialisten loopt kennis over therapieën, bijverschijnselen en nieuwe medicatie achter. Zo zijn er slechts vijf ziekenhuizen – in Nijmegen, Groningen, Leiden, Utrecht en Rotterdam – waar personen met de ziekten van Addisson en Cushing terechtkunnen bij zorgprofessionals met specifieke kennis over hun aandoeningen.
4 Het chronic-caremodel van Wagner gaat ook op voor personen met een zeldzame aandoening. Ook zij hebben behoefte aan zelfmanagementondersteuning en de andere componenten van het CCM.
5 Het model van ParkinsonNet werkt bij alle zeldzame aandoeningen.
6 Een centrale website voor personen met een zeldzame aandoening en voor zorgprofessionals verbetert de chronische zorg. Ik denk hierbij aan de interactieve website voor personen met Parkinson, www.parkinsonnet.nl, en de website in oprichting www.bijniernet.nl. Ook de eerdergenoemde Yardley[54] werkt met een centrale website voor personen met chronische duizeligheid. De website www.zorgstandaarden.net biedt een overzicht van standaarden die thans bestaan voor een aantal zeldzame aandoeningen.

Dat deze zes hypotheses waar zijn, zou ik graag bewezen zien met behulp van innovaties.

2. Andere zorgprocessen bij multimorbiditeit
Het kwam al in paragraaf 8.2 naar voren: mensen met multimorbiditeit hebben gemiddeld genomen te maken met meer verschillende zorgverleners dan diegenen die moeten leven met één chronische aandoening. Hun zorgprocessen zijn daarom complexer. Een goede informatie-uitwisseling, een individueel zorgplan en coördinatie van de zorg door een centrale zorgverlener is van belang. Er zijn ook kostenbesparingen mogelijk indien behandeling dubbelop plaatsvindt of wanneer er te zeer op één aspect wordt behandeld, bijvoorbeeld op somatische symptomen terwijl er psychische problematiek achter de chronische aandoening verscholen zit. Hoofdstuk 11 over geestelijke gezondheidszorg bevat hierover enkele passages. In 2008 heeft de Gezondheidsraad een advies[59] uitgebracht over de vraag hoe de zorg aan mensen met multimorbiditeit is te verbeteren. Hij komt met vier voorstellen die ik graag via innovaties uitgewerkt zie. De vier voorstellen zijn:
1 vroegtijdig signaleren van gezondheidsrisico's bij ouderen met multimorbiditeit;
2 betere regie over de zorg voor deze groep ouderen;
3 meer specialistische advisering aan de eerste lijn;
4 beter toepassen van specifieke kennis over complexe multimorbiditeit in de kliniek.

Het in 2012 opgeheven Coördinatieplatform Zorgstandaarden deed een andere suggestie om zorg aan personen met multimorbiditeit te verbeteren.[60] Het platform pleitte voor een modulaire opbouw van zorgstandaarden. Zo'n opbouw maakt het in beginsel mogelijk om bij multimorbiditeit tot afspraken te komen op basis van gedeeltelijke standaardisering. Hiervoor is de uitdrukking *massamaatwerk* in opkomst. Graag zet ik deze suggestie van modulaire zorgprogrammering door het genoemde platform op mijn lijstje van wenselijke innovaties.

3. E-health toepassen in de chronische zorg
In theorie kan het internet op een aantal manieren leiden tot verbetering van de chronische zorg, namelijk door:
– kennis en instructiefilmpjes voor patiënten op websites;
– sensoren en camera's in woningen die via het internet automatisch waarschuwen bij bijvoorbeeld een valpartij. Dit staat bekend als domotica;
– patiënten dagelijks te bevragen over vitale functies en symptomen. Dit heet telemonitoring;
– scherm-tot-schermcontact tussen zorgprofessionals en patiënten;
– mailcontact ofwel e-consulten tussen patiënten en zorgprofessionals.

In de praktijk zijn de effecten op de triple-aimdoelen wisselend, zo blijkt uit enkele overzichtsstudies. Zelfmanagementondersteuning via het internet leidt volgens Bardsley[62] en Pal[63] niet tot betere gezondheidsuitkomsten. Voor alle genoemde internettoepassingen komen de Canadees Jones en collega's[64] en de Nederlander De Jong en collega's[65] tot wisselende resultaten. Wel toont de genoemde Bardsley in zijn grote Engelse studie aan dat toepassingen van e-health het aantal ziekenhuisverpleegdagen, acute opnamen en de mortaliteit terugdringen, vergeleken met een controlesetting zonder e-health. Vanwege de genoemde wisselende resultaten met e-health voor mensen met chronische aandoeningen is e-health nog niet rijp voor toepassing op grote schaal. Eerst zijn hiervoor experimenten nodig die voortborduren op interventies met

wel gunstige resultaten. De veelzijdige evaluatiemethode MAST (*model for assessment of telemedicine applications*) van de Deense auteur Kidholm en collega's vormt hierbij een uitstekende leiddraad.[66] In hoofdstuk 11 over geestelijke gezondheidszorg komt e-mental health aan de orde met vergelijkbare ontwikkelingen en resultaten.

BESLISSINGSONDERSTEUNING VAN ZORGPROFESSIONALS VIA HET INTERNET (REGEL 3 IN AFBEELDING 8.5)

De therapietrouw van artsen en verpleegkundigen neemt toe als zij reminders en feedback, ofwel beslissingsondersteuning, ontvangen via de computer. De eerdergenoemde Weingarten heeft dat aangetoond. Het wachten is op een brede verspreiding van deze zorginnovatie, die volgens de E-health monitor 2013 nog weinig wordt toegepast.[67]

Ik merk op dat beslisondersteuning ook taakherschikking binnen de chronische zorg faciliteert van medisch specialisten naar verpleegkundig specialisten. Het ICT-systeem geeft dan aan wanneer de verpleegkundig specialisten volgens werkafspraken de medisch specialist al dan niet moeten betrekken in het zorgproces. In zijn recente dissertatie over dit onderwerp bij patiënten met hartfalen constateert De Vries dat dergelijke ondersteuning technisch mogelijk is. In de praktijk werkt deze evenwel niet vanwege onder meer wantrouwen van cardiologen van de inhoudelijke richtlijnen van hun eigen beroepsgroep waarmee het ICT-systeem werkt.[68] Beslisondersteuning die taakherschikking faciliteert, staat in Nederland nog in de kinderschoenen en vergt nog veel innovatieve initiatieven voordat deze gemeengoed is geworden.

EEN INFORMATIESYSTEEM VOOR CHRONISCHE ZORG (REGEL 4 IN AFBEELDING 8.5)

Volgens een inventarisatie van Van Poelgeest[69] bestaan in Nederland enkele ziekenhuizen met één informatiesysteem voor het medisch dossier, het verpleegkundig dossier, de medicatie, de opslag van röntgenfoto's en andere beelddragers, het maken van afspraken, beslissingsondersteuning, het berichtenverkeer tussen professionals en met patiënten, de facturering, het personeelsbeleid, het financiële beleid en de managementrapportages.

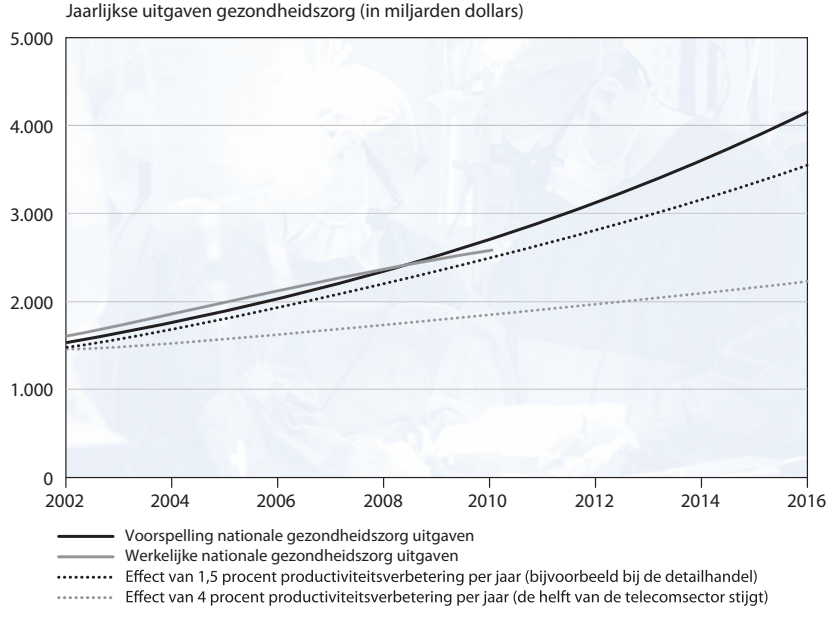
Een uitdraai van zo'n systeem per patiënt levert het elektronisch patiëntendossier op. Een uitdraai per specialist en per dag levert het dagelijkse afsprakenrooster op. Een uitdraai per chronische aandoening levert gegevens op over bijvoorbeeld patiëntenpopulatie, bedrijfsdrukte, doorstroomsnelheden en behaalde kwaliteitsindicatoren. Davis onderzocht in zeven landen de invloed van de aanwezigheid van dergelijke allesomvattende informatiesystemen in de eerste lijn op een aantal kwaliteitsindicatoren.[70] Die invloed bleek significant aanwezig te zijn.

Betrokken huisartsen werkten met grotere tevredenheid in hun praktijk. Coördinatie en veiligheid van het zorgaanbod waren groter bij de aanwezigheid van zo'n informatiesysteem, met name bij patiënten met multimorbiditeit. Hillestand en collega's[71] vergeleken de kostengroei in de Amerikaanse gezondheidszorg met die in de detailhandel en de telecommunicatiesector. Die laatste sectoren werken voor hun dienstverlening al enkele jaren met dergelijke allesomvattende informatiesystemen. Zoals afbeelding 8.6 aangeeft, zijn grote besparingen mogelijk op de zorguitgaven, als die even snel zouden groeien als die van de twee andere sectoren.

EEN SAMENHANGENDE ORGANISATIE (REGEL 5 IN AFBEELDING 8.5)

In 2012 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een kritisch rapport uit over de organisatie van de zorggroepen voor de zorg aan patiënten met diabetes.[72] In het najaar van 2011 bezocht de IGZ 20 procent van deze zorggroepen. Veelal ontbreekt er een klachtregeling, is het melden van calamiteiten en incidenten niet goed geregeld en vindt geen openbare verantwoording plaats over de kwaliteit van de zorg. Besturen van zorggroepen, aldus de IGZ, sturen niet op randvoorwaarden voor kwalitatief verantwoorde zorg. Tot zover het inspectierapport. Ik zie al deze IGZ-punten als kansen voor vergroting van de samenhang in de organisatie van de chronische zorg. Het wachten is op systeeminnovaties waarbij enkele zorggroepen zich richten op het ontwerpen van goede klachtenregelingen, andere op een goede calamiteitenmelding en weer andere op beter intern kwaliteitsbeleid van de zorggroepen.

Toch is een goede organisatie van zorggroepen op lokaal en regionaal niveau niet voldoende om de zorg te coördineren rond een specifieke patiënt. Dat is vooral het geval wanneer de regelcapaciteit van de patiënt en diens familie laag is. Ook ligt er eerder een coördinatieprobleem indien er sprake is van multimorbiditeit. Om te voorzien in coördinatie van de zorg rond één persoon zonder voldoende regelcapaciteit is de functie van casemanagement uitgevonden. Vilans omschrijft deze functie als een systematische werkwijze die toegepast wordt bij cliënten waar de zorgvraag daar aanleiding toe geeft en waarvan de inhoudelijke en organisatorische complexiteit de reguliere zorgverlening overstijgt en waarbij de regelcapaciteit van de cliënt en zijn systeem gezien de situatie te laag is. Casemanagement coördineert de zorg vanuit de behoefte van de cliënt.[73] Het ligt voor de hand dat de vanaf 2015 aan te stellen wijkverpleegkundigen dit casemanagement gaan oppakken. Tot nu toe lopen er nog geen innovaties die deze functie op het kruispunt van Zorgverzekeringswet, Wmo en AWBZ uittesten.



Afbeelding 8.6. Jaarlijkse uitgaven Amerikaanse gezondheidszorg (in miljarden dollars)

Tot zover de bespreking van component 5 van afbeelding 8.5. Ik sla component 6 over het benutten van de inzet van mantelzorg en vrijwilligers over. Die inzet komt uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 9 over ouderenzorg. Hierna komt component 7 van het uitgebreide chronische-zorgmodel aan bod: het werken met beleidsvolle financiële prikkels binnen het cappuccinomodel.

8.6 HET CAPPUCCINOMODEL IN DE CHRONISCHE ZORG (REGEL 6 IN AFBEELDING 8.5)

In 2010 gingen de eerste diabeteszorggroepen van start met een abonnementstarief voor personen met chronische aandoeningen ofwel met een keten-DBC. Deze groepen kwamen er dankzij de grote inzet van de bewindsman indertijd, VWS-minister Klink. In dat jaar werd het mogelijk voor zorgverzekeraars om de eerstelijnszorg voor patiënten met diabetes, vasculair risicomanagement en COPD integraal in te kopen. Dat wil zeggen: bij een zorggroep, zoals hierboven gedefinieerd, die verantwoordelijk is voor de totale zorg betreffende deze aandoening. De gedachte erachter was dat daardoor patienten beter samenhangende zorg zouden ontvangen. Dat zou dan moeten leiden tot betere en goedkopere zorg. In 2012 bracht de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging haar eindrapport uit over deze wijze van bekostiging.[74] Haar eerste conclusie was dat het voor een finaal oordeel te vroeg was. Zij constateerde verder – op basis van tal van evaluaties van het NIVEL en het RIVM – dat er betere zorg werd gerealiseerd in 2010 en 2011, vergeleken met eerdere jaren. Verder signaleerde de commissie een kostenverhoging van de integrale zorg omdat de kosten voor de tweede lijn niet daalden en er het eerste jaar (2009) veel aanloopkosten werden gemaakt. De commissie merkte overigens op dat de keten-DBC voor diabeteszorg slechts 8 procent omvat van alle zorgkosten voor personen met diabetes.

De zorggroepen beantwoordden – aldus ook de commissie – niet aan de randvoorwaarden (zie hierboven) die de IGZ stelt. Ze ziet de gerealiseerde integrale bekostiging als een tussenstap naar populatiegebonden bekostiging zoals in de vorige hoofdstukken van dit boek bij de jeugd(gezondheids)zorg en de eerstelijnszorg al is omschreven. De commissie adviseert de integrale bekostiging vooralsnog te continueren en patiënten expliciet te betrekken bij de zorggroepen. Zij wijst uitbreiding van de zorggroepen naar andere groepen personen met een chronische aandoening af, vanwege het risico op coordinatieproblemen bij multimorbiditeit.

De ontwikkelingen in Nederland sluiten uitstekend aan op die in de Verenigde Staten waar men ook zoekt naar gebundelde betaling ofwel *bundled payment*[75 76 77 78 79] en naar betaling van chronische zorg op basis van een uitgebreid individueel zorgplan voor de patiënt.[80] Inmiddels heeft het ministerie proeftuinen aangewezen om de populatiegebonden bekostiging uit te proberen.[81] Deze staan los van de zorggroepen, want ze betreffen een bredere groep dan alleen personen met chronische aandoeningen. In paragraaf 7.9 kwamen de proeftuinen al aan de orde. Daarom is er behoefte aan aparte bekostiging voor chronische zorg. Hoe zou die eruit kunnen zien?

NA DE ZORGGROEPEN HET CAPPUCCINOMODEL

In ieder geval ondersteunt een nieuwe bekostiging het chronische-zorgmodel van Wagner. Zij vormt de zevende component ervan. Zij maakt het mogelijk dat tussen de andere componenten financiële verschuivingen plaatsvinden. De bekostiging lokt gedrag uit bij patiënten en zorgprofessionals gericht op de triple-aimdoelen. Daarom pleit ik bij

de chronische zorg voor het cappuccinomodel: een betaling via het abonnementstarief, een geringe betaling per verrichting en een laag tarief voor zorginnovatie. Tot nu zijn de tarieven voor de keten-DBC's in de chronische zorg gebaseerd op de multidisciplinaire zorgstandaarden. Zo is de keten-DBC voor diabeteszorg gebaseerd op de standaard diabeteszorg. Het gemiddeld aantal uren van verschillende zorgprofessionals, nodig om de standaard jaarlijks uit te voeren, wordt vermenigvuldigd met een uurtarief per professional. Dit rekenmodel geldt voor de zorggroepen en blijft ook binnen de cappuccinofinanciering bestaan. Er zit in dit model een laag verrichtingentarief van bijvoorbeeld 9 euro om te zorgen dat productie een hoge prioriteit houdt en de zorggroep niet vervalt tot het te vaak houden van vergaderingen en het weerhoudt verzekeraars ervan om een te uitgebreide registratie te eisen. Ten derde is er een innovatietarief dat enkele procenten bedraagt van de keten-DBC. Dat is gebaseerd op een innovatieve agenda die zorgprofessionals, georganiseerde patiënten en zorgverzekeraars gezamenlijk vaststellen.

Dit model maakt het mogelijk om netwerken van chronische-zorgprofessionals te bekostigen, zoals het reeds genoemde goede voorbeeld: ParkinsonNet. Daar wil ik naartoe: netwerken van chronische zorg. Soms bestaan die netwerken in een regio. Dat is het geval bij de diabeteszorg. Dan weer functioneren die netwerken voor meer dan een regio: bijvoorbeeld ParkinsonNet. Voor de zorg aan personen met zeer zeldzame aandoeningen zou één landelijke netwerk kunnen volstaan. Een en ander is in lijn met de visie van Cristensen die de bestseller *The Innovator's Prescription* schreef.[82] Hij pleit eveneens voor dergelijke netwerken voor chronische zorg. Hij benadrukt dat centralisatie van kennis mogelijk is en lotgenotencontact tot bloei kan komen. Ik besef dat het creëren van vele netwerken voor chronische zorg met een daarop passend cappuccinomodel een grote verandering betekent in de bekostiging via DBC's van medisch-specialistische zorg. Hoofdstuk 16 en 17 gaan nader in op verandermanagement en implementatievraagstukken. Hier beperk ik mij tot het schetsen van stippen op de horizon.

Bij patiënten met multimorbiditeit is het moeilijk om een keten-DBC te maken die gebaseerd is op een zorgstandaard. Want voor die groep is de zorg nauwelijks te standaardiseren. Voor deze groep zou het individuele zorgplan als basis kunnen gelden, op te stellen door een wijkverpleegkundige die in de rol van casemanager functioneert. Vlek ontwierp in 2014 een plan van eisen dat geldt voor zo'n zorgplan.[83]

Wat ontbreekt in bovenstaande beschouwing is een pleidooi voor een bekostiging van de zorg op basis van kwaliteitsindicatoren. Bijvoorbeeld op basis van het gemiddelde HbA1C van de patiënten met diabetes die bij een huisartsengroep zijn ingeschreven. Is die gunstig, dan ontvangen huisartsen een hoger inkomen dan wanneer die minder gunstig is. Deze vorm van betaling heet *pay-for-performance* (P4P) en ook wel outputfinanciering. Hier wijs ik dat af en ik doe dat ook in het hoofdstuk dat over ziekenhuizen gaat. Ik wijs dit af na lezing van een evaluatie van dergelijke betaling van de chronische zorg in Engeland. Campbell en collega's voerden deze evaluatie uit.[84] Ten eerste wijst Campbell c.s. erop dat dergelijke betaling leidt tot opportunistische registratie en niet tot betere zorg. Ten tweede wijzen zij erop dat P4P meestal pas ingevoerd wordt als er al standaarden bestaan. Dan is de kwaliteit van zorg al hoog en is er met een financiële prikkel niet nog eens extra kwaliteit te bevorderen. Ten derde leidt, aldus Campbell en collega's, P4P tot te grote aandacht voor de indicatoren waar de betaling van afhangt. Andere aspecten en patiënten met chronische aandoeningen zonder P4P krijgen dan te weinig aandacht.

8.7 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN IN DIT HOOFDSTUK OP EEN RIJ

Paragraaf 8.1 bevat omschrijvingen van het begrip chronische aandoening en enkele andere begrippen. De belangrijkste bevindingen zijn:

1 Een chronische aandoening heeft vijf kenmerken: geen uitzicht op volledig herstel, geleidelijke verergering, regelmatig optredende aanvallen, wisselende beleving van de aandoening door de patiënt en een grote diversiteit van aandoeningen.
2 Chronische zorg is niet alleen *high touch* maar ook hightech.
3 Chronische zorg is niet het monopolie van de eerste lijn en omvat ook preventie, tweedelijnszorg, spoedzorg en curatieve zorg.
4 Een op de drie personen met chronische aandoeningen heeft behoefte aan langdurige zorg bij het uitvoeren van dagelijkse levensverrichtingen.

Paragraaf 2 bevat statistische gegevens over chronische zorg. De belangrijkste gegevens zijn:

5 Ruim een kwart van de Nederlanders heeft in 2008 een of meer chronische aandoeningen. In totaal telt Nederland daarmee ongeveer 4,5 miljoen personen met zo'n aandoening.
6 Van de totale levensduur leven mensen doorgaans slechts een deel zonder een chronische aandoening. Dat deel bedraagt gemiddeld 48,4 jaar voor mannen en 42,5 jaar voor vrouwen.
7 Van de hele Nederlandse bevolking heeft 8 procent multimorbiditeit, wat neerkomt op ongeveer 1,3 miljoen mensen.
8 De meest voorkomende chronische aandoeningen betreffen neurologische aandoeningen en aandoeningen aan het bewegingsapparaat (23 procent), astma-COPD (19 procent), diabetes (15 procent) en hart- en vaatziekten (17 procent).
9 In 2010 had 36 procent van de mensen met een chronische aandoening contact met een praktijkondersteuner van een huisarts en 44 procent met een verpleegkundig specialist in een ziekenhuis.
10 In totaal hadden personen met chronische aandoeningen in 2010 gemiddeld ongeveer 24 uur contact met artsen of verpleegkundigen. De andere uren van het jaar 2010 moesten zij hun aandoening managen zonder deze professionals.
11 In 2003 en 2010 vond de helft van deze chronische zorg plaats in de eerste lijn en de andere helft in de tweede lijn.
12 Mensen met chronische aandoeningen ervaren voldoende ondersteuning bij medisch zelfmanagement zoals het innemen van medicatie. Zij ervaren te weing steun bij het omgaan met de gevolgen van de aandoening(en) en bij het veranderen van leefstijl.
13 In 2008 besloeg de chronische zorg 47 procent van de kosten van de Zorgverzekeringswet.

Paragraaf 8.3 vergelijkt vier modellen van chronische zorg: a. het chronic-caremodel (CCM) van Wagner, b. het ontwikkelingsmodel ketenzorg (OMK) van Minkman, c. het disease-managementmodel in de Verenigde Staten en Nederland, en d. de Duitse disease-managementprogramma's. De belangrijkste bevindingen zijn:

14 Het CCM-model bevat zes componenten. Het vindt vooral toepassing bij patiënten met hartfalen, diabetes, astma en COPD. Ze kwamen veelal tot stand via doorbraak-

methoden. CCM-patiënten hebben een beter ziekte-inzicht, een betere kwaliteit van zorg, minder spoedeisende hulp en minder verpleegdagen in een ziekenhuis dan patiënten met gebruikelijke zorg. Het toepassen van losse CCM-componenten had geen succes.

15 Het OMK omvat negen elementen. Het onderscheidt vier fases van ontwikkeling van ketenzorg voor mensen met chronische aandoeningen: a. de initiatief- en ontwerpfase, b. de experiment- en uitvoeringsfase, c. de uitbouw- en monitoringsfase, en d. de verduurzamings- en transformatiefase.

16 Aan disease-managementprogramma's (DMP's) in de Verenigde Staten en Nederland zijn maximaal tien kenmerken (zie afbeelding 8.4) te onderscheiden. Ze omvatten in de praktijk vooral patiënteneducatie gevolgd door nascholing van en feedback aan professionals. Preventieve interventies ter voorkoming van de chronische aandoening komen nauwelijks voor.

17 Deze DMP's verlagen het aantal heropnamen van patiënten met hartfalen aanmerkelijk. Bij andere patiëntgroepen komen betere klinische uitkomsten, een betere kwaliteit van leven en een hogere kwaliteit van zorg naar voren. In het algemeen leveren de uitgevoerde studies wisselende resultaten op.

18 De Duitse DMP's werken met positieve financiële prikkels voor zorgverzekeraars, zorgprofessionals en patiënten. Voor personen met diabetes en astma zijn de verbeteringen in overlevingskansen, kwaliteit van zorg en zorgkosten groot en opzienbarend.

In paragraaf 8.4 komt de vraag naar voren wat het beste van de vier zorgmodellen (zie paragraaf 8.3) is voor Nederland. Het antwoord is als volgt.

19 In Nederland bemoeilijken wettelijke kaders, beperkte ICT-toepassingen en privacywetgeving de toepassing van het CCM van Wagner.

20 Het OMK heeft als voordeel boven het CCM de gerichtheid op proces- en uitkomstkwaliteit van chronische zorg. Verder zijn de vier fasen van het OMK realistischer voor Nederland dan de snelle doorbraakmethoden van het CCM.

21 Wat opvalt in de Verenigde Staten en Nederland is dat de meeste DMP's slechts enkele interventies omvatten. Nooit worden alle tien kenmerken van Spreeuwenberg – zie afbeelding 8.4 – tegelijk aangepakt.

22 Wat ontbreekt in alle overzichtsstudies zijn verklaringen voor de variaties in resultaten: waarom hebben sommige CCM's, OMK's en DMP's wel en andere geen effecten op de triple-aimdoelen? De studies bieden wel een overzicht maar geen verklaringen voor de vele variaties. Wat ik mis in alle vier de modellen is aandacht voor professioneel leiderschap en cultuur als verklarende factoren voor wisselende resultaten.

23 Alles overziende, pleit ik ervoor om het CCM in Nederland breed te verspreiden met de fasering van het OMK en vergelijkbare financiële prikkels zoals in de Duitse DMP's. Er ontstaat dan een chronic-caremodel met de zes bekende componenten in combinatie met het cappuccinomodel.

In paragraaf 8.6 passeren acht innovaties de revue die tezamen het chronic-caremodel van Wagner in combinatie met cappuccinofinanciering kunnen realiseren. De voornaamste bevindingen in deze paragraaf zijn:

24 Er vinden in Nederland te veel kleine en kortdurende innovaties in pilots plaats. De Nederlandse chronische zorg lijdt aan pilotitis.

25 Losse programma's om zelfmanagement te stimuleren werken niet. Daarvoor is ge-

lijktijdige realisatie van andere componenten van het CCM nodig. Verder zijn van belang: a. het toepassen van onderwijskundige leertheorieën, b. het aanpassen van de sociale en fysieke omgeving, en c. het toepassen van gesprekstechnieken door zorgprofessionals zoals motivational interviewing en de hoogrisicobenadering. Gelet op al deze vereisten kom ik uit op de systematiek van revalidatieprogramma's zoals beschikbaar voor revalidatie-, hart- en oncologische patiënten.

26 Nieuwe zorgpaden in de chronische zorg zijn vooral nodig bij: a. zeldzame chronische aandoeningen, b. multimorbiditeit, en c. toepassingen van e-health bij het herontwerpen van zorgprocessen.

27 De therapietrouw van artsen en verpleegkundigen neemt toe als zij reminders en feedback, ofwel beslissingsondersteuning, ontvangen via de computer. Het wachten is op een brede verspreiding van deze zorginnovatie.

28 In Nederland werken enkele zorgorganisaties met één informatiesysteem voor het medisch dossier, het verpleegkundig dossier, de medicatie, de opslag van röntgenfoto's en andere beelddragers, het maken van afspraken, beslissingsondersteuning, het berichtenverkeer tussen professionals en met patiënten, de facturering, het personeelsbeleid, het financiële beleid en de managementrapportages. Dergelijke allesomvattende informatiesystemen in de eerste lijn werken voor een aantal kwaliteitsindicatoren significant gunstig op de triple-aimdoelen. Het wachten is op dergelijke informatiesystemen voor de chronische zorg.

29 De zorggroepen van huisartsen voor personen met diabetes en enkele andere chronische aandoeningen borgen de kwaliteit van deze zorg onvoldoende.

30 Om te voorzien in coördinatie van de zorg rond één persoon zonder voldoende regelcapaciteit bestaat de functie van casemanagement. Het ligt voor de hand dat de vanaf 2015 aan te stellen wijkverpleegkundigen dit casemanagement gaan oppakken. Tot nu toe lopen er nog geen innovaties die deze functie op het kruispunt van Zorgverzekeringswet, Wmo en AWBZ uittesten.

Paragraaf 8.6 werkt het cappuccinomodel, als toevoeging aan het chronic-caremodel, uit. De belangrijkste bevindingen zijn:

31 Voor een finaal oordeel over de effecten van de keten-DBC's op de chronische zorg voor mensen met diabetes en andere chronische aandoeningen is het te vroeg. De zorggroepen zijn daarvoor nog te kort bezig.

32 De komst van de zorggroepen leidde de eerste jaren niet tot lagere kosten voor de tweede lijn. Wel werden in die jaren veel aanloopkosten gemaakt.

33 Cappuccinofinanciering moet het chronische-zorgmodel van Wagner ondersteunen. Deze vormt de zevende component ervan. Ik pleit bij de chronische zorg voor: een betaling via het abonnementstarief, een geringe betaling per verrichting en een laag tarief voor zorginnovatie.

34 Tot nu zijn de tarieven voor de keten-DBC's in de chronische zorg gebaseerd op de multidisciplinaire zorgstandaarden. Deze methodiek blijft binnen de cappuccinofinanciering bestaan.

35 Een laag verrichtingentarief van bijvoorbeeld 9 euro zorgt ervoor dat de productie hoge prioriteit houdt en de zorggroep niet vervalt tot het te vaak houden van vergaderingen; het weerhoudt verzekeraars van het stellen van te hoge registratie-eisen.

36 Het innovatietarief, dat enkele procenten bedraagt van de keten-DBC, is gebaseerd op een innovatieve agenda die zorgprofessionals, georganiseerde patiënten en zorg-

1.	Minder groei van het aantal personen met chronische aandoeningen
2.	Minder groei van het beroep op de gezondheidszorg door personen met chronische aandoeningen
3.	Meer opvang van de zorgvraag van personen met chronische aandoeningen door zelfmanagement en in de eerste lijn
4.	Uniforme en hoge kwaliteit van chronische zorg
5.	Een lagere ziektelast voor personen met chronische aandoeningen
6.	Een minder sterke groei van de kosten van chronische zorg

Afbeelding 8.7 Doelen van chronische-zorgbeleid binnen het project Friesland-Voorop

verzekeraars gezamenlijk vaststellen.

37 Het cappuccinomodel maakt het mogelijk om netwerken van chronische-zorgprofessionals te bekostigen, zoals het ParkinsonNet. Soms beslaan die netwerken een regio. Dat is het geval bij de diabeteszorg. Dan weer functioneren die netwerken voor meer dan een regio, zoals wederom het ParkinsonNet. Voor de zorg aan personen met zeer zeldzame aandoeningen zou één landelijke netwerk kunnen volstaan.

38 Het werken met netwerken voor chronische zorg is in lijn met Cristensens bestseller *The Innovator's Prescription*. De auteur benadrukt dat dan centralisatie van kennis mogelijk is en lotgenotencontact tot bloei kan komen.

39 Bij patiënten met multimorbiditeit is het moeilijk om een keten-DBC te maken die gebaseerd is op een zorgstandaard. Want voor die groep is de zorg nauwelijks te standaardiseren. Voor deze groep zou het individuele zorgplan als basis kunnen gelden, op te stellen door wijkverpleegkundigen als casemanagers.

40 Pay-for-performance (P4P), ofwel outputfinanciering, verdient afwijzing op basis van internationale onderzoeksresultaten. Ten eerste leidt dergelijke betaling tot opportunistische registratie en niet tot betere zorg. Ten tweede wordt P4P meestal pas ingevoerd als standaarden reeds bestaan. Dan is de kwaliteit van zorg al hoog en is er met een financiële prikkel niet nog eens extra kwaliteit te bevorderen. Ten derde leidt P4P tot te grote aandacht voor de indicatoren waar de betaling van afhangt. Andere aspecten en patiënten met chronische aandoeningen zonder P4P krijgen dan te weinig aandacht.

CHRONISCHE ZORG EN DE TRIPLE-AIMDOELEN

De belangrijkste veranderingen in de chronische zorg die in dit hoofdstuk naar voren komen, zijn de verspreiding van het chronische-zorgmodel van Wagner, de netwerkvorming rond categorieën van personen met chronische aandoeningen en de invoering van de cappuccinofinanciering. Gaan deze drie leiden tot het realiseren van de triple-aimdoelen betere gezondheid, betere kwaliteit van zorg en gelijkblijvende kosten van chronische zorg? Studies tot nu toe leveren wisselende resultaten op. Op zich moet het mogelijk zijn om de goede resultaten met de Duitse DMP's, met het ParkinsonNet en tal van hartfalen- en COPD-programma's na te doen in andere netwerken. In afbeelding 8.7 staan zes doelstellingen van chronische-zorgbeleid die zijn ontleend aan het project Friesland-Voorop. Het gelijktijdig realiseren van deze doelstellingen zou centraal moeten staan in alle Nederlandse regio's. Wat thans in ons land ontbreekt, is het systematisch verspreiden van goede innovaties en het systematisch verder ontwikkelen daar-

van. Vele partijen in de zorg willen hun eigen wiel, zorgpad, taakverdeling, software en bekostiging uitvinden. Er is, zoals gezegd, sprake van pilotitis in de chronische zorg. Om geslaagde innovaties sneller te verspreiden en mislukte bijtijds te stoppen, zijn inspirerend leiderschap, cocreatie en goede implementatie nodig. De hoofdstukken 16 en 17 gaan hier nader op in. Hier laat ik het bij de vaststelling: de triple-aimdoelen zijn bij chronische zorg haalbaar bij a. introductie van het chronische-zorgmodel van Wagner, b. combinatie daarvan met cappuccinofinanciering, c. inspirerend leiderschap, en d. de juiste, open cultuur van samenwerking.

Ik dank de volgende personen voor hun feedback op dit hoofdstuk: Dinny de Bakker, bijzonder hoogleraar structuur en organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg te Tilburg en hoofd van de gelijknamige onderzoeksafdeling van het NIVEL *te Utrecht, Stannie Driessen, programmaleider advies en implementatie, en lid van het managementteam van Vilans, alsmede Karin Idema, beleidsadviseur van de Hart & Vaatgroep te Den Haag.*

9

DE OUDERDOM KOMT MET BEPERKINGEN

In paragraaf 9.1 komen enkele definities aan bod die binnen de langdurige zorg spelen. In paragraaf 9.2 volgen statistische gegevens over deze zorg. Mantelzorg komt aan bod in paragraaf 9.3. Paragraaf 9.4 gaat over twee aandoeningen die veel onder ouderen optreden: dementie en een doorgemaakte beroerte. In paragraaf 9.5 komen de extramurale ontwikkeling en de Wet langdurige zorg aan de orde. Daarna volgt paragraaf 9.6 met in de loop der jaren ontwikkelde modellen van ouderenzorg. De drie hiernavolgende paragrafen behandelen wenselijke productinnovaties (paragraaf 9.7), procesinnovaties (paragraaf 9.8) en systeeminnovaties (paragraaf 9.9). Slotparagraaf 9.10 zet alle bevindingen op een rij en beantwoordt de vraag in hoeverre de triple-aimdoelen – een betere gezondheid voor ouderen, een hogere kwaliteit van zorg, gelijkblijvende kosten – zijn te realiseren.

In dit hoofdstuk komt vooral de ouderenzorg aan de orde. Veel van de bevindingen gaan ongetwijfeld ook op voor de gehandicaptenzorg waarin ik minder thuis ben. De zorg voor mensen met chronische psychiatrische aandoeningen komt in hoofdstuk 11 aan bod. Het medicatiegebruik van ouderen – aanleiding tot opnamen vanwege verkeerd gebruik – blijft hier buiten beschouwing. Dit vraagstuk komt aan de orde in hoofdstuk 13 over farmaceutische zorg.

9.1 DEFINITIES DIE BINNEN DE LANGDURIGE ZORG VAAK VOORKOMEN

Mevrouw A is 96 jaar en zwaar dement. Twee jaar eerder woonde ze nog zelfstandig. Toen viel ze ineens om. Letterlijk. Chirurgen zetten haar gebroken heup vast. Na de operatie kreeg ze een delier. Ze had grote angst. Vooral in de stoellift waarmee ze van bed in haar rolstoel werd getakeld. Haar gekrijs was over de hele verpleeghuisafdeling te horen. De familie wilde bijbetalen aan de afdeling voor meer activiteiten in de middaguren. Want dan was er niets. En de bewoners mochten 's middags niet gaan slapen. Anders hadden ze 's nachts geen slaap en gingen ze spoken. Bijbetalen kon niet vond de verpleeghuisleiding.

Zoon B bezoekt haar regelmatig en doet klusjes. Hij woont ver weg en rijdt 130 kilometer heen en even zoveel kilometers terug. Maar hij wordt vermoeider van de emoties dan van het autorijden. Mevrouw A weet de voornaam van haar zoon niet meer. Als hij met zijn vrouw langskomt, roept zij: 'Jij bent er een van mij!'. En: 'Wat heeft die mevrouw een bekend gezicht!' Mevrouw A geniet van hun komst, van het rondje in de rolstoel rond het verpleeghuis en van het ijsje uit het winkeltje. Op zondagen zijn er vele vrijwilligers in touw in het verpleeghuis: zij duwen bewoners in rolstoelen naar de kapel en delen na de dienst koffie en cake uit.

Een paar maanden later is mevrouw A door een val nog maar enkele uren per dag bij

bewustzijn. Ze ligt op een slimme matras. Die seint elke onverwachte beweging door naar de zusterspost. Op een scherm verschijnt dan een alarmsignaal. Binnenkort zal ze overlijden. Zo maar in een diepe slaap. Zonder familie erbij.

Deze waar gebeurde casus biedt de mogelijkheid enkele begripsomschrijvingen te introduceren die in de langdurige zorg en ook in dit hoofdstuk aan de orde zijn. Toen mevrouw A nog zelfstandig woonde met een hoog valrisico, hoorde zij tot de groep kwetsbare ouderen (Engels: *frail elderly*). In navolging van het Sociaal en Cultureel Planbureau[1] omschrijf ik kwetsbaarheid als een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden). Functiebeperkingen zijn moeilijkheden die iemand ondervindt bij het uitvoeren van activiteiten.[2] De term kwetsbaarheid is relatief nieuw en onderwerp van debat in Amerikaanse vakbladen.[3] Deze definieert een groep ouderen die nog niet veel zorg vraagt als risicogroep. Een onderzoeksgroep van het AMC constateert in een steekproefonderzoek dat Nederlandse kwetsbare ouderen voldoende medische en te weinig psychosociale hulp ontvangen.[4] Een Utrechtse onderzoeksgroep geeft aan dat bij deze groep ouderen vele hulpverleners over de vloer komen. Cliënt en mantelzorg hebben geen grip op tijden en omvang van de zorg.[5] De term kwetsbare oudere daagt uit tot selectieve preventie: zijn er interventies denkbaar (consultatiebureaus voor ouderen?[6] respijtzorg?[7] valpoliklinieken?[8] delierpreventie?[9]) die de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten verkleinen? In een recent rapport tracht het Sociaal en Cultureel Planbureau het debat hierover op gang te brengen.[10]

Door haar val en het daaropvolgend delier wordt mevrouw A gebruiker van langdurige zorg. Dat is niet hetzelfde als chronische zorg. In hoofdstuk 8 kwam dat al aan de orde: ongeveer een derde van de mensen met een chronische aandoening heeft behoefte aan langdurige zorg. Dat is zorg bij de uitvoering van activiteiten van het dagelijkse leven (ADL-activiteiten, Engels: ADL-*activities*) die lange tijd doorloopt. Mevrouw A ontvangt de zorg van een VVT-instelling, waarbij die afkorting staat voor verpleeghuis, verzorgingshuis en thuiszorgorganisatie. Dit verzamelbegrip kwam tot stand doordat de drie typen zorgaanbieders dankzij de gemeenschappelijke indicatiestelling steeds meer op elkaar gingen lijken.

Een ander begrip komt via de casus naar voren: zoon B is mantelzorger. Mensen bieden die elkaar aan zonder daartoe verplicht te zijn en zonder daarvoor een tegenprestatie te vragen. Zij hebben al een langdurige relatie. Als die zorg de gebruikelijke zorg te boven gaat, heet dit mantelzorg. Als een vader een zoon van 3 jaar aankleedt, is dat gebruikelijke zorg en geen mantelzorg. Indien die zoon 33 jaar oud is, is dat niet gebruikelijk en wel mantelzorg. De Utrechtse hoogleraar Hattinga Verschure heeft in 1972 deze term[11] geïntroduceerd.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft in 2005 het begrip mantelzorg ingeperkt tot bovengebruikelijke zorg. Onderzoeker Kraijo[12] onderscheidt op basis van een kwalitatief onderzoek (volgens Q-methodology) vijf typen mantelzorgers: de eerste groep kan de mantelzorgtaken fysiek en emotioneel goed aan. De tweede groep kan de taken redelijk aan, maar heeft behoefte aan ondersteuning en de verzekering dat het ook in de toekomst goed zal gaan. Groep drie ervaart een zware en fysieke belasting. De vierde groep ervaart dat buren en familie niet begrijpen hoe zwaar zij het hebben. Deze mantelzorgers krijgen maar weinig ondersteuning van familie of buren. De vijfde groep is uitgeput en nauwelijks nog in staat de mantelzorgtaken uit te voeren.

In de casus komt ook vrijwilligerswerk voor: zorg die wordt uitgevoerd in georganiseerd verband in tegenstelling tot mantelzorg. Een voorbeeld is het inzetten van vrijwilligers op geriatrische afdelingen ter preventie van delier, zoals aangegeven op de website www.help-delierpreventie.nl. Vrijwilligerswerk is een vrije keuze van de aanbieder. Dat is niet het geval voor de mantelzorger. Van de Nederlandse bevolking deed 45 procent in 2010 vrijwilligerswerk. 8 procent doet dat in de zorgsector, vooral in de gehandicapten- en ouderenzorg. De andere vrijwilligers werken in kerkelijk, cultureel of sportverband.[13] Ten slotte komt in de casus een voorbeeld van slimme zorgtechnologie ofwel domoticazorg (Engels: *telecare*) aan de orde: een matras die beweegsignalen doorgeeft aan professionals.

9.2 DE 65-PLUSSER LEEFT NOG ZO'N TWINTIG JAAR IN (ON) GEZONDHEID

Op 65-jarige leeftijd hebben Nederlandse mannen nog een levensverwachting van 18,0 jaar (afbeelding 9.1). Voor vrouwen is dat 21,2 jaar (gegevens voor 2010). Gemiddeld is dat nog zo'n twintig jaar. Gedurende die jaren zijn er maar weinig mensen zonder chronische aandoeningen.[14]

Van de Nederlandse bevolking heeft 14,8 procent één of meer functionele beperkingen zoals gedefinieerd in de vorige paragraaf. Dit percentage stijgt bij het vorderen van de leeftijd: 65- tot 75-jarigen: 20,2 procent, 75- tot 85-jarigen: 38,2 procent en 85-plussers: 66,0 procent. Al deze gegevens zijn afkomstig uit de Gezondheidsmonitor 2012 van het CBS[15] en uit de elektronische database www.statline.cbs.nl. Een Wageningse onderzoeksgroep voegt hieraan toe dat mensen met beperkingen aanmerkelijk eenzamer zijn dan mensen zonder beperkingen.[16] Klijs[17] geeft in zijn proefschrift aan dat beperkingen vooral voorkomen bij ouderen met een lage opleiding.

De slechte mondgezondheid van ouderen is een groeiend probleem, niet alleen voor het gebit en de kauwfunctie, maar ook voor het lichaamsgewicht, de spraak, de eetlust, de spijsvertering, pijnervaringen, de uiterlijke verschijning en het sociaal functioneren.[18] Er komen meer en meer ouderen met een (in slechte staat verkerend) eigen gebit. Dit is in tegenstelling met vroeger toen veel meer ouderen een kunstgebit hadden.[19]

Ouderen in Nederland gingen er de afgelopen jaren financieel op vooruit. Ik noem enkele getallen ter onderbouwing. Het gemiddeld inkomen (pensioen) van de groep

	man	vrouw
Levensverwachting bij 65 jaar	18,0	21,2
Waarvan in goede geestelijke gezondheid	16,2	17,7
Waarvan zonder lichamelijke beperkingen	13,1	12,9
Waarvan jaren met ervaren goede gezondheid	11,3	11,1
Waarvan zonder chronische aandoeningen	4,9	4,1

Afbeelding 9.1. levensverwachting in jaren in 2010 op de leeftijd van 65 jaar
Bron: Bonneux e.a., 'Gezonde en actieve levensverwachting', in: N. van Nimwegen & C. van Praag (red.), *Bevolkingvraagstukken in Nederland Anno 2012. Actief ouder worden in Nederland*, KNAW, Amsterdam, 2012.

65- tot 70-jarigen bedroeg 26.300 euro in 2012 (in 2000: 16.200 euro) en voor 85-plussers 31.300 euro (2000: 14.400 euro). Het gemiddeld eigen vermogen van de eerstgenoemde groep bedroeg 288.000 euro. Voor 75-plussers bedroeg dat in 2011 213.000 euro (1993: 76.000 euro). Ik trek uit deze gegevens de conclusie dat ouderen anno 2011 gemiddeld niet arm zijn maar rijk. Wel waarschuw ik voor het gebruik van alleen gemiddelden. Er bestaat een groep met een laag inkomen zonder eigen vermogen. Het verdient daarom aanbeveling ouderenbeleid zowel te richten op deze laatste groep als op modale ouderen met een goed inkomen en vermogen.

Uit een groot vragenlijstonderzoek onder mensen tussen 57 en 77 jaar van het NIVEL komen vier profielen van ouderen naar voren.[20] De proactieve ouderen (46 procent) vinden het belangrijk om over hun eigen leven te beslissen en zelf te bepalen wanneer ze zorg en ondersteuning nodig hebben. De zorgwensende ouderen (28 procent) hebben het gevoel dat zij zelf kunnen beslissen over hun leven, maar zij vinden zelfredzaamheid niet erg belangrijk. De afwachtende ouderen (10 procent) hebben het gevoel niet zelf te kunnen bepalen hoe hun leven eruitziet; het leven overkomt hen. De machteloze ouderen (16 procent) hebben ook het idee dat het leven hen overkomt. Zelf beslissingen nemen over de invulling van hun eigen leven lukt vaak niet. Zij wonen vaak alleen, hebben weinig geld, zijn laagopgeleid en hebben een lage kwaliteit van leven.

De Monitor Langdurige Zorg[21], die sinds 2013 bestaat, bevat een schat aan actuele gegevens over indicatiestelling, gebruik en kosten van de AWBZ. Een greep eruit: eind 2012 hadden 354.230 personen een AWBZ-indicatie voor zorg met verblijf en 439.150 zonder verblijf. De indicaties met verblijf groeiden sinds 2009 met 17 procent. Van de genoemde 354.230 personen had 32 procent recht op verblijf in een somatisch verpleeghuis, 32 procent in een psychogeriatrisch verpleeghuis, 13 procent in een psychiatrische voorziening en 32 procent in een instelling voor gehandicaptenzorg. In 2013 ging 24,2 miljard euro om in de AWBZ, waarvan 18,2 voor zorg met verblijf en de rest zonder.

Wat ontvangt een thuiswonende cliënt in 2012 aan uren zorg per week op kosten van de AWBZ of de Wmo? Dit zijn de getallen die uit de genoemde monitor zijn te berekenen; huishoudelijke verzorging: 3 uur en 2 minuten, persoonlijke verzorging 2 uur en 22 minuten, en verpleging 39 minuten. Het gemiddelde voor deze drie vormen van zorg bedraagt 2 uur en 8 minuten.

	2001	2008
Totaal	3.700	3.500
Meer dan 8 uur per week	1.050	1.400
Meer dan 3 maanden	2.050	2.300
Meer dan 8 uur per week en/of meer dan 3 maanden	2.400	2.600
Meer dan 8 uur per week en meer dan 3 maanden	750	1.100

Afbeelding 9.2. Aantal mantelzorgers van 18 jaar en ouder in Nederland naar duur en intensiteit in 2001 en 2008 (x 1.000)
Bron: A. de Boer en M. de Klerk, *Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2013.

9.3 VEEL MEER MANTELZORG DAN PROFESSIONELE ZORG

Van de bevolking boven de negentien jaar geeft 12,1 procent mantelzorg (mannen: 9,3 procent en vrouwen 14,8 procent). Een mantelzorger doet dat gemiddeld 11 uur per week per cliënt. Dat is meer dan vijfmaal zoveel als de zojuist genoemde 2 uur en 8 minuten. 1 op de 7 mantelzorgers is zwaar belast.[22] In 2001 bedraagt het aantal mantelzorgers 3,7 miljoen (afbeelding 9.2). Dat daalt naar 3,5 miljoen in 2008. Over de hele linie worden zij zwaarder belast, zo blijkt uit afbeelding 9.2.

In 2011 dienden minder mensen een Wmo-aanvraag in dan in 2008 (naar schatting respectievelijk 390.000 en 496.000 aanvragers. Wellicht leidden minder aanmeldingen bij het Wmo-loket tot een aanvraag omdat meer gemeenten 'gekanteld' zijn gaan werken. Een gekantelde werkwijze betekent onder meer dat mensen vaker, voordat ze een formele aanvraag indienen, worden gewezen op de mogelijke inzet van het eigen netwerk en dat zij eerder worden doorverwezen naar algemene voorzieningen zoals buurthuizen. Mogelijk loopt het aantal mensen dat zich meldt bij een Wmo-loket ook terug omdat mensen zelf inschatten dat zij minder kans maken op ondersteuning die door de gemeente wordt vergoed.[23]

9.4 MENSEN MET DEMENTIE EN CVA ZIJN GROOTGEBRUIKERS VAN LANGDURIGE ZORG

Ik licht twee populaties eruit die tezamen een groot beroep doen op langdurige zorg: de mensen met dementie en met een doorgemaakte beroerte ofwel een cerebrovasculair accident (CVA). Alzheimer Nederland schat het aantal mensen met dementie in Nederland op 256.000 (2013).[24] Ongeveer een derde van hen verblijft in een verzorgings- of verpleeghuis. Van de personen met dementie zijn 12.000 dat al voordat ze 65 jaar zijn. Door de vergrijzing van de bevolking en de stijgende levensverwachting is de prognose dat het aantal dementerenden oploopt tot ruim 500.000 in 2040. De kans dat iemand in zijn leven dementie krijgt, is 20 procent. Het aantal van 500.000 is evenwel omstreden omdat een gezondere leefstijl en de komst van nieuwe geneesmiddelen wellicht de incidentie gaan terugdringen, aldus Alzheimer Nederland op haar website. Een onderzoeksgroep uit Cambridge geeft aan dat de incidentie van dementerenden per 1.000 65-plussers daalt: wie later is geboren, heeft minder kans om dement te worden dan wie eerder is geboren.[25] Onduidelijk is hoe dat komt. Een Amerikaanse onderzoeksgroep geeft aan dat een daling van 10 procent in de prevalentie van diabetes, hypertensie, hart- en vaatziekten en overgewicht het risico op dementie verlaagt, het ontstaansmoment uitstelt, de duur van het dement zijn verkort en de zorgkosten aanzienlijk verlaagt.[26] Onderzoekers Hurd en collega's berekenden dat dementie de Amerikaanse samenleving evenveel geld kost als hart- en vaatziekten en kanker.[27]

Op 1 januari 2007 waren er naar schatting 191.000 mensen met een doorgemaakte beroerte (CVA).[28] Dat is 11,9 per 1.000 mannen en 11,5 per 1.000 vrouwen. In dat jaar kwamen er ongeveer 35.600 nieuwe patiënten met een beroerte bij (incidentie). Dit brengt het totaal aantal mensen met een doorgemaakte beroerte op 226.600 (jaarprevalentie in 2007). Het aantal personen met een doorgemaakte beroerte in een verpleeghuis werd voor hetzelfde jaar geschat op 11.300. In 2010 hebben er in Nederland 42.628 ziekenhuisopnamen vanwege een beroerte plaatsgevonden. In de periode 1990-2007 is de jaarprevalentie van beroerte toegenomen, maar de incidentie lijkt licht te dalen. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen, aldus nog steeds het Nationaal Kompas Volksgezondheid, is de verwachting dat het absolute aantal personen met een doorge-

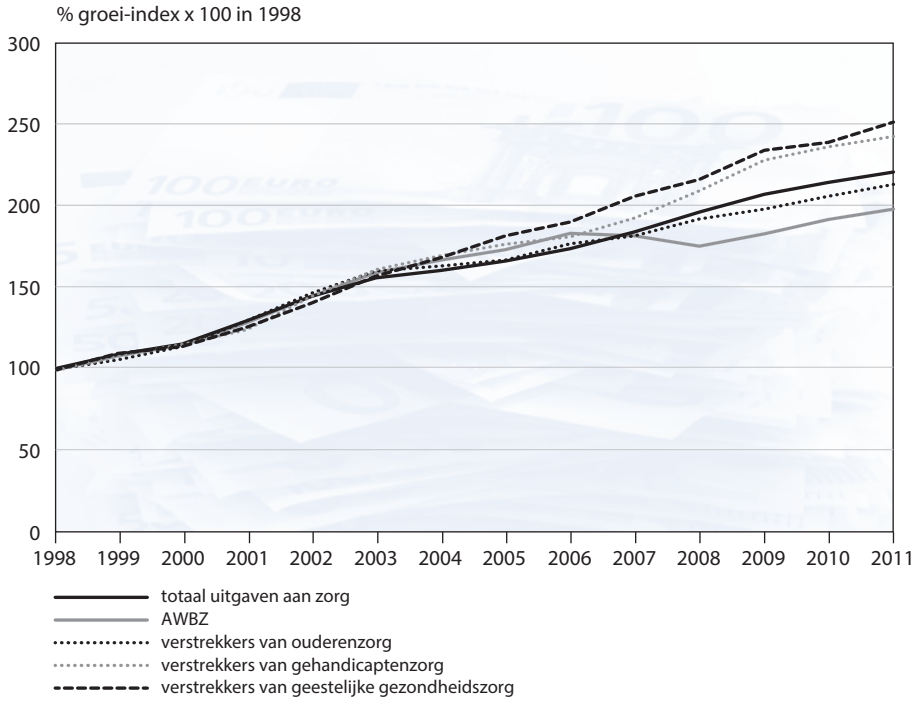
maakte beroerte tussen 2010 en 2025 met 40 procent zal stijgen. Veranderingen op bevolkingsniveau in rookgedrag en overgewicht (diabetes mellitus type 2) gaan de trends in incidentie van en sterfte aan beroerte beïnvloeden. Mogelijk verbetert de behandeling van beroerte in de acute fase en verbetert de secundaire preventie. Wat het nettoeffect van trends in risicofactoren en behandeling zal zijn op het aantal patiënten met beroerte, is echter moeilijk aan te geven.

9.5 DE WET LANGDURIGE ZORG IS HET SLUITSTUK VAN DE EXTRAMURALISERING

Op 1 januari 1995 woonden 156.482 personen in een verzorgings- of verpleeghuis. Dat is 7,7 per 100 65-plussers. In 2013 waren dit 118.471 bewoners en 4,2 per 100 65-plussers. Deze reductie van het aantal plaatsen geeft aan dat de thans zo gewenste extramuralisering van de ouderenzorg al sinds 1995 aan de gang is. De komst van de Wet langdurige zorg is dan ook meer een sluitstuk van een ontwikkeling dan een trendbreuk zoals de regering aangeeft in de memorie van toelichting op deze wet. In 2015 gaat de Wet langdurige zorg (Wlz) de AWBZ vervangen. Het doel van het betreffende wetsvoorstel is dat ouderen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking en mensen met blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen passende zorg krijgen met aandacht voor het individuele welzijn. Wie blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, komt in aanmerking voor deze wet. De regering beoogt drie verbeteringen te realiseren: verbeteren van zorg, versterken van betrokkenheid van de burger (samen zorgen) en financieel houdbare zorg. Zij spreekt van een cultuurbreuk met het verleden. De verbetering van de zorg moet tot stand komen door het in deze wet verankeren van het individuele zorgplan (dit heet in het wetsvoorstel zorgleefplan), dat later in dit hoofdstuk aan bod komt. Verder kunnen patiënten aanspraak maken op een 'volledige pakket thuis' of een 'persoonsgebonden budget'. Ook deze zijn in de wet als zorgvorm opgenomen. Er wordt niet meer geïndiceerd met zorgzwaartepakketten, maar de bekostiging van zorgaanbieders blijft wel gebeuren op basis daarvan. In de eerste jaren vindt regionale uitvoering plaats via zorgkantoren. Aanspraken op de Wlz (een wet) gaan voor op aanspraken op de Wmo (deze aanspraken zijn per algemene maatregel van bestuur en per gemeentelijke verordening geregeld). Het wetsvoorstel[29] en de memorie van toelichting[30] erop zijn in heldere woorden geschreven en makkelijk te vinden op het internet. Bij het afsluiten van dit boek (juli 2014) was onzeker of de Tweede en Eerste Kamer het voorstel op tijd aannemen zodat de Wet langdurige zorg per 1 januari 2015 kan ingaan.

MEER DAN ELDERS IN EUROPA WORDT OUDERENZORG COLLECTIEF BETAALD

In 2011 bedroegen de kosten van de AWBZ 25,1 miljard euro ofwel 28 procent van het totaal van de kosten van de gezondheidszorg. De kosten stijgen minder snel dan de kosten van de totale gezondheidszorg, zoals afbeelding 9.3 laat zien. In deze grafiek staan ook de kostengroei voor de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg vermeld. Deze betreffen zowel de uitgaven voor de AWBZ als andere wetten zoals de Wmo en de vroegere Wet voorzieningen gehandicapten. De gehandicaptenzorg is het sterkste gegroeid.



Afbeelding 9.3. Groei van uitgaven in de zorg 1998-2011 (in lopende prijzen)
Bron: Statline.cbs.nl, geraadpleegd op 15 september 2013.

COLLECTIEVE UITGAVEN IN NEDERLAND ZIJN HOOG

De collectieve uitgaven voor ouderenzorg bedroegen in 2007 in Nederland 2,1 procent van het bruto binnenlands product.[31] Dat is meer dan in Duitsland (0,66 procent), het Verenigd Koninkrijk (0,72 procent), Denemarken (1,6 procent), België (1,26 procent) en Frankrijk (1,24 procent). Ze zijn lager dan in Zweden (2,9 procent).
De kans dat een 65-plusser in een instelling woont, is in Nederland 1,75 maal zo groot als in Duitsland, 1,7 keer zo groot als in Engeland en 2 maal zo groot als in de Verenigde Staten. Internationaal gezien zijn de eigen bijdragen in Nederland laag. In Duitsland en België zijn ze gemiddeld bijna 2 maal zo hoog. Verder geldt in Frankrijk dat bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zelf hun huisvesting en maaltijden betalen.[32] Engeland kent een strenge inkomens- en vermogenstoets.[33] In een studie gepubliceerd in 2014 bevestigt het Sociaal en Cultureel Planbureau bovenstaande feiten van hoge collectieve uitgaven en lage eigen bijdragen voor ouderenzorg.[34]

MENSEN WILLEN NIET NAAR EEN VERPLEEGHUIS

Ik beëindig deze paragraaf vol beschrijvende statistiek met enkele getallen over de beeldvorming onder de bevolking over verpleeghuizen.[35] Twee op de drie Nederlanders moeten er niet aan denken in een verpleeghuis terecht te komen. De helft (49 procent) is bereid om extra te betalen boven de gebruikelijke eigen bijdragen. Vooral jongeren (69 procent) en mensen met een hoog inkomen (76 procent) zijn daartoe bereid. De ANBO, de belangenorganisatie van ouderen, constateert eveneens op basis van een en-

quête dat 90 procent van de Nederlanders zo lang mogelijk thuis wil blijven wonen. Zelfs bij een zware zorgvraag wil bijna 64 procent van de ondervraagden niet naar een zorginstelling. Bijna 60 procent van hen wil pas voorbereidingen treffen om thuis te blijven tot hoge leeftijd vanaf het moment dat zij die hulp of zorg nodig hebben. Bijna 80 procent praat er niet eerder over, aldus de ANBO-website www.anbo.nl die ik op 11 september 2013 raadpleegde. Ik trek hieruit de conclusie dat de Nederlandse bevolking niet anticipeert op gebreken door bijvoorbeeld dementie of een beroerte door te sparen, bijtijds te verhuizen en vrienden te blijven maken.

9.6 ENKELE THEORETISCHE MODELLEN VOOR LANGDURIGE ZORG

In de vorige paragrafen kwamen begrippen en getallen over langdurige zorg aan de orde. In deze paragraaf komen enkele theoretische modellen aan bod die binnen deze zorg voorkomen. Kennis hierover is nodig om de rest van het hoofdstuk dat over innovaties gaat te kunnen volgen. Aan bod komen nu achtereenvolgens: het persoonsgebonden budget (PGB), het AWBZ-filter met de ICF-taal en het Maria-Marthadilemma, het zorgplan met prijslijst en omslagpunt, de vraag wat een goed leven is en drie economische afwegingskaders rond mantelzorg. Er is sprake van een min of meer chronologische volgorde in de presentatie van deze modellen: het PGB kwam op in de jaren tachtig en het economische model van mantelzorg in 2013.

HET PGB: VERGUISD EN GEPREZEN

In de jaren tachtig van de vorige eeuw vonden Californische studenten het persoonsgebonden budget uit. Het is een budget voor mensen met beperkingen om zorg en hulpmiddelen in te kopen.

Bestuur en medewerkers van de PGB-gebruikersvereniging Per Saldo (www.pgb.nl) gingen kort na de uitvinding in de Verenigde Staten het persoonsgebonden budget promoten in Nederland. Tal van publicaties, waaronder mijn eigen oratie in 1987,[36] gaven in die jaren wetenschappelijke steun aan het PGB. Staatssecretaris Erika Terpstra (1994-1998) werd de grote politieke pleitbezorger ervan. Haar opvolgers gedoogden wat Terpstra had bereikt (het PGB voor huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging), maar breidden het niet uit naar alle AWBZ-verstrekkingen. Zij deden dit niet ondanks pleidooien hiervoor van wetenschappelijke en professionele zijde. Het PGB bleef gehandhaafd binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het kabinet-Rutte 1 schafte in 2011 het PGB grotendeels af. Het kwam in 2013 onder Rutte 2 weer enigszins terug.

In Nederland moeten PGB-gebruikers verantwoording afleggen over de bestede middelen. Zij zijn werkgever. Dit leidde ertoe dat Per Saldo, de Sociale Verzekeringsbank en tal van kleine bedrijfjes de vele administratieve taken gingen overnemen. Daardoor vormde het PGB nauwelijks een stimulans om mantelzorg te versterken.

Er bestaan in Nederland persoonsgebonden budgetten waarvan de overheid de besteding niet controleert. De kinderbijslag is een voorbeeld: ouders leggen over de besteding daarvan geen verantwoording af. Het tweede voorbeeld is de studiefinanciering (Stufi). Studenten leggen geen verantwoording af over de besteding ervan. Wel moeten zij regelmatig aantonen dat zij tentamens halen. Schiet de studie onvoldoende op, dan wordt de Stufi ingetrokken.

In Duitsland functioneert de Pflegeversicherung.[37] Deze verzekering is vergelijkbaar met de AWBZ. Deze wet werkt ook met een onafhankelijke indicatiestelling, uitgevoerd door de gezamenlijke verzekeringsartsen. Is de indicatie eenmaal gesteld, dan krijgt de

Duitser met gebreken twee opties aangeboden: levering in natura versus persoonsgebonden budget. Het Duitse PGB bedraagt 50 procent van de kosten van het zorgaanbod in natura. De gedachte is dat bij een PGB de overheadkosten wegvallen, die wel bij levering in natura nodig zijn. Die vormen ongeveer de helft van de kosten van zorg in natura.[38] Ontvangt een cliënt een PGB, dan is geen verantwoording verschuldigd over de besteding ervan. Wel over het resultaat.

Instanties trekken het PGB in als de cliënt en diens familie niet in staat zijn zelf de zorg te organiseren en de cliënt verloedert. In de praktijk blijkt dat 70 procent van de Duitsers kiest voor een PGB en 30 procent voor zorg in natura.[39] Deze percentages zijn al jaren stabiel. De Duitse regering gebruikt haar PGB-optie als onderdeel van een breder familiebeleid en tracht bewust mantelzorg te stimuleren met deze optie. En dat lukt.

Een tussenvorm van PGB en verstrekkingen in natura vormen de trekkingsrechten op de Sociale Verzekeringsbank (SVB).[40] Hierbij ontvangt een PGB-gebruiker het recht om bijvoorbeeld in een specifiek jaar 200 uur huishoudelijke hulp in te kopen (circa vier uur per week). Via een melding op de SVB-website geeft de gebruiker aan bij welke zorgaanbieder of zelfstandige zonder personeel (zzp'er) hij die zorg wil inkopen en hoeveel uur per specifieke week. De SVB regelt de betaling van de zorgaanbieder. De PGB-gebruiker heeft niet met contant geld te maken. Wel kan de gebruiker eventueel bijstorten voor extra trekkingsrechten. Als PGB-gebruikers in dit voorbeeld geen 200 uur maar 600 uur willen inkopen, doen zij een storting uit eigen middelen voor die extra uren.

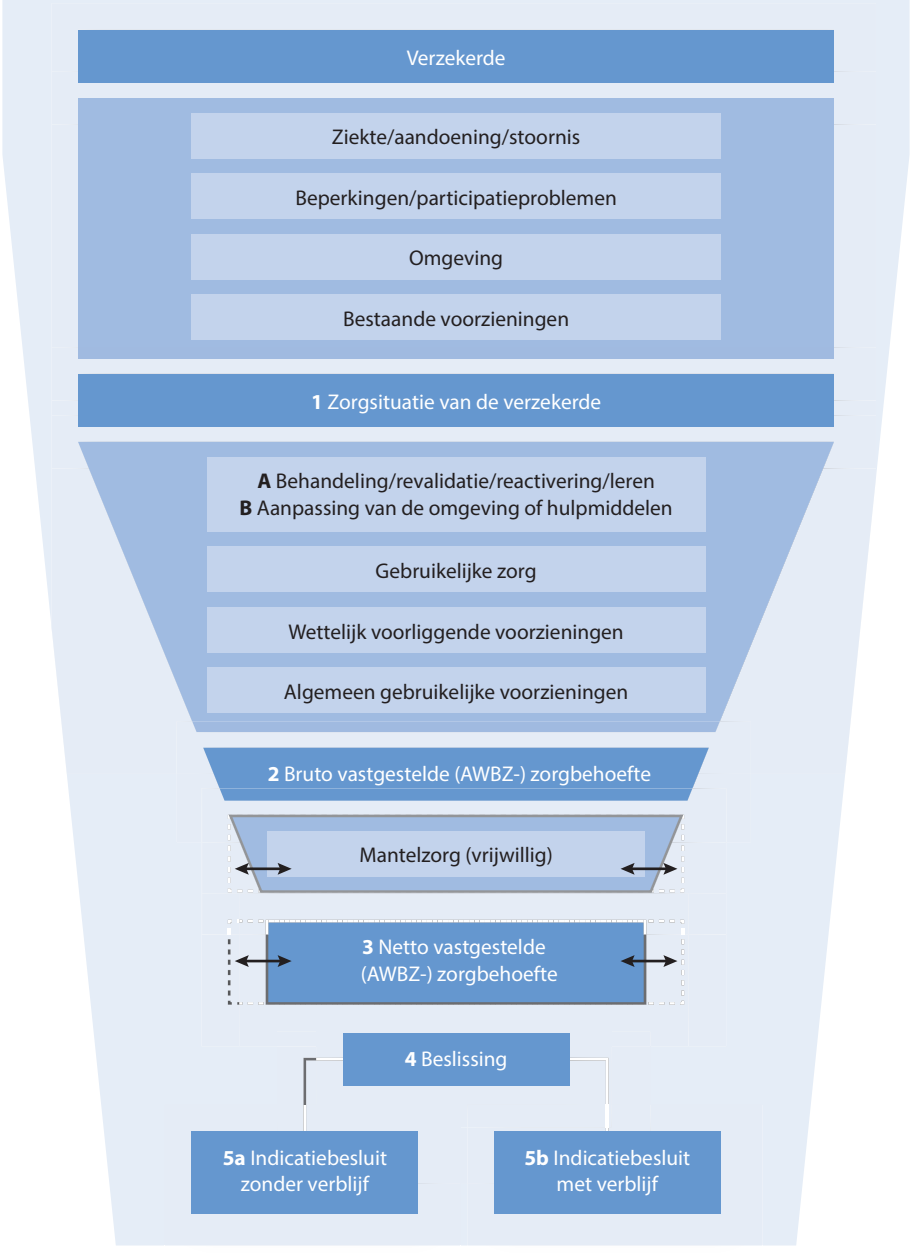
Tot zover het denken over PGB's in Nederland. Paragraaf 9.6 over systeeminnovaties komt terug op de Duitse versie van het PGB en op de trekkingsrechten.

HET AWBZ-FILTER MET DE ICF-TAAL EN HET MARIA-MARTHADILEMMA

Begin jaren negentig kwam de gedachte op om één toegang te creëren voor thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Dat gebeurde voor het eerst formeel in 1994, en wel door het rapport Welschen.[41] Nog weer later kwam daar ook de gehandicaptenzorg bij. Per 1 januari 1998 was deze ene toegang gerealiseerd: de Regionale Indicatie Organen (RIO's) gingen van start. Zij fuseerden later tot één orgaan: het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Door de RIO's verdwenen honderden indicatiecommissies. Immers elke zorgaanbieder had voorheen een eigen toegangsregeling. De RIO's en later het CIZ waren een kind van de patiëntenorganisaties en de Tweede Kamer, niet van de professionals en de zorgverzekeraars.[42] Regelmatig stond het voortbestaan van de RIO's en het CIZ ter discussie binnen en buiten het parlement vanwege de inperkingen die zorgprofessionals ervoeren. Na de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gingen veel gemeenten over tot eigen vormen van indicatiestelling. Daarbij legden zij veel nadruk op de eigen kracht van de burger. In paragraaf 6.6 kwam deze reeds aan de orde. Ook gingen Wmo-consulenten over op open gesprekken met cliënten zonder het nog te bespreken filter te gebruiken zoals bij de AWBZ. Deze aanpak staat bekend onder de begrippen keukentafelgesprekken en de kanteling.[43] Mede hierdoor daalde de instroom in de Wmo sinds 2008 (zie ook vorige paragraaf).

Door de totstandkoming van de RIO's en het CIZ werd de indicatiestelling voor de AWBZ professioneler. Het resultaat anno 2013 is het AWBZ-filter (zie afbeelding 9.4).

In het AWBZ-filter zijn vijf stappen te onderscheiden.[44] De eerste stap bestaat uit een foto van de bestaande zorgsituatie van de aanvrager. Stappen twee en drie betreffen de vaststelling van de bruto- respectievelijk nettozorgbehoefte van de aanvrager. In stap vier neemt het CIZ de beslissing. Indien het indicatiebesluit geen verblijf omvat (stap 5a), volgt



Afbeelding 9.4. Het filter voor toegang tot de AWBZ
Bron: CIZ-indicatiewijzer, toelichting op de beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2013, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS, versie 6.0, januari 2013.

de keuze tussen persoonsgebonden budget of verstrekking in natura. Is dat wel het geval (stap 5b), dan wordt de cliënt ingedeeld in een van de zorgzwaartepakketten (ZZP-en).

Sinds 1 januari 2003 formuleren de RIO's en later het CIZ de zorgbehoeften in termen van de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps.[45] Deze ICF-taal maakt het mogelijk beperkingen aan te duiden zonder aan te geven door welk type professional of instelling de zorg moet worden geboden. Op basis van deze taal gebruikt het CIZ thans een indeling naar zes zorgbehoeften waarvoor de AWBZ in te schakelen is: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling, verblijf en kortdurend verblijf.

De invoering van deze taal op 1 april 2005 was een grote innovatie. Deze leverde wel problemen op in het veld dat deze taal niet kende en men moest vertalers aanstellen om de indicaties om te zetten in jargon van wijkverpleegkundigen, managers verzorgingshuizen en verpleeghuisleidingen.

Ook het digitaal doorsturen van dossiers vanuit de CIZ-kantoren naar zorgaanbieders kwam mede daardoor niet op gang.

Anno 2013 zijn de zzp-en in ICF-taal ingeburgerd. Instellingen noemen zichzelf bijvoorbeeld een ZZP-7-instelling. Regering en parlement hanteren de ZZP-en in bezuinigingsoperaties. Zo zijn ZZP-1 en ZZP-2 inmiddels afgeschaft. CIZ en haar begeleidende wetenschappers – ik was jaren één van hen – onderkennen twee bezwaren aan het AWBZ-filter. De nadruk bij de foto (stap 1) ligt op het inventariseren van lichamelijke beperkingen. Gedragsproblemen en sociale problemen wegen minder zwaar. Zo weegt bij een cliënt met een doorgemaakt CVA zwaar dat de mobiliteit beperkt is. Dat de cliënt emotioneel en cognitief ook veranderd is, leidt volgens de systematiek van het AWBZ-filter niet of nauwelijks tot een extra zorgbehoefte.

Het tweede bezwaar betreft het Maria-Marthadilemma. In de Bijbelparabel bieden de twee zussen Maria en Martha logies aan Onze Lieve Heer die in de gedaante van een eenzame reiziger is gehuld. Martha gaat onmiddellijk de voeten wassen van de reiziger. Bij haar krijgen de fysieke behoeften de grootste aandacht. Maria daarentegen wil de reiziger zijn verhaal laten vertellen: die kan dan – zoals dat heet in navolging van de Bijbel – op verhaal komen. Voor haar zijn de sociale behoeften – aandacht, betekenis en liefde – belangrijker. Nederland vindt de fysieke behoeften belangrijker dan de sociale. De behoeften worden met een bandbreedte vertaald in aantal minuten zorg of behandeling en niet in aantallen minuten aandacht of communicatie. In Zweden kan het indicatiestellingsbesluit inhouden dat een persoon met beperkingen een persoonlijk assistent mag aanstellen om te poetsen of te praten. De assistent doet het goed in Zweden. Per Saldo en ook ik bepleiten de invoering hiervan in Nederland. Het zou zo maar kunnen zijn – ik heb geen hard empirisch bewijs kunnen vinden – dat persoonlijke aandacht leidt tot minder behoefte aan die minutenzorg.

HET ZORGPLAN MET PRIJSLIJST EN BUSINESSCASE

Het AWBZ-filter (afbeelding 9.4) leidt tot vaststelling van zorgbehoeften van de cliënt, de inzet van beschikbare mantelzorg en de inzet van zorg betaald uit de AWBZ. Niet wordt vastgesteld welke mantelzorgers en welke zorgprofessionals op welk moment en waar moeten worden ingezet. Evenmin komt aan de orde welke zorg buiten de AWBZ wordt verleend (huisartsenzorg? medicatie? revalidatie? vrijwilligerswerk?). Zou dat wel het geval zijn, dan is er sprake van een zorgplan. In hoofdstuk 6 over jeugd(gezondheids) zorg kwam zo'n plan al aan de orde in de slogan: één gezin, één plan en één regie. Ook

in de hoofdstukken over chronische zorg (hoofdstuk 8), oncologische zorg (hoofdstuk 10) en geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 11) komt dit begrip terug. Ook de kwaliteit van ziekenhuiszorg gaat omhoog bij een integraal zorgplan.[46]

De hier genoemde kenmerken (zorgbehoefte, omvang mantelzorg, omvang professionele zorg, taaktoewijzing en roostering) betreffen de inhoud van een zorgplan. Daarnaast zijn er ook formele kenmerken aan te onderscheiden. Zo staat erin aangegeven wat de geldigheidsduur van het plan is: een halfjaar? Drie maanden? Er staat bijvoorbeeld ook in wie de eerste contactpersoon aan professionele zijde is voor de cliënt en diens familie, en omgekeerd wie van de familie door professionals wordt benaderd voor overleg. Verder is het crisisplan een onderdeel van het zorgplan: er staat beschreven wat cliënt en mantelzorger moeten doen bij een calamiteit zoals uitval van de mantelzorger, uitval van zorgapparatuur en plotselinge verergering van de aandoening. Tegenwoordig maken sommige zorgaanbieders zorgplannen samen met cliënten en familie. Het ene plan is vollediger dan het andere. In Nederland stimuleert Vilans het gebruik van zorgplannen.[47] Ook in het buitenland is het zorgplan in opkomst.[48]

Theoretisch (het bestaat nog niet in Nederland) is aan een zorgplan een prijslijst te koppelen voor professionele zorg, bijvoorbeeld een tarief van 20 euro per uur voor persoonlijke verzorging van de cliënt. Door alle uren voor professionele zorg te vermenigvuldigen met hun tarief, zijn de totale zorgkosten te bepalen. Ook wordt duidelijk wie waarvoor moet betalen. Dat kunnen zijn: de cliënt zelf, het zorgkantoor van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of de Wmo. Het zorgplan wordt daarmee een businesscase. Betrokkenen kunnen kosten en inhoud tegen elkaar afwegen en daarna ja of nee zeggen tegen het zorgplan. Zorg-op-maat en financiering-op-maat gaan dan samen. Het ligt voor de hand dat de in 2015 aan te stellen wijkverpleegkundigen (zie paragrafen 7.1 en 7.6) deze zorgplannen gaan maken.

WAT BETAALT DE OVERHEID EN WAT DE BURGER?

In andere landen zijn overheidsvoorzieningen voor mensen met aangeboren beperkingen beter dan voor ouderen met beperkingen, zo toonden Eijlders en collega's in 2009 aan.[49] Overwegingen hierbij zijn dat beperkingen op hoge leeftijd voorzienbaar zijn. Zwart-wit gezegd: burgers kunnen zich tachtig jaar erop voorbereiden dat zij aan het einde van hun leven met grote en veel beperkingen te maken krijgen. Zij kunnen dat voorzien in tegenstelling tot mensen die met beperkingen worden geboren. In Nederland komt dat onderscheid niet naar voren. Hier geldt nog steeds de oude stelregel van Willem Drees uit de jaren vijftig: de overheid zorgt voor u van de wieg tot het graf. Duitsland waar een AWBZ, de *Pflegeversicherung*, pas in de jaren negentig van de vorige eeuw tot stand kwam, beklemtoont de *mede*verantwoordelijkheid van de overheid. Ook familie, kerk en maatschappelijke organisaties zijn verantwoordelijk voor de zorg voor mensen met beperkingen. De Pflegeversicherung is in Duitsland een vangnet voor mensen met beperkingen en zonder familie en inkomen. De regering betaalt voor de langdurige zorg via de genoemde wet evenveel als Nederland via de AWBZ. Maar het land telt wel vijfmaal zoveel inwoners.

HET DOEL VAN OUDERENZORG: EEN GOED LEVEN

De aanleiding voor de Wet op de Bejaardenoorden (1963) en de AWBZ (1968) vormden de slechte woonomstandigheden van ouderen: brandgevaarlijke pensions, uitbuiting van kwetsbare rijke ouderen, willekeur van gemeenten die arme ouderen wel of niet wilden

ondersteunen, en kinderen van ouderen die van hun zorgplicht af wilden. Blommesteijn geeft in zijn dissertatie een goede beschrijving van het ouderenbeleid in de naoorlogse jaren.[50] Recentelijk heeft Huijsman dit beleid beschreven voor de jaren daarna.[51] Ik ga beide publicaties, hoe boeiend ze ook zijn en die soms teruggrijpen naar de middeleeuwen met de bejaardenhofjes, hier niet samenvatten: daar is in dit boek geen ruimte voor.

De Wet op de Bejaardenoorden en de AWBZ leidden tot een enorme groei van het aantal plaatsen in verzorgingshuizen, culminerend tot 9,9 per 100 65-plussers in 1975. Mensen gingen alvast in een verzorgingshuis wonen om optredende beperkingen voor te zijn. In de jaren tachtig ontstond maatschappelijk verzet tegen de opkomst van wat toen smalend werd genoemd: gerontotheken en getto's waar alleen ouderen wonen. Extramuralisering en de-institutionalisering deden hun intrede. Later gingen bij de overheid ook kostenoverwegingen meespelen. Maar het verzet tegen de maatschappelijke isolering van ouderen met beperkingen vormde de start van de extramuralisering.

Thans zien de overheid en haar adviesorganen de extramuralisering als middel om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen in de eigen buurt en met familie én als middel om kosten te besparen. Ik vind dat een te beperkte doelstelling en laat me hierbij inspireren door twee Engelse wetenschappers, econoom respectievelijk filosoof, vader en zoon Skidelsky. Zij pleiten voor goed leven in alle opzichten.[52] Zij nemen in hun vlot geschreven boek ten eerste afstand van economische groei als indicator voor welvaart. Waar het om gaat, is wat een samenleving doet met die groei. Of wat er verandert aan een goed leven als er financiële krimp optreedt in het inkomen. Ten tweede nemen zij afstand van het subjectief meten van kwaliteit van leven en geluk. Dat kan geen kompas zijn voor beleid. Want dan krijgen genotmiddelen (alcohol en drugs), antidepressiva en feestvieren te veel aandacht. Die bieden geen goed leven op de lange termijn. De Skidelsky's bestudeerden de filosofen Aristoteles, Rawls, Sen en Nussbaum en komen tot zeven basisgoederen waaraan ieder mens behoefte heeft:

1 Gezondheid. Zij hanteren als boeiende definitie: gezondheid houdt vooral in dat je je eigenlijk niet bewust bent van je lichaam en dat dat een stuk gereedschap is dat volmaakt op zijn taak is berekend.
2 Geborgenheid. Ieder mens heeft behoefte aan het basisgoed: een veilige, vertrouwde leefomgeving.
3 Respect. Als je respect hebt voor iemand, geef je aan dat je zijn of haar opvattingen en interesses de moeite waard vindt en dat je die niet wilt negeren of vertrappen.
4 Persoonlijkheid. Met persoonlijkheid ofwel autonomie bedoelen de Skidelsky's vooral het vermogen om een levensplan op te stellen en uit te voeren waarin je eigen smaak, temperament en opvattingen over wat goed is tot uiting komen.
5 Harmonie met de natuur. De Skidelsky's stellen dat ieder mens zich verwant voelt met dieren, planten en landschap.
6 Vriendschap. Hieronder verstaan zij elke affectieve relatie. Dit kan een familierelatie zijn, maar dat hoeft niet. Een vriendschappelijke affectieve relatie kan bestaan tussen vrienden, maar ook tussen collega's op het werk.
7 Vrije tijd. In het tegenwoordige taalgebruik staat vrije tijd gelijk aan ontspanning en uitrusten. Bij de Skidelsky's is dat niet zo. Bij hen is vrije tijd de tijd waarin je een heel eigen soort activiteiten ontplooit. De vrijdagavond die menigeen benut om bij te komen van de werkweek valt daarom buiten hun definitie van vrije tijd.

Om deze zeven basisgoederen te verwerven, is een inkomen nodig. Dat is geen doel op zichzelf. Mensen kunnen inkomen besteden aan gezondheid, leefomgeving, het verwerven van respect, een eigen levensplan, omgaan met de natuur, vrienden en aan eigen activiteiten in de vrije tijd. De Skidelsky's achten een basisinkomen voor iedere burger van belang, zodat iedereen de genoemde basisgoederen kan verwerven. Het is een van de randvoorwaarden die de overheid moet realiseren. Andere randvoorwaarden zijn bijvoorbeeld het inrichten van buurten en wijken die ontmoetingen tussen mensen en met de natuur mogelijk maken. De zeven basisgoederen die tezamen een goed leven mogelijk maken, leg ik naast de bestaande doelstellingen van ouderenzorg in Nederland. De verzorgings- en verpleeghuizen van nu hebben daarin vooral betekenis voor het behoud en bevorderen van gezondheid. Alleen voor mensen met ernstige gebreken zijn zij in de toekomst toegankelijk. Onveiligheid (ofwel gebrek aan geborgenheid) en eenzaamheid (ofwel gebrek aan affectieve relaties) vormen geen indicatie meer voor een plaats in een verzorgings- of verpleeghuis. Dit betekent dat in de andere zeven basisgoederen op een andere manier moet worden voorzien dan via institutionalisering. Bij dit laatste biedt een verzorgings- of verpleeghuis een totale leefomgeving van geborgenheid, vriendschappen, respect en natuur. De grote vraag is: bieden families, buurten, instanties en zorgverleners ook de andere basisgoederen dan gezondheid aan mensen met beperkingen? Zowel ActiZ als onderzoeksbureau HHM wijzen op dit grote probleem.[53]

DRIE AFWEGINGSKADERS ROND MANTELZORG

Paragraaf 1.2 bevatte beschouwingen over gedragseconomie. Een van de onderwerpen die vanuit de gedragseconomie wordt bestudeerd is de mantelzorg.

Van den Berg & Hassink[54] beantwoorden de vraag wat in theorie de optimale inzet van mantelzorg is. Zij onderscheiden ten eerste een groep van economen die alleen met financiële druk – dat wil zeggen met bezuinigingen en een kleiner zorgpakket – mantelzorg willen stimuleren. Als de AWBZ is uitgekleed, gaan kinderen en buren de ouderen wel weer aankleden. Van den Berg en Hassink – en ik met hen – wijzen deze zienswijze af als te naïef. Soms zijn er gewoon geen mantelzorgers. Ook gaan families particuliere zorg inkopen die uiteindelijk veel duurder is dan de wegbezuinigde AWBZ-zorg. Verder blijven financiële prikkels buiten beschouwing, zoals een korting op de AWBZ-premie voor de mantelzorger. Een tweede groep economen beschouwt mantelzorg als onderdeel van een maatschappelijke kosten-effectiviteitsanalyse. Het College voor zorgverzekeringen (CvZ) geeft hiervoor een prijslijst uit. Het CvZ stelde in 2009 één uur mantelzorg op 12,50 euro. Eventueel wordt gekozen voor opportuniteitskosten. Dan wordt gekeken naar de verloren gegane productie. Een hoogleraar die een uur aan zijn moeder mantelzorg biedt en dan geen wetenschappelijke arbeid doet, zou bij deze berekening een uurtarief van 70 euro kunnen rekenen voor de ingezette mantelzorg. Wanneer mantelzorg een grote rol speelt bij bijvoorbeeld langdurige zorg kan, aldus het CvZ, daarnaast ook worden besloten om tevens de gezondheidseffecten van mantelzorgers te meten. Van den Berg en Hassink geven aan dat deze twee groepen van economen alleen verschillende interventies, bijvoorbeeld met weinig respectievelijk veel mantelzorg, kunnen vergelijken. Voor beleidsonderbouwing, hoeveel mantelzorg optimaal is, biedt deze aanpak geen antwoord. Verder is het bedrag van 12,50 euro nogal willekeurig. Biedt een mantelzorger alleen maar huishoudelijke hulp, geen duurdere verpleging en geen duurdere psychologische steun?

In plaats van de hier genoemde theoretische modellen rond mantelzorg pleiten Van den Berg en Hassink ervoor om de omvang van mantelzorg te verklaren vanuit drie afwegingen. Ten eerste concurreert mantelzorg met het aanbod van arbeid. Mantelzorg verlenen impliceert minder mogelijkheden om betaald werk uit te voeren. In de praktijk blijkt ook dat werkenden minder mantelzorg verlenen. Dit houdt in dat burgers ten eerste een afweging maken tussen arbeid en mantelzorg. De tweede afweging betreft de afwenteling naar professionele zorg. Wie geen mantelzorg kan of wil bieden en wel geld bezit, gaat particuliere thuiszorg inkopen of poogt toch collectief gefinancierde intramurale zorg te verwerven. De ligduur van ziekenhuizen zou wel eens langer kunnen worden als de wil tot mantelzorg gaat ontbreken en het AWBZ-pakket is ingeperkt. De derde afweging betreft de verslechtering van de gezondheid van de mantelzorger. Als die zo slecht wordt dat ook deze mantelzorger dure zorg behoeft, is er een grens bereikt aan de economisch wenselijke omvang van mantelzorg. Daar moeten mantelzorger, familie en overheid ook oog voor hebben.

Deze economische benadering van mantelzorg vormt het laatste onderwerp van deze paragraaf over theoretische modellen voor langdurige zorg. Nu komen, net zoals in de vorige hoofdstukken, wenselijke product- (paragraaf 9.7), proces- (paragraaf 9.8) en systeeminnovaties (paragraaf 9.9) aan bod.

9.7 WENSELIJKE PRODUCTINNOVATIES IN DE LANGDURIGE ZORG

Afbeelding 9.5 toont de zorginnovaties die in de komende paragrafen aan de orde komen. Enkele innovaties kwamen in hoofdstuk 3 (over consultatiebureaus voor ouderen), hoofdstuk 7 (over populatiegebonden bekostiging van de eerste lijn) en hoofdstuk 8 (over het chronische-zorgmodel) aan bod en zijn ook voor de ouderenzorg interessant. Dit hoofdstuk gaat vooral over innovaties die te maken hebben met langdurig, dagelijks verzorgen en verplegen en toezicht houden. Ik bespreek hier geen innovaties die geen enkel effect hebben. Hieronder valt helaas die van Underwood en collega's die wilden aantonen dat meer bewegen door ouderen leidt tot minder depressies.[55] Schilp en collega's poogden te bewijzen dat voedingsadviezen en voedingssupplementen gunstig werken bij ondervoede ouderen. Ook zij konden geen effect vaststellen.[56] Bespreking van wenselijke innovaties vindt hieronder plaats aan de hand van de opsomming in afbeelding 9.5.

De presentiebenadering is volgens een omschrijving op de website www.presentie.nl een praktijk waarbij de zorggever:

1 zich aandachtig en toegewijd op de ander richt;
2 zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst; en
3 in aansluiting daarop gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden.[57]

De Tilburgse wetenschapper Baart heeft deze innovatie in 2001 op de kaart gezet.[58] Samen met Carbo heeft hij in 2012 een aantal casussen in een boek gebundeld.[59] Verzorgenden en verpleegkundigen leren in de presentiebenadering een relatie aan te gaan met een cliënt met vele beperkingen en door te dringen in diens leefwereld. Door deze aanpak bevorderen zij niet alleen de gezondheid maar ook – in de termen van de Skidelsky's – van andere basisgoederen zoals geborgenheid, respect en vriendschap. De presentietheorie is niet getoetst op economische gevolgen. De praktijk bij een aantal instellingen voor ouderenzorg leert dat er sprake is van invoeringskosten als alle zorg-

professionals een presentietraining krijgen. Daarna stijgen de kosten niet meer. Deze interventie betreft een andere besteding van de beschikbare tijd. Er bestaan getuigenissen dat de kwaliteit van werken voor de medewerkers stijgt en cliënten met veel gebreken rustiger zijn. Baart zelf wijst kwantitatief onderzoek naar zijn methode af, zelfs beschrijvende statistiek en het casestudy-design houdt hij af. Toch denk ik dat de presentietheorie de moeite waard is van verspreiding sinds ik ermee kennismaakte in een instelling voor ouderenzorg. Het wachten is op een boek over casussen van totale zorgorganisaties. Nu is er alleen een theorie en zijn er individuele casusbeschrijvingen.

Onderzoeker Kraijo introduceert in zijn onderzoek als eerste het begrip volhoudtijd van mantelzorgers bij dementerenden. Hij omschrijft die als de periode dat een mantelzorger zichzelf in staat acht te blijven zorgen indien de zorgsituatie stabiel blijft.[60] Deze volhoudtijd hangt af van kenmerken van de mantelzorger, de dementerende en de relatie tussen beiden. Hij geeft aan dat bij de overhaaste beslissing tot opname in een verpleeghuis (men moet binnen enkele dagen beslissen) de volhoudtijd zelden is opgebruikt. De mantelzorger had nog wel even door kunnen gaan met zorgen. Verder toont Kraijo aan dat respijtzorg de volhoudtijd van de mantelzorg verlengt. Respijtzorg is langdurige zorg die verleend wordt om de mantelzorger te ontlasten. Hierbij is te denken aan het eerder inzetten van huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging of aan deeltijdopname in een verpleeghuis. Ook is de snelle tijdelijke beschikbaarheid van een plek in een wijkziekenboeg van belang indien zich een calamiteit voordoet. Bijvoorbeeld als de mantelzorger uitvalt of de gezondheid van de cliënt plotseling verslechtert. Aansluitend hierop is te melden dat een Londense onderzoeksgroep een cursus van acht sessies ontwierp ter verhoging van de draagkracht van mantelzorgers van dementerenden. Deze leidde tot een betere gezondheid voor beiden en tot lagere kosten (berekend

Productinnovaties (paragraaf 9.7)
De presentietheorie
Hanteren van het begrip volhoudtijd en van respijtzorg
Procesinnovaties (paragraaf 9.8)
De wijkteams van ZorgAccent
Regie op locatie bij Vanboeijen
Cliënt in regie bij Volckaert
Systeeminnovaties (paragraaf 9.9)
Scheiden van wonen en zorg
Medische behandeling uit de AWBZ
Het PGB als alternatief voor elke verstrekking van de AWBZ en de Wmo
De ouderenarts: vier beroepen in één
Anders inkopen door gemeenten en zorgverzekeraars
Geen producten maar programma's

Afbeelding 9.5. Wenselijke innovaties in de langdurige zorg
Bron: zie tekst.

met behulp van *qaly's*, zie paragraaf 4.8) dan mantelzorgers die niet zo'n cursus hebben gevolgd.[61 62] Een Amerikaanse onderzoeksgroep komt voor ouderen in New York tot vergelijkbare bevindingen.[63]

9.8 PROCESINNOVATIES IN DE LANGDURIGE ZORG

Het vws/ZonMw-programma *In voor zorg*[64] biedt voorbeelden van procesinnovaties die kosten besparen. Drie hiervan vielen op door hun grote effecten. Ze komen hierna aan bod. Er bestaan ook mislukte projecten. Daarvoor verwijs ik alleen naar het voornoemde programma.

Het eerste voorbeeld: de Twentse zorgorganisatie ZorgAccent reorganiseerde in 2011 haar zorgaanbod en bracht dat onder in kleine zelfstandige wijkteams onder leiding van een wijkverpleegkundige of wijkverzorgende. Deze is het aanspreekpunt voor client, familie, huisarts en andere betrokkenen. In 2009 telde de organisatie 1.112 voltijdsformatieplaatsen en na de reorganisatie 1.126. Die draaiden 444.105 uren in 2009 (= 100) en 532.734 uren na de reorganisatie (= 120); een stijging van de productie van 20 procent bij een ongeveer gelijkblijvend aantal formatieplaatsen. Volgens de evaluatoren komt dit vooral door het werken in kleine teams.

Het tweede voorbeeld betreft Vanboeijen, een grote aanbieder van gehandicaptenzorg in het noorden van het land. Vanboeijen biedt in 2012 huisvesting aan ruim 700 gehandicapten met een ernstige of complexe ondersteuningsvraag. Zij wonen op 100 verschillende locaties. In 2009 voerde deze aanbieder zelfstandige teams in, zeg maar één per locatie. Tegelijk richtte hij cliëntenraden op, eveneens één per locatie. Vanboeijen noemde het gehele initiatief *Regie op locatie*. De effecten zijn gunstig: het aantal cliënten groeide van 692 (= 100) in 2009 naar 718 (= 104). Het aantal verpleegdagen nam toe met 5 procent, en wel van 250.000 in 2009 naar 263.000 in 2012. Het aantal medewerkers gemeten in voltijdsformatieplaatsen bleef nagenoeg gelijk: 986 in 2009 en 994 in 2012. Deze productiviteitsstijging werd mogelijk dankzij kortere lijnen en vermindering van overheadfuncties.

Het derde voorbeeld betreft Volckaert dat diensten verleent in Dongen en Oosterhout. De meeste cliënten zijn ouderen en hebben een somatische of psychogeriatrische aandoening. Ook cliënten met een lichamelijke handicap vormen een doelgroep bij Volckaert. Deze zorgorganisatie beheert zes zorgcentra en een hospice. De missie focust sinds 2010 op het samen met mantelzorgers en vrijwilligers aanvullen van het zelfzorgtekort van de cliënt. Dit houdt een omslag in van het medisch model naar het 'cliënt in regie'-model. Met kleinschalig wonen zet Volckaert 125 zogeheten verzorgingshuisplaatsen om in verpleeghuisplaatsen voor mensen met een psychogeriatrische aandoening. Verder geeft Volckaert vorm aan een afdeling voor cliënten met niet-aangeboren hersenletsel, geriatrische revalidatie en een geriatrisch spreekuur. De instelling bereikte deze verandering met een geringe groei van het aantal voltijdsformatieplaatsen van 626 (= 100) in 2010 naar 637 (= 102) in 2012. Tegelijk schrapte de organisatie managementplaatsen: het aantal leidinggevenden daalde van 7,5 procent naar 4,6 procent van de totale formatie. De zwaarte van de cliënten nam toe: de ZZP-indicatie nam toe van gemiddeld 4,4 in 2010 tot 4,9 in 2012. Eén op de vijf medewerkers kwam in een hogere salarisschaal vanwege toegenomen deskundigheid.

Aantrekkelijk in deze drie voorbeelden is het werken met een meerjarenperspectief: de veranderingen vonden niet plaats als een ad-hocreorganisatie die binnen enkele maanden moest plaatsvinden. Verder was extra geld beschikbaar om de transformatie op gang

te brengen en te begeleiden. Ten derde werd deskundige hulp van buiten ingeroepen voor de begeleiding. Ten slotte vond monitoring plaats op belangrijke indicatoren.

9.9 WENSELIJKE SYSTEEMINNOVATIES IN DE LANGDURIGE ZORG: SCHEIDEN VAN WONEN EN ZORG

Scheiden van wonen en zorg (zie ook afbeelding 9.5) is een al jaren bepleite gedachte om de kosten van huisvesting en verblijf, zoals voor maaltijden, uit de AWBZ te halen en voor eigen rekening te laten komen van de cliënt in een verpleeghuis of een verzorgingshuis. Voor rekening van de AWBZ blijven dan alleen de kosten van zorg. Voordeel van deze scheiding vormt de mogelijkheid om het zwaarste zorgpakket te bieden in wat voor woonomgeving dan ook. Het verzorgings- en het verpleeghuis hebben dan geen monopolie meer op het aanbieden van een combinatie van wonen en zware zorg. Het tweede voordeel is dat cliënten binnen een verzorgingshuis en verpleeghuis gedifferentieerd kunnen wonen: wil de cliënt twee kamers voor zichzelf of wat anders. Het wooncomfort past zich aan de wensen van de cliënt aan. Het derde voordeel is dat Nederland met deze scheiding in de pas loopt met andere landen zoals Frankrijk en Duitsland die ook alleen de zorg voor overheidsrekening nemen en niet de huisvesting en het verblijf. In Nederland is de scheiding van wonen en zorg inmiddels ingezet. De lichtste zorgpakketten (1 tot en met 3) met verblijf worden inmiddels niet meer geleverd binnen de AWBZ. Wie weinig zorg nodig heeft, maar zich thuis wel heel angstig of onveilig voelt, krijgt geen indicatie meer voor een verzorgingshuis.

Voor deze groepen is alleen nog maar extramurale zorg beschikbaar. Vanaf 1 januari 2015 gaat dit ook gelden voor ZZP-4. Ook voor de hogere zorgzwaartepakketten (ZZP-5 en hoger) gaat de scheiding van wonen en zorg de facto gelden. Deze vallen vanaf 2015 onder de Wet langdurige zorg. Binnen deze wet gaan de eigen bijdragen zo ver omhoog dat deze de facto een hoogte hebben van de gemiddelde kosten van huisvesting en verblijf. Wetstechnisch is dit de eenvoudigste manier om de scheiding van wonen en zorg door te voeren. In interviews en lezingen bleek het voor mij moeilijk uit te leggen: clienten gaan meer betalen voor wonen en verblijf dat niet meer in de AWBZ zit. Mijn toehoorders begrepen het niet.

Ik ben zelf al jaren voor de scheiding van wonen en zorg vanwege de genoemde voordelen. Ik bepleit deze systeeminnovatie bij deze ook in dit boek. Maar de nu door de regering gekozen constructie is gekunsteld. Waarom kan een bewoner van een verpleeghuis of verzorgingshuis niet gewoon de eigen huur en maaltijden betalen?

MEDISCHE BEHANDELING UIT DE AWBZ

Cliënten van een verpleeghuis of een instelling voor gehandicaptenzorg krijgen hun medische zorg en medicatie betaald uit de AWBZ. De instelling waaraan de specialist ouderengeneeskunde respectievelijk de arts gehandicaptenzorg is verbonden, ontvangt daarvoor financiële middelen op grond van die wet. Die middelen zijn opgenomen in het verpleegtarief per dag. Ik pleit er hier voor om behandeling en medicatie over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Ik zie hierin voordelen. Immers, er wonen steeds meer ouderen en gehandicapten buiten het verpleeghuis respectievelijk de instelling voor gehandicaptenzorg. De artsen die daar werken, kunnen deze cliënten makkelijker bedienen als zij zelfstandig wonen indien zij betaald worden uit de Zorgverzekeringswet. Die wet geldt altijd ongeacht de verblijfplaats van de cliënt. Dan kunnen de genoemde artsen ook in de eerste lijn werken. Een pleidooi hiervoor staat in hoofdstuk 7 over de eerste lijn.

DE OUDERENARTS: VIER BEROEPEN IN ÉÉN

In het verleden waren er vier typen artsen. De specialisten ouderengeneeskunde bestonden toen nog uit twee subgroepen: de sociaal geriaters en de verpleeghuisartsen. In een magistraal proefschrift uit 2002 laat Robben zien dat de toen bestaande vier beroepen veel overlap kenden en zich bedienden van vergelijkbare diagnostische en behandelmethoden.[65] Hij – en ik met hem – pleit voor één specialisme. Ik noem dat de ouderenarts. Binnen de Zorgverzekeringswet en de AWBZ hebben de genoemde beroepsbeoefenaren een verschillende status. Zo mogen klinisch geriaters wel een DBC openen maar een specialist ouderengeneeskunde niet. Die laatste mag alleen werken in een verpleeghuis en weer niet zelfstandig in de eerste lijn. Het lukt de genoemde beroepsgroepen niet om een gezamenlijke beroepsvereniging op te zetten en te komen tot één beroep, ondanks het pleidooi van de genoemde Robben. Het zij zo. Maar laat dan de Zorgverzekeringswet en de AWBZ deze versplintering niet ondersteunen. Ik stel voor dat deze wetten voortaan spreken van toegelaten ouderenartsen. Dan wordt het bijvoorbeeld mogelijk dat ziekenhuizen specialisten ouderengeneeskunde aantrekken en geen klinisch geriater. Of dat een verpleeghuis een klinisch geriater benoemt. Belangrijk is dat een ziekenhuis seniorvriendelijk is, maar dat hangt maar zeer beperkt af van de specialisatie van de ouderenarts.[66]

INKOPEN VAN ZORG DOOR GEMEENTEN EN ZORGVERZEKERAARS OP BASIS VAN GOEDE VOORBEELDEN

Jaarlijks geeft de koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland een openbare inkoopgids uit die zorgkantoren kunnen gebruiken bij het sluiten van contracten met AWBZ-instellingen.[67] Daarin staan vooral productomschrijvingen en de meest recente wijzigingen in de regelgeving. In de gids voor 2013 zijn voor het eerst enkele goede voorbeelden opgenomen die zorgkantoren kunnen hanteren bij hun inkoop. Stel dat in die gids ZorgAccent met zijn wijkteams en lage overheadkosten (zie paragraaf 9.8) als goed voorbeeld zou staan. Dan gaat ZorgAccent een rol spelen bij de onderhandelingen. Instellingen gaan zich voorbereiden op de vraag: is dit voorbeeld ook bij u te realiseren? Zorginkopers gaan immers daarom vragen. In het slothoofdstuk van dit boek kom ik terug op deze versterking van de inkoopfuncties door zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten. Het inkopen op basis van goede voorbeelden is mogelijk in alle sectoren van de zorg en niet alleen in de langdurige zorg.

Behalve door te werken met goede voorbeelden is het inkopen van zorg door zorgverzekeraars en van Wmo-dienstverlening door gemeenten ook op andere manieren te versterken. Ten eerste denk ik hierbij aan het gezamenlijk inkopen door beide instanties. In de kop van Noord-Holland kopen gemeenten en zorgkantoor gezamenlijk geestelijke gezondheidszorg in. Voor de instellingen aldaar is dat prettig: er treden geen witte plekken op in het zorgaanbod waarvan niet duidelijk is of de gemeenten dan wel de zorgkantoren betalen. Voor de aanbieders is het ook prettig dat er beleidsafstemming tussen beide ontstaat. Want zij komen in een spagaat terecht als het zorgkantoor vooral prioriteit legt bij het inkopen van zorg voor cliënten met ernstige beperkingen en de gemeenten bij preventie en vroegtijdige interventies. Voor gemeenten en zorgverzekeraar ontstaat het voordeel van onderhandelen over een totaalpakket ofwel van het sluiten van een *package deal*. Op onderdelen hebben soms de gemeenten een nadeel en op andere onderdelen van de zorginkoop de zorgverzekeraar. Binnen het totale pakket neutraliseren die voor- en nadelen elkaar.

Ik had in 2012 het genoegen om de gemeente Tilburg als inkoper van Wmo-zorg aan één tafel te brengen met VGZ als inkoper van AWBZ-zorg. Wat mij opviel, was de gelijke manier van denken bij beide partijen. Er was geestverwantschap en respect over en weer. Men ging collegiaal aan de slag om een breed pakket aan zorg gezamenlijk in te kopen. Er was sprake van cocreatie.

GEEN PRODUCTEN MAAR PROGRAMMA'S

Zorgkantoren en gemeenten kopen tot nu toe producten in bij zorgaanbieders, bijvoorbeeld x verpleegdagen bij verpleeghuizen en y uren huishoudelijke hulp bij thuiszorgorganisaties. Hun eigen organisaties zijn daarop ook afgestemd. De ene inkoper weet alles van verpleegdagen in verpleeghuizen en de andere weet alles over thuiszorg. Wat de zorgkantoren en gemeenten niet doen, is het inkopen van programma's. Ik geef een voorbeeld hoe dat laatste zou kunnen.

In paragraaf 9.2 onderscheid ik cliënten met dementie en cliënten die een beroerte hebben meegemaakt. Dit zijn twee grote doelgroepen binnen de ouderenzorg. Voor beide bestaan in veel regio's zorgprogramma's, veelal gestimuleerd door nationale instanties zoals het Nationaal Programma Dementie en het Kennisnetwerk CVA. Een programma omvat meestal de onderdelen van het chronic-caremodel zoals omschreven in hoofdstuk 8. Daaruit afgeleid volgt een beschrijving van de benodigde aantallen zorgprofessionals en gebouwen. Op basis daarvan is een programmabegroting te maken die onderwerp van bespreking kan zijn bij het inkopen van zorg. Het inkopen van zorg niet als afzonderlijk product, maar als programma is dan gerealiseerd. In Nederland is Coolen de grote pleitbezorger van het inkopen van programma's. Van hem is de slogan: geen producten maar programma's.[68] Graag volg ik hem in deze systeeminnovatie. Want aan die programma's kan weer een keten-DBC of noem het populatiegebonden bekostiging gekoppeld worden. Die vormt, zoals gezegd, een onderdeel van de cappuccinofinanciering. Laten we deze gaan uitproberen en geleidelijk overstappen naar programmatische inkoop van zorg voor doelgroepen zoals mensen met een doorgemaakte beroerte of met dementie.

9.10 ALLE BEVINDINGEN OP EEN RIJ EN DE TRIPLE-AIMDOELEN

De voornaamste bevindingen van dit hoofdstuk zijn:

1. Kwetsbaarheid van ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten.
2. Nederlandse kwetsbare ouderen ontvangen voldoende, maar geen samenhangende medische zorg en te weinig psychosociale hulp. Er is te weinig selectieve preventie.
3. Langdurige zorg is zorg bij de uitvoering van activiteiten van het dagelijkse leven die gedurende lange tijd doorloopt.
4. Mensen bieden elkaar zorg aan zonder daartoe verplicht te zijn en zonder daarvoor een tegenprestatie te vragen. Zij hebben al een langdurige relatie. Als die zorg de gebruikelijke zorg te boven gaat, heet dit mantelzorg.
5. Er bestaan vijf typen mantelzorgers. De eerste groep kan zijn taken fysiek en emotioneel goed aan. De laatste groep is uitgeput en nauwelijks in staat zijn taken uit te voeren.

Paragraaf 9.2 bevat statistische gegevens over langdurige zorg. De belangrijkste zijn:

6 Op 65-jarige leeftijd hebben Nederlandse mannen nog een levensverwachting van 18,0 jaar. Voor vrouwen is dat 21,2 jaar (gegevens voor 2010). Gedurende die jaren zijn er maar weinig mensen zonder chronische aandoeningen.
7 Van de Nederlandse bevolking heeft 14,8 procent één of meer functionele beperkingen. Dit percentage stijgt bij het vorderen van de leeftijd.
8 Mensen met beperkingen zijn aanmerkelijk eenzamer dan mensen zonder beperkingen. Beperkingen komen vooral voor bij ouderen met een lage opleiding.
9 De slechte mondgezondheid van ouderen is een groeiend probleem, niet alleen voor het gebit en de kauwfunctie, maar ook voor het lichaamsgewicht, de spraak, de eetlust, de spijsvertering, pijnervaringen, uiterlijke verschijning en sociaal functioneren.
10 De oudere in Nederland ging er de afgelopen jaren financieel op vooruit. Ouderen anno 2011 zijn gemiddeld niet arm maar rijk. Maar er bestaat een grote groep met een laag inkomen en zonder eigen vermogen.
11 Er bestaan vier profielen van ouderen: proactieve ouderen (46 procent van deze bevolkingsgroep), zorgwensende ouderen (28 procent), afwachtende ouderen (10 procent) en machteloze ouderen (16 procent).
12 Eind 2012 hadden 354.230 personen een AWBZ-indicatie voor zorg met verblijf en 439.150 voor zorg zonder verblijf. De indicaties met verblijf groeiden sinds 2009 met 17 procent.
13 Een thuiswonende cliënt ontving per week in 2012 gemiddeld ruim twee uur aan zorg op kosten van de AWBZ of de Wmo.

In paragraaf 9.3 komt de mantelzorg aan bod. De belangrijkste bevindingen zijn:

14 Van de bevolking boven de negentien jaar geeft 12,1 procent mantelzorg. Een mantelzorger doet dat gemiddeld elf uur per week. Dat is veel meer dan de ruim 2 uur zorg die vergoed wordt door de AWBZ of de Wmo.
15 Eén op de zeven mantelzorgers is zwaar belast. Het aantal mantelzorgers is in 2008 lager dan in 2001.
16 Het aantal aanvragen bij de Wmo daalt sinds 2008.

Paragraaf 9.4 gaat over dementie en CVA en bevat als belangrijkste bevindingen:

17 Alzheimer Nederland schat het aantal mensen met dementie in Nederland in 2013 op 256.000. Dat loopt op tot ruim 500.000 in 2040.
18 Een onderzoeksgroep uit Cambridge geeft aan dat de incidentie van dementerenden per 1.000 65-plussers daalt.
19 Een daling van 10 procent in de prevalentie van diabetes, hypertensie, hart- en vaatziekten en overgewicht verlaagt het risico op dementie.
20 Op 1 januari 2007 waren er naar schatting 191.000 mensen met een doorgemaakte beroerte.
21 Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het absolute aantal personen met een doorgemaakte beroerte tussen 2010 en 2025 met 40 procent zal stijgen.

Paragraaf 9.5 behandelt de Wet langdurige zorg en levert als bevindingen op:

22 Op 1 januari 1995 woonden 156.482 personen in een verzorgings- of verpleeghuis. Dat is 7,7 per 100 65-plussers. In 2013 waren dit 118.471 bewoners en 4,2 per 100 65-plussers.

23 De komst van de Wet langdurige zorg is meer een sluitstuk van een extramurale ontwikkeling dan een trendbreuk.

24 Het individuele zorgplan, het volledige pakket thuis en het persoonsgebonden budget zijn verankerd in de Wet langdurige zorg.

25 Meer dan elders in Europa betalen Nederlanders de ouderenzorg collectief. Die collectieve lasten zijn dan ook hoog.

26 Twee op de drie Nederlanders willen niet in een verpleeghuis of verzorgingshuis eindigen.

27 De Nederlandse bevolking anticipeert niet op gebreken door bijvoorbeeld dementie of een beroerte door te sparen, bijtijds te verhuizen en vrienden te blijven maken.

Paragraaf 9.6 gaat over theoretische modellen voor langdurige zorg.

28 Bij een persoonsgebonden budget beschikken mensen met beperkingen over een budget om zorg en hulpmiddelen in te kopen.

29 Er bestaan in Nederland persoonsgebonden budgetten waarvan de overheid de besteding niet controleert. De kinderbijslag en de studiefinanciering zijn hiervan voorbeelden.

30 Het Duitse PGB bedraagt 50 procent van de kosten van het zorgaanbod in natura. De gedachte is dat bij een PGB de overheadkosten wegvallen die wel bij levering in natura nodig zijn. Van de Duitsers met recht op langdurige zorg kiest 70 procent voor het PGB.

31 Een tussenvorm van persoonsgebonden budget en verstrekkingen in natura vormen de trekkingsrechten op de Sociale Verzekeringsbank.[69] Hierbij ontvangt een PGB-gebruiker het recht om bijvoorbeeld in een specifiek jaar 200 uur huishoudelijke hulp in te kopen. De SVB regelt alle betalingen.

32 Door de totstandkoming van de RIO's en het CIZ werd de indicatiestelling voor de AWBZ professioneler. De invoering van de ICF-taal op 1 april 2005 was een grote innovatie.

33 In Zweden kan een indicatiestellingsbesluit inhouden dat een persoon met beperkingen een persoonlijk assistent mag aanstellen voor een gesprek of voor zorg. De assistent doet het goed in Zweden. Deze assistent bestaat niet bij de Nederlandse indicatiestelling.

34 In een zorgplan stellen wijkverpleegkundige en cliënt vast welke mantelzorgers en welke zorgprofessionals op welk moment en waarin zijn in te zetten.

35 Ook wordt in een zorgplan duidelijk wie waarvoor moet betalen. Dat kunnen zijn: de cliënt zelf, het zorgkantoor van de AWBZ, de Zorgverzekeringswet of de Wmo. Het zorgplan wordt daarmee een businesscase.

36 De Pflegeversicherung is in Duitsland een vangnet voor mensen met beperkingen en zonder familie en inkomen. De regering betaalt voor de langdurige zorg via de genoemde wet evenveel als Nederland via de AWBZ. Maar het land telt wel vijfmaal zoveel inwoners.

37 Ieder mens heeft behoefte aan zeven basisgoederen: a. gezondheid, b. geborgenheid, c. respect, d. persoonlijkheid, e. harmonie met de natuur, f. vriendschap, en g. vrije

tijd. Het voorzien in deze behoeften vormt de centrale doelstelling van ouderenbeleid. Wie de laatste zes verwaarloost, lokt een grote zorgvraag uit vanwege gezondheidsproblemen.

38 De omvang van de mantelzorg in Nederland is te verklaren uit drie kenmerken van de mantelzorgers: a. werk elders, b. afwentelmogelijkheden, en c. de gezondheid van de mantelzorgers.

Paragraaf 9.7 gaat over wenselijke productinnovaties in het dagelijks verzorgen en verplegen en toezicht houden op mensen met langdurige beperkingen. De belangrijkste bevindingen betreffen de volgende.

39 De presentiebenadering door zorgprofessionals bestaat uit aandacht en toewijding, inzien wat er op het spel staat en begrijpen wat gedaan kan worden. Er zijn alleen invoeringskosten aan verbonden. Deze benadering leidt tot een andere tijdsbesteding.

40 De volhoudtijd bij dementerenden is de periode dat een mantelzorger zichzelf in staat acht te blijven zorgen indien de zorgsituatie stabiel blijft. Deze duur hangt af van kenmerken van de mantelzorger, de dementerende en de relatie tussen beiden.

41 Bij een overhaaste beslissing tot opname in een verpleeghuis (men moet binnen enkele dagen beslissen) is de volhoudtijd zelden opgebruikt.

42 Cursussen ter verhoging van de draagkracht van mantelzorgers leiden tot een betere gezondheid van patiënt en mantelzorger en tot lagere zorgkosten.

Paragraaf 9.8 gaat over procesinnovaties in de langdurige zorg. De belangrijkste zijn:

43 Het werken in kleine zelfstandige wijkteams onder leiding van een wijkverpleegkundige of wijkverzorgende leidt tot stijging van de productie bij gelijkblijvende omvang van het aantal arbeidsplaatsen. Hierbij fungeert de leiding als aanspreekpunt voor cliënt, familie, huisarts en andere betrokkenen.

44 Een klein zorgteam is effectiever dankzij kortere lijnen en vermindering van het aantal overheadfuncties.

45 Procesinnovaties vereisen een meerjarenperspectief, extra geld ter dekking van de transformatiekosten, deskundige hulp van buiten en monitoring van belangrijke indicatoren.

De belangrijkste bevindingen betreffende systeeminnovaties in de langdurige zorg (paragraaf 9.9) zijn de volgende.

46 Scheiden van wonen en zorg is een al jaren bepleite gedachte om de kosten van huisvesting en verblijf (zoals voor maaltijden) uit de AWBZ te halen en voor eigen rekening te laten komen van de cliënt in een verpleeghuis of een verzorgingshuis.

47 De voordelen van deze scheiding zijn de mogelijkheid om a. het zwaarste zorgpakket te bieden in wat voor woonomgeving dan ook, b. cliënten binnen een verzorgingshuis en verpleeghuis gedifferentieerd (met meer en minder luxe) te laten wonen, en c. de collectieve lasten te verlagen.

48 Cliënten van een verpleeghuis of een instelling voor gehandicaptenzorg krijgen hun medische zorg en medicatie betaald uit de AWBZ. Het is beter beide over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Want dan kunnen ouderenartsen en artsen gehandicaptenzorg gemakkelijker werken voor patiënten die thuis wonen.

49 In Nederland hebben thans drie typen artsen alleen ouderen als doelgroep: de specialist ouderengeneeskunde, de klinisch geriater en de internist met specialisatie geri-

atrie. Hun taken overlappen elkaar. De Zorgverzekeringswet en de AWBZ zouden deze versplintering niet moeten ondersteunen. Zij zouden alleen moeten spreken van ouderenartsen.

50 Zorgkantoren en gemeenten zouden zich bij het inkopen van zorg moeten laten inspireren door goede voorbeelden. Beide zouden gezamenlijk moeten inkopen.

51 Zorgkantoren en gemeenten zouden gezamenlijk geen zorgproducten maar zorgprogramma's moeten inkopen, bijvoorbeeld voor dementerenden of voor mensen met een doorgemaakte beroerte. Bij cappuccinofinanciering wordt dit mogelijk.

DE BEVINDINGEN EN HET REALISEREN VAN TRIPLE-AIMDOELEN

Leiden bovenstaande 51 bevindingen ertoe dat de triple-aimdoelen van betere gezondheid, hogere kwaliteit van zorg en gelijkblijvende kosten in Nederland te halen zijn? Voor de betere gezondheid (het eerste triple-aimdoel) zijn belangrijk: selectieve preventie bij kwetsbare ouderen, het ondersteunen van mantelzorgers door cursussen en respijtzorg, een grotere aandacht voor de mondgezondheid, en het individuele zorgplan opgesteld door wijkverpleegkundigen en patiënt. Van belang is ook het onderscheiden van verschillende groepen ouderen: machteloze ouderen (16 procent van de populatie ouderen) vereisen een ander beleid met meer casemanagement dan proactieve ouderen (46 procent) die alle zorg zelf kunnen en willen regelen. Gezondheid is niet het enige basisgoed dat mensen behoeven. Andere basisbehoeften (geborgenheid, respect, persoonlijkheid, harmonie met de natuur, vriendschap en vrije tijd) zijn ook van belang. Een aanbod van gemeenten om te voorzien in deze behoeften verbetert de gezondheid en verlaagt de kosten van zorg.

Het tweede triple-aimdoel is het verhogen van de kwaliteit van zorg. Deze staat onder druk. Want de nieuwe gemeentelijke beleidsmakers en hun Wmo-consulenten voor de voorheen extramurale AWBZ-zorg missen de competenties hiervoor, aldus een evaluatie bij tien gemeenten door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) uit 2014.[70] De vele geïnterviewden van deze tien gemeenten komen niet verder dan het benadrukken van eigen kracht en bezuinigingen. De consulenten voelen zich niet in staat om een dialoog aan te gaan met cliënten over goedkopere oplossingen dan gevraagd. Het denken in zorgprogramma's voor demente ouderen, voor mensen met een doorgemaakte beroerte en voor machteloze ouderen komt niet naar voren als ambitie in de gesprekken met de beleidsmakers. Verder blijkt dat slechts enkele gemeenten samenwerken met andere instanties zoals zorgverzekeraars en zorgkantoren. De SCP-onderzoekers vrezen voor geïsoleerd beleid dat geen rekening houdt met toeleiding van Wmo-cliënten door bijvoorbeeld de eerste lijn en doorgeleiding naar de Wet langdurige zorg als de gezondheid en mantelzorgondersteuning geleidelijk verslechteren. Wel zijn er lichtpunten binnen deze laatste wet: het individuele zorgplan, het zorgpakket thuis en het persoonsgebonden budget zijn in deze wet verankerd. Ik hoop dat gemeenten dat in hun verordeningen ook zo gaan vastleggen, maar ben daar niet gerust op. Net als in het vorige hoofdstuk over chronische zorg merk ik op dat de extramuralisering en de bestuurlijke decentralisatie nog veel transformatiekosten voor scholing, introductie van zorginnovaties en het schrijven van nieuwe software gaan eisen. Anders daalt de kwaliteit van de zorg en gaan massamediale incidenten vanwege gebrek aan zorgkwaliteit het zorgdebat overheersen en verdwijnt het langetermijnperspectief. De decentrale beleidsontwikkeling zou onderwerp moeten worden van continue monitoring, reflectie en evaluatie door wetenschap, veld en beleid.

Het derde triple-aimdoel betreft het gelijkblijven van de kosten van langdurige zorg. De kosten van de AWBZ en haar opvolger de Wet langdurige zorg zijn te verlagen door overheveling van medische zorg en medicatie uit deze wetten naar de Zorgverzekeringswet. Dit zou moeten gebeuren op de manier en met de argumentatie die is aangegeven in paragraaf 9.9. Ook het overhevelen van de kosten van wonen en verblijf naar de burger zelf verlaagt de kosten. Ik merk op dat beide maatregelen de kosten elders verhogen. Maar het is te gemakkelijk deze maatregelen te zien als vestzak-broekzak-maatregel. Want deze overhevelingen leiden tot een grotere diversiteit aan zorg- en woonarrangementen die leiden tot lagere kosten. In de vorige paragraaf ging ik hier al uitgebreid op in. Het werken met kleine zorgteams binnen intramurale settingen leidt tot aanzienlijke productiviteitsstijgingen, zo bleek in paragraaf 9.8. Het blijkt mogelijk zorgprofessionals hiervoor te mobiliseren met behoud van arbeidssatisfactie. Wel behoeven ook deze innovaties tranformatiekosten en een lange adem. Ten slotte biedt het gezamenlijk inkopen van langdurige zorg door gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren grote mogelijkheden voor doelmatigheidsverhoging, zoals ik in paragraaf 9.9 toelichtte. Vanwege deze gezamenlijke inkoop bepleit een Engelse commissie een fusie van de National Health Services en de Social Services in Engeland.[71] Nederland heeft daarvoor niet gekozen. Ik steun die keuze. Maar geen afstemming bij het inkopen staat haaks op het streven naar het gelijkblijven van de kosten van langdurige zorg.

Ik dank Stannie Driessen, programmaleider Advies en Implementatie en lid van het managementteam van Vilans, voor haar feedback op een eerdere versie van dit hoofdstuk.

10

KANKER ECONOMISCH BENADEREN: JA DAT KAN

Dit hoofdstuk begint met enkele begrippen uit de oncologie die ik uitleg aan de hand van een casus (paragraaf 10.1). Statistische gegevens over patiënten met kanker komen in paragraaf 10.2 aan bod. Paragraaf 10.3 gaat in op de kwaliteit van de oncologische zorg en paragraaf 10.4 op de kosten daarvan. Schaalvoordelen en -nadelen en transactiekosten komen in paragraaf 10.5 aan de orde. Daarna volgen paragrafen over productinnovaties (paragraaf 10.6), procesinnovaties (paragraaf 10.7) en systeeminnovaties (paragraaf 10.8). Een bespreking van het cappuccinomodel volgt in paragraaf 10.9. Slotparagraaf 10.10 vat eerst de bevindingen samen van de eerdere paragrafen. Daarna volgt het antwoord op de vraag: is het mogelijk de volksgezondheid in de komende jaren te verbeteren en de kwaliteit van de oncologische zorgverlening te verhogen, terwijl de kosten van de gezondheidszorg gelijkblijven? In dit hoofdstuk ontbreekt een uitgebreide paragraaf over preventie van kanker door bijvoorbeeld het terugdringen van roken. De hoofdstukken 2, 3 en 4 over preventie besteden hier aandacht aan. De theorie van de zorgpaden komt in hoofdstuk 15 over electieve zorg aan de orde.

10.1 ZO MAAR EEN KANKERPATIËNT

'Ik heb K,' vertelde Emmy (51 jaar) aan haar man en kinderen toen ze terugkwam van de internist die de diagnose borstkanker had gesteld. Zij was eerst maanden oververmoeid geweest, maar dacht dat dit bij de overgang hoorde. De huisarts had bloedarmoede geconstateerd en medicatie voorgeschreven. Toen die niet bleek te werken, werd Emmy verwezen naar de internist. Die had de diagnose snel gesteld, in één dag, en meegedeeld aan de huisarts. Hij voegde eraan toe: stukjes van de chromosomen zijn van plaats verwisseld.

Emmy is meteen gestopt met roken en drinken. 'Dat moest ik van de dokter.' Enkele weken later vond opname plaats om haar rechterborst gedeeltelijk weg te halen en te bestralen. Daarna volgde een periode van chemokuren, misselijkheid, kaalheid en pruiken dragen. Een jaar na de diagnosestelling gaf Emmy een groot feest voor familie en vrienden. 'Ik ben er nog!' Het hele gezelschap leefde mee en zong Lang zal zij leven.

Jaarlijks ging Emmy daarna voor controle naar het ziekenhuis. Dat voelde als examen doen: weken van tevoren was ze al gespannen. Na elf fijne jaren ging het mis: ze had metastasen in de lever. Emmy overlijdt na drie maanden thuis, zonder pijn, met intensieve thuiszorg en omringd door haar geliefden.

Deze casus roept bij mij gemengde gevoelens op: fijn dat Emmy nog elf mooie jaren heeft gehad en wat triest dat ze het toch uiteindelijk van de ziekte kanker verliest. De Amerikaanse arts Mukherjee noemt kanker de keizer der ziekten die onderzoekers en artsen toch altijd weer de baas blijft.[1] Op meeslepende wijze beschrijft hij de opkomst en ondergang van therapieën door de eeuwen heen. Ook beschrijft hij de strijd tussen chirurgen, radiotherapeuten en internisten over wat het beste werkt: opereren, bestralen of chemokuren? De bestrijding van kanker begon in het begin van de twintigste eeuw, iets later dan de infectieziektebestrijding en de strijd tegen overmatig alcoholgebruik. De medische wetenschap overwon glansrijk een groot deel van de infectieziekten zoals in hoofdstuk 2 al aan de orde kwam. Maatschappelijke instanties wisten het alcoholgebruik tot de jaren zestig van de vorige eeuw enorm terug te dringen. Maar daarmee vergeleken levert de kankerbestrijding wel enige verbetering van de levensduur – bij Emmy is dat elf jaar – maar vaak toch niet een blijvend herstel. Emmy blijft jaarlijks bang dat de ziekte terugkeert. Uiteindelijk is dat ook het geval.

Aan de ziekte kanker zijn vijf zorgfasen te onderkennen:

1 de preventieve fase;
2 de screening- en diagnostische fase;
3 de behandelfase;
4 de nazorgfase; en
5 de palliatieve fase.

In deze voorfase toont Emmy riskant gedrag – zij rookt en drinkt fors – maar heeft geen gezondheidsklachten. Jammer is het dat in deze casus de internist haar het roken en drinken pas 'verbiedt' (zo ervaart Emmy dat) na het vaststellen van de borstkanker. In hoofdstuk 3 en 4 kwamen preventieve interventies al uitvoerig aan de orde.

Emmy komt bij de internist via de huisarts en niet via een screeningsprogramma. Deze programma's bestaan voor orgaangebonden (in vakjargon: solide) tumoren en niet voor leukemie en andere vormen van kanker in het bloed. Screening biedt de mogelijkheid om een tumor in een eerder stadium te onderkennen. Een eerder stadium kan betekenen dat a. de de tumor kleiner is, b. er minder uitzaaiingen zijn naar lymfeklieren nabij de tumor, of c. er minder uitzaaiingen zijn elders in het lichaam.

Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) hanteert een uitgebreide classificatie op deze drie kenmerken ten behoeve van screening en diagnostiek van tumoren.[2] Het IKNL onderscheidt 24 tumorsoorten, elk met specifieke kenmerken, een eigen groeitempo en verspreidingsmethode.

In de casus doet Emmy wat de internist zegt en neemt zonder meer diens optie over. Zo stopt zij direct met roken en drinken. Zij heeft geen behoefte aan *shared decision-making* waarbij arts en patiënt samen de behandelopties doornemen en de arts niet of nauwelijks een voorkeur uitspreekt. Evenmin vraagt zij om een *second opinion* bij een ander oncologisch centrum. Zij doet niet aan *medical shopping* en raadpleegt evenmin *alternatieve genezers*.

De jaarlijkse nacontrole van Emmy vindt in het ziekenhuis plaats en vormt formeel een onderdeel van de nazorg. Het gaat hierbij niet alleen om het ontdekken van nieuwe tumoren, lymfeklieruitzaaiingen of metastasen op afstand. Het gaat ook om het vaststellen van late complicaties van de behandeling en om het volgen van de kwaliteit van leven van Emmy. Zij ervaart evenwel deze brede nazorg niet, maar is tijdens de controle slechts gefocust op de terugkeer van de kanker. Door de regelmatige stress hier-

over komt haar kwaliteit van leven nooit meer helemaal terug op het niveau van voor de diagnose borstkanker.

Na de overlevingsfase, die elf jaar duurt, treedt de palliatieve fase in voor Emmy: de fase van genezen gaat over in de fase van verzachten. Palliatieve behandeling en zorg bestaat uit:

1 symptoombestrijding, bijvoorbeeld bestrijding van vermoeidheid, pijn, misselijkheid, sufheid en obstipatie en soms het intraveneus toedienen van voeding en medicatie;
2 het verzorgen (wassen, aankleden, toiletgang begeleiden) van de patiënt;
3 het psychische begeleiden van de patiënt voor wie het einde nadert;
4 het regelen van vele logistieke aspecten, zoals het plaatsen van een ziekenhuisbed in de huiskamer, het maken van afspraken met familieleden, zorgprofessionals en instanties.

Veelal bieden mantelzorgers en zorgprofessionals gezamenlijk deze palliatieve zorg.

De onderscheiden 24 primaire tumoren leiden veelal tot een vergelijkbare palliatieve fase, tot wat genoemd wordt een *common clinical pathway*. Er zijn dan geen verschillen meer tussen de tumoren, maar wel grote verschillen tussen de manieren waarop mensen willen sterven. Van terminale zorg is sprake als het sterven te verwachten is binnen drie maanden. Palliatieve zorg kan al eerder beginnen en heeft dan een gunstig effect op de kwaliteit van leven gedurende de laatste maanden.[3] Soms gaat de curatieve fase geleidelijk over in de palliatieve fase als na bijvoorbeeld bestraling de kans op genezing toch steeds kleiner wordt. Patiënten horen te allen tijde te weten of en in welke mate zij curatief dan wel palliatief behandeld worden. Een bekend palliatief zorgpad is het Liverpool Care Pathway, waarvan overigens gunstige effecten op bestreden symptomen niet zijn aangetoond.[4 5 6] De Australiërs Luckett en collega's constateren op basis van een literatuurstudie dat casemanagers meestal een grote rol spelen in palliatieve zorgprogramma's.[7]

Tot zover de introductie van enkele oncologische begrippen. Ze komen terug in de volgende paragrafen. De termen kankerzorg en oncologische zorg zijn synoniemen.

10.2 KANKERPATIËNTEN LEVEN LANGER

Van 2001-2011 steeg het aantal nieuwe kankerpatiënten van 72.080 (= 100) naar 100.577 (= 139,5) ofwel met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 3,4 procent.[8] De helft (50 procent) van de patiënten met de diagnose kanker in de periode 2001-2003 leeft tien jaar later nog. Voor degenen die in de jaren 1989-2004 de diagnose kanker kregen, bedroeg dit percentage 40. Het aantal overleden kankerpatiënten steeg van 2001-2011 van 37.905 (= 100) naar 43.139 (= 113,8) ofwel gemiddeld met 1,4 procent per jaar.

Bijna 3,5 procent van alle Nederlanders leeft met kanker of heeft in het verleden kanker gehad. Het gaat om ongeveer 600.000 mensen, 270.000 mannen en 330.000 vrouwen. Dit aantal stijgt snel omdat steeds meer mensen langer overleven na het optreden van kanker. De prevalentie van borstkanker is het hoogst (150.000 personen; globaal een kwart van het totaal), gevolgd door huidkanker (98.000), prostaatkanker (84.000) en darmkanker (82.000). Door de verbetering van de overleving in combinatie met de bevolkingsgroei en de vergrijzing steeg in 2011 de prevalentie harder dan de incidentie. De meeste tumoren ontstaan op latere leeftijd van de mens: gelet hierop is kanker een ouderdomsziekte die soms gelijktijdig optreedt met chronische aandoeningen zoals COPD.[9]

VERGRIJZING EN LEEFSTIJLEN BEÏNVLOEDEN INCIDENTIE EN STERFTE AAN KANKER

Uit beschikbare statistieken[10 11] is niet af te leiden in welke mate kanker ontstaat door veroudering in de bevolking dan wel door een ongezonde leefstijl. Die laatste factor is onmiskenbaar aanwezig bij tabaksgebruik en het ontstaan van longkanker. Maar voor borst-, prostaat- en colonkanker is de invloed van leefstijl minder aangetoond. Veroudering speelt mee als factor, maar veel tumoren ontstaan ook op jonge of middelbare leeftijd. Harde feiten, zoals de incidentie van kanker naar leeftijd, zijn niet beschikbaar. Alleen over borstkankerincidentie zijn gegevens beschikbaar. Die bedraagt in 2008 voor alle vrouwen 1,6 per 1.000 en voor vrouwen boven de 65 jaar 3,6.[12]

In 2005 bracht het toen nog bestaande Integraal Kankercentrum Zuid-Nederland (IKZ) een publicatie uit ter gelegenheid van 50 jaar kankerregistratie.[13] Het IKZ onderscheidde naast veroudering vijf factoren die kanker veroorzaken: roken, alcoholgebruik, voedings- en bewegingspatroon, blootstelling aan zonlicht en infecties. De stijgingen in de incidentie en sterfte aan long-, strottenhoofd-, blaas- en nierkanker zijn grotendeels te verklaren door rookgedrag in het verleden. Het toegenomen alcoholgebruik (zie hoofdstuk 2) veroorzaakte een hogere incidentie en sterfte aan mond-, keel- en slokdarmkanker. Veranderingen in het voedingspatroon deden de incidentie en sterfte aan maagkanker dalen: Nederlanders gingen door de komst van de koelkast minder gerookt en gezouten voedsel tot zich nemen. Het toenemende overgewicht vertaalt zich in een toename van borst-, dikkedarm- en nierkanker. Het veranderende zongedrag (meer vrije tijd leidt tot meer zonnen) en daardoor grotere blootstelling aan UV-licht heeft geleid tot een stijging van huidkanker. De toenemende prevalentie van de infectie met het humaan papillomavirus (HPV) (door meer wisselende seksuele contacten) heeft geleid tot een grotere incidentie van baarmoederhalskanker. Het Wereld Kanker Onderzoek Fonds gaf in 2007 aan dat voeding en lichaamsbeweging kanker vaak kunnen voorkomen.[14]

BETERE SCREENING = VROEGERE OPSPORING + OVERDIAGNOSTIEK

Vroegere opsporing van kanker is vooral het gevolg van betere screening. In de jaren negentig van de vorige eeuw startte de screening op baarmoederhalskanker. Deze leidde tot een daling van incidentie en sterfte aan deze aandoening. De borstkankerscreening leidt sinds 1995 tot een stijging van de incidentie, terwijl de sterfte daalt. De Amerikaanse onderzoekers Esserman en collega's van het National Cancer Institute waarschuwen voor overdiagnostiek van kanker via vroege opsporing.[15] Die bestaat indien er bij bevolkingsonderzoek een goedaardige tumor wordt gevonden die op termijn niet tot de dood leidt. Zij pleiten ten eerste ervoor om goedaardige tumoren een andere naam te geven en niet te associëren met kanker. Ten tweede achten zij het van belang om apart de incidentie te meten van goed- en kwaadaardige tumoren en alleen die laatste als opbrengst van de screening te beschouwen. Zelf denk ik dat de twee auteurs ongenuanceerd zijn. Want soms groeien tumoren heel langzaam zoals veel vormen van prostaattumoren. Ook is er soms sprake van een voorstadium van borstkanker, te weten een ductaal carcinoom in situ (DCIS) met een beperkte kans op uitgroei.[16] Miller en collega's nemen in 2014 het volgende waar.[17] Screening op borstkanker in Canada van vrouwen tussen 40 en 49 jaar leidt niet tot verminderde sterfte. Bij 22 procent van de vrouwen met de diagnose kanker blijkt achteraf te sprake te zijn van overdiagnostiek. Bleyer en Welch komen op 31 procent voor de Amerikaanse vrouwen die van 1976-2008

werden gescreend.[18] In paragraaf 15.3 over overdiagnostiek komt het fenomeen goedaardige tumor opnieuw aan de orde.

Bewustmaking via voorlichtingscampagnes omtrent vroegere signalen heeft vooral een rol gespeeld bij de ontdekking van huidkanker; de sterfte daaraan is veel minder gestegen dan de incidentie. Niet alleen leefstijlveranderingen en screening beïnvloedden de incidentie en de sterfte aan kanker in de afgelopen vijftig jaar. Ook behandelingen verbeterden. In navolging van de genoemde IKZ-publicatie noem ik verbeterde effecten van chemotherapieën bij onder meer zaadbalkanker en Hodgkin- en non-Hodgkin-lymfoom. De overleving van darmkankerpatiënten verbeterde door nieuwe chirurgische technieken en per- en intraoperatieve radiotherapie.

Ik concludeer dat veranderingen in incidentie en sterfte aan kanker samenhangen met ten eerste veroudering van de bevolking en ten tweede veranderingen in leefgewoonten en blootstelling aan omgevingsinvloeden. Daarnaast is er invloed van de screening. Ten slotte spelen verbeterde behandelingen een rol. In paragraaf 10.3 over de doelmatigheid van de oncologische zorg kom ik terug op deze conclusie. Eerst komen kwaliteitsrapporten van de KWF Kankerbestrijding en de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan de orde.

10.3 DE KWALITEIT VAN KANKERZORG IS GOED, MAAR KAN BETER

Een commissie van het Koningin Wilhelmina Fonds voor de Kankerbestrijding, afgekort: KWF Kankerbestrijding, bevestigde in 2010 in een rapport[19] bovenstaande conclusies van het IKZ. Het constateert dat in vergelijking met andere Europese landen de kankerzorg in Nederland van hoog niveau is. Afbeelding 10.1 nuanceert dit beeld.
Ten opzichte van de Europese gemiddelde overlevingskans na vijf jaar voor maagkan-

Soort kanker	Europa (%)	West-Europa (%)	Nederland (%)
maagkanker	25,1	28,1	20,4
darmkanker	57,0	60,5	58,1
anale kanker	55,8	60,1	59,0
longkanker	13,0	14,8	13,4
huidkanker	83,2	87,6	88,4
borstkanker	81,8	83,9	84,5
eierstokkanker	37,6	40,5	39,9
prostaatkanker	83,4	88,1	83,4
nierkanker	60,6	64,6	52,7
non-Hodgkin-lymfoom	59,4	62,5	59,3

Afbeelding 10.1. Overlevingskans na vijf jaar voor diverse vormen van kanker in Europa, West-Europa en Nederland 2000-2007

Noot: West-Europa = Oostenrijk, België, Frankrijk, Duitsland, Zwitserland, Nederland.

Bron: R. de Angelis et al 2014, 'Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EUROCARE-5. A population-based study', *Lancet Oncol* 15, p. 23-34.

ker scoort Nederland met 20,4 procent slechter dan Europese landen (25,1 procent) en veel slechter (28,1 procent) dan de West-Europese landen. Dat is ook het geval voor nierkanker en non-Hodgkin-lymfoom. Voor de overige vormen van kanker scoort Nederland beter dan Europa en slechter dan West-Europa.

Er zijn aanwijzingen, zo stelt de genoemde commissie van de KWF Kankerbestrijding, dat de kwaliteit van zorg binnen Nederland niet overal gelijk is. Zij wil het zorgaanbod waar mogelijk spreiden en waar nodig concentreren. De commissie constateert op basis van de literatuur dat er bij tal van tumoren een relatie bestaat tussen het aantal patiënten en ingrepen per arts en per ziekenhuis enerzijds en de overlevingskans van de patient anderzijds. Zowel de grootte van het ziekenhuis als het aantal tumoroperaties per specialist hebben invloed op deze overleving. De literatuur is naar de mening van de commissie chirurgisch gekleurd, terwijl de vooruitgang in de oncologische zorg de laatste decennia vooral is gebaseerd op het combineren van chirurgische behandelingen met radiotherapie en systemische therapie zoals chemokuren. Er is bovendien slechts een zeer beperkt aantal studies waarin andere dimensies van kwaliteit dan overleving worden geanalyseerd. De commissie wijst erop dat de grootte van het ziekenhuis, de status (academisch/niet-academisch), de aanwezige infrastructuur en de mate van specialisatie geen garantie bieden op een hogere overlevingskans. Steeds moeten bij spreidingsbesluiten ook de overlevingskansen in het verleden een rol spelen, zo stelt de commissie en ik met haar.

Bij het onderscheid hoog/laag volume merk ik op dat bij een laag volume in een ziekenhuis resultaten geen rol kunnen spelen in de besluitvorming voor concentratie of niet. De getallen zijn te klein om betrouwbare uitspraken te doen. Eén extra complicatie en het ziekenhuis springt er al negatief uit. Het minimumcriterium heeft in sommige ziekenhuizen geleid tot *gaming*: ruimere indicatiestelling en verschrijven van diagnose (hoog maagcarcinoom werd bijvoorbeeld slokdarmkanker). De volume-kwaliteitdiscussie heeft grote consequenties voor ziekenhuisland en is een belangrijke driver voor de recente fusiegolf van ziekenhuizen. Ik merk op dat kankerpatiënten bereid zijn verder te reizen indien concentratie betere kwaliteit van zorg oplevert.[20] Meer dan 50 procent is bereid minimaal twee uur extra te reizen.[21] Eind 2013 voldeden vele ziekenhuizen nog niet aan de minimumnormen van de Stichting Oncologische Samenwerking (Soncos).[22]

DE IGZ STELT VIER VOORWAARDEN AAN ONCOLOGISCHE ZORG

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kwam in 2009 met een advies[23] dat tot vele discussies leidde tussen professionals in de kankerzorg. De uitkomsten van het advies stemden veld en beleid niet vrolijk. De IGZ constateerde onvoldoende randvoorwaarden bij de verwijzende ziekenhuizen, onvoldoende werken volgens richtlijnen en gebrekkige informatieoverdracht. Zij adviseerde op basis van haar bevindingen vier maatregelen. Ten eerste moeten patiënten kunnen rekenen op één aanspreekpunt in de keten waarmee zij afspraken maken over de behandeling. Dit aanspreekpunt is in iedere periode van zorg in het patiëntendossier traceerbaar en bij de patiënt bekend. Ten tweede moet er één persoon in de keten zijn die overzicht heeft over het behandelingstraject van de patiënt en die de opdracht heeft bij te sturen als het functioneren van de keten dat noodzakelijk maakt. Deze persoon heet hoofdbehandelaar. Ten derde hoort er per patiënt één up-to-date behandelplan te zijn. Ten vierde moet er, aldus de IGZ, geïntegreerde dossiervoering rond de behandeling aanwezig zijn. Deze is toegankelijk

en beschikbaar voor alle betrokken zorgverleners in het behandelingstraject.

In de aanbiedingsbrief bij het hier besproken rapport signaleert inspecteur-generaal Van der Wal een paradox: 'Vrijwel alle betrokken groepen herkennen de conclusies en zien grote voordelen bij verbetering. Tegelijkertijd is het proces zo complex geworden dat niemand voldoende grip op het proces heeft om de noodzakelijke eerste stappen te zetten. Het ontbreken van die regie is een logisch gevolg van die complexiteit, niet van persoonlijk disfunctioneren. Het heeft culturele aspecten, zoals de gewoonte om collega's niet op fouten aan te spreken. Het heeft juridische aspecten, zoals de beperkingen van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Hierbij kan er geen behandelingsovereenkomst zijn op ketenniveau, terwijl de behandeling vooraan in het proces behandelaars later in het traject inhoudelijk bindt. Het heeft ICT-aspecten, zoals het nog niet kunnen realiseren van een dossier dat met de patiënt meegaat.'

DE ZORGSTANDAARD KANKER BUNDELT ALLE RICHTLIJNEN

In aansluiting op dit rapport van de IGZ en van het eerder besproken rapport van de KWF Kankerbestrijding kwam in februari 2014 de bijna definitieve versie 3.0 van de Zorgstandaard Kanker gereed.[24] Het document, opgesteld door vele organisaties van professionals en patiënten, beschrijft de wenselijke inhoud en organisatie van de oncologische zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Belangrijke meerwaarde van de zorgstandaard is dat deze een kader biedt waarmee bestaande en nieuwe kwaliteitsinstrumenten gebundeld worden voor de gehele zorgketen in het gehele ziektetraject van de patiënten. In de Zorgstandaard Kanker staat op hoofdlijnen de inhoud van de zorg- en dienstverlening beschreven in de fase van preventie en vroege onderkenning, diagnostiek, behandeling, nazorg en palliatieve zorg. De inhoud is beschreven op basis van geautoriseerde richtlijnen voor oncologische zorg van beroepsgroepen en vastgestelde kwaliteitscriteria van wetenschappelijke beroepsgroepen en patiëntenorganisaties. De zorgstandaard bevat ook nieuwe aspecten die in de praktijk nadere uitwerking behoeven, zoals het individuele zorgplan en ondersteuning van zelfmanagement. De zorgstandaard biedt vijf kwaliteitsindicatoren die per tumorsoort en doelgroep uitwerking behoeven. Het zijn:

1 De patiënt heeft een individueel zorgplan.
2 Vastgelegd is wie de hoofdbehandelaar is, wie verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie en wie het vaste aanspreekpunt is.
3 De zorgaanbieder neemt deel aan een landelijke zorginhoudelijke registratie (indien beschikbaar).
4 De zorgaanbieder neemt deel aan patiëntervaringsonderzoek met behulp van de '*consumer quality index*'-vragenlijst kankerzorg.
5 De zorgaanbieder neemt deel aan patiëntervaringsonderzoek met behulp van een vragenlijst voor *patient reported outcome measures* (PROM's).

10.4 KOSTEN VAN ONCOLOGISCHE ZORG: GROTENDEELS EEN TERRA INCOGNITA

Het RIVM schat de totale kosten van oncologische zorg in 2007 op 3 miljard euro.[25] Dit komt neer op 4 procent van de totale kosten van de gezondheidszorg. Binnen de zorg voor kanker werd in 2007 het meest uitgegeven aan ziekenhuiszorg (62,5 procent), op grote afstand gevolgd door kosten voor genees- en hulpmiddelen (16,7 procent) en ouderenzorg (11,0 procent). Buiten deze kosten valt de hulp door alternatieve genezers.

Van de bevolking maakte 5,7 procent in 2012 gebruik van hun hulp.[26] Ik vermoed dat zich daaronder veel kankerpatiënten bevinden.

Het aantal ziekenhuisopnamen in verband met kanker bedroeg 151.500 (77.600 mannen en 73.900 vrouwen). Het aantal dagopnamen voor kanker is in de periode 1995-2010 toegenomen met ruim een factor vier voor mannen en bijna een factor zes voor vrouwen.

Dit zijn de enige gegevens die ik over de kosten van kankerzorg in Nederland heb kunnen vinden. Een kortdurende literatuurstudie, uitgevoerd voordat ik dit hoofdstuk schreef, leverde nog enkele studies op over kosten van kankerzorg in het buitenland.

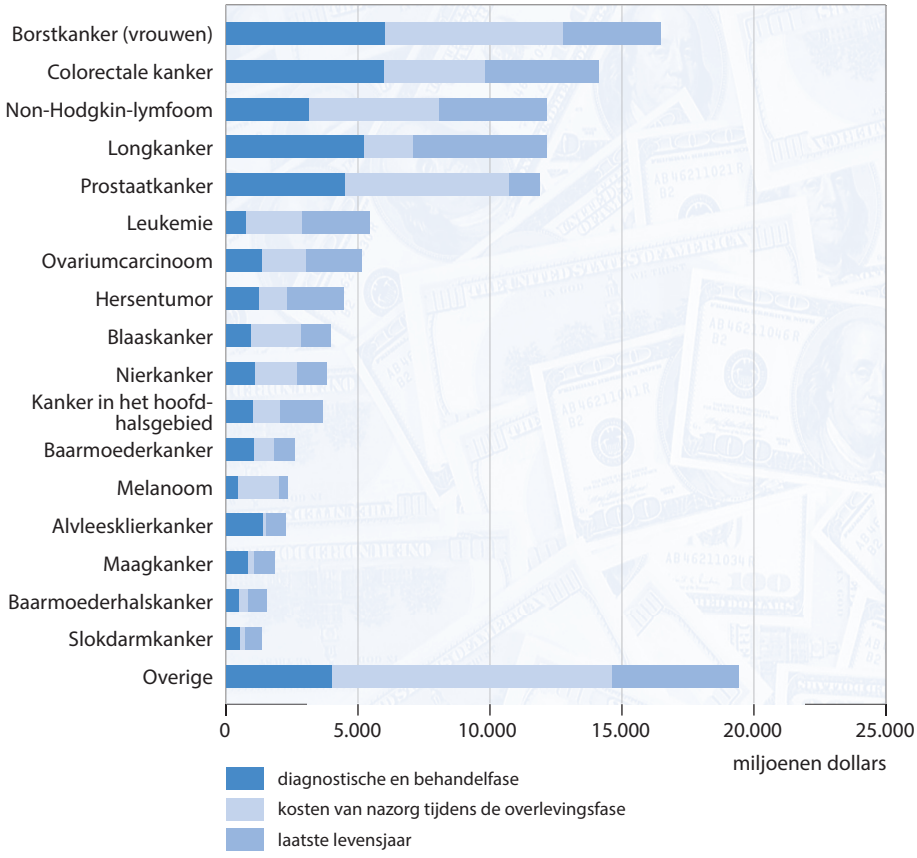
Een Oxfordse onderzoeksgroep publiceerde in 2013 de kosten van kanker voor de Europese Unie (EU).[27] Kanker kostte de EU in 2009 in totaal 126 miljard euro. 40 procent daarvan betrof de kosten van professionele zorg, 34 procent productiviteitsverlies vanwege overlijden jonger dan 65 jaar, 18 procent mantelzorg en 8 procent ziekte-uitkeringen. Longkanker had een aandeel van 15 procent in die 126 miljard, gevolgd door borstkanker (12 procent), darmkanker (10 procent) en prostaatkanker (7 procent). De Amerikaanse onderzoekers van het National Institute of Health schatten dat de kosten van oncologische zorg in de Verenigde Staten van 2010-2020 stijgen met 27 procent indien de incidentie, de overlevingskans en de kosten per patiënt constant blijven.[28] De stijging wordt dan alleen veroorzaakt door de te verwachten verandering in de leeftijds- en geslachtsverdeling van de bevolking. Als zij trends in incidentie, hogere overlevingskans, hogere nazorgkosten en hogere normen voor palliatieve zorg meenemen, komen zij op een groei van 39 procent van 2010-2020. Voor het jaar 2010 berekenden zij per type kankerpatiënt wat de kosten zijn gedurende de diagnostische en behandelingsfase, tijdens de nazorgfase en tijdens het laatste levensjaar (afbeelding 10.2).

In een ander artikel[29] onderscheidt dezelfde groep auteurs een U-curve in de kosten van oncologische zorg (afbeelding 10.3). Voor patiënten die drie jaar overleven, bedragen de kosten gedurende de eerste maand bijna 16.000 dollar. Deze dalen tot minder dan 2.000 dollar per maand aan nazorg in de periode van 12-24 maanden. Daarna stijgen ze weer tot bijna 8.000 dollar per maand gedurende het laatste levensjaar.

Wie de doelmatigheid van kankerzorg in Nederland bestudeert, heeft behoefte aan vergelijkbare gegevens voor Nederland als getoond in de afbeeldingen 10.2 en 10.3. Ik geef met voorbeeldvragen aan waarom. Stel dat de genoemde groei van 39 procent van 2010-2020 voor Amerikaanse oncologische zorg ook voor Nederland opgaat, dan ligt er een groot probleem voor wie de kostengroei in ziekenhuizen in de komende jaren stabiel wil houden. Voor een econoom is de vraag aan de orde welke oncologische interventies het hoogste nut hebben. Opties (die of de incidentie en sterfte aan kanker op termijn verlagen of bijwerkingen en symptomen verminderen) zijn achtereenvolgens:

1 een grootschalige stoppen-met-rokencampagne;
2 het uitbreiden van bestaande en het opzetten van nieuwe screeningsprogramma's;
3 het introduceren van *personalized medicine*[30] die op basis van genetische informatie specifieke medicatie voor kankerpatiënten mogelijk maakt;
4 het introduceren van protonenbestraling;
5 het verbeteren en intensiveren van nazorg aan kankerpatiënten; en
6 het verbeteren van de palliatieve zorg.

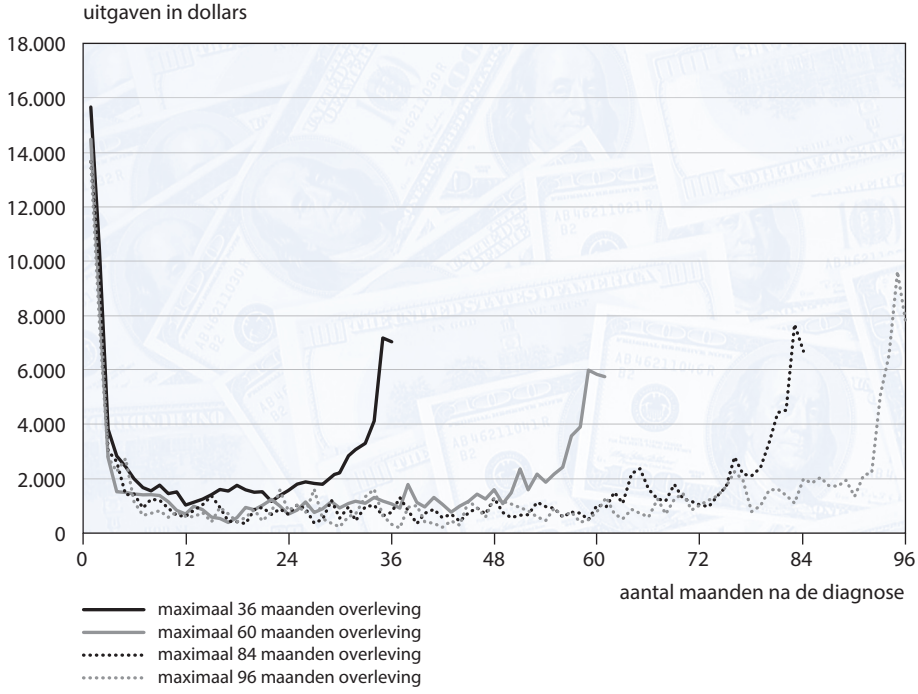
Er vindt economisch gezien een evenwichtige besteding plaats over al deze opties indien het grensnut van elke optie hetzelfde is. Ik licht met een voorbeeld toe wat grens-



Afbeelding 10.2. Totale kosten van Amerikaanse kankerpatiënten in de diagnostische en behandelfase, de overlevingsfase en gedurende het laatste levensjaar in 2010
Bron: Mariotto et al. (2011), *J Natl Cancer Inst 103*, p. 117-128.

nut inhoudt. Stel dat de gezamenlijke partijen in de oncologische zorg 100 miljoen extra kunnen uittrekken voor één of meer van de genoemde bestedingsopties. Indien aangewend voor optie 1 (stoppen met roken), levert deze 100 miljoen als grensnut op dat de kankerincidentie met x procent daalt. Indien aangewend voor optie 2 (meer screening) is dat grensnut twee keer zo hoog. Een econoom kiest dan voor aanwending van de 100 miljoen voor optie 2 totdat het grensnut daarvan gelijk is geworden aan dat van het stoppen-met-rokenprogramma. Hier geldt de wet van de afnemende meeropbrengsten. *Comparative health effectiveness research*[31 32] beoogt op basis van vergelijkende cohortstudies verschillende opties, zoals de hier genoemde verdelingsvraagstukken in de zorg, economisch en rationeel op te pakken. Het klopt dat verdelingen over de genoemde opties in werkelijkheid tot stand komen op basis van emoties, macht, historie en aanwezige wetten en regels. Maar de grensnuttheorie, de comparative effectiveness research, en de in paragraaf 5.3 reeds behandelde budget-impactanalyse bieden een mogelijkheid tot een meer rationele benadering.

De vermelde bedragen in afbeelding 10.2 en 10.3 zijn uitkomsten van vele berekenin-



Afbeelding 10.3. Kosten per maand van Amerikaanse patiënten met darmkanker
Bron: Yabroff et al. (2009), *J Med Care 47* (7 Suppl 1), p. S56-S63.

gen en kostenverdelingen. Dit was mogelijk omdat de gegevens uit één bron kwamen, te weten de Medicare-administratie. Het vergelijken van de kosten van oncologische zorg, berekend in verschillende wetenschappelijke artikelen, is niet te doen.

Dit toonden de eerdergenoemde Yabroff en collega's in 2007 aan.[33] Zij onderzochten 60 oncologische kostenstudies gepubliceerd in de periode 1995-2006. Zij vonden een grote heterogeniteit in onderscheiden zorgaanbieders, onderzoekspopulaties, meetmethoden van kosten en onderzoeksdesigns. Ook de Ierse onderzoekers O'Ceilleachair en collega's signaleerden een grote heterogeniteit. Zij gebruikten als voorbeeld kostenstudies over dikkedarmkanker.[34] Zij vergeleken 26 studies uit de periode 2000-2011. Deze onderzoekers signaleerden grote verschillen in onderzoeksopzet, databronnen (patiënt of zorgprofessional?, zorgverzekeraar of zorgaanbieder?), geanalyseerd zorggebruik (alleen ziekenhuiskosten of niet?), epidemiologische benadering (alleen nieuwe patiënten of alle levende patiënten?), gehanteerde tijdshorizon (alleen de diagnostische en behandelfase of alle kosten tijdens de levensloop), top-downbenadering (vanuit nationale bestanden) of bottom-upbenadering (vanuit de boekhouding van zorginstellingen en professionals), alleen zorgkosten of ook kosten van arbeidsverzuim? En alleen zorgkosten of ook extra kosten voor de patiënt en diens mantelzorgers? In een monografie in 2013 doen zij een voorstel voor standaardisering van kostenberekeningen voor de oncologische zorg.[35]

Voor Nederland zijn alleen tariefbetalingen van zorgverzekeraars beschikbaar van Vectis, het centrum voor informatie en standaardisatie voor zorgverzekeraars. Het be-

treffen kosten van zorgverzekeraars en niet van zorgaanbieders zoals ziekenhuizen. Voor een groot deel betreffen deze kosten de betalingen per diagnosebehandelcombinatie (DBC) van ziekenhuizen ofwel de inkomsten van de ziekenhuizen die zij verwerven voor diagnostiek en behandeling van kankerpatiënten. Deze weerspiegelen niet per se de kosten die ziekenhuizen maken. Zo kan het zijn dat ze op sommige oncologische DBC's verlies maken en op andere winst. Ze zijn daarom minder geschikt om de kostendoelmatigheid per ziekenhuis te beoordelen. Het maken van vergelijkende grafieken tussen ziekenhuizen en per zorgfase van de kankerpatiënt heeft vooral zin als ze gebaseerd zijn op de kostenadministratie van de zorgaanbieders. Hier ligt een taak voor IKNL en organisaties van zorgaanbieders.

10.5 SPREIDING VAN ONCOLOGISCHE ZORG HEEFT (DIS)ECONOMIES

Het in paragraaf 10.3 genoemde KWF-rapport over concentratie van kankerzorg besteedt geen aandacht aan doelmatigheid van de kankerzorg. Toch zijn spreiding en concentratie van het aanbod van producten ook een onderwerp van doelmatigheidsstudies. Binnen de economische wetenschap staat het vraagstuk bekend onder de termen *(dis)economies of scale* en *(dis)economies of scope*.

Schaalvoordelen (economies of scale) ontstaan indien de kosten per eenheid product dalen bij een grotere productie. Schaalnadelen komen naar voren indien deze kosten stijgen. Economen zijn altijd op zoek naar de productieomvang waarbij de kosten per eenheid product het laagste zijn. Dit vraagstuk heet professioneel ook wel het zoeken naar *the optimal size of the firm*. Schaalvoordelen ontstaan indien arbeidsdeling en specialisatie van professionals leidt tot hogere productiviteit. Ook komen zij naar voren indien de bezettingsgraad van apparatuur, gebouwen en andere duurzame productiegoederen toeneemt. Schaalnadelen ontstaan indien de extra kosten van management, communicatie en integratie de besparingen van de schaalvoordelen overtreffen.

Economies of scope ontstaan indien een zorgaanbieder zich richt op een en dezelfde doelgroep van patiënten, bijvoorbeeld op kinderen met kanker. Er is dan sprake van een focuskliniek. Alle professionals en accommodaties kunnen zich dan richten en specialiseren op die ene doelgroep. Diseconomies of scope ontstaan indien de doelgroep verder moet reizen om de aanbieder te bereiken en ook als de investeringen in apparatuur hoger worden per eenheid product. Zo zal een kinderkankercentrum niet zo snel eigen laboratoria voor bijvoorbeeld genetisch onderzoek ontwikkelen. Ik merk op dat een focuskliniek wel gericht is op één doelgroep maar niet per se een grote organisatie vormt. Daarom is het van belang (dis)economies of scale te onderscheiden van (dis)economies of scope.

TRANSACTIEKOSTEN VAN ONCOLOGISCHE ZORG ZIJN HOOG

Na lezing van de Zorgstandaard Kanker en de daaraan voorafgaande rapporten kwam bij mij de associatie naar voren met de problematiek waarover de transactiekostentheorie van Williamson gaat. Transactiekosten zijn kosten om tot een transactie te komen. Zij kwamen in paragraaf 1.2 reeds aan de orde. Ik licht deze kosten hier toe met voorbeelden uit de oncologische zorg. Eronder vallen het regelen van een afspraak bij de huisarts, het schrijven van een verwijsbrief, het regelen van het eerste consult bij de oncoloog, het vervoer van de patiënt naar het ziekenhuis, het invullen van het patiëntendossier: al deze handelingen zijn nodig om de transactie, in casu de diagnostiek en behandeling, mogelijk te maken.

Er bestaan drie soorten transactiekosten. Ten eerste de zoek- en informatiekosten, bijvoorbeeld voor een behandelend oncoloog om aan informatie te komen over toe te passen richtlijnen. Ten tweede zijn er contractkosten, bijvoorbeeld kosten om tot ketenafspraken te komen over verwijzing en ontslag van kankerpatiënten. De derde soort betreft: a. de controle- en nalevingskosten die moeten worden gemaakt om er zeker van te zijn dat alle partijen zich aan de afspraken houden, alsmede b. de kosten die men maakt om actie te ondernemen tegen een partij die zich niet aan de voorwaarden houdt. Onder de derde soort transactiekosten vallen bijvoorbeeld de kosten om een gezamenlijk digitaal patiëntendossier rond de kankerpatiënt te organiseren en het ondernemen van actie als dat niet goed gebeurt.

Het concept transactiekosten werd breed bekend dankzij Williamsons werk *Transaction Cost Economics* in 2002, waarvan in 2008 een goed leesbare samenvatting verscheen in artikelvorm.[36] Zijn basistheorie is dat de transactiekosten toenemen naarmate de afhankelijkheid tussen de transactiepartners groter wordt. Bij weinig afhankelijkheid volstaat marktwerking, bij grotere afhankelijkheid gereguleerde marktwerking en bij zeer grote afhankelijkheid komt fusie of overheidsregulering aan de orde.

Zelf leerde ik de transactiekostentheorie goed kennen via mijn promovenda Brandenburg die met deze theorie transacties tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars beschreef.[37] Zij signaleerde diverse knelpunten in de transacties:

1 onduidelijke of onvoorspelbare wet- en regelgeving;
2 te geringe afhankelijkheid ten opzichte van elkaar;
3 gebrek aan vertrouwen tussen de transactiepartners; en
4 te weinig kennis over elkaar.

Om de transactiekosten te verlagen onderscheidt Brandenburg twee mogelijkheden. De eerste is het werken met gedetailleerde contracten om het derde en vierde knelpunt te ondervangen. Deze optie leidt tot hoge transactiekosten. De andere optie is het alles-in-een-contract. Hierbij wordt alle zorg aan één patiëntengroep in één keer gecontracteerd. In hoofdstuk 1 vormt het abonnementstarief binnen de cappuccinofinanciering een toepassing van dit alles-in-een-contract. Lezing van het geciteerde IGZ-rapport doet mij vermoeden dat de transactiekosten in de oncologische zorg niet op te brengen zijn binnen de bestaande diagnosebehandelcombinaties. Ze komen uitvoerig aan de orde in hoofdstuk 15. Mede daardoor functioneren de ketens onvoldoende. Blijkbaar is hier het patiëntenbelang ondergeschikt aan het belang van professionals, zorginstellingen en geld. Ketenzorg in de oncologie vereist aandacht voor de drie onderscheiden soorten transactiekosten: de zoek- en informatiekosten, de contractkosten en de controle- en nalevingskosten. Zij horen opgenomen te zijn in het abonnementstarief voor de gehele oncologische zorg. In paragraaf 10.9 kom ik hierop terug.

Op dit moment hebben gezondheidseconomen de transactiekosten in de oncologische zorg nog niet in kaart gebracht. Evenmin hebben zij dat gedaan voor de kosten en besparingen door (dis)economies of scale en (dis)economies of scope. Ik pleit aan het einde van deze paragraaf voor dergelijke kostenvergelijkingen en ook voor studies die per zorgfase de kosten van oncologische zorg in kaart brengen. Deze zouden moeten plaatsvinden naast de al eerdergenoemde comparative effectiveness research, en de budget-impactanalyse. Alleen indien patiënten, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, instellingen in de oncologische zorg alsmede regering en parlement hierover beschik-

ken, kan een waarachtige afweging ontstaan over grote maatschappelijke vraagstukken zoals prioriteitenstelling in de kankerzorg en de *optimal size of the cancer firm*. Hier ligt een uitdaging voor het IKNL om samen met zorgverzekeraars studies uit te voeren voorafgaande aan samenhangende economische beslissingen over omvang, concentratie en prioriteiten in de oncologische zorg.

10.6 PROFESSIONELE INNOVATIES IN DE ONCOLOGISCHE ZORG

Net zoals in de andere hoofdstukken volgt hieronder, na de vorige feitelijke en theoretische paragrafen, een bespreking van innovaties in de oncologische zorg met invloed op de kostenontwikkeling. Leidraad hierbij is de opsomming in afbeelding 10.4. Ik begin de bespreking met personalized medicine.

Moleculaire biologie betreft het begrijpen van de vorm en het gedrag van cellen, organen en organismen vanuit de kleinste eenheden: de moleculen. Dat betreft vooral het DNA waarin de erfelijke informatie van de cel is opgeslagen. Iedere dag komt hierover nieuwe informatie ter beschikking. Hier is sprake van een revolutie en het kan haast niet anders of deze informatie gaat de oncologische en overige zorg ingrijpend veranderen. Een voorbeeld: borstkanker komt in sommige families veel vaker voor dan in andere. Dat komt door een bepaalde mutatie in het DNA. Vrouwen in deze families kunnen op voorhand vernemen of ze wel of niet drager zijn van de mutatie. Dat geeft zekerheid aan vrouwen die niet drager zijn en vrouwen die wel drager zijn kunnen maatregelen nemen. Met deze zinnen vat ik een heldere beschouwing samen van medisch-oncoloog Blijham.[38] Ook de rest van mijn betoog in deze paragraaf is (mede) hierop gebaseerd. Indien de aanleg voor ziekten beter te begrijpen is door de werking van het DNA, zijn gericht medicijnen te ontwikkelen. Dat kan bijvoorbeeld in de casus

Productinnovaties (paragraaf 10.6)
Personalized medicine, duur of toch goedkoop?
Protonentherapie afwegen tegen andere opties
Nacontroles alleen bij wetenschappelijk bewijs
Procesinnovaties (paragraaf 10.7)
Sneldiagnostiek, een uitkomst voor wie geen kanker heeft
Zorgpaden, ze zijn er! Maar nu ondersteunen met software
Casemanagers, wat gaan ze doen en wat is hun positie?
De multidisciplinaire oncologische afdeling, een innovatie die zich niet verspreidde
Oncologische revalidatie naar eerste lijn
Managed clinical networks, een goede stap voorwaarts
Systeeminnovaties (paragraaf 10.8 en 10.9)
Shared decision-making op basis van keuzehulpen
Het cappuccinomodel in de oncologische zorg

Afbeelding 10.4. Innovaties in de kankerzorg

van Emmy aan het begin van dit hoofdstuk. Haar borstkanker ontstaat door een afwijking in het DNA: stukjes van de chromosomen bleken van plaats verwisseld. Op basis van deze kennis zijn specifieke geneesmiddelen te ontwikkelen die deze kanker afremmen. Het gebruiken van medicijnen op basis van kennis van het persoonlijke DNA van de patiënt heet *personalized medicine*.[39] Dit betekent dat als bijvoorbeeld dertig tot veertig genmutaties longkanker kunnen veroorzaken, er ook veertig verschillende geneesmiddelen nodig zijn. Het ontwikkelen van dergelijke *biologicals*, niet op chemische wijze zoals in de traditionele farmaceutische industrie maar door biologisch opkweken, is uitermate kostbaar en gaat de kosten van de oncologische zorg (en de rest van de gezondheidszorg) verhogen én verlagen. Die verlaging kan optreden indien chemokuren niet meer worden voorgeschreven aan patiënten met een ongeschikt DNA-patroon. Ervaringscijfers leren immers (er zijn officiële statistieken hierover) dat slechts 30 procent van de chemokuren geen effect heeft. Voor de farmaceutische industrie betekent dit een grote verandering: zij moet niet meer één middel ontwikkelen voor zoveel mogelijk patiënten maar vele middelen voor specifieke patiënten met specifieke genmutaties.

PROTONENTHERAPIE NIET TE SNEL INVOEREN

Bestsellerauteur Mukherjee geeft in zijn biografie van de ziekte kanker aan dat sinds 1900 vele modes binnen de kankerzorg optraden: tijdelijk vertrouwen in nieuwe behandelvormen die later toch weer geen doorbraak vormden. De chirurgie had haar radicale amputaties, de radiologie haar allesgenezende bestralingen en de internist veelbelovende medicatie zoals Taxol. En iedere keer bleef de keizer aller ziektes, aldus Mukherjee, de professionals de baas. Of dat ook gaat gebeuren met protonentherapie is niet duidelijk. Protonentherapie is een nieuwe vorm van radiotherapie waarbij kanker niet met röntgenstralen maar met geladen deeltjes bestraald wordt. De fysische eigenschappen van protonen maken, in vergelijking met de gangbare fotonen (= hoogenergetische röntgenstraling), een betere fysische dosisverdeling mogelijk. Hierdoor kan de dosis in de normale weefsels minimaal gehouden worden en de frequentie en ernst van acute en late bijwerkingen worden verminderd. Dit kan leiden tot een effectievere en minder schadelijke bestralingstechniek en maakt een hogere dosis mogelijk. De Gezondheidsraad stelt vast op basis van literatuurstudie en gesprekken met experts dat voor enkele tumoren de protonentherapie aantoonbaar beter werkt: bij melanomen van het oog, tumoren van de schedelbasis, enkele tumoren van het centraal zenuwstelsel alsook bij sommige kindertumoren. In Nederland betrof dat in 2009, aldus de Gezondheidsraad, zo'n 252 patiënten per jaar. Daarnaast signaleert de Gezondheidsraad een aantal tumoren zoals longkanker en prostaatkanker waarvoor de gerichte bestraling ook gunstig werkt ten opzichte van de gebruikelijke zorg. De Gezondheidsraad verwacht voor 2015 dat 9.500 patiënten in Nederland behoefte hebben aan protonentherapie. In 2009 bestonden er 8 protonencentra in Europa en waren er vele in aanbouw. Er werden in 2009 meer dan 50.000 patiënten op de wereld behandeld. Vergelijkende cohortstudies over deze 50.000 patiënten zijn op PubMed niet beschikbaar. Wel een aantal kleine clinical trials over enkele hier genoemde tumoren. De Gezondheidsraad pleit ervoor om deze centra gedurende de eerste jaren in te zetten voor wetenschappelijk onderzoek om te komen tot de juiste indicaties voor deze therapie.

Gelet op het advies van de Gezondheidsraad en de afwezige financiële groei voor de komende jaren, pleit ik ervoor besluitvorming over de protonencentra in te bedden in een brede prioriteitstelling op basis van cost-of-illness-studies en comparative health

effectiveness research. Paragraaf 10.3 beschreef reeds de gang van zaken hierbij. Totdat de uitkomst daarvan duidelijk is, pleit ik voor de introductie van één protonencentrum in Nederland voor vooral experimenteel wetenschappelijk gebruik.

NACONTROLES DOEN: ALLEEN BIJ WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

Per tumorsoort bestaat er een schema voor terugkeerafspraken bij de specialist tijdens de overlevingsfase van de patiënt. Een dergelijk aanbod wordt aangeduid als nacontrole. De optimale inhoud, frequentie en duur van nacontrole zijn onduidelijk, aldus een advies hierover van de Gezondheidsraad.[40] De bestaande klinische richtlijnen geven weliswaar aan wat gebruikelijk is op basis van ervaring, maar onderkennen daarbij een groot gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing bij de meeste frequent voorkomende tumoren. Alleen nacontroles bij darmkanker zijn bewezen effectief. De onderbouwing van nacontrole bij borstkanker is veel minder sterk dan bij dikkedarmkanker, aldus de Gezondheidsraad op basis van een uitgebreide literatuurstudie. De nacontroles belasten patiënten. Ze leveren stress en angst op en bevestigen de patiëntenrol. De casus van Emmy aan het begin van dit hoofdstuk illustreert deze stress. Aan de andere kant zijn sommige patiënten gehecht aan de zekerheid van regelmatig contact met de zorgverlening en aan de geruststelling bij een gunstige uitslag. De Gezondheidsraad – en ik in zijn kielzog – beveelt aan dat voortaan nacontroles alleen plaatsvinden bij voldoende wetenschappelijk bewijs dat deze tot een zinvolle interventie kunnen leiden. De Gezondheidsraad gaat niet in op de verleiding die de DBC-betaling aan ziekenhuis en behandelend specialist oplevert om nacontroles voort te zetten. Een DBC openen voor een nacontrole van tien tot twintig minuten is een aantrekkelijke inkomstenbron, zeker indien vele patiënten daaraan ook gehecht zijn. Beiden hebben baat, maar verspillen toch tijd en geld.

10.7 PROCESINNOVATIES IN DE ONCOLOGISCHE ZORG

Bij sneldiagnostiek (zie afbeelding 10.4, de eerstgenoemde procesinnovatie) staat de patiënt met verdenking op kanker centraal. Doel is het aantal slapeloze nachten van patiënten met verdenking op kanker zoveel mogelijk te reduceren. De eerste prestatienorm is dat 100 procent van de patiënten binnen één tot vijf dagen de uitslag van hun diagnose krijgt. De tweede prestatienorm eist dat dit gebeurt binnen 24 uur bij 80 procent van de patiënten. Van belang is dat vóór het eerste consult met de specialist alle data van de verwijzende huisarts of screeningsinstantie al beschikbaar zijn. Hierdoor is de diagnose eerder mee te delen en kan een behandelplan eerder van start gaan. Prototype van sneldiagnostiek was reeds in 1995 de mammapoli in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft: de doorstroomtijd van 4-6 weken voor de diagnostiek van borstkanker werd na herontwerp van het diagnostische proces teruggebracht tot een halve dag; vandaag opbellen, morgen om 12.30 uur de uitslag: kanker of geen kanker. Vele ziekenhuizen hebben dit voorbeeld gevolgd, ook voor andere vormen van diagnostiek. In 2011 is het programma Sneldiagnose bij kanker gestart bij vier instellingen: UMC Utrecht, Antoni van Leeuwenhoek, UMC St Radboud en het VUmc. Dat gebeurde op initiatief van stichting Alpe d'HuZes en gefinancierd door KWF Kankerbestrijding. Inmiddels is al in meer ziekenhuizen sneldiagnostiek mogelijk.

Hoe zeer ik het initiatief van sneldiagnostiek ook waardeer, ik ontkom niet aan drie kritische opmerkingen. Ten eerste heeft er geen evaluatieonderzoek naar het behalen

van de genoemde prestatienormen plaatsgevonden. Ik heb twee dagen op het internet gezocht naar evaluatiestudies: ze zijn niet gepubliceerd in tijdschriften of eigen rapporten van onderzoekers. In Denemarken, met gelijke problemen, verscheen over versnelling van de diagnostiek wel een grote evaluatiestudie.[41] Mijn tweede kanttekening betreft het feit dat niet alle patiënten gelukkig zijn met sneldiagnostiek. Wellicht hadden sommigen eerst van de schrik willen bekomen en iets later de diagnose laten stellen. Mijn derde kanttekening betreft het ontbreken van een derde prestatienorm: het starten van de behandeling na de sneldiagnostiek binnen enkele weken. Er blijkt nogal eens een wachttijd van meer dan een maand te bestaan tussen de dag van de sneldiagnostiek en de daaropvolgende chirurgische ingreep, bestraling of start van de chemokuur. Ik merk op dat ik deze waarneming niet met onderzoek kan onderbouwen. Deze kennis heb ik opgepikt op een congres over sneldiagnostiek in 2012. Wat hier misgaat, is dat de sneldiagnostiek niet tot stand kwam als onderdeel van een gezamenlijk oncologisch zorgpad voor het gehele traject van diagnostiek en behandeling. De volgende paragraaf gaat op deze zorgpaden in.

ZORGPADEN ZE ZIJN ER! MAAR NU ONDERSTEUNEN MET SOFTWARE

De laatste jaren zijn voor de meeste tumoren zorgpaden in de oncologie beschreven. Tijdens een workshop van leidinggevende oncologieverpleegkundigen uit vijftien grote ziekenhuizen, die ik voorzat in oktober 2013, kwam dat nieuws naar voren. Ze voorzien in een grote behoefte: ze reduceren de noodzaak tot improvisatie per patiënt, voorkomen misverstanden, reduceren doublures in diagnostiek en versnellen het proces van diagnostiek en behandeling. Hoe de situatie vroeger was, zonder zorgpaden, heeft patiënt- en organisatieadviseur Kuijer opgeschreven in een lezenswaardig boek dat kort na zijn overlijden uitkwam.[42] De regionale integrale kankercentra, met name die van Noord- en Oost-Nederland, hebben zich de afgelopen jaren beijverd om de zorgpaden tot stand te brengen.[43] [44] De theorie, methodiek en randvoorwaarden van zorgpaden komen aan bod in hoofdstuk 13 over planbare zorg. Om het betoog hier niet te onderbreken, laat ik het hier bij de constatering dat er thans zorgpaden bestaan voor de diagnostiek en behandeling van de meeste tumoren.

Toch ben ik als wetenschapper niet helemaal tevreden: mijn glas is halfleeg. Ten eerste betreffen door mij geziene zorgpaden vaak alleen óf de diagnostiek óf de behandeling. Dit kan leiden tot de hierboven genoemde wachttijd voor de behandeling na sneldiagnostiek. Erger is dat soms de verwijscriteria van internisten voor oncologische behandeling door chirurgen en radiotherapeuten niet overeenstemmen met de intakecriteria van laatstgenoemden. Dat leidt dan tot grote samenwerkingsproblemen. Mijn tweede punt van kritiek betreft het ontbreken van softwareondersteuning van de zorgpaden. Zorgpaden hebben nu de rol van burgerlijk wetboek in de samenleving. Bij conflicten tussen zorgprofessionals wordt de beschrijving erbij gehaald en deze biedt normen om elkaar aan te spreken op de kwaliteit van de zorg. Ook hebben zorgpaden de rol van leermiddel voor nieuwe professionals, voor informatieverschaffing aan patiënten en voor kennisontwikkeling binnen het oncologische team. Slechts bij uitzondering is een zorgpad opgenomen in de software van het ziekenhuis. Ik kom tot deze bevinding na analyse van de inzendingen van abstracts van nieuwe zorgpaden die ik als medeorganisator van zorgpadencongressen in de afgelopen jaren moest beoordelen. Staat een zorgproces beschreven in de software, dan is ten eerste beslissingsondersteuning (*decision support*) mogelijk voor arts, verpleegkundige en patiënt. Ten tweede is dan

online (populair gezegd: via een soort Schipholborden) te volgen of de diagnostiek en behandeling binnen de tijdslimieten van het zorgpad blijven. Indien de software zelf waarschuwingen verzendt als de diagnostiek te traag verloopt, levert dit een verhoging van de therapietrouw door behandelaren op, zo blijkt uit een Amerikaanse studie.[45] Ten derde zijn managementrapportages over de afgelopen periode mogelijk met toepassing van *statistical process control* die in hoofdstuk 13 nog aan de orde komt.

CASEMANAGERS, WAT GAAN ZE DOEN EN WAT IS HUN POSITIE?

In 2009 bracht de Inspectie Gezondheidzorg (IGZ) een indringend rapport uit waarin zij vier maatregelen voorstelt. Het kwam al in paragraaf 10.2 aan bod. Na het uitkomen van dit advies zijn alle Nederlandse ziekenhuizen aan de slag gegaan om deze vier maatregelen te realiseren. Enkele ziekenhuizen trachtten de verantwoordelijkheid voor deze vier maatregelen te beleggen bij één persoon, een verpleegkundig specialist, aan te duiden met de term casemanager. Zij stuitten al gauw – zo bleek mij op workshops en congressen – op de verhouding tussen de eerste maatregel (één aanspreekpunt) en de functie psychosociale begeleiding van kankerpatiënten. Het aanspreekpunt, stel een verpleegkundig specialist, geeft die alleen informatie of vangt deze ook de emoties op die ontstaan na het ontvangen van het slechte nieuws? De functie van contactpersoon vereist competenties van invoelingsvermogen en afstandelijke betrokkenheid. Voor de tweede IGZ-maatregel is overzicht nodig en de bevoegdheid om het behandelingstraject bij te sturen. Maar hoe komt een zaalarts of een verpleegkundig specialist aan dat overzicht? Hoe regel je de bevoegdheid om bijvoorbeeld in te grijpen als een maag-darm-leverarts en een chirurg het maar niet eens kunnen worden over de te adviseren behandeling: wel of niet opereren? Deze tweede maatregel vereist competenties van professioneel leiderschap om twee ruziënde zorgprofessionals tot de orde te roepen. Het vereist ook een zekere hardheid en afwezigheid van invoelingsvermogen en afwezigheid van begrip voor professionals die zich niet aan het behandelplan van de hoofdbehandelaar wensen te conformeren. Het is moeilijk deze twee functies bij één persoon te beleggen. Die moet dan in de ene rol zachtheid en in de andere rol hardheid tonen. Dit vraagstuk staat ook wel bekend onder de metafoor: kan een casemanager tegelijk een lieve labrador zijn voor de patiënt en een pitbulterriër voor de zorgprofessionals?

Vijf jaar na het uitkomen van het IGZ-rapport worstelen ziekenhuizen nog steeds met het realiseren van de vier maatregelen. Na kennisneming van literatuur en praktijkervaringen pleit ik ervoor om eerst te komen tot het realiseren van IGZ-maatregelen 3 en 4: tot samenhangende diagnostische en behandelingszorgpaden. Die leiden dan probleemloos tot één zorgplan per patiënt dat past binnen de normen van het zorgpad en dat is vastgelegd in één geïntegreerd, elektronisch patiëntendossier. Zijn maatregelen 3 en 4 eenmaal gerealiseerd, dan wordt de functie van casemanager (een combinatie van maatregel 1 en 2 plus psychosociale begeleiding) haalbaar. Want dan heeft de casemanager overzicht over het behandelplan en kan hij makkelijker zorgprofessionals aanspreken op de normen van het zorgpad. In vakjargon: hij wordt verantwoordelijk voor de uitvoering van de stappen en informatieoverdracht conform het zorgpad.

DE MULTIDISCIPLINAIRE ONCOLOGISCHE AFDELING: EEN INNOVATIE DIE ZICH NIET VERSPREIDDE

In het Arnhemse Rijnstate ziekenhuis startte twintig jaar geleden een multidisciplinaire klinische oncologieafdeling. Aan het hoofd daarvan staat sinds jaar en dag een troika: een internist-oncoloog, een radiotherapeut en een KNO-arts. Nieuwe kankerpatiënten blijven de eerste keer bij de gebruikelijke specialisten: bij voorbeeld de gynaecoloog of de chirurg. Zij worden opgenomen op de eigen afdelingen van deze specialisten. Ontstaan er recidieven of uitzaaiingen, dan gaan deze patiënten over naar de multidisciplinaire afdeling Oncologie (MOA). Op de afdeling verblijven patiënten met verschillende hoofdbehandelaren: bijvoorbeeld longartsen, chirurgen en dermatologen. De overgang van curatieve naar palliatieve zorg vindt op de afdeling geleidelijk plaats. Er is op de MOA grote aandacht voor psychosociale begeleiding. Want de terugkeer van de kanker is een hevige confrontatie met de eindigheid van het bestaan. Vaak is die confronterender dan de eerste keer. Met studenten heb ik de Arnhemse afdeling twintig jaar geleden geëvalueerd. Pluspunten waren de concentratie van oncologische kennis en ervaring, het eenvoudig te realiseren dagelijkse multidisciplinaire overleg en de gemeenschappelijke statusvoering. Groot voordeel op termijn was en is ook de grote ervaring en betrokkenheid van de verpleegkundigen. Zij zijn toegewijd en kiezen er nadrukkelijk voor om deze ernstig zieke patiënten te begeleiden en te verplegen. Nadeel was en is de niet-inpasbaarheid van de afdeling in de ziekenhuisorganisatie. De aan de afdeling verbonden specialisten raakten los van hun oorspronkelijke maatschap. Dit leverde problemen op met:

1 het draaien van nachtdiensten op de gewone en op de oncologische afdeling; en
2 het financieel verdelen van opbrengsten. Soms ontstonden ruzies binnen de maatschap.

Hoofdstuk 16 komt terug op dit dilemma van de indeling van ziekenhuizen naar patiëntengroepen dan wel naar specialismen. Daar staat een pleidooi om de eerste indeling voorop te stellen en kankerpatiënten met recidieven of metastasen bij voorkeur op te nemen op zo'n multidisciplinaire afdeling als in Arnhem.

Het Arnhemse model heeft zich nauwelijks verspreid naar andere ziekenhuizen. Dat komt waarschijnlijk door de slechte inpasbaarheid van de MOA in de organisatiestructuur van de ziekenhuizen en andere van de hierboven genoemde nadelen. Alleen in het Vlietland Ziekenhuis te Vlaardingen is een vergelijkbaar centrum tot stand gekomen. In Arnhem zelf is de afdeling uitgegroeid tot een oncologisch centrum met vele patiënten op multidisciplinaire poli's, in de dagbehandeling en op de opnameafdeling. Het UMC Utrecht startte anno 2013 samen met het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis met een nieuwe divisie Oncologie die lijkt op die in Arnhem.

ONCOLOGISCHE NAZORG NAAR EERSTE LIJN, MAAR NIET DIRECT NA HET ZIEKENHUISONTSLAG

Klachten na behandeling van de tumor, zoals vermoeidheid en blijvende beperkingen, leiden tot een lagere kwaliteit van leven, verminderd functioneren op het gebied van activiteiten in het dagelijkse leven en een verminderde participatie op de arbeidsmarkt. In 2013 publiceerden de Engelse onderzoekers Glaser en collega's een studie naar de kwaliteit van leven van Engelse patiënten in hun overlevingsfase.[46] Die is lager dan die van de Engelsen zonder kanker. Bijna de helft (47 procent) vreest de terugkeer van kan-

ker en 20 procent ervaart beperkingen bij bewegen en andere lichaamsfuncties zoals de stoelgang en het urineren. In een internationaal vergelijkende literatuurstudie stellen Singer en collega's vast dat gemiddeld een derde van de kankerpatiënten psychische problemen heeft die behandeling behoeven.[47] Oncologische revalidatie kan een groot deel van mensen met kanker helpen om de gevolgen hiervan te boven te komen. Het gaat daarbij om advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte (*coping*), herstel, het in stand houden en het verbeteren van de conditie. Het IKNL heeft hiertoe richtlijnen (zie www.oncoline.nl) ontworpen zoals de richtlijn Oncologische revalidatie, de richtlijn Detecteren behoefte psychosociale zorg en de basisrichtlijn Herstel bij kanker. Het programma Herstel en Balans is gebaseerd op deze richtlijnen.[48]

Oncologische revalidatie vormt een onderdeel van de nazorg waaronder ook de eerder besproken nacontrole valt. Belangrijke aanbeveling in de revalidatie is een programmatische aanpak van de nazorg, ondersteund door een nazorgplan voor elke patient. Programmatisch betekent niet dat de behandelaar wacht totdat een patiënt met een klacht op het spreekuur komt, maar dat de zorgprofessional de patiënt op afgesproken tijden actief bevraagt en proactief een plan maakt. Het IKNL pleit ervoor om gevalideerde instrumenten te gebruiken om de ziektelast te meten. De oncologische lastmeter[49] meet lichamelijke, emotionele, spirituele, sociale en praktische problemen (www.oncoline.nl). Vanaf een score van zes is een gesprek met een professional wenselijk. Het instrument is geschikt om tijdens de revalidatie de vooruitgang te meten. Een aanvullende vragenlijst vormt de Hospital Anxiety and Depression (HAD) Scale.[50]

Er moet volgens het IKNL meer onderzoek gedaan worden naar de kosteneffectiviteit van oncologische revalidatie. Het werken met één nazorgplan lijkt op het werken met individuele plannen in de chronische en ouderenzorg (hoofdstuk 8 en 9) en de jeugdzorg (hoofdstuk 6). Wat opvalt bij de lastmeter en de HAD-schaal is dat deze vragenlijsten niet in een dialoog tussen patiënt en zorgprofessional worden opgesteld zoals bijvoorbeeld wel het geval is bij de SPARK in de jeugdgezondheidszorg (zie hoofdstuk 5). Dat is een gemis. Want in een dialoogvragenlijst ontstaat een gesprek over de ongunstige en gunstige scores. Ik pleit daarom voor aanpassing van de lijsten voorafgaande aan brede toepassing ervan.

Gesprekken met experts en bestudering van richtlijnen en literatuur overtuigden mij om de oncologische revalidatie onder te brengen bij de eerste lijn als onderdeel van de activiteiten ten behoeve van mensen met een chronische aandoening. De huisarts treedt hierbij op als coördinator van zorg. Vooral indien een groot deel van de nacontroles verdwijnt, kan de rest naar de eerste lijn. Er zou dan sprake moeten zijn van een geleidelijke overgang. Gedurende de eerste weken na de ziekenhuisopname vindt nazorg op de polikliniek plaats onder leiding van een verpleegkundig specialist. Daarna gaat die over naar de huisarts en wijkverpleegkundige in de eerste lijn. Het is raadzaam dan ook de partner van de kankerpatiënt erbij te betrekken.[51] Het wachten is op een experiment hiermee waarbij zowel de effectiviteit als de kosten in de eerste lijn versus die in een ziekenhuissetting aan de orde komen.

MANAGED CLINICAL NETWORKS: EEN GOEDE STAP VOORWAARTS

Instellingen kunnen ervoor kiezen te participeren in duurzame samenwerkingsverbanden om oncologische zorg aan hun patiënten te bieden. Zo'n samenwerkingsverband ofwel een *managed clinical network* (MCN) is gebaseerd op bindende afspraken. De essentie van die netwerken is dat het niet uitmaakt waar een patiënt het netwerk binnen-

komt: steeds krijgt de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats bij de juiste professional.

Het IKNL is de grote trekker van deze netwerken (zie www.oncoline.nl). De term is afkomstig uit de Engelse National Health Service die voor tal van patiëntengroepen deze netwerken kent. Ze lijken op de samenwerkingsverbanden die in de chronische zorg bestaan. In hoofdstuk 8 staan deze laatste beschreven. MCN's zijn er in vele varianten: van regionale tumorspecifieke netwerken waarbij soms 25 ziekenhuizen betrokken zijn tot overallsamenwerkingsverbanden tussen twee of drie ziekenhuizen. Voor laagvolumetumoren is een gemiddeld werkgebied van anderhalf miljoen patiënten optimaal, zo blijkt uit ervaringen tot nu toe.[52] MCN's bestaan thans voor bijvoorbeeld gynaecologische oncologie, oesophagus- en pancreastumoren, kinderoncologie, hematologie en hoofd-halstumoren. Voor hoogvolumetumoren (mamma, colorectaal, long, prostaat en huid) bestaan samenwerkingsverbanden die gemiddeld een half miljoen inwoners bedienen. In de praktijk ontstaan dan netwerken tussen grote ziekenhuizen en de omliggende algemene ziekenhuizen. Consultdiensten spelen in de MCN's een belangrijke rol, maar kunnen verminderen als door concentratie meer ziekenhuizen expertise in eigen huis hebben. Videoconferencing in (bijna) alle ziekenhuizen heeft gezamenlijke besluitvorming mogelijk gemaakt. Het MCN is naar mijn mening een tijdelijke organisatievorm die voorafgaat aan concentratie en spreiding van oncologische zorg. Tot nu toe heeft het IKNL niet geopperd ook de geldstromen via de MCN's te laten lopen. Er zou dan een vorm van cappuccinobekostiging ontstaan die al aan de orde kwam in de hoofdstukken over geboortezorg, jeugdgezondheidszorg, eerstelijnszorg, chronische zorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Paragraaf 10.8 komt hierop terug.

10.8 SHARED DECISION-MAKING ONDERSTEUND DOOR KEUZEHULPEN

Tot nu toe kwam in dit hoofdstuk de patiëntenoptiek nauwelijks aan de orde. Dat gebeurde alleen in de alinea over de nazorg betreffende een individueel nazorgplan en diverse instrumenten om de nazorgbehoeften actief te peilen. Hieronder ga ik in op het patiëntenperspectief tijdens de diagnose- en behandelfase en tijdens de palliatieve fase. Voor deze fase heeft de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) patiëntenwijzers gemaakt of in voorbereiding: per tumorsoort één patiëntenwijzer.[53] Afbeelding 10.5 geeft een opsomming van de minimale voorwaarden die darmkankerpatiënten zouden moeten laten meewegen voor hun keuze van een behandelcentrum.

Wat opvalt in deze opsomming van de NFK is dat deze elf minimale voorwaarden lijken op die van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Maar het zijn er slechts elf. Verder valt op dat de NFK in het lijstje geen gebruikmaakt van uitkomsten van ervaringsvragenlijsten zoals de CQ-index. Zij stelt niet als minimale voorwaarde dat het ziekenhuis routinematig patiëntervaring meet, hoewel toch is aangetoond dat gebruikmaking hiervan de kwaliteit van oncologische zorg verhoogt.[54] Verder valt op dat deze elf op één na alle betrekking hebben op de proces- en structuurkwaliteit zoals gedefinieerd in afbeelding 1.5. Die ene is een inhoudelijke kwaliteitsparameter namelijk nummer zeven. Wat ook opvalt is dat de NFK geen eisen stelt aan de bereikbaarheid van de zorg. Zij doet dat niet omdat uit eigen onderzoek blijkt dat mensen met kanker kwaliteit van zorg willen en bereid zijn daarvoor te reizen. Meer dan de helft is bereid om minimaal twee uur extra te reizen voor betere zorg of zelfs zo ver als nodig. Op de NFK-website kunnen patiënten melden of het door hen bezochte ziekenhuis inderdaad aan de voorwaarden voldeed. De NFK pleit ervoor dat ziekenhuizen op hun eigen website het wel of niet voldoen aan de elf voorwaarden aangeven.

SHARED DECISION-MAKING BESPAART, MAAR HOE WERKT HET PRECIES?

Shared decision-making (SDM) is vaak aan de orde in de behandelfase en de palliatieve fase. Zowel patiënt als arts zijn daarbij goed geïnformeerd over de wetenschappelijke onderbouwing van de te kiezen interventie, over de voor- en nadelen daarvan en over de voorkeuren en waarden van de patiënt. Er is sprake van een open relatie en van partnerschap en respect over en weer over rechten en posities van beiden. Deze toelichting baseer ik op een bijscholingsartikel uit 1999 in de *British Medical Journal*.[55] De gezamenlijke besluitvorming bestaat uit drie fasen:[56]

1 *Choice talk*: het wordt de patiënt duidelijk dat er een keuzemogelijkheid is en de patiënt wil van die mogelijkheid gebruikmaken.
2 *Option talk*: arts en patiënt wegen de verschillende opties af. Een optie kan ook zijn: niets doen.
3 *Decision talk*: arts en patiënt nemen het besluit en kiezen voor een van de opties.

De drie fasen kunnen binnen één gesprek optreden of meer dan één gesprek omvatten. Mulley en collega's spreken over de verplichting van de arts om de preferentie van de patiënt te achterhalen door diens waarden goed uit te vragen.[57] Doelen van shared decision-making zijn veelal beter geïnformeerde patiënten, meer vertrouwen in en tevredenheid over de behandeling en meer therapietrouw. Doel is niet het besparen van

1.	De aanwezigheid van een hoofdbehandelaar
2.	Eén aanspreekpunt
3.	De aanwezigheid van twee maag-darm-lever (MDL-)artsen
4.	De aanwezigheid van een continu, multidisciplinair team rond darmkanker-patiënten, bestaande uit MDL-arts, internist-oncoloog, chirurg, radiotherapeut en radioloog
5.	Patiënten met een erfelijke vorm van darmkanker ontvangen desgewenst een erfelijkheidsonderzoek. De circumferentiële resectie marge (CRM), een belangrijke kwaliteitsmaat voor de endeldarmchirurgie, wordt genoteerd in 90% van de patiëntendossiers
6.	100% aanlevering van patiëntendata aan een nationaal kwaliteitsregister
7.	Na verwijdering van de tumor worden bij ten minste 80% van de patiënten ten minste tien lymfeklieren onderzocht
8.	Iedere patiënt wordt gescreend op nazorgbehoefte
9.	Preoperatief gesprek met stomaverpleegkundige over het eventueel aanleggen van een stoma na de operatie
10.	Standaardafname van een familieanamnese
11.	Het ziekenhuis roept patiënten en familieleden op met een verhoogd risico op colorectaal carcinoom

Afbeelding 10.5. Patiëntenwijzer voor darmkankerpatiënten

kosten, maar dat kan wel een gevolg daarvan zijn.

Belangrijk in de option talk en de decision talk is het gebruik van keuzehulpen (*decision aids*) die arts en patiënt helpen bij het afwegen en beslissen. Afbeelding 10.6 toont de voorwaarden waaraan een ideale keuzehulp voldoet.

In een Cochrane-literatuurstudie over 86 publicaties[58] concludeerden Stacey en collega's in 2012 dat shared decision-making (SDM), ondersteund door keuzehulpen:

1 de kennis verhoogt over keuzeopties;
2 verwachtingen bijstelt over mogelijke voor- en nadelen per optie;
3 beslissingen bevordert die overeenstemmen met belangrijke waarden van de patiënt;
4 de participatie vergroot van de patiënt in het keuzeproces;
5 de communicatie tussen arts en patiënt verbetert.

SDM met keuzehulpen leidt tot minder ingrepen. Patiënten kiezen lang niet altijd voor de meest intensieve behandeling. SDM leidt tot een geringere inzet van dure ingrepen. Soms verlengt het gebruik van keuzehulpen de consultduur en soms niet, zo blijkt uit de overzichtsstudie. Gedetailleerde keuzehulpen hebben weinig toegevoegde waarde ten opzichte van eenvoudige. De tevredenheid met de gekozen behandeling neemt dankzij SDM niet toe en ook niet af. Er is te weinig onderzoek beschikbaar om te komen tot algemeen geldende bevindingen over de blijvende tevredenheid over de eenmaal gekozen optie, over de invloed van keuzehulpen op de arts-patiëntrelatie en over het effect op de kosten van de zorg. Tot zover de studie van Stacey en collega's.

In 2013 wijzen Katz & Hawley in een doorwrocht commentaar in de *Journal of the American Medical Association* erop dat al deze punten wel kloppen, maar dat onvoldoende bewezen is dat SDM leidt tot minder overdiagnostiek en lagere kosten.[59] Walsah

1.	Bevat vragen die de patiënten helpen begrijpen welke waarden voor hen belangrijk zijn in het leven en hoe deze waarden de beslissing beïnvloeden
2.	Bevat informatie over de bewezen effectiviteit van de keuzeopties
3.	Bevat informatie over (de frequentie van) bijwerkingen en complicaties van elke keuzeoptie
4.	Bevat specifieke kwaliteitsindicatoren over de betrokken arts (bijvoorbeeld aantal eerder uitgevoerde interventies per keuzeoptie) en diens zorgorganisatie
5.	Bevat informatie over de kosten van elke keuzeoptie voor patiënt en samenleving, inclusief de medicatie en nazorg
6.	De keuzehulp is geschreven op het taalniveau van groep acht van de basisschool
7.	Ze zijn zowel in tekstvorm (op papier en online) als in pictogrammen en videofilmpjes beschikbaar
8.	Ze zijn kort en bondig geschreven

Afbeelding 10.6. Voorwaarden voor een ideale keuzehulp bij afwegingen en beslissingen door arts en patiënt over behandelopties
Gebaseerd op: E. Oshima Lee & E.J. Emanuel (2013), Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs, *NEJM*. doi: 10.1056.

bevestigt in 2014 op basis van een literatuurstudie dat patiënten door SDM vaker afzien van doorbehandelen, maar dat echte kostenstudies ontbreken.[60] Een Canadese onderzoeksgroep pleit voor het toepassen van gedragseconomie (zie paragraaf 1.2) op SDM omdat de wijze van *framing* door de arts de keuze van de patiënt beïnvloedt.[61] Een groep uit de Mayo Clinics in Minnesota geeft aan dat in medische richtlijnen zelden passages zijn opgenomen over het moment en de wijze waarop patiënten te informeren. Evenmin staat er in hoe te handelen als patiënten een medische voorkeursbehandeling afhouden.[62] Een onderzoeksgroep uit Washington signaleert op basis van een omvangrijke literatuurstudie dat patiënten regelmatig de competentie missen om beslissingen, welke dan ook, te nemen. Zij introduceren een meetinstrument, de ACE (*Aid to Capacity Evaluation*), dat ze aanbevelen om te gebruiken voorafgaand aan een SDM-gesprek.[63]

In Nederland zijn enkele keuzehulpen verschenen op www.kieswijzer.nl. Een uitgebreidere lijst publiceert de Engelse National Health Services op haar website http://sdm.rightcare.nhs.uk. Zorgbelang Friesland publiceerde in 2014 een inventarisatie van keuzehulpen in Nederlands- en Engelssprekende landen.[63a] Er bleken honderden te bestaan. Het Nederlandse CBO heeft samen met een groot aantal medisch-wetenschappelijke verenigingen en instanties een handleiding geschreven om keuzehulpen te maken.[64]

Toch komt SDM ondersteund door keuzehulpen maar moeizaam van de grond. Ik noem enkele redenen daarvoor, waarbij ik niet empirisch kan onderbouwen in welke mate zij gelden. Ten eerste weerspiegelen de daadwerkelijk gemaakte keuzen niet altijd de voorkeuren van patiënten maar wel en helaas, mede de financiële voorkeuren van artsen, vooral als zij per verrichting worden betaald en niet per consultduur. Het is niet in het financieel belang van artsen om keuzehulpen te hanteren. Dit argument hanteren de eerdergenoemde Lee en Emanuel . Bij de invoering van het abonnementstarief als onderdeel van het cappuccinomodel vervalt deze drempel. Dan wordt het voor specialisten financieel om het even of zij tijd besteden aan SDM of aan een verrichting. Ten tweede houden patiënt en arts elkaar in de houdgreep. De een wil met name bij oncologische zorg zo lang mogelijk zorg die gericht is op herstel. De arts wil behagen en zorg op maat bieden. Ik kom op dit argument door de studie van Weeks en collega's.[65] Zij onderzochten de besluitvorming voorafgaande aan het toedienen van chemotherapie bij 1.193 patiënten met darmkanker of longkanker. Van de darmkankerpatiënten dacht 69 procent dat de kanker zou verdwijnen door de chemokuur. Voor de longkankerpatiënten bedroeg dit percentage 81. Zij ervoeren een zeer goede relatie met hun oncoloog. Die waardering was lager indien de oncoloog een andere optie (niet behandelen en alleen symptomen bestrijden) aanbood. Opleidingsniveau, maatschappelijke status en mate van betrokkenheid van de patiënt in de gezamenlijke besluitvorming toonden geen invloed op de mate waarin patiënten dachten dat zij door de chemokuur zouden genezen. Weeks en collega's concluderen dat artsen kunnen proberen de kennis en het begrip van patiënten over chemotherapie te verhogen, maar dat dit ten koste gaat van hun tevredenheid met de verleende zorg. Van de Berg en collega's komen in *Medisch Contact* tot vergelijkbare bevindingen.[66] Koedoot noemt in haar proefschrift uit 2003 een derde argument waarom keuzehulpen zich niet snel verspreiden.[67] Zij geeft aan dat 68 procent van de door haar bestudeerde groep darmkankerpatiënten al vóór het gesprek met de oncoloog heeft gekozen voor palliatieve chemotherapie. De gezamenlijke besluitvorming is voor deze patiënten alleen maar een te nemen horde. Zij kiezen voor chemotherapie in de hoop dat zij daarmee hun leven verlengen en vinden het verbete-

ren van de kwaliteit van leven minder belangrijk, ook al is dat in haar proefschrift het doel van de bestudeerde palliatieve chemotherapie. Als vierde en laatste argument waarom keuzehulpen zich maar langzaam verspreiden, noem ik het taboe onder de bevolking om bijtijds te spreken over beslissingen rond het levenseinde. Patiënten hebben vaak lang van tevoren de keuze gemaakt tussen cremeren of begraven. Ook hebben zij de erfenis goed geregeld. Wat ontbreekt is anticipatie op onderwerpen als het leven zo lang mogelijk rekken, sedatie en palliatieve zorg. Het is de grote verdienste van de Stichting Agora dat zij met haar project 'Van betekenis tot het einde' het taboe op deze onderwerpen tracht te doorbreken.[68] Dit project doet denken aan het Conversation Project van het Institute of Health Care Improvement[69] en het Engelse project Dying Matters.[70]

Al met al, concludeer ik dat shared decision-making met ondersteuning van keuzehulpen nuttig is. Het leidt tot beter geïnformeerde patiënten, meer vertrouwen in en tevredenheid over de behandeling en meer therapietrouw. Om de hiervoor genoemde redenen zal het nog wel een tijd duren voordat SDM bij artsen en patiënten gemeengoed is.

10.9 HET CAPPUCCINOMODEL EN INNOVATIES IN DE ONCOLOGIE

In paragraaf 1.4 staan de onderbouwing en uitwerking van het cappuccinomodel. Kort gezegd is het bekostiging op basis van drie tarieven. Ten eerste bevat het een abonnementstarief per jaar en per patiënt dat bijdraagt aan continuïteit tussen zorgprofessionals en patiënten en de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties vereenvoudigt. Ten tweede is er een laag volumetarief, bijvoorbeeld van 9 euro per consult zoals bij huisartsen, om productiviteit te stimuleren. Ten derde bevat het een innovatietarief ter bekostiging van de invoering van de innovaties zoals in dit hoofdstuk beschreven. De hoogte van dit tarief hangt af van de innovatieagenda die instellingen en zorgverzekeraars hebben afgesproken. In de praktijk bedraagt dit tarief een paar procent van het abonnementstarief. In de hoofdstukken 5 tot en met 9 – na de preventiehoofdstukken 2 tot en met 4 – heb ik steeds aspecten van dit model uitgediept: de bestuurlijke organisatie en de implementatie (paragraaf 5.5), de uitwerking naar multidisciplinaire wijkteams (paragraaf 6.5), het begrip shared savings en de randvoorwaarden (paragraaf 7.9), de relatie met het chronische-zorgmodel van Wagner en het individuele zorgplan (paragraaf 8.6) en het gezamenlijk inkopen van zorgprogramma's door gemeenten en zorgverzekeraars (paragraaf 9.9). Alle genoemde aspecten bestaan ook bij het invoeren van het cappuccinomodel voor de oncologische zorg. Ik ga ze nu niet opnieuw beschrijven.

In dit hoofdstuk kwam al driemaal een verwijzing voor naar toepassing van het cappuccinomodel. De transactiekosten zijn te betalen door het abonnementstarief binnen dit model (paragraaf 10.5). De regionale klinische netwerken moeten ermee gaan werken (paragraaf 10.7). Het abonnementstarief maakt dat luisteren en praten door een specialist even goed betaalt als het doen van verrichtingen (paragraaf 10.8). Vanwege de gunstige aspecten genoemd in de vorige hoofdstukken en de specifieke voordelen vermeld in dit hoofdstuk, kies ik voor wat de oncologische zorg betreft ook voor het cappuccinomodel. Hierbij ontvangen de regionale klinische netwerken de tariefinkomsten, net als de verloskundige samenwerkingsverbanden voor hun zorgverlening (zie paragraaf 5.5). Dit leidt tot financiële ontvlechting van de ziekenhuizen, een onderwerp dat

in paragraaf 16.7 opnieuw aan de orde komt. In deze paragraaf bespreek ik een ander aspect dat voor alle sectoren van belang is: de langetermijndimensie van het cappuccinomodel.

Zoals gezegd heeft het abonnementstarief een relatie met kenmerken van de patiëntenpopulatie zoals omvang, leeftijdsopbouw en trendmatige ontwikkeling van de incidentie van het aantal nieuwe kankerpatiënten (wat in dit hoofdstuk centraal staat). Dat maakt het relatief eenvoudig de inkomsten uit dit tarief in te schatten voor de komende zes tot acht jaar. Eventueel gebeurt dit met behulp van minimum- en maximumschattingen. Dit biedt een perspectief op inkomsten waarmee zorgprofessionals, zorgverzekeraars en bankiers kunnen werken. Dit wordt het financiële kader voor te maken regionale en landelijke meerjarenplannen. In die plannen kunnen concentraties, taakherschikkingen en zorginnovaties hun plaats krijgen. Deze meerjarenplannen maken de jaarlijkse zorginkopen door zorgverzekeraars minder belangrijk: immers de keuze voor bepaalde zorgaanbieders is dan al gedaan. De plannen bieden ook de mogelijkheid voor toepassing van de eerdergenoemde budget-impactanalyses en comparative health research. De vraag is of het gaat lukken om de oncologische zorg vooraf een financieel kader te bieden dat alleen bepaald is door ontwikkelingen in demografie en nationaal inkomen.

De eerder geciteerde Amerikaanse arts Mukherjee noemt kanker de keizer der ziekten, onder meer omdat deze alle financiële kaders kan doorbreken. Hij beschrijft enkele voorbeelden uit het verleden waarin het een coalitie van wanhopige kankerpatiënten en bevlogen zorgprofessionals lukt om toch overheids- en verzekeringsgeld te verwerven voor therapieën die achteraf gezien niet effectief waren. *So be it*. Maar dit ontslaat gezondheidseconomen en beleidsmakers niet van de plicht te blijven wijzen op de doelmatigheid van de zorgverlening en het objectiveren van de besluitvorming. Planning mag best subjectieve elementen bevatten. Maar langetermijnbeleid alleen op basis van lobbyende partijen en incidenten, is uit den boze. Of de genoemde innovaties (paragrafen 10.6 tot en met 10.8) en het hier besproken cappuccinomodel leiden tot het bereiken van de triple-aimdoelen komt in de volgende paragraaf aan bod, nadat ik eerst alle bevindingen in dit hoofdstuk op een rij heb gezet.

10.10 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN OP EEN RIJ EN DE TRIPLE-AIMDOELEN

Paragraaf 10.1 introduceert de volgende begrippen.

1 Aan de ziekte kanker zijn vijf zorgfasen te onderkennen: a. de preventieve fase, b. de fase van screening en de diagnostische fase, c. de behandelfase, d. de nazorgfase, en e. de palliatieve fase.
2 Screening biedt de mogelijkheid om een tumor in een eerder stadium te onderkennen. Een eerder stadium kan betekenen dat: a. de de tumor kleiner is, b. er minder uitzaaiingen zijn naar lokale lymfeklieren, c. er minder uitzaaiingen zijn elders in het lichaam.
3 Het IKNL onderscheidt 24 tumorsoorten, elk met specifieke kenmerken en een eigen groeitempo en verspreidingsmethode.
4 Bij nazorg gaat het niet alleen om het ontdekken van nieuwe tumoren, lymfeklieruitzaaiingen of metastasen op afstand. Het gaat ook om het vaststellen van late complicaties van de behandeling en om het volgen van de kwaliteit van leven.
5 Palliatieve behandeling en zorg bestaan uit: a. symptoombestrijding, b. het verzor-

gen van de patiënt, c. het psychisch begeleiden van de patiënt, en d. het regelen van vele logistieke aspecten. Casemanagers spelen meestal een grote rol in palliatieve zorgprogramma's.

In paragraaf 10.2 passeren statistische gegevens over oncologische patiënten de revue. Belangrijke gegevens zijn:

6 Van 2001-2011 steeg het aantal nieuwe kankerpatiënten jaarlijks gemiddeld met 3,4 procent.
7 50 procent van de patiënten met de diagnose kanker leeft tien jaar later nog. Vroeger was dit 40 procent.
8 Bijna 3,5 procent van alle Nederlanders leeft met kanker of heeft in het verleden kanker gehad.
9 Uit beschikbare statistieken is niet af te leiden in welke mate kanker ontstaat door veroudering in de bevolking dan wel door ongezonde leefstijlen.
10 Vroegere opsporing van kanker is vooral het gevolg van betere screening.
11 Borstkankerscreening leidt, achteraf gezien, tot overdiagnostiek bij 22 procent van de Canadese en 31 procent van de Amerikaanse vrouwen met de diagnose borstkanker.
12 Ook behandelingen verbeterden zoals chemotherapieën bij onder meer zaadbalkanker en Hodgkin- en non-Hodgkin-lymfoom. De overleving van darmkankerpatiënten verbeterde door nieuwe chirurgische technieken en pre- en intraoperatieve radiotherapie.

Paragraaf 10.3 gaat over de kwaliteit van de oncologische zorg. De belangrijkste bevindingen zijn de volgende.

13 Ten opzichte van het Europees gemiddelde is de kankerzorg in Nederland van hoog niveau en ten opzichte van het West-Europees gemiddelde niet.
14 De literatuur leert dat er bij tal van tumoren een relatie bestaat tussen het volume van het aantal patiënten en ingrepen per arts en per ziekenhuis enerzijds en de overlevingskans van de kankerpatiënt anderzijds.
15 Bij een laag volume in een ziekenhuis kunnen resultaten geen rol spelen in de besluitvorming voor concentratie of niet. De getallen zijn te klein om betrouwbare uitspraken te doen.
16 Kankerpatiënten zijn bereid verder te reizen indien concentratie betere kwaliteit van zorg oplevert.
17 Voor oncologische ziekenhuispatiënten ontbreken vaak: a. één aanspreekpunt, b. één hoofdbehandelaar, c. een up-to-date behandelplan, en d. een geïntegreerd dossier. Deze eisen stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg sinds 2009.
18 De Zorgstandaard Kanker bundelt alle oncologische richtlijnen en vijf algemene kwaliteitsindicatoren, te weten: a. een individueel zorgplan, b. vastlegging hoofdbehandelaar, c. deelname van zorgaanbieder aan landelijke registraties, d. deelname zorgaanbieder aan onderzoek naar patiëntervaringen met de zorg, en e. de zorgaanbieder werkt met 'patient reported outcome measures' over de ervaringen met de ziekte zelf.

In paragraaf 10.4 komen de kosten van oncologische zorg aan de orde. De belangrijkste bevindingen zijn als volgt.

19 De totale kosten voor Nederlandse oncologische zorg bedroegen in 2007 3 miljard euro. Dit komt neer op 4 procent van de totale kosten van de gezondheidszorg.

20 Het aantal dagopnamen voor kanker is in de periode 1995-2010 toegenomen met ruim een factor vier voor mannen en bijna een factor zes voor vrouwen.

21 Kanker kostte de EU in 2009 in totaal 126 miljard euro. 40 procent daarvan betrof de kosten van professionele zorg, 34 procent productiviteitsverlies vanwege overlijden jonger dan 65 jaar, 18 procent productiviteitsverlies vanwege mantelzorg en 8 procent vanwege ziekte-uitkeringen.

22 De kosten van oncologische zorg verlopen volgens een U-curve (afbeelding 10.2).

23 Comparative health effectiveness research tracht op basis van vergelijkende cohortstudies voor verschillende oncologische interventies verdelingsvraagstukken in de zorg economisch en rationeel op te pakken. Hierbij worden de grensnuttheorie en de budget-impactanalyse gebruikt.

24 Het vergelijken van de kosten van oncologische zorg zoals berekend in verschillende wetenschappelijke artikelen is niet te doen. De berekenmethoden verschillen te veel. Voor Nederland zijn in het geheel geen vergelijkende kostencijfers beschikbaar. Hier ligt een taak voor het IKNL en organisaties van zorgaanbieders.

Paragraaf 10.5 gaat over schaalvoordelen en -nadelen en transactiekosten in de oncologische zorg. De belangrijkste bevindingen zijn als volgt.

25 Schaalvoordelen (economies of scale) ontstaan indien de kosten per eenheid product dalen bij een grotere productie. Schaalnadelen komen naar voren indien deze kosten stijgen.

26 Economies of scope ontstaan indien een zorgaanbieder zich richt op een en dezelfde doelgroep van patiënten, bijvoorbeeld op kinderen met kanker. Er is dan sprake van een focus factory.

27 Een focus factory is gericht op één doelgroep maar vormt niet per se een grote organisatie. Daarom is het van belang (dis)economies of scale te onderscheiden van (dis) economies of scope.

28 Onder transactiekosten vallen het regelen van een afspraak bij de huisarts, het schrijven van een verwijsbrief, het regelen van het eerste consult bij de oncoloog, het vervoer van de patiënt naar het ziekenhuis, het invullen van het patiëntendossier: al deze handelingen zijn nodig om de transactie in casu de diagnostiek en behandeling mogelijk te maken.

29 De transactiekosten in de oncologische zorg zijn niet op te brengen binnen de bestaande diagnosebehandelcombinaties. Zij horen opgenomen te zijn in het abonnementstarief voor de gehele oncologische zorg in een samenwerkingsverband.

30 Op dit moment hebben gezondheidseconomen de transactiekosten in de oncologische zorg nog niet in kaart gebracht. Evenmin hebben zij dat gedaan voor de kosten en besparingen door (dis)economies of scale en (dis)economies of scope. Hier ligt een taak voor het IKNL en andere zorgpartijen.

In paragraaf 10.6 komen productinnovaties aan bod. De belangrijkste bevindingen zijn de volgende.

31 Het opkweken van *biologicals* die rekening houden met de DNA-mutaties van een

kankerpatiënt maakt personalized medicine mogelijk. Die gaan de kosten van de oncologische zorg verhogen én verlagen. Die verlaging kan optreden indien chemokuren niet meer worden voorgeschreven aan patiënten met een ongeschikt DNA-patroon.

32 Gelet op een advies van de Gezondheidsraad en de afwezige financiële groei voor de komende jaren, pleit ik ervoor besluitvorming over de protonencentra in te bedden in een brede prioriteitstelling op basis van comparative health effectiveness research en budget-impactanalyse.

33 De Gezondheidsraad – en ik in zijn kielzorg – beveelt aan dat voortaan nacontroles alleen plaatsvinden bij voldoende wetenschappelijk bewijs dat deze tot een zinvolle interventie kunnen leiden.

Paragraaf 10.7 behandelt procesinnovaties in de oncologische zorg. De belangrijkste bevindingen zijn:

34 Er blijkt nogal eens een wachttijd van meer dan een maand te bestaan tussen de dag van de sneldiagnostiek en de daaropvolgende chirurgische ingreep, bestraling of start van de chemokuren.

35 De laatste jaren zijn voor de meeste tumoren zorgpaden in de oncologie beschreven. Ze zijn voor verbetering vatbaar. Want ten eerste betreffen ze soms alleen diagnostiek of alleen behandeling. Ten tweede is nog niet online te volgen of patiënten binnen de tijdslimieten van het zorgpad blijven.

36 Voor oncologische casemanagers is het moeilijk tegelijk een lieve labrador te zijn voor de patiënt en een pitbulterriër voor de zorgprofessionals. Hun functie wordt gemakkelijker indien er samenhangende zorgpaden tot stand komen en één geïntegreerd, elektronisch patiëntendossier.

37 De multidisciplinaire oncologische afdeling, werkend voor verschillende specialismen, heeft zich niet verspreid over Nederlandse ziekenhuizen omdat deze niet past binnen de bestaande ziekenhuisorganisatie die is ingericht naar specialisme.

38 De oncologische nazorg kan van het ziekenhuis over naar de eerste lijn. Dan kunnen patiënten revalideren in de eigen omgeving en is de partner gemakkelijker hierbij te betrekken. De huisarts treedt op als coördinator van de nazorg.

39 Instellingen kunnen ervoor kiezen te participeren in duurzame samenwerkingsverbanden om oncologische zorg aan hun patiënten te bieden. Zo'n samenwerkingsverband ofwel managed clinical network (MCN) is gebaseerd op bindende afspraken.

40 Als ook de geldstromen voor de zorg via deze netwerken gaan lopen, is er sprake van een cappuccinofinanciering.

Paragraaf 10.8 gaat over shared decision-making (SDM) ondersteund door keuzehulpen. De belangrijkste bevindingen zijn de volgende.

41 Afbeelding 10.4 geeft een voorbeeld van de minimale voorwaarden die darmkankerpatiënten zouden moeten laten meewegen bij hun keuze van een oncologisch diagnose- en behandelcentrum.

42 Bij SDM zijn zowel patiënt als arts goed geïnformeerd over de wetenschappelijke onderbouwing van de te kiezen interventie, over de voor- en nadelen daarvan en over de voorkeuren en waarden van de patiënt. Te onderscheiden zijn drie fasen: choice talk, option talk en decision talk. Belangrijk hierbij zijn keuzehulpen. Afbeelding 10.5 toont de voorwaarden waaraan een ideale keuzehulp voldoet.

43 Of SDM kosten bespaart is nog niet voldoende aangetoond. Wel blijken patiënten bij SDM vaker te kiezen voor niet verder behandelen met chemokuren of bestraling.
44 SDM komt moeilijk van de grond, onder meer omdat specialisten niet betaald worden voor SDM (die vaak enkele sessies omvat) en wel omdat zij per DBC voor verrichtingen betaald worden.

Paragraaf 10.9 legt de relatie tussen zorginnovatie en het cappuccinomodel. De belangrijkste bevindingen zijn de volgende.
45 Van het cappuccinomodel kwamen reeds aan de orde: de bestuurlijke organisatie en de implementatie (paragraaf 5.5), de uitwerking naar multidisciplinaire wijkteams (paragraaf 6.5), het begrip shared savings en de randvoorwaarden (paragraaf 7.9), de relatie met het chronische-zorgmodel van Wagner en het individuele zorgplan (paragraaf 8.6) en het gezamenlijk inkopen van zorgprogramma's door gemeenten en zorgverzekeraars (paragraaf 9.9). Deze aspecten gelden ook voor het cappuccinomodel dat ik bepleit voor de oncologische zorg.
46 Volgens dit model ontvangen de regionale klinische netwerken de tariefinkomsten, net als de verloskundige samenwerkingsverbanden voor hun zorgverlening (zie paragraaf 5.5). Dit leidt tot financiële ontvlechting van de ziekenhuizen, een onderwerp dat in paragraaf 16.7 terugkomt.
47 Het abonnementstarief heeft een relatie met kenmerken van de patiëntenpopulatie zoals omvang, leeftijdsopbouw en trendmatige ontwikkeling van de incidentie van het aantal nieuwe kankerpatiënten. Dat maakt het relatief eenvoudig de inkomsten uit dit tarief in te schatten voor de komende zes tot acht jaar.
48 Dit biedt een perspectief op inkomsten waarmee zorgprofessionals, zorgverzekeraars en bankiers kunnen werken. Daarin kunnen concentraties, taakherschikkingen en zorginnovaties hun plaats krijgen. Deze meerjarenplannen maken de jaarlijkse zorginkopen door zorgverzekeraars minder belangrijk.
49 De vraag is of het gaat lukken om de oncologische zorg vooraf een financieel kader te bieden dat alleen bepaald is door ontwikkelingen in demografie en nationaal inkomen. Immers, in het verleden lukte het coalities van wanhopige kankerpatiënten en bevlogen zorgprofessionals om toch overheids- en verzekeringsgeld te verwerven voor therapieën die achteraf gezien niet effectief waren.

BETERE GEZONDHEID EN HOGERE KWALITEIT VAN ZORG BIJ GELIJKBLIJVENDE KOSTEN?

Indien patiënten, zorgverzekeraars en overheid, alsmede zorgaanbieders zich in hun handelen zouden laten leiden door bovenstaande conclusies, is dan bij gelijkblijvend budget meer gezondheid te realiseren in de periode tot 2020? Een aantal conclusies (meer preventie en screening, comparative effectiveness research, alleen nacontroles bij wetenschappelijke onderbouwing, zorgpaden ondersteund door software, populatiegebonden bekostiging, keuzehulpen en shared decision-making) leidt tot kostenverlaging. Andere conclusies impliceren hogere kosten (jaarlijks meer kankerpatiënten, protonentherapie, verkeerde financiële prikkels, te hoge verwachtingen van kankerpatiënten). Van weer een aantal andere conclusies is wel duidelijk dat zij de kwaliteit van de kankerzorg verhogen maar niet of de kosten daardoor omlaag of omhoog gaan (één aanspreekpunt, een multidisciplinaire opnameafdeling, nazorg vanuit de eerste lijn en niet vanuit het ziekenhuis, patiëntenwijzers en personalized medicine). Dit geheel van

kostenverlagende en kostenverhogende factoren maakt het onmogelijk nu een harde uitspraak te doen op de onderzoeksvraag van dit boek. Het is moeilijk te zeggen. Het is tijd voor een economische benadering van de ziekte kanker met diseconomies of scale, diseconomies of scope, transactiekosten, budget-impactanalyses, comparative health research en het cappuccinomodel. Ik hoop in dit hoofdstuk te hebben aangetoond dat dit kan en zinvol is.

Ik dank de volgende personen voor hun feedback op een eerdere versie van dit hoofdstuk: Geert Blijham, oud-bestuursvoorzitter van het UMC Utrecht en niet-praktiserend oncoloog, alsmede Anemone Bögels, directeur Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) en Gerard Tijmes, bestuursvoorzitter Instituut Verbeeten voor radiotherapie te Tilburg.

11

DE DIAGNOSTISCHE INFLATIE VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Het hoofdstuk begint met het tonen van kwantitatieve ontwikkelingen in de afgelopen-vijftien jaar. Eerst over psychische aandoeningen (paragraaf 11.1), daarna over kosten (paragraaf 11.2) en internationale ontwikkelingen (paragraaf 11.3). Vervolgens volgt in paragraaf 11.4 een korte geschiedschrijving van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Paragrafen 11.5 en 11.6 beschrijven gevolgen van DSM-IV en V en de mogelijkheden om de toegang in te perken zonder verlies aan kwaliteit van zorg. Paragraaf 11.7 beschrijft de bestaande en wenselijke toegang tot de ggz. Keren cliënten/patiënten terug naar de samenleving, dan hebben zij – soms levenslang – begeleiding en herstelzorg nodig (paragraaf 11.8). Hierbij en ook in de basis-ggz en tweedelijns-ggz kan telezorg ofwel e-mental health een grote rol spelen (paragraaf 11.9). Het cappuccinomodel is de beste manier om de nieuw vorm te geven ggz te financieren (paragraaf 11.10). Het hoofdstuk eindigt met het samenvatten van de belangrijkste bevindingen van de eerdere paragrafen en het beantwoorden van de centrale vraag: is het mogelijk de geestelijke volksgezondheid in de komende jaren te verbeteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen, terwijl de kosten van de ggz gelijkblijven?

Dit hoofdstuk behandelt niet de preventie van depressies, alcoholmisbruik en drugsmisbruik. Preventie komt aan de orde in de hoofdstukken 2, 3 en 4 van dit boek. Evenmin komt de psychogeriatrie hier aan bod. Dat staat al in paragraaf 9.4. Dit hoofdstuk gaat ook nauwelijks in op verslavingszorg (komt aan de orde in hoofdstuk 12) en op medicatiegebruik (volgt in hoofdstuk 13). Ten slotte: ik spreek van cliënten/patiënten om aan te sluiten bij het taalgebruik in de ggz waar zowel de term patiënt als cliënt wordt gebruikt.

11.1 DE OMVANG VAN PSYCHISCHE AANDOENINGEN BLIJFT STABIEL, MAAR HET ZORGGEBRUIK STIJGT

Van de Nederlandse bevolking in de periode 2007-2009 heeft 43,5 procent een psychische aandoening of deze ooit in zijn leven gehad.[1] Dit percentage bedroeg 18,0 voor de laatste twaalf maanden voorafgaande aan het interview in het Nemesis-2-onderzoek waaraan deze cijfers zijn ontleend. In totaal hadden 1,9 miljoen mensen volgens dit onderzoek een of meer psychische aandoeningen.

In 1996 vond het qua methodiek vergelijkbare Nemesis-1-onderzoek plaats. De hier genoemde percentages waren in 1996 niet significant anders. De prevalentie bleef stabiel in deze periode ondanks toegenomen zorggebruik, toegenomen welvaart, veroudering, andere leefstijlen en veranderde opvattingen over kwaliteit van leven. Dit is opmerkelijk vergeleken met bevindingen in hoofdstukken over andere aandoeningen.

	Verloren levensjaren	Ziektejaar-equivalenten	DALY's
Coronaire hartziekten	108.744	174.090	282.834
Beroerte	78.174	118.147	191.320
Suïcide (poging)	54.154	47.339	101.494
Angststoornissen	52	180.220	180.272
Depressie	567	164.025	164.592
Nek- en rugklachten	569	153.930	154.499
Diabetes mellitus	29.161	165.150	194.312
Longkanker	163.275	5.845	169.120
COPD	64.209	113.600	177.809
Artrose	1.086	122.423	123.509
Ongevalletsel privé	32.787	102.595	135.382
Dementie	57.385	54.744	112.130

Afbeelding 11.1. Top twaalf van ziekten met de grootste ziektelast in Nederland, 2011
Bron: Verloren levensjaren, ziekte en ziektelast voor ziekten geselecteerd voor de VTV-2014, www.nationaalkompas.nl geraadpleegd op 13 juni 2014.

De prevalentie van mensen met chronische aandoeningen (hoofdstuk 8), dementie (hoofdstuk 9), een beroerte (hoofdstuk 9) en met kanker (paragraaf 10.2) nam wel aanzienlijk toe. Populair gezegd: Nederland is sinds 1996 psychisch niet achteruitgegaan.

PSYCHISCHE PROBLEMEN LEIDEN TOT HOGE ZIEKTELAST

Een DALY, of wel *disability adapted live year*, staat voor één levensjaar dat iemand verliest als gevolg van een minder goede gezondheid. Wanneer men lijdt aan een ziekte kan men één of meer levensjaren verliezen, ofwel omdat men overlijdt, ofwel omdat men niet optimaal functioneert.

Afbeelding 11.1 is als volgt te lezen. Het aantal verloren levensjaren als gevolg van te vroeg overlijden vanwege angststoornissen bedroeg 52 in 2011. Het aantal levensjaren met een verminderde kwaliteit is 180.220 voor deze aandoening. Die twee opgeteld leveren in kolom vier een totaal op van 180.272. Angststoornissen zijn dus niet levensbedreigend maar verlagen wel in hoge mate de kwaliteit van leven. Uit afbeelding 11.1 is als algemene conclusie te trekken dat psychische stoornissen – zoals angststoornissen, depressie en dementie – behoren tot de ziekten met de grootste ziektelast. Zij zijn qua aantal DALY's vergelijkbaar met ernstige lichamelijke ziekten zoals een beroerte, diabetes mellitus, longkanker en COPD.

ER BESTAAT ONDERBEHANDELING IN DE GGZ

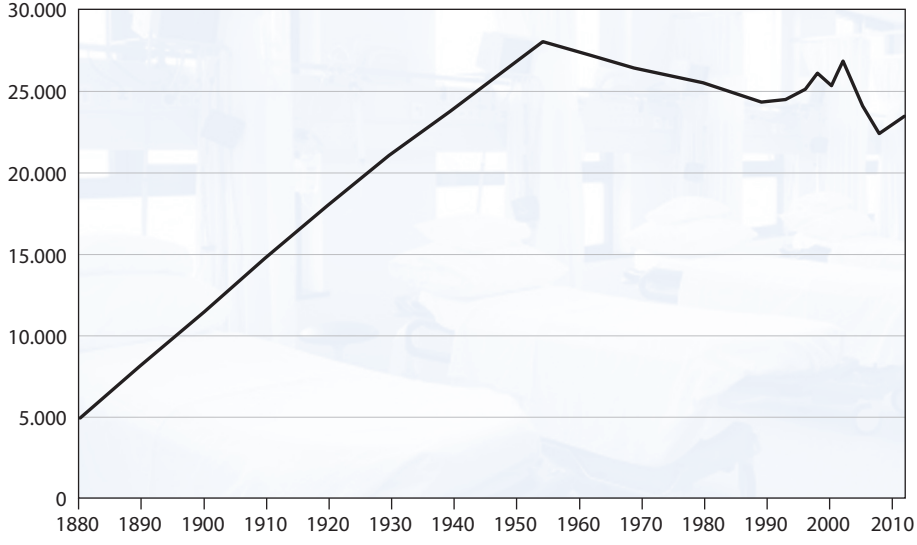
Volgens het eerdergenoemde Nemesis-2-onderzoek kreeg 33,8 procent van de volwassenen met een psychische stoornis enigerlei vorm van hulp. Dit betekent dat twee derde

van de volwassenen met een psychische stoornis hiervoor in de afgelopen twaalf maanden geen enkele vorm van hulp heeft gekregen. Gemiddeld duurt het bij mensen met enigerlei psychische stoornis negen jaar voordat zij hulp zoeken.

Over de gehele linie is het aantal cliënten/patiënten dat instroomt (aantal inschrijvingen) in de periode 2003-2009 toegenomen met 39 procent, ofwel met gemiddeld 6,5 procent per jaar. Er is geen toename van de prevalentie (zie paragraaf 11.1), maar mensen zoeken vaker hulp. Het merendeel van de cliënten/patiënten (2009: 90 procent) in de ggz ontvangt ambulante zorg. Slechts een klein aantal cliënten/patiënten ontvangt 24-uurszorg (2009: 6 procent). Hieronder bevinden zich onder meer mensen met schizofrene of andere psychotische aandoeningen (23,3 procent), een depressie (14,1 procent) en alcoholproblemen (10,1 procent).

In 2009 was 32 procent van de cliënten/patiënten in de ggz tussen drie maanden en één jaar in behandeling; 27 procent ontving een behandeling die drie maanden of korter duurde. Bij 26 procent duurde de behandeling langer dan één jaar. 15 procent van de cliënten/patiënten in de ggz werd slechts gedurende één dag 'behandeld'. Dit betrof dan vaak een eenmalig informatief gesprek of een doorverwijzing. Het totaal aantal onvrijwillige opnames steeg van 13.112 in 2002 naar 18.671 in 2009. Dat is een stijging van 42,3 procent. Het aantal verpleegdagen in psychiatrische ziekenhuizen bleef over de periode van 1993 (8,5 miljoen) tot 2009 (8,0 miljoen) nagenoeg constant. Het aantal dagen in beschermd wonen nam over dezelfde periode toe met 13,3 procent per jaar, en wel van 1,5 miljoen in 1993 naar 4,7 miljoen in 2009. Het aantal ambulante contacten is over de genoemde periode de grootste groeier. Die groeiden van 4,1 miljoen in 1993 naar 15,7 miljoen in 2009. Ofwel gemiddeld met 17,9 procent per jaar.

Het gelijkblijven van de 24-uurszorg in de psychiatrische ziekenhuizen is aan te tonen via het aantal bedden dat daar beschikbaar is (afbeelding 11.2). In 1884 bedroeg dit



Afbeelding 11.2. Aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen sinds 1880
Bron: CBS Statlines (1960-2012) en D.P. Ravelli, *De-institutionalisation of mental health care in the Netherlands from 1993-2004*, PhD thesis Utrecht University, 2005 (jaren 1880, 1928 en 1955).

aantal 5.000, in 1928 20.000 met een piek in 1955: 28.000. Van 1990-2009 schommelt dit aantal rond de 25.000. Uit al deze trends valt op dat de ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg tot nu toe vooral een groei betekende van poliklinische behandelingen en beschermd wonen.

Het beleid van de overheid en GGZ Nederland sedert 2013 is erop gericht om in de periode tot 2010 het aantal klinische verpleegdagen terug te dringen met 30 procent. Dat is een trendbreuk met de hierboven genoemde ontwikkelingen. Paragraaf 11.4 komt hierop terug.

PSYCHISCHE EN SOMATISCHE KLACHTEN GAAN VAAK SAMEN

Er bestaat een sterke relatie tussen geestelijke en lichamelijke gezondheid. Die twee beïnvloeden elkaar. Een slechte geestelijke gezondheid gaat vaak samen met een groter risico op lichamelijke klachten. En een slechte lichamelijke gezondheid gaat vaak samen met een groter risico op psychische problemen.[2] Deze conclusie trekt het Engelse Royal College of Psychiatrists in een klemmend rapport uit 2013. Hoewel van recente datum is deze bevinding niet nieuw. De Romeinen hadden al de uitspraak: een gezonde geest in een gezond lichaam. Reeds in 1970 constateerden Goldberg en Blackwell dat in huisartsenpraktijken cliënten/patiënten met lichte psychische aandoeningen veelal ook lichamelijke klachten hadden. Van der Feltz-Cornelis en Trimbos-collega's publiceerden in 2007 een literatuuroverzicht over de comorbiditeit van somatische ziekten (zoals astma/COPD, diabetes, CVA, hart- en vaatziekten en kanker) en psychiatrische aandoeningen zoals angststoornissen en depressie. Zij onderzochten publicaties die gedurende de periode 1996-2006 uitkwamen en vonden vijftig studies. Alle toonden een verhoogd risico op psychiatrische aandoeningen bij mensen met de genoemde somatische aandoeningen. Omgekeerd zijn er ook vele psychiatrische cliënten/patiënten met somatische klachten. Engelsen met ernstige psychische aandoeningen sterven twintig jaar eerder dan de rest van de bevolking.[3] Indien psychiatrische cliënten/patienten starten met medicatie, neemt hun gewicht gedurende de eerste twaalf maanden toe met gemiddeld bijna zes kilo. Deze lichaamstoename gaat daarna door.

Gelijktijdige behandeling van lichamelijke en psychische klachten heeft een goede prognose.[4,5] Ook het eerdergenoemde Royal College pleit voor gelijktijdige behandeling en integraal beleid. Die gelijktijdigheid betekent een grote besparing op ziekenhuisligdagen (40 tot 63 bedden per dag in een algemeen ziekenhuis van 600 bedden) zo bleek in 2011 uit een Engels experiment.[6,7]

Ondanks goede uitkomsten van een gezamenlijke behandeling van psychische en somatische aandoeningen komt deze niet altijd voor. Bij 20 procent van de nieuwe clienten/patiënten vindt de huisarts geen verklaring voor de lichamelijke klachten. Medische specialisten kunnen een omvangrijk deel van de klachten (25 tot 60 procent) niet verklaren door een bekende ziekte. Deze gegevens zijn afkomstig van de website www.nolk.info van het bevlogen Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (NOLK). Toch wordt er weinig samengewerkt bij dit soort klachten.

De Groningse onderzoekers Van Hasselt en collega's onderzochten eveneens lichamelijke klachten van cliënten/patiënten met ernstige psychische aandoeningen. Bij het zoeken naar en ontvangen van behandeling van lichamelijke klachten lopen psychiatrische cliënten/patiënten volgens hun studie tegen drie problemen aan:

1 De patiënt zelf heeft vaak onvoldoende competenties om lichamelijke klachten te onderkennen.

2 Er bestaat onvoldoende samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en huisartsen.
3 Er vindt geen monitoring plaats op (on)gezonde leefstijlen.[8]

11.2 DE KOSTEN VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ZIJN MEER DAN VERDUBBELD SINDS 1998

In 1998 bedroegen de kosten van de geestelijke gezondheidszorg 2,3 miljard euro (= 100). In 2011 bedroegen deze kosten (omgerekend naar prijzen van 1998) 5,2 miljard (= 231). Uit afbeelding 9.3 in hoofdstuk 9 blijkt dat deze kostenontwikkeling weinig afwijkt van die in de ouderenzorg en enkele andere sectoren. Dit is opvallend omdat de prevalentie van psychische aandoeningen in 2007-2009 niet significant verschilde van die in 1996 (zie paragraaf 11.1). Een gestegen prevalentie is dus geen verklaring voor toegenomen zorggebruik en ggz-kosten.

Van het bedrag van 5,2 miljard in 2011 kwam 41,9 procent uit de AWBZ, 41,4 procent uit de Zorgverzekeringswet, 16,2 procent rechtstreeks van de overheid (bijvoorbeeld ten behoeve van justitiële instellingen) en 0,5 procent via andere financiers zoals bedrijfsgeneeskundige diensten. Eigen betalingen door cliënten/patiënten kwamen niet of nauwelijks voor. De jaarlijkse kosten van het totale werkverzuim door psychische aandoeningen komen op 2,7 miljard euro. Dat is ongeveer de helft van de directe zorgkosten. In 1999 bedroeg het percentage arbeidsongeschiktheid ten gevolge van psychische aandoeningen ruim 30 procent van het totaal aantal arbeidsongeschikten.

Dit is de wat karige oogst aan economische data over de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg in de periode 1998 tot heden. Niet duidelijk is waardoor de kosten precies zijn gestegen in de afgelopen decennia omdat trendstudies ontbreken. Een internationale literatuurstudie ten behoeve van dit hoofdstuk naar oorzaken van kostenstijgingen in de ggz leverde enkele publicaties op. Ik noem ze, in de hoop dat ze ook min of meer gelden voor Nederland.

Allereerst is er de publicatie van Druss in 2004.[9] In de Verenigde Staten hangt de kostengroei, aldus Druss, allereerst samen met het groeiend aantal cliënten/patiënten. Vooral de behandeling met psychofarmaca nam toe: in 1987 slikte 3,0 procent van de bevolking deze. Dit percentage bedroeg in 2001 8,1 procent. Hij signaleert ook dat van de cliënten/patiënten met ernstig psychisch lijden de behandelprevalentie steeg van 24,3 procent in 1992 naar 40,5 procent in 2001. De onderbehandeling daalde dus enigszins.

Een tweede artikel dat de literatuurstudie opleverde is dat van Kohn en collega's.[10] Zij signaleren in vele landen een ernstige mate van onderbehandeling van cliënten/patiënten met ernstig psychisch lijden. Van de 100 personen met schizofrenie wordt 32,2 procent niet behandeld. Voor andere aandoeningen zijn de percentages: depressie 56,3 en bipolaire stoornissen 50,2.

Een derde gevonden artikel is van Goetzel en collega's.[11] Veelal zijn de indirecte kosten van psychische problemen hoog. Dit betekent dat therapieën die deze indirecte kosten terugbrengen vrij snel kosteneffectief zijn.

Voor het verdere betoog houd ik de vooronderstelling aan dat de bevindingen van Druss, Kohn en Goetzel ook opgaan voor Nederland. Dat betekent dat:
1 de kostenstijging vooral veroorzaakt werd door de groei van het aantal cliënten/patiënten dat hulp ging zoeken;
2 nog steeds een grote mate van onderbehandeling bestaat van mensen met ernstig psychisch lijden; en
3 behandelingen die de indirecte kosten reduceren snel kosteneffectief zijn.

11.3 DE NEDERLANDSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VERGELEKEN MET DIE IN HET BUITENLAND

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft in de periode 2001-2003 de geestelijke volksgezondheid gemeten in een aantal landen.[10] Zij gebruikte daarvoor steeds dezelfde vragenlijst in steekproeven van personen ouder dan 18 jaar. Die week wel af van de lijst die het Trimbos-instituut gebruikte in de Nemesis-2-studie. De Verenigde Staten worden gekenmerkt door het hoogste percentage volwassenen dat op jaarbasis een psychische stoornis heeft (26,2 procent). In Spanje (9,3 procent) en Italië (8,4 procent) is dit percentage aanzienlijk lager. Nederland neemt een tussenpositie in (13,4 procent). Vergeleken met vijf andere Europese landen zijn de Nederlandse volwassenen opmerkelijk negatief over de effectiviteit van professionele hulp bij psychische problemen. Slechts 16 procent van de Nederlanders denkt dat professionele hulp aanzienlijk of veel effectiever is dan geen hulp.

Tussen 1980 en 2009 neemt de opnamecapaciteit (gemeten in aantal plaatsen of bedden) per 100.000 inwoners af in 20 Europese landen. De gemiddelde daling bedraagt over de genoemde periode 55 procent. Uitschieters hierbij zijn Denemarken (-8,3 procent), Finland (-80,0 procent), Ierland (-80,5 procent), Italië (-92,4 procent) en Zweden (-85,2 procent). In Nederland daalde het aantal plaatsen met 18,2 procent. Anno 2009 telt ons land 139 plaatsen per 100.000 inwoners. Dat is op België na (179 per 100.000 inwoners) het hoogste aantal van de Europese landen.

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat Nederlanders relatief vaker psychische aandoeningen melden dan andere Europeanen. Ook praten zij makkelijker over deze problemen. Ze zijn minder positief over het effect van de behandeling dan andere Europeanen. Per 100.000 inwoners telt Nederland meer plaatsen of bedden in de ggz dan in de meeste andere landen. In tegenstelling tot andere landen was er slechts een geringe afname van het aantal plaatsen over de periode 1980-2009.

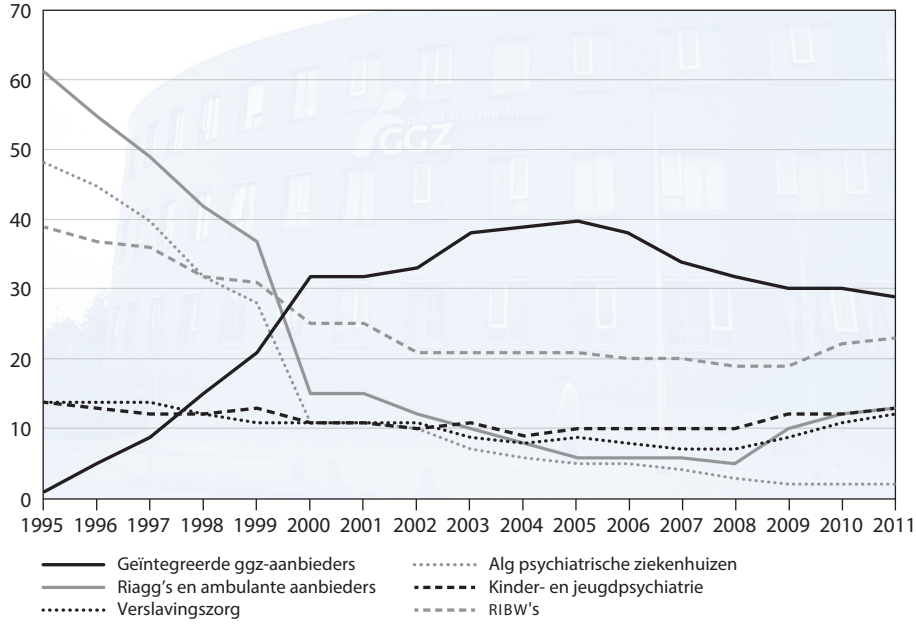
11.4 KORTE GESCHIEDENIS VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Voordat in paragraaf 11.5 tot en met 11.9 de voorstellen voor een nieuwe geestelijke gezondheidszorg de revue passeren, volgt hier eerst als referentiekader een geschiedschrijving van het Nederlandse ggz-beleid tot nu toe. Het beleid vanaf 1980 tot heden kenmerkt zich door drie aspecten:

1 schaalvergroting in het zorgaanbod;
2 een grotere overheidsinvloed dan in andere zorgsectoren;
3 top-downbeleid zonder voorafgaande zorginnovaties. Deze drie aspecten passeren hieronder de revue.

SCHAALVERGROTING SINDS ONGEVEER 1980

Begin jaren tachtig kwamen los van elkaar functionerende instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg onder één dak: de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg). Dit gebeurde onder dwang van de overheid. Die verwachtte daarvan een daling van het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen en een versterking van de ambulante zorg. Van der Grinten heeft dit beleidsproces prachtig beschreven in zijn dissertatie.[12] Meestal vormden vier of meer instellingen (vaak ontstaan vanuit verschillende confessionele zuilen en werkend in dezelfde regio) in 1982 samen één Riagg. In die jaren bestonden ook al ideeën om te komen tot RIGG's:



Afbeelding 11.3. Overzicht van het aantal instellingen binnen de ggz-sector
Bron: Dossier Gepaste Zorg, *Economisch Statistische Berichten*, 97, 2012.

regionale instituten voor de geestelijke gezondheidszorg. Daar zouden dan ook de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen in moeten participeren. Maar dat was toen een brug te ver. Later zou dat veranderen. De meeste Riagg's bleven bestaan tot het einde van de jaren negentig. Sommige bestaan nog steeds. Hun voortbestaan kwam ter discussie omdat zij meer een tweede lijn vormden dan een eerste lijn. De Riagg's overlapten de poliklinieken van de algemene psychiatrische ziekenhuizen en de universitaire klinieken. Daarom trad een nieuwe fusiegolf op die liep van circa 1993 tot 2004. Ravelli heeft deze tweede periode van fusievorming beschreven in zijn proefschrift.[13] In deze jaren fuseerden vele Riaggs met 38 van de 41 algemene psychiatrische ziekenhuizen tot wat thans heet geïntegreerde ggz-instellingen. Ook namen hier en daar Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) aan die fusies deel. Afbeelding 11.3 laat zien hoe het aantal instellingen verminderde sinds 1990.

Ravelli geeft in zijn studie aan dat raden van bestuur deze fusies vooral inhoudelijk beargumenteerden. Bestudering van beleidsstukken door Ravelli leert dat ook argumenten meespeelden als het vormen van *countervailing power* tegenover de eveneens in omvang groeiende en in aantal afnemende zorgverzekeraars. Verder bleek dat de overheid voor nieuwbouw van voorzieningen vaak een fusie als voorwaarde stelde. Inhoudelijke zorgprogramma's bleken in die jaren niet goed van de grond te komen, zo bleek uit een inventarisatie van Ravelli van de kwaliteit en omvang van zorgprogramma's voor cliënten/patiënten met schizofrene aandoeningen. Dit kwam omdat alle bestuurlijke aandacht uitging naar de inrichting van de zorg in de nieuwe fusieorganisatie. In de periode van 1993 tot 2004 hebben diverse ggz-instellingen getracht een eerste

lijn op te bouwen in de vorm van regionale ggz-centra met veel dagbehandelingen, poliklinische behandelingen, consultatie en weinig bedden. De grootte van deze instellingen, vaak gelegen op het terrein van een algemeen ziekenhuis en soms met 150 bedden, leidde ertoe dat ze zich eerder als kleine psychiatrische ziekenhuizen manifesteerden, dan als eerstelijnscentra. Het proefschrift van Ravelli – ik was zijn promotor – leidde tot een mineurstemming in het onderzoeksteam. De fusies hadden niet geleid tot inhoudelijke vernieuwing: er was in tien jaar weinig van de grond gekomen, alleen schaalvergroting. Het beddenaantal was ongeveer gelijkgebleven (zie afbeelding 11.2).

EEN GROTERE OVERHEIDSINVLOED DAN IN ANDERE ZORGSECTOREN

Vanaf de negentiende eeuw heeft de overheid een grotere invloed op de geestelijke gezondheidszorg dan op andere zorgsectoren. Zij richtte provinciale of rijkspsychiatrische ziekenhuizen op in de duinen, oostelijk Nederland en in Brabant. Het aanbieden van wat thans heet een asielfunctie aan personen die zich in de maatschappij niet kunnen handhaven, is de oudste overweging voor deze sterke overheidsbemoeienis, zo schreef Schnabel in 1997.[14] Soms is de overheidsbemoeienis al eeuwenoud zoals bij Altrecht, de ggz-instelling voor de stad Utrecht. In 1968 kregen de psychiatrische ziekenhuizen een stevig financieel fundament. Vanaf toen ontvingen zij hun geld uit de AWBZ. In 1982 volgden, zoals gezegd, de Riaggs die vanaf hun oprichting ook onder die wet gingen vallen. Deze 100 procent dekking van de ggz is uniek in de wereld. Nergens, aldus Schnabel, bestaat zo'n degelijk financieel fundament. In de jaren negentig van de vorige eeuw namen regering en parlement vele patiëntenwetten aan met grote invloed op het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg. Voorbeelden zijn de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Ook hier is weer een grote overheidsinvloed ter bescherming van kwetsbare mensen én ter bescherming van de samenleving. Ten slotte is te melden dat rond de eeuwwisseling de (F)ACT-teams met veel steun van lagere overheden tot stand kwamen. Hierbij staat (F)ACT voor (flexible) assertive community treatment. In Nederland is deze zorgvorm (ook wel bemoeizorg genoemd) gebaseerd op onderkenning van functionele beperkingen en niet alleen op de reeds genoemde DSM-classificatie. De FACT-teams doen en deden in Nederland goed ambulant werk. Daarvan getuigt de website www.factfacts.nl. Ze ontwikkelden zich vanuit goede voorbeelden en verspreidden zich daarna met steun van lagere overheden. Dat lukt mede door het opzetten van certificering van startende FACT-teams. Het invoeren van de teams heeft niet geleid tot minder verpleegdagen en reductie van het aantal bedden in ons land. In andere landen gebeurde dat wel.[15] [16] In een literatuurstudie uit 2014 toont een Engelse onderzoeksgroep aan dat FACT nu juist geschikt is om frequente opnamen van ernstige psychiatrische cliënten/patiënten terug te dringen.[17]

Thans herhaalt zich de geschiedenis die leidde tot de oprichting van de Riagg's in 1982. Alleen gaat het nu om de oprichting van de basis-ggz (zie paragraaf 11.7). Regering en parlement bemoeien zich hier wederom intensief mee, meer dan bijvoorbeeld met de structuur van de chronische zorg of de eerste lijn. Het punt dat ik nu maak met dit betoog is dat de overheidsinvloed in de ggz, in het verleden en in het heden, groter is dan in andere zorgsectoren.

TOP-DOWNBELEID ZONDER VOORAFGAANDE ZORGINNOVATIES

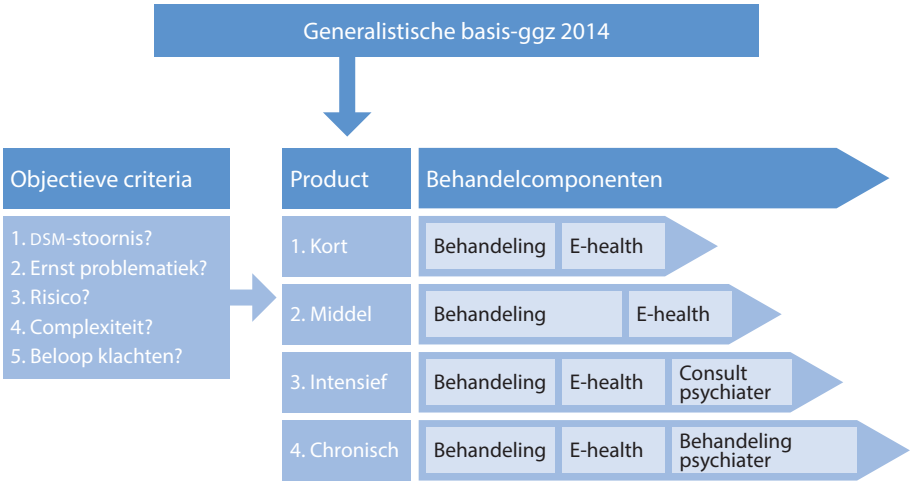
In hoofdstuk 8 kwam Vilans bestuursvoorzitter Nies aan het woord die in de chronische zorg pilotitis signaleerde: vele instellingen en instanties werken met pilotprojecten voor chronische zorg. Vaak gaan die na enkele jaren ter ziele. Zelden vindt bij succes actieve verspreiding plaats naar andere regio's. Wel starten enkele jaren later nieuwe bestuurders, zorginkopers, wethouders en bewindspersonen weer nieuwe pilots. Pilotitis komt niet voor in de geestelijke gezondheidszorg. In 1982 gingen alle ambulante ggz-instellingen aan de slag om Riaggs te vormen. Zij maakten geen gebruik van al ontwikkelde pilots. En ze hadden geen voorbeelden. Van der Grinten beschrijft al die ijverige pogingen in zijn al geciteerde dissertatie. Rond 2004 waren de meeste fusies in de ggz achter de rug. Ze kwamen in dit hoofdstuk al aan de orde. De innovaties stonden stil, aldus Ravelli in zijn dissertatie. Twee jaar na 2004 bleken al die gefuseerde instellingen vele zorgprogramma's te hebben opgesteld. Er werd na jaren van fusies weer geïnnoveerd! In 2006 telden Peters en collega's[18] 850 zorgprogramma's. De instellingen ontwikkelden die onafhankelijk van elkaar en zonder al ontwikkelde goede voorbeelden. Er zijn grote verschillen in kwaliteit tussen deze programma's, zo stelden Peters en de zijnen in 2010 vast bij zorgprogramma's voor mensen met een depressie.[19] Zij hanteerden daarbij indicatoren voor de structuurkwaliteit zoals vermeld in paragraaf 1.5.

Anno 2013 staat de ggz aan de vooravond van het vormgeven van de basis-ggz. Goede voorbeelden ontbreken. Te verwachten is dat alle instellingen en regio's hun eigen basis-ggz gaan inrichten met onderling grote kwaliteitsverschillen. Het is boeiend waar te nemen dat de chronische zorg leidt aan pilotitis en dat er in de ggz geen sprake is van geëvalueerde pilots voorafgaande aan grote herstructureringen.

11.5 DE BASIS-GGZ WORDT VOORLOPIG GEEN EERSTELIJNS GGZ

Sinds 2009 werkte het veld, GGZ Nederland ondersteund door haar leden en het Trimbos-instituut, aan de toekomstvisie *Zorg Werkt*. Die kwam in mei 2012 uit.[20] Dit document leidde tot een bestuurlijk akkoord op 18 juni 2012.[21] Daarin staan de voornemens vermeld over de basis-ggz, beddenreductie en e-mental health. De basis-ggz is bedoeld voor cliënten/patiënten met lichte en matige problematiek. De basis-ggz is ook bedoeld voor chronische, betrekkelijk stabiele cliënten/patiënten met ernstige ziektebeelden, zoals personen met schizofrene aandoeningen die in een beschermde woonvorm verblijven. De eerstelijns psychologische zorg wordt onderdeel van de generalistische basis-ggz. De website www.invoeringbasisggz.nl bevat altijd up-to-date informatie. Hieronder beperk ik mij tot de hoofdlijnen.

Afbeelding 11.4 laat zien dat de basis-ggz vier producten biedt.[23] De eerste twee producten betreffen kortdurende en middellange behandeling, waarvoor hulpverlening via het internet een belangrijke optie is. Paragraaf 11.9 gaat nader in op de voor- en nadelen van deze e-mental health. Het derde product, de intensieve zorg, is aan de orde bij kortdurende opnamen en crisisinterventie. De chronische zorg aan cliënten/patiënten met permanente stoornissen (het vierde product) valt onder het domein van de psychiater. De ontwerpers van dit model, Bakker en Jansen[22], meten de vier onderscheiden producten in aantal minuten zorg. Kortdurende zorg: 300 minuten per patiënt; middellange zorg: 500 minuten; intensieve zorg: 750 minuten; en chronische zorg: 750 minuten per jaar. De regering heeft anno 2013 wel de vier producten van Bakker en Jansen overgenomen, maar niet de prijskaartjes in minuten.



Afbeelding 11.4. Opbouw geestelijke gezondheidszorg
Bron: Ministerie van VWS (2013), Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ, 117090 1-3673-CZ.

Wel is het de bedoeling, aldus de eerder geciteerde beleidsbrief[23], dat zorgverzekeraars de basis-ggz gaan inkopen. Wat in feite gaat gebeuren, is dat zorgzwaartepakketten zoals gebruikt in de ouderenzorg (zie hoofdstuk 9) ook in de basis-ggz hun intrede doen. Ik merk op dat de eerste drie pakketten functioneel zijn omschreven. Psychologen en psychiaters mogen ze aanbieden. Alleen binnen het pakket chronische zorg moet de behandeling berusten bij een psychiater.

Tot zover de beschikbare informatie uit beleidsstukken die over de basis-ggz gaan.

De toegang tot de basis-ggz vanuit huisarts en diens praktijkondersteuner voor de ggz is met de vijf objectieve criteria (zie afbeelding 11.4) uitstekend geregeld. Wel moet de eerste lijn de stappen hebben doorlopen van afbeelding 11.7. Want dan wordt er sneller ingegrepen op klachtniveau, is een goede samenhang met de somatische zorg van de huisarts te realiseren en wordt onnodig voorschrijven van medicatie en doorverwijzen vermeden. Het functioneel omschrijven van de eerste drie pakketten basis-ggz vormt ook een pluspunt. Dit kan de kosten verlagen. Stel dat psychiaters het pakket kortdurende zorg aanbieden. Daarvoor zijn zij overgekwalificeerd. Zij ontvangen echter dezelfde prijs voor dit pakket als een psychiatrisch geschoolde verpleegkundige. Om deze reden gaat de basis-ggz het inkomen van psychiaters verlagen en daarmee de kosten van de Zorgverzekeringswet. Wel bestaat, net als in de ouderenzorg, het gevaar van *upcoding* en *downgrading*. Immers middellangdurende zorg (pakket 2) levert meer geld voor de professionals op dan kortdurende en is daarom duurder voor de zorgverzekeraars. Redenerend vanuit de gedragseconomie (zie hoofdstuk 1) leidt dit tot gedrag waarbij de professionals een zwaarder pakket aanbieden dan nodig (upcoding) en zorgverzekeraars een goedkoper pakket inkopen dan voor de gezondheid van cliënten/patiënten wenselijk is (downgrading). Indien beide partijen hierin volharden, leidt dit tot moeizame onderhandelingen. Want beide partijen zijn oneerlijk bezig en verkwanselen hun professionele integriteit als professional en als organisator van de toegang en solidariteit in de Zorgverzekeringswet.

Een kritiekpunt van mijn kant betreft het voornemen van de regering (aldus de genoemde beleidsbrief) om chronische zorg (pakket 4 van de basis-ggz) te beleggen bij de psychiater. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat dit uitstekend kan bij huisartsen en zorgmanagers zoals praktijkondersteuners.[23 24] Zelfs langetermijneffecten (het percentage cliënten/patiënten dat suïcide pleegt) zijn gunstiger bij behandeling door de huisarts.

Ook bedrijfsartsen blijken op een effectieve manier cliënten/patiënten met een ernstige depressie te kunnen begeleiden.[25] Een onderzoeksgroep van de Harvard Medical School te Boston toont aan dat het chronische-zorgmodel van Wagner (zie uitvoerig hoofdstuk 8 over somatische chronische zorg) ook uitstekend functioneert voor cliënten/patiënten met chronische psychische aandoeningen. De meeste van de door hen onderzochte programma's werkten vanuit de eerste lijn.[26] Een Engelse onderzoeksgroep komt met vergelijkbare conclusies.[27]

De documenten van de overheid en het veld zijn onduidelijk over de vraag of de basis-ggz tot de eerste lijn behoort. Voor een deel wel, maar het derde product crisisinterventie en kortdurende opnamen behoren niet tot de eerste lijn. Voor de andere drie producten speelt de huisarts als spil van de eerste lijn een zware rol bij doorverwijzing. Een doorverwijzing zou alleen plaats mogen vinden indien huisarts en zorgprofessional in de basis-ggz het met elkaar eens zijn. Dan moeten praktijkondersteuners bij huisartsen en verpleegkundig specialisten van de basis-ggz intensief samenwerken. Zij zijn dan tot elkaar veroordeeld. Als dat gebeurt, wordt de basis-ggz geen apart instituut zoals indertijd de Riagg's. Het betekent ook dat de professionals in de basis-ggz veelal anderen zijn dan in de gespecialiseerde ggz, zoals dat ook het geval is in de somatische curatieve zorg.

Als de basis-ggz behoort tot de eerste lijn ligt het voor de hand dat deze aansluiting zoekt bij organisatorische verbanden en zorg-ICT die thans veelal bestaan in de somatische eerste lijn. Dan gaan professionals van de basis-ggz spreekuur draaien in gezondheidscentra en zijn zij lid van eerstelijnsteams. De facto betekent dit dat huisartsen en eerstelijnsorganisaties de baas worden van de basis-ggz. Dit betekent ontvlechting van de basis-ggz uit de grote ggz-instellingen die in de jaren 1995-2004 met veel moeite (zie paragraaf 11.3) tot stand zijn gekomen. Het voordeel is dat er in Nederland eindelijk een sterke eerstelijns ggz ontstaat met nauwe contacten met de overige eerste lijn. De thans voorliggende beleidsdocumenten zijn vaag over de relatie van de basis-ggz met de eerste lijn. Daaruit leid ik af dat deze relatie geen prioriteit heeft bij GGZ Nederland, VWS en de zorgverzekeraars. Ik wijs ook op de gebruikte terminologie. De documenten spreken van basis-ggz en niet van eerstelijns ggz en van gespecialiseerde ggz en niet van tweedelijns ggz. Het thans realiseren van een aparte eerstelijns en tweedelijns ggz zou een enorme herstructurering van de ggz betekenen. Liever zie ik dat veld en beleid een weg van geleidelijke innovatie bewandelen.

EIGEN BETALINGEN WERKEN NIET IN DE GGZ, POSITIEVE FINANCIËLE PRIKKELS WEL

Lokkerbol en collega's berekenden op grond van enkele realistische aannames in een gemakkelijk te volgen berekening dat iedere euro in de bestaande eerstelijns ggz een bedrag van 4,24 euro bespaart vanwege vermeden opnamen in psychiatrische ziekenhuizen en vermeden kosten voor ziekteverzuim.[28] Na deze berekening van de returns on investment (zie voor dit begrip paragraaf 8.3) van de bestaande eerstelijns ggz doen zij

scenarioanalyses over wat er gebeurt met de kosten indien de basis-ggz de bestaande eerstelijns ggz verbetert op vijf punten, te weten:
1 het terugbrengen van het aantal sessies psychotherapie;
2 het aanbieden van meer evidence-based zorg;
3 het opschalen van e-health;
4 het strategisch inzetten op verhoogde therapietrouw; en
5 het substitueren van tweedelijns ggz naar eerstelijnszorg.

Het simultaan realiseren van deze doelstellingen leidt tot een basis-ggz met een return on investment die 16-31 procent hoger is dan de genoemde 4,24 euro. Het heldere rapport van Lokkerbol en collega's biedt voor de lange termijn uitzicht op het bevorderen van de triple-aimdoelstellingen. Wat aan hun onderzoek ontbreekt, is een businessplan met een verdeling van baten en lasten per jaar over de verschillende partijen zoals instanties voor Ziektewet- en WIA-uitkeringen, bedrijfsleven, rijksoverheid, gemeenten, zorgverzekeraars en basis-ggz.

Hoewel ik de gunstige berekeningen van Lokkerbol onderschrijf, verwacht ik niet dat de genoemde partijen bereid zijn gezamenlijk een dergelijk plan op te stellen. Die partijen zijn daarvoor te veel bezig met de korte termijn, zo merk ik tijdens mijn masterclasses en publieksreacties op lezingen tijdens congressen.

Vanuit de gedragseconomie redenerend lijkt de invoering van een eigen bijdrage voor de gespecialiseerde ggz een aantrekkelijk optie. Dan ontstaat er immers een stimulans voor cliënten/patiënten (en met hen sympathiserende zorgprofessionals) om de behandeling zo lang mogelijk voort te zetten in de basis-ggz. Door de studie van Verhaak en collega's twijfel ik om deze eigen bijdrage te bepleiten.[29] Zij deden een vragenlijstonderzoek onder 4.996 ggz-cliënten/patiënten. Van de respondenten geeft 70 procent aan door de invoering van de eigen bijdrage het zorggebruik te gaan verminderen. De ingeschatte ernst van de klachten en de ervaren noodzaak voor zorg is niet gerelateerd aan de geschatte zorgvermindering. De onderzoekers concluderen dat niet degenen met lichtere problematiek de tweedelijnszorg gaan mijden, maar de mensen met de laagste inkomens, ongeacht de problematiek die ze hebben. Priebe[30] verwacht van een positieve financiële prikkel wel effect, en wel op de therapietrouw van cliënten/patiënten met schizofrenie en andere psychotische aandoeningen. Bekend is dat de helft van deze groep cliënten/patiënten niet op afspraken verschijnt en voorgeschreven medicatie niet inneemt. Het financieel belonen met een klein bedrag verhoogt bij deze groep de therapietrouw significant, zo toont Priebe in een experiment aan. Kendall[31] ondersteunt de resultaten van Priebe op basis van een beperkte literatuurstudie.

Met deze financiële alinea's eindigt deze paragraaf over de basis-ggz. De gespecialiseerde ggz blijft verder buiten beschouwing. De inrichting daarvan in zorgprogramma's per brede cliënten-/patiëntengroep kwam al aan de orde in paragraaf 11.3. De volgende paragraaf gaat over de herstelzorg. Aan de orde komt de vraag hoe een psychiatrische patiënt na de behandeling kan terugkeren in de maatschappij en hoe heropnamen te vermijden zijn.

11.6 EEN ANDERE TOEGANGSREGULERING VOOR DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

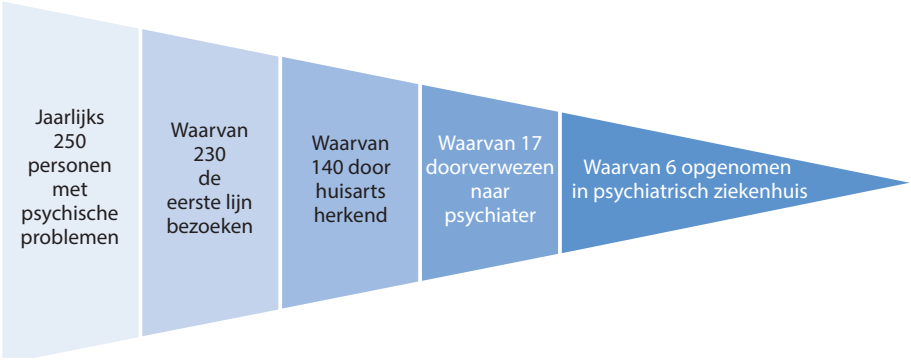
De Nemesisstudies 1 en 2 (zie vorige paragraaf) en internationale onderzoeken tonen aan dat er meer mensen met psychische problematiek zijn dan er worden behandeld. Dit heeft als gevolg dat toegangsregulering noodzakelijk is. Deze term is afkomstig uit de verkeerssector en omvat alle regels die van kracht zijn om toegang tot bijvoorbeeld een parkeergarage, een binnenstad of een snelweg te regelen. Ik introduceer deze term hier voor de toegang tot de ggz. Vergelijkbare termen zijn triage doen, poortwachtersfunctie uitoefenen, verwijzen, indicatie stellen en instroommanagement. Maar toegangsregulering is neutraler en algemener. Welnu, toegangsregulering is nodig, anders loopt de ggz wellicht vol met de verkeerde cliënten/patiënten en ontstaan er wachtlijsten. Dan komen personen met ernstige psychiatrische aandoeningen de ggz niet meer binnen. Zo constateert het College voor zorgverzekeringen in 2012 onderdiagnostiek en onderbehandeling bij depressieve ouderen en depressieve allochtonen en overbehandeling bij betere opgeleide autochtonen.[32] Ten slotte ligt corruptie op de loer: cliënten/patiënten en hun professionals trachten voor te kruipen door sociaal wenselijke antwoorden te geven om in behandeling te komen of om te mogen doorverwijzen. Verder is toegangsregulering noodzaak omdat de geestelijke gezondheidszorg geen openeindfinanciering kent. Er bestaat kostenlimitering. In het bestuurlijke akkoord van juni 2012 (zie paragraaf 11.5) is het uitgangspunt 2,5 procent groei per jaar.

Grote invloed op toegangsregulering heeft het antwoord op de vraag: wat hoort tot het domein van de geestelijke gezondheidszorg? Een voorbeeld: hoe ernstig moet verzamelwoede zijn om een ziektebeeld te vormen voor psychiaters? Een tweede, actueel voorbeeld, besproken door de eerdergenoemde Mullenders en Van Vlaardingen, betreft de vraag: horen trainingen mindfullness wel of niet tot het verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet? Deze paragraaf gaat verder in op deze vraag.

De somatische gezondheidszorg kent de trechter van Dunning als model van toegangsregulering. In hoofdstuk 7 over de eerste lijn kwam deze al aan de orde. De chronische zorg kent de driehoek van Kaiser Permanente als toegangsreguleringsmodel (hoofdstuk 8) en de ouderenzorg het AWBZ-filter (hoofdstuk 9). Van oudsher kent de sociale geneeskunde de klinische ijsberg (hoofdstuk 2), waarbij een groot deel van de ziekten onder water blijft en slechts het topje wordt gediagnosticeerd en behandeld. De verslavingszorg (hoofdstuk13) kent de driehoek van geheelonthouders aan de basis en Korsakow-cliënten/patiënten in verpleeghuizen (zie afbeelding 12.1).

Kenmerkend voor al deze modellen is dat zij de totale zorg omvatten. Ze betreffen niet alleen de eerste lijn als toegangspoort naar de tweede lijn: ook binnen de eerste lijn vindt toegangsregulering plaats, bijvoorbeeld telefonische triage door de praktijkassistente bij een afspraak met de huisarts. Binnen de tweede lijn vindt toegangsregulering plaats als bijvoorbeeld een psychiater op de spoedeisende hulp besluit tot spoedopname van een patiënt die suïcide trachtte te plegen. Verder zijn al deze modellen erop gericht om cliënten/patiënten zoveel mogelijk zelf hun eigen gezondheidsproblemen te laten oplossen. Komen ze er niet uit, dan geldt de regel: generalistisch wat kan en specialistisch wat moet.

Ook de geestelijke gezondheidszorg heeft haar eigen toegangsregulering: het filtermodel. Goldberg en Huxley[33] ontwierpen het in 1980. Hun filtermodel (afbeelding 11.5) bestaat uit een aantal lagen:



Afbeelding 11.5. Het toegangsfilter voor de ggz*)
***) De getallen in de afbeelding zijn van Goldberg en Huxley en slaan niet op Nederland.**
Bron: D. Goldberg, P. Huxley, *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. Vol. 3. Routledge, 2012.

1 de groep cliënten/patiënten met psychische problemen die de huisarts raadpleegt vanwege een lichamelijke of psychische klacht;
2 de groep cliënten/patiënten waarvan de huisarts een psychisch probleem herkent;
3 de groep cliënten/patiënten waarbij een huisarts een diagnose stelt en verwijst naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg;
4 de groep cliënten/patiënten die aankomt in de geestelijke gezondheidszorg na verwijzing door de huisarts en daarna ambulante geestelijke gezondheidszorg ontvangt;
5 de groep cliënten/patiënten waarvan de ambulante professional samen met de patient (vrijwillige opname) of zonder diens instemming (gedwongen opname) besluit tot opname in een ggz-instelling;
6 de groep cliënten/patiënten die tijdelijk dan wel permanent is opgenomen in een instelling.

Vanaf groep 3 komt de in Nederland gebruikelijke classificatie van psychiatrische diagnoses aan de orde; de DSM-IV die in mei 2013 is opgevolgd door DSM-5. Hierbij staat DSM voor *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Het is de naam van een Amerikaans handboek uitgegeven door de American Psychiatric Association (APA). Uit de volledige titel van het handboek komt een spanningsveld naar voren. Is de DSM een verzameling stoornissen (disorders) of een verzameling diagnoses die in een diagnostisch handboek staan? Een stoornis ofwel beperking betreft het onvoldoende functioneren van het menselijk lichaam zonder dat de oorzaak daarvan precies bekend hoeft te zijn. Bij een diagnose is de oorzaak bekend, bestaat er een werkingsmechanisme en is er sprake van een natuurlijk beloop bij niet-behandelen. Het hier besproken handboek beschrijft zowel stoornissen als diagnoses. De DSM-handboeken III en IV waren enorme bestsellers en bereikten oplagen van één miljoen exemplaren met een verspreiding over de gehele wereld. Cliënten/patiënten en vele professionals werden zich bewust van de symptomen die de APA voor de diverse diagnoses had opgesteld. Dit droeg bij aan de psychopathologisering van gedrag van jongeren (zie hoofdstuk 6) en het daardoor va-

ker voorschrijven van psychofarmaca. Batstra en Frances spreken daarom van een diagnostische inflatie ten gevolge van de DSM-classificaties.[34] Deze uitdrukking komt terug in de titel van dit hoofdstuk omdat de nieuwe basis-ggz valt of staat met de mogelijkheid om een goede toegangsregeling te introduceren. Want DSM-criteria zijn rekbaar. Als je ze heel streng toepast, passen er enkele mensen in bijvoorbeeld de categorie ADHD of depressie. Als je ze heel breed toepast, past de halve bevolking in zo'n categorie. Batstra & Frances vrezen – en ik met hen – dat de DSM-5 gaat leiden tot verdere diagnostische inflatie. Dan ontvangen degenen met ernstige problematiek onvoldoende zorg omdat steeds meer tijd en geld gaan naar mensen met milde problematiek. Verder gaan bij zo'n inflatie psychiatrische diagnoses hun geloofwaardigheid verliezen omdat de oorzaken van de ziekte onvoldoende zijn onderbouwd.

GETRAPTE DIAGNOSTIEK VOORKOMT DIAGNOSTISCHE INFLATIE

Deze inflatie is te voorkomen indien de eerstelijnsgezondheidszorg, in casu huisartsen en hun praktijkondersteuners voor de geestelijke gezondheidszorg (POH's-ggz), niet te snel DSM-diagnoses stellen en werken met een geleidelijke diagnosestelling. Ofwel met een *stepped diagnosis*, zoals Batstra en Frances die noemen in navolging van de grondleggers van *stepped care*, de Engelse psychiaters Bower en Gilbody.[35] De twee eerste auteurs pleiten ervoor om te komen tot een DSM-diagnose in zes stappen (afbeelding 11.6).

Ze onderbouwen hun stappen met tal van empirische studies die ik hier niet nog eens opsom. Huisartsen, hun POH-ggz, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, psychologen en andere zorgprofessionals in de gemeenten Westervoort en Duiven werken met een vergelijkbare aanpak voor cliënten/patiënten met klachten op het terrein van depressie, angst en stress (DAS). Zij vormden in 2012 het DAS-netwerk.[36] Ik kijk uit naar meer proeftuinen die het genoemde stappenplan hanteren.

De regering eist dat de huisarts vijf vragen stelt bij het verwijzen van een patiënt naar de basis-ggz:[37]

1 Is er een vermoeden van een in DSM benoemde stoornis?
2 Wat is de impact van de problematiek op het dagelijks functioneren?
3 Is er sprake van comorbiditeit?
4 Is er sprake van zelfverwaarlozing, verwaarlozing van naasten, suïcideneigingen, kindermishandeling?
5 Wat is de duur van de klachten?

Deze vijf vragen staan in afbeelding 11.4 vermeld onder het kopje 'Objectieve criteria'. Het stappenplan met de vijf VWS-vragen vormt in dit betoog de toegang tot de basis-ggz die wel werkt met DSM-stoornissen. Ik merk op dat het stappenplan nog onvoldoende is uitgeprobeerd om in aanmerking te komen voor nationale implementatie. De eerdere geciteerde Bower en Gilbody waarschuwen tegen een overhaaste invoering van stepped care zonder wetenschappelijke onderbouwing. De volgende paragraaf beschrijft eerst de basis-ggz zoals thans voorgesteld door regering, zorgverzekeraars en GGZ Nederland. Daarna volgt mijn commentaar daarop.

Stap 1. **Baseline gegevens verzamelen**
Schat de ernst van de problemen zo goed mogelijk in. In geval van ernstige of terugkerende problemen: ga direct naar stap zes. In geval van stress is het beter de bron van de stress aan te pakken gedurende de stappen van stepped diagnosis
Stap 2. **Normaliseren**
Normaliseren betekent dat de zorgprofessional psychische problemen uitlegt als normale en te verwachten reacties in een mensenleven. Niet zelden hebben psychische klachten een functie. In deze stap gaat de zorgprofessional samen met de persoon in kwestie op zoek naar de eventuele functie van de emoties en gedragingen en naar manieren om beter om te gaan met stressoren
Stap 3. **Watchful waiting**
Normaliseren gaat samen met of wordt gevolgd door watchful waiting: een periode waarin er wekelijks (vaak telefonisch) contact is tussen zorgprofessional en cliënt/patiënt
Stap 4. **Minimale interventies**
Wanneer behandelaars een minimale interventie aanbieden, is het soms nodig expliciet duidelijk te maken dat deze niet ingezet wordt voor een diagnose die al vaststaat. Zelfhulpboeken of internetprogramma's zijn voorbeelden van minimale behandelingen. Een groot voordeel van dergelijke interventies is dat ze de eigen capaciteiten van de persoon maximaal aanboren
Stap 5. **Kortdurende therapie**
Onderzoek laat zien dat voor veel hulpvragers kortdurende therapieën, zoals cognitieve gedragstherapie of probleemoplossende therapie, effectief en kosteneffectief zijn. Er is nog steeds geen sprake van een DSM-diagnose
Stap 6. **DSM-diagnostiek en specialistische behandeling**
Wanneer problemen en disfunctioneren ondanks de voorgaande stappen blijven bestaan, is DSM-classificatie en specialistische behandeling in de tweede lijn geïndiceerd.

Afbeelding 11.6. De zes stappen voor huisartsen en POH-ggz voorafgaande aan een DSM-diagnose
Bron: L. Batstra, A. Frances, 'Psychiatrische overdiagnostiek voorkomen zonder onderbehandeling te riskeren', *De Psycholoog*, 10-17, 2013.

11.7 DE HERSTELONDERSTEUNING, ONLOSMAKELIJK ONDERDEEL VAN DE GGZ

Als cliënten/patiënten met psychisch lijden uit hun behandeling komen, breekt een periode van herstel (Engels: *recovery*) aan. Veelal moeten zij dan opnieuw een baan, een partner, vrienden, huisvesting, inkomen of opleiding zien te vinden. Zij zijn nog kwetsbaar. Recidive en terugval liggen op de loer. Herstelondersteuning vormt een onlosmakelijk onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg net zoals revalidatie na een doorgemaakte beroerte, een hartinfarct of een oncologische behandeling.

Afbeelding 11.7 toont de twaalf leidende principes van SAMHSA die gelden bij herstelondersteuning. De Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) is onderdeel van het U.S. Department of Health and Human Services. Van der Stel heeft de twaalf principes voor Nederland uitgewerkt.[38]

1.	Herstel kan via verschillende routes verlopen
2.	Herstel komt voort uit persoonlijk initiatief
3.	Herstel betekent persoonlijke erkenning dat verandering nodig is
4.	Herstel omvat het gehele leven
5.	Herstel is cultuurspecifiek
6.	Herstelondersteuning bestaat op een continuüm van zorg en welzijn
7.	Herstel wordt ondersteund door vrienden en lotgenoten
8.	Herstel komt voort uit hoop en dankbaarheid
9.	Herstel omvat een proces van verwerken en herdefiniëring van alle relaties
10.	Herstel wordt bevorderd door aandacht te geven aan discriminatie, schaamte en stigmatisering
11.	Herstel omvat het opnieuw vinden van een baan of een andere positie in de samenleving
12.	Herstel is een realiteit, een noodzakelijke fase

Afbeelding 11.7. De twaalf principes die leiden tot herstel

Bron: SAMHSA, **geraadpleegd op 7 november 2013 via www.beta.samsha.gov.**

Bij de twaalf SAMHSA-principes staat als zesde dat herstel wordt ondersteund vanuit een continuüm van zorg en welzijn. Voor Nederland betekent dit dat herstelondersteuning een taak is voor de geestelijke gezondheidszorg in al haar onderdelen, zowel in de eerste lijn, in de basis-ggz als in de gespecialiseerde ggz. De Amerikaanse onderzoekers Cook en collega's hebben aangetoond dat herstelondersteuning effectief is.[39] Zij evalueerden in een gerandomiseerde studie acht herstelgroepsbijeenkomsten van 2,5 uur, aangeboden door collega-cliënten/patiënten die zelf een korte opleiding tot groepscoach achter de rug hadden. Vergeleken met de controlegroep zonder bijeenkomsten hadden de deelnemers significant gunstiger uitkomsten op:

1 depressieschalen;
2 angstvragenlijsten;
3 zelfvertrouwen; en
4 oriëntatie op concrete levensdoelen.

De Utrechtse onderzoekers Den Ouden en collega's (ik zelf was een van die collega's) deden een kwalitatief onderzoek naar herstelondersteuning door ex-cliënten/patiënten van grote psychiatrische instellingen.[40] Zij constateren als grote meerwaarde van herstelondersteuning dat de overgang van opgenomen zijn naar herstel geleidelijker wordt. Het HEE-netwerk tracht onder de bezielende leiding van ervaringsdeskundige Wilma Boevink meer aandacht voor de herstelfase te verwerven bij beleidsmakers en door cliënten/patiënten in onderling contact te brengen.[41] Hierbij staat HEE voor herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid. De groep siert zich ook met de geuzennaam *Gekkenwerk*.

11.8 E-MENTAL HEALTH

Cliënten/patiënten verwachten bij herstelondersteuning veel van interventies en contacten via het internet ofwel van e-mental health. Hetzelfde verwachten GGZ Nederland en de overheid gelet op hun pleidooien om te komen tot de eerdergenoemde basis-ggz. Zo zou de kortdurende en middellange hulpverlening vooral via het internet moeten plaatsvinden (zie afbeelding 11.6). Zijn deze verwachtingen gebaseerd op gerealiseerde en geëvalueerde zorginnovaties of zijn ze luchtkastelen? Het antwoord is ja en nee. Ik licht dit antwoord hieronder toe.

De Californische onderzoekers Hilty en collega's bestudeerden 755 wetenschappelijke artikelen over effectiviteit van e-mental health verschenen in de periode juli 2003 tot en maart 2013.[42] Ook aandoeningspecifieke studies zijn inspirerend en veelbelovend, aldus Hilty en collega's over onderzoeken onder personen met depressie, posttraumatisch stresssyndroom, verslaving en ontwikkelingsstoornissen. Zij concluderen dat e-mental health effectief is ongeacht de diagnose, behandeling, setting, etniciteit en leeftijd van de patiënt/cliënt. Een tweede onderzoeksgroep bevestigt op basis van eveneens een overzichtsstudie de conclusie van Hilty en collega's.[43] Een Nederlandse groep rond de online zorgaanbieder Interapy komt ook tot positieve resultaten.[44] Een vierde onderzoeksgroep is evenwel minder optimistisch over diezelfde toekomst. Deze groep werkt aan de Universiteit van Colorado en bij de Veteran's Health Administration. Deze onderzoekers deden onderzoek naar de bereidheid van de geestelijke gezondheidszorg om e-mental health te introduceren.[45] Van de artsen wil 78 procent meer wetenschappelijk bewijs dat online zorg effectief is. Zij vinden de technologie niet passen in hun dagelijkse routines en ervaren de bestaande bekostiging als een belemmering: meer e-health leidt tot minder omzet aan opnamen en face-to-facecontacten. Om deze barrières te overwinnen zijn nodig:

1 uitgebreide mogelijkheden om te trainen;
2 meer en beter overtuigende evidentie dat e-mental health werkt;
3 verhoging van het gebruiksgemak van de eigen software (tablets, iPads en iPhones) en de verbindingen met de cliënten/patiënten.

De onderzoekers Steinhubel en collega's[46], Boerema en collega's[47], Putters met zijn studenten[48] en Van Splunteren en collega's[49] ondersteunen dit betoog. Weggeman geeft in zijn standaardwerk een algemene verklaring waarom professionals zelden openstaan voor innovaties in hun eigen werk.[50] Hij onderscheidt r-professionals en i-professionals. De r-professionals zijn dominante routinematig werkende professionals en de i-professionals zijn dominante innoverende kenniswerkers. De r-professionals verbeteren door bestaande normen, records en standaardpraktijken te overtreffen, ze zijn efficiënt, analytisch en geconcentreerd, ontwikkelen patronen en herkennen patronen gemakkelijk. De i-professional vernieuwt, maakt radicaal nieuwe informatie, is flexibel en creatief en doorbreekt juist patronen. In mijn eigen ervaring met invoering van e-mental health ontmoette ik vaak uitstekende r-professionals. Zij vormden de ruggengraat van de ggz-instellingen en verbeterden continu richtlijnen en beslisbomen. Maar ik kreeg ze niet warm voor experimenten via het internet.

ROUTINE OUTCOME MONITORING

Digitalisering maakt het ook mogelijk om effecten van een psychiatrische behandeling te meten door vragenlijsten af te nemen bij cliënten/patiënten aan ten minste het begin

en het einde van een behandeling. Dit meten staat bekend als routine outcome monitoring (ROM). Het biedt vier mogelijkheden:
1 het evalueren van een individuele behandeling;
2 het evalueren van een behandelprogramma of behandelteam;
3 het leveren van prestatie-indicatoren op basis waarvan zorgverzekeraars kunnen inkopen; en
4 het doen van wetenschappelijk onderzoek om bijvoorbeeld richtlijnen te actualiseren en naar het niet aanslaan van behandelingen.

Het 'rommen' is sinds 2001 in Nederland in opkomst.[51] Carlier en collega's deden er in 2012 een internationale literatuurstudie naar.[52] Zij constateerden dat rommende zorgprofessionals eerder hun diagnose en behandeling bijstelden. In 2013 promoveerde Buwalda erop.[53] In zijn experimenten bleken cliënten/patiënten positief. Behandelaren vonden het lastig het rommen te integreren in de dagelijkse praktijk, onder meer omdat de software de uitkomsten van vragenlijsten niet direct kan uploaden in het elektronische dossier. Buwalda komt tot de mismoedige conclusie dat het rommen in zijn experimenten tot nu toe nauwelijks de behandelresultaten verbeterde. Inmiddels heeft GGZ Nederland samen met zorgverzekeraars de Stichting Benchmark GGZ opgericht (zie www.sbggz.nl). Ggz-instellingen zijn thans verplicht hun ROM-uitkomsten digitaal op te sturen naar deze stichting. De beroepsgroep van psychiaters is furieus over de gehanteerde vragenlijsten en de gang van zaken.[54] Want instellingen worden financieel gekort als zij die niet hanteren. Wat vind ik hier zelf van? Ik plaats drie kanttekeningen. Ten eerste is het rommen in theorie een interessante toepassing van e-health. Wat ontbreekt in de ggz is een zorgvuldig opgezette intercollegiale toetsing op basis van de ROM-uitkomsten. Die bestaat wel bij de zogeheten perinatale audit in de geboortezorg (zie hoofdstuk 5) en bij de Duitse disease-managementprogramma's (zie hoofdstuk 8). Het voorbereiden van die toetsing duurde in beide voorbeelden een aantal jaren. Ten tweede is de financiële prikkel verkeerd: er wordt gewerkt met strafkortingen in plaats van beloningen zoals in het Duitse voorbeeld. Zo'n strafkorting roept onmiddellijk weerstanden op. Ten derde valt op dat de softwareondersteuning zo mager is. De ROM-uitkomsten zijn veelal niet te uploaden in de digitale behandeldossiers. Tja, dan wordt rommen een rituele handeling ten behoeve van de zorgverzekeraar waarvan patiënt, instelling en zorgprofessional geen baat ervaren.

11.9 HET CAPPUCCINOMODEL BEVORDERT BEDDENREDUCTIE EN TOEGANGSREGULERING

Paragraaf 1.4 geeft de onderbouwing en uitwerking van het cappuccinomodel. Kort gezegd is het bekostiging op basis van drie tarieven. Ten eerste een abonnementstarief per jaar en per patiënt dat bijdraagt aan continuïteit tussen zorgprofessionals en cliënten/patiënten en de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties vereenvoudigt. Ten tweede is er een laag volumetarief, bijvoorbeeld van 9 euro per consult zoals bij huisartsen, om productiviteit te stimuleren. Ten derde bevat het een innovatietarief ter bekostiging van de invoering van de innovaties zoals bijvoorbeeld in dit hoofdstuk beschreven. De hoogte van dit tarief hangt af van de innovatieagenda die instellingen en zorgverzekeraars hebben afgesproken. In de praktijk bedraagt dit tarief een paar procent van het abonnementstarief. In de hoofdstukken 5 tot en met 9 – na de hoofdstukken 2 tot en met 4 over preventie – heb ik steeds aspecten van dit model uit-

gediept: de bestuurlijke organisatie en de implementatie (paragraaf 5.5), de uitwerking naar multidisciplinaire wijkteams (paragraaf 6.5), het begrip shared savings en de randvoorwaarden (paragraaf 7.9), de relatie met het chronische-zorgmodel van Wagner en het individuele zorgplan (paragraaf 8.6), het gezamenlijk inkopen van zorgprogramma's door gemeenten en zorgverzekeraars (paragraaf 9.9) en de relatie met langetermijnbeleid (paragraaf 10.9). Alle genoemde aspecten bestaan ook bij het invoeren van het cappuccinomodel voor de geestelijke gezondheidszorg. Ik ga ze nu niet opnieuw beschrijven.

De volgende overwegingen pleiten ervoor om dit model ook in de geestelijke gezondheidszorg in te voeren. Er is in de ggz sprake van overconsumptie door cliënten/patiënten met lichte klachten én van onderconsumptie door cliënten/patiënten met ernstige psychiatrische problematiek (paragraaf 11.2). Deze onevenwichtigheid kan verdwijnen indien er een goede toegangsregulering zou bestaan, gebaseerd op het filter in afbeelding 11.5 en het zesstappenmodel van afbeelding 11.6. Die regulering stimuleert cliënten/patiënten met ernstige problematiek tot zorggebruik en houdt personen met lichte problematiek binnen de eerste lijn. Het filter- en stappenmodel werken niet als zorgprofessionals en hun instellingen een groot belang hebben bij het draaien van productie. Hun streven blijft in dat geval gericht op het behoud van bedden en dagbehandelingsplaatsen. Het cappuccinomodel biedt hiervoor een oplossing. Dat vervangt immers de volumeprikkel voor 80 procent door een abonnementstarief en brengt de prikkel zelf terug tot 10 procent van de te verwerven omzet. Voor de overblijvende volumeprikkel zou moeten gelden dat die even hoog is voor internet- en face-to-facecontacten. Dat verleidt instellingen om de laatste door de eerste te vervangen. Het cappuccinomodel combineer ik met de eerdergenoemde routine outcome monitoring (paragraaf 11.8). Want die kan inzage bieden – het liefste online – in de werking van de filter en de zes stappen. Er kan dan een spiraal naar boven ontstaan waarbij de toegangsregulering steeds beter wordt. Bovendien worden dan effecten van behandelingen zichtbaar. Dat is nodig, want de Nederlandse bevolking is niet bijster positief over de ervaren effectiviteit van deze zorg (paragraaf 11.3).

Het cappuccinomodel bevat niet alleen een abonnementstarief en een klein volumetarief maar ook een innovatietarief. Er bestaat thans in de ggz nauwelijks een traditie om vooraf innovaties te ontwerpen en te evalueren en die daarna te verspreiden. Alleen bij de FACT-teams was hiervan sprake (paragraaf 11.4). Een innovatietarief van enkele procenten van het abonnementstarief kan dit veranderen. Dat maakt het aantrekkelijk voor instellingen om een van de genoemde innovaties te realiseren. Ik denk hierbij vooral aan e-mental health, herstelondersteuning, rommen en gelijktijdige behandeling van somatische en psychische klachten. Van dit laatste trof ik in de literatuur uit 2014 nog een effectieve en besparende innovatie aan om jongeren met anorexia in dagbehandeling zowel somatische als psychische zorg te verlenen.[55]

Om toegangsregulering te verbeteren en innovaties te bevorderen, heb ik de afgelopen jaren ervoor gepleit dat ook ggz-instellingen hun bekostiging verwerven op basis van het cappuccinomodel. Ik heb dit voorstel enkele malen gedaan op congressen en in gastcolleges. Vijf grote ggz-instellingen waren bereid om deze methodiek uit te werken. Het is er niet van gekomen vanwege gebrek aan steun bij het ministerie van VWS en zorgverzekeraars. Via dit boek doe ik opnieuw dit voorstel. Niet om het binnen de kortste keren in heel Nederland in te voeren. Laten we ermee gaan experimenteren in een aantal proeftuinen. Wat ik probeer is inhoudelijke langetermijndoelstellingen te ver-

binden met jaarlijkse begrotingsonderhandelingen en vooral inhoudelijke grondslagen in de bekostiging mee te nemen en slechts voor een klein deel de volumeprikkel.

11.10 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN OP EEN RIJ EN DE TRIPLE-AIMDOELSTELLINGEN

In paragraaf 11.1 staan kwantitatieve gegevens over psychische aandoeningen in Nederland. De belangrijkste bevindingen zijn de volgende.

1 De Nederlandse geestelijke volksgezondheid in de periode 2007-2009 is vergelijkbaar met die in 1996.
2 Psychische stoornissen – zoals angststoornissen, depressie en dementie – behoren tot de ziekten met de grootste ziektelast. Zij zijn qua aantal DALY's vergelijkbaar met ernstige lichamelijke ziekten zoals een beroerte, diabetes mellitus, longkanker en COPD.
3 Twee derde van de volwassenen met een psychische stoornis heeft hiervoor in de afgelopen twaalf maanden geen enkele vorm van hulp heeft gekregen. Gemiddeld duurt het bij mensen met enigerlei psychische stoornis negen jaar voordat zij hulp zoeken.
4 De ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg betekende tot nu toe vooral een groei van poliklinische behandelingen en beschermd wonen.
5 Van 1990 tot heden schommelt het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen rond de 25.000. Het beleid van overheid en GGZ Nederland vanaf 2013 tot 2020 is erop gericht om het aantal bedden terug te dringen met 30 procent. Dat is een trendbreuk.
6 Psychische en somatische klachten gaan vaak samen. Gelijktijdige behandeling van lichamelijke en psychische klachten heeft een goede prognose. Die gelijktijdigheid betekent een grote besparing op ziekenhuisligdagen (40 tot 63 bedden per dag in een algemeen ziekenhuis van 600 bedden) zo bleek in 2011 uit een Engels experiment.
7 Bij het zoeken naar zorg voor lichamelijke klachten lopen psychiatrische cliënten/patiënten tegen drie problemen aan: a. de patiënt onderkent lichamelijke klachten onvoldoende, b. er bestaat onvoldoende samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en huisartsen, en c. er vindt geen monitoring plaats op (on)gezonde leefstijlen.

De kosten van de geestelijke gezondheidszorg komen aan bod in paragraaf 11.2. De belangrijkste uitkomsten zijn de volgende.

8 De kosten voor de geestelijke gezondheidszorg zijn in 2011 meer dan tweemaal zo hoog als in 1998. Gestegen prevalentie vormt geen verklaring voor toegenomen zorggebruik en ggz-kosten.
9 Het arbeidsverzuim bedraagt ongeveer de helft van de ggz-zorgkosten.
10 Buitenlandse studies geven aan dat de kostengroei van de ggz samenhangt met de groei van het aantal cliënten/patiënten. Daarnaast heeft ook het gebruik van psychofarmaca in de eerste lijn daaraan bijgedragen.
11 Er bestaat nog steeds een grote mate van onderbehandeling van mensen met ernstig psychisch lijden. Betere toegang tot de ggz leidt daarom tot voortgaande kostengroei.

In paragraaf 11.3 passeren internationale ontwikkelingen de revue. De belangrijkste bevindingen zijn als volgt.

12 In Nederland is de drempel om hulp te zoeken voor psychische problemen relatief laag in vergelijking met andere landen.
13 De Nederlandse volwassenen zijn negatiever over de effectiviteit van professionele

hulp bij psychische problemen dan in vijf andere Europese landen waarmee is vergeleken.

14 Per 100.000 inwoners telt Nederland meer plaatsen of bedden in de ggz dan in de meeste andere landen. In tegenstelling tot andere landen vond over de periode 1980-2009 slechts een geringe reductie plaats in dit aantal plaatsen of bedden.

Paragraaf 11.4 bevat een korte geschiedschrijving van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. De voornaamste bevindingen zijn de volgende.

15 Sinds 1980 treedt schaalvergroting in de ggz op. Tijdens fusies waren er nauwelijks zorginnovaties en het aantal bedden bleef nagenoeg gelijk.

16 De invloed van de overheid was in de afgelopen periode groter dan in andere zorgsectoren.

17 Rond de eeuwwisseling kwamen met veel steun van lagere overheden (F)ACT-teams tot stand. (F)ACT staat voor (flexible) assertive community treatment. In Nederland reduceerden de FACT-teams niet het aantal bedden. In het buitenland gebeurde dat wel.

18 Ggz-beleid was veelal niet gebaseerd op voorafgaande goede innovatieve voorbeelden.

19 Het is boeiend waar te nemen dat een sector als de chronische zorg lijdt aan pilotitis (te veel pilots) en dat er in de ggz geen sprake is van geëvalueerde pilots voorafgaande aan grote herstructureringen.

Paragraaf 11.5 beschrijft de plannen en invoering van de basis-ggz.

20 De basis-ggz biedt vier producten. De eerste twee betreffen kortdurende en middellange behandeling waarvoor hulpverlening via het internet een belangrijke optie is. Het derde product, de intensieve zorg, komt aan de orde bij crisisinterventies en kortdurende opnamen. De chronische zorg aan cliënten/patiënten met permanente stoornissen (het vierde product) valt volgens VWS onder het domein van de psychiater. Deze producten hebben alle een maximale behandelduur in minuten.

21 Zorgzwaartepakketten zoals gebruikt in de ouderenzorg (zie hoofdstuk 9) gaan ook in de basis-ggz hun intrede doen.

22 Onderhandelingen over deze vier producten leveren het risico op van upgrading door de aanbieders en downsizing door de zorgverzekeraars. Beide partijen zijn dan oneerlijk bezig en verkwanselen hun professionele integriteit.

23 De verantwoordelijkheid voor de chronische zorg (pakket 4) kan liggen bij psychiaters, maar ook bij huisartsen en hun POH-ggz, zo leert wetenschappelijk onderzoek.

24 De basis-ggz krijgt geen structuur die past binnen de overige eerste lijn. Het thans realiseren van een aparte eerstelijns en tweedelijns ggz zou een enorme herstructurering van de ggz betekenen.

25 Het hanteren van een eigen risico voor cliënten/patiënten leidt ertoe dat mensen met een laag inkomen zorg gaan mijden ongeacht de zwaarte van hun psychische aandoening. Een kleine positieve prikkel aan cliënten/patiënten met een ernstige psychische aandoening bevordert therapietrouw bij medicatie en het nakomen van afspraken.

Paragraaf 11.6 bepleit een andere toegangsregulering voor de geestelijke gezondheidszorg.

26 Toegangsregulering is nodig, anders loopt de ggz wellicht vol met de verkeerde cliënten/patiënten en ontstaan er wachtlijsten. Dan komen personen met ernstige

psychiatrische aandoeningen de ggz niet meer binnen. Verder is toegangsregulering noodzakelijk omdat de ggz geen open-eindfinanciering kent. Er bestaat kostenlimitering.

27 De trechter van Dunning, de Kaiser-driehoek en het AWBZ-filter zijn net als het filtermodel van Goldberg en Huxley voor de ggz modellen om de toegang tot de zorg te reguleren.

28 DSM-III EN IV (en thans 5) waren enorme bestsellers die het grote publiek bereikten. Hierdoor ontstond een enorme diagnostische inflatie en psychopathologisering.

29 Getrapte diagnostiek in zes stappen (zie afbeelding 11.6) binnen de eerste lijn voorkomt verdere diagnostische inflatie.

Paragraaf 11.7 gaat over herstelondersteuning. De belangrijkste bevindingen zijn:

30 Herstelondersteuning vormt een onlosmakelijk onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg, net zoals revalidatie na een doorgemaakte beroerte, een hartinfract en een oncologische behandeling.

31 Herstelondersteuning is effectief, zo leert wetenschappelijk onderzoek.

Paragraaf 11.8 gaat over e-mental health.

32 E-mental health heeft toekomst en werkt even goed als gebruikelijke zorg.

33 Toch gaat de implementatie ervan langzaam omdat zorgprofessionals sceptisch zijn, de technologie niet past in de dagelijkse routine en de bestaande bekostiging tegenwerkt. Meer trainingen, beter evaluatieonderzoek, gebruiksvriendelijke hard- en software en meer ICT-professionals kunnen de implementatieproblemen verkleinen.

34 Er bestaan zogenoemde r-professionals en i-professionals. De r-professionals verbeteren door het overtreffen van bestaande richtlijnen en standaardpraktijken. De i-professionals doorbreken juist patronen. Bij de invoering van e-mental health ontmoette ik vaak uitstekende r-professionals, maar ik kreeg ze niet warm voor experimenten via het internet.

35 Digitalisering maakt het ook mogelijk om effecten van een psychiatrische behandeling te meten door vragenlijsten af te nemen bij cliënten/patiënten aan ten minste het begin en het einde van een behandeling. Dit meten staat bekend als routine outcome monitoring (ROM).

36 In theorie is ROM effectief, maar niet in de Nederlandse praktijk anno 2014. Dat komt omdat: a. een zorgvuldig opgezette intercollegiale toetsing op basis van de ROM-uitkomsten ontbreekt, b. zorgverzekeraars met strafkortingen werken in plaats van met beloningen, en c. de softwareondersteuning zo mager is.

Paragraaf 11.9 introduceert het cappuccinomodel voor de geestelijke gezondheidszorg.

37 De randvoorwaarden en uitwerkingen van het cappuccinomodel voor de sectoren uit de vorige hoofdstukken gelden ook voor de ggz.

38 Het filter- en zes-stappenmodel werken niet als zorgprofessionals en hun instellingen een groot belang hebben bij het draaien van productie. Als dat zo blijft, blijft hun streven gericht op het behoud van bedden en dagbehandelingsplaatsen. Het cappuccinomodel biedt hiervoor een oplossing. Immers, dat vervangt de volumeprikkel voor 80 à 85 procent door een abonnementstarief en brengt de prikkel zelf terug tot 10 procent van de te verwerven omzet.

39 Voor de overblijvende volumeprikkel in het cappuccinomodel zou moeten gelden dat

die even hoog is voor online en face-to-facecontacten. Dat verleidt instellingen om de laatste door de eerste te vervangen.

40 Het cappuccinomodel is goed te combineren met de eerdergenoemde routine outcome monitoring (paragraaf 11.8). Want die kan inzage bieden – het liefste online – in de werking van de filter en de zes stappen.

41 Er bestaat thans in de ggz nauwelijks een traditie om vooraf innovaties te ontwerpen en te evalueren en die daarna te verspreiden. Alleen bij de FACT-teams was hiervan sprake.

42 Een innovatietarief van enkele procenten van het abonnementstarief maakt het aantrekkelijk voor instellingen om een van de genoemde innovaties te realiseren, zoals e-mental health, herstelondersteuning, rommen en gelijktijdige behandeling van somatische en psychische klachten.

BIJ DRAAGVLAK LEIDEN DEZE BEVINDINGEN NAAR DE TRIPLE-AIMDOELEN

Is het mogelijk de geestelijke volksgezondheid in de komende jaren te verbeteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen terwijl de kosten van de ggz gelijkblijven? Bevindingen 1 tot en met 19 gaan over het verleden. Dat verleden ondergraaft de haalbaarheid van het realiseren van deze doelen bij ongewijzigd beleid. Want in het verleden leidde groei van het aantal ambulante contacten niet tot beddenreductie. Wellicht slaagt deze beddenreductie bij cappuccinofinanciering wel vanwege de voorgestelde toegangsregulering, de bepleite innovaties en de populatiegebonden bekostiging als onderdeel van het cappuccinomodel. Op de achtergrond speelt mee dat economische groei niet meer mogelijk is voor de ggz. De wal van de tegenvallende macro-economische groei keert het ggz-schip. De bepleite getrapte diagnostiek heeft grote potentie, maar is nog niet voldoende wetenschappelijk uitgetest. De vraag is vooral of de Nederlandse bevolking en de ggz-professionals deze accepteren en niet beschouwen als een bureaucratische drempel voor de toegang tot de ggz. Als er geen draagvlak voor deze regulering bestaat, dan zijn de triple-aimdoelen niet haalbaar.

Bevindingen 20 tot en met 36 zijn van bestuurlijke aard en te realiseren als regering, parlement, GGZ Nederland, beroepsgroepen, zorgverzekeraars en cliënten/patiëntenorganisaties het met elkaar eens worden. Gelet op het verleden van gezamenlijke Riaggvorming, fusies, inrichten van zorgprogramma's en de ervaringen met het thans lopende bestuurlijke akkoord ligt dergelijke overeenstemming binnen handbereik. Het is de kunst om deze consensus in de komende jaren te vertalen in cocreatie op regionaal en lokaal niveau tussen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgprofessionals en instellingen.

Ik dank de volgende personen voor hun feedback op een eerdere versie van dit hoofdstuk: Martina Bühring, medisch manager Altrecht psychosomatiek Eikenboom en Vesalius, centrum voor Neuropsychiatrie te Zeist, Christina van der Feltz-Cornelis, hoogleraar sociale psychiatrie aan de Universiteit van Tilburg en directeur van het onderzoeksprogramma Diagnose en Behandeling bij het Trimbos-instituut te Utrecht, René Kahn, hoogleraar psychiatrie en voorzitter van de divisie Neurowetenschappen bij het UMC Utrecht, Ruud Koenen, directeur Ambulante Zorggroep Midden-Nederland, Frederike Lether, algemeen manager Altrecht psychosomatiek Eikenboom en Vesalius, centrum voor Neuropsychiatrie te Zeist, Peter van Splunteren, senior wetenschappelijk medewerker bij het programma Zorginnovatie van het Trimbos-instituut, Remmers van Veldhuizen, psychiater en stichter van de FACT-teams in Nederland.

12

DE VERSLAVINGSZORG: EEN HERNIEUWDE DOORDENKING GEWENST

Dit hoofdstuk start met het tonen van enkele statistische gegevens over de verslavingszorg in Nederland (paragraaf 12.1). Daarna volgt in paragraaf 12.2 een korte geschiedenis van deze reeds lang bestaande zorgsector. Paragraaf 12.3 gaat over theorievorming. Aan de orde komen motivational interviewing, het disease-managementmodel voor verslaving, de housing-firstaanpak en het effectieve hulpverlenerschap. Ook voor lezers die niet in de verslavingszorg werken, zijn dit interessante theorieën die wellicht ook in hun sector zijn te gebruiken. In paragraaf 12.4 volgen enkele wenselijke zorginnovaties. Paragraaf 12.5 vat de belangrijkste bevindingen van dit hoofdstuk samen en beantwoordt voor de verslavingszorg de centrale vraag in dit boek: is het mogelijk de volksgezondheid in de komende jaren te verbeteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen, terwijl de kosten van de verslavingszorg gelijkblijven?

In dit hoofdstuk ontbreken beschouwingen over preventie van alcohol- en drugsgebruik. Die kwamen al aan de orde in de hoofdstukken 2, 3 en 4. Dit hoofdstuk sluit nauw aan op het vorige hoofdstuk over de geestelijke gezondheidszorg (ggz) waarin de noodzaak van herstelondersteuning, de inzet van ervaringsdeskundigen en routine outcome monitoring aan de orde komen. Die ga ik hier niet herhalen, ook al zijn deze ook van grote betekenis voor (ex-)verslaafden. Verslavingszorg heeft verwantschap met chronische zorg. De passages in hoofdstuk 8 (over zorg aan mensen met een chronische aandoening) over het individuele zorgplan, patient empowerment en het disease-managementmodel beveel ik aan lezers aan die in de verslavingszorg werken.

12.1 KERNCIJFERS VERSLAVINGSZORG IN BINNEN- EN BUITENLAND

In 2012 wendden 66.000 personen met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar zich met een hulpvraag tot de verslavingszorg.[1] Dit aantal daalde met 6 procent ten opzichte van 2011. Het aantal nieuwe inschrijvingen daalt al sinds 2009. Waarschijnlijk hangt de daling in 2012 samen met de invoering van een eigen bijdrage; mensen met een verslaving zijn vaak arm (zie uitvoerig paragraaf 11.5 over eigen bijdragen in de ggz). Drie kwart van de cliënten/patiënten zijn mannen. Twee derde van de cliënten/patiënten in 2012 had één verslaving en de rest twee of meer. Waarschijnlijk is die twee derde een te hoge schatting omdat bijgebruik van andere middelen slecht wordt geregistreerd. Tezamen hadden alle cliënten/patiënten in 2012 twee miljoen contacten ofwel gemiddeld 30 per persoon. Drie kwart van de ingeschreven cliënten/patiënten is langer dan een jaar in de zorg. Bijna de helft is sinds 1994 meer dan drie jaar behandeld in de verslavingszorg. Dit zijn voornamelijk de cliënten/patiënten met een hulpvraag vanwege gebruik van heroïne, cocaïne en alcohol.

De behandeling in de verslavingszorg is meestal gericht op het bereiken van:

1 abstinentie;
2 het reduceren van comorbiditeit zoals hiv-besmetting;
3 het verminderen van geweld en overlast voor de samenleving, ook wel schadebeperking (Engels: *harm reduction*).[2]

De zorg gericht op schadebeperking heet in het jargon *onderhoudszorg* en lijkt op chronische zorg (zie hoofdstuk 8). Harm reduction is kenmerkend voor de Nederlandse drugshulpverlening. Dit is een groot goed: de cliënt/patiënt wordt dan niet gecriminaliseerd of anderszins moreel veroordeeld. Abstinentie bij alcohol- en drugsgebruik is niet meer het onvoorwaardelijke behandeldoel. Het kan een via shared decision-making (zie paragraaf 10.8) overeengekomen behandeldoel zijn. Wel is het in het algemeen realistischer om te streven naar gecontroleerd gebruik ofwel naar herstel van functioneren, ook al blijft de verslaving bestaan. Centrale vragen zijn hierbij: kunnen cliënten/patiënten ondanks de verslaving toch blijven werken? Blijven hun financiën op orde? Verliezen zij hun huis niet? Dan is de hulpverlening in ieder geval wel gericht op herstel en wellicht niet op abstinentie. Tegenwoordig spreken professionals in de verslavingszorg vaker van herstel en minder van harm reduction als doel van de behandeling. In overheidsnota's (zie volgende paragraaf) ligt het accent juist meer op het laatste.

Een derde van de personen met een verslaving meldt zichzelf aan als cliënt/patiënt en twee derde via de huisarts of een andere verwijzer. Nevencliënten zijn personen die niet verslaafd zijn maar bijvoorbeeld getrouwd zijn met een verslaafde. Hun aantal bedroeg in 2011 bijna 6.000 (2007: 3.500) ofwel 9 procent van het totaal van 66.000 cliënten/patiënten. Drie kwart van de twee miljoen contacten in 2012 vond ambulant plaats (opnamen: 15 procent, telefonisch 10 procent en via internet minder dan 1 procent). De meeste contacten (78 procent) betreffen een tweegesprek van professional en cliënt (20 procent groepscontacten met andere personen met een verslaving en 2 procent met nevencliënten). Het zijn (GZ-)psychologen, verpleegkundigen, verslavingsartsen en psychiaters die de zorg in multidisciplinair verband verlenen.

Van de 66.000 hulpvragers in 2012 zijn er ruim 31.000 (44 procent) die met een primaire alcoholhulpvraag aankloppen. Ongeveer 30 procent van deze groep is vrouw. De gemiddelde leeftijd van de groep alcoholhulpvragers is de afgelopen jaren gestegen en bedraagt nu 46 jaar. Deze lag tien jaar geleden nog onder 44 jaar. De hulpvraag groeide sterk in de jaren 2000-2004 en stabiliseerde zich daarna. Het aantal contacten per cliënt bedraagt gemiddeld 28.

In 2012 bedroeg het aantal hulpvragers vanwege het gebruik van harddrugs (opiaten, cocaïne en amfetamine) 18.000. Gemiddeld hadden zij 41 contacten per persoon. Hun aantal daalt al een aantal jaren. De groep (die vooral uit heroïnegebruikers bestaat) wordt ouder: 15 procent is thans ouder dan 55 jaar. Vooral de groep heroïnegebruikers vergrijst. Er is sprake van weinig instroom van nieuwe hulpvragers maar ook van weinig uitstroom van reeds aanwezige cliënten/patiënten. Het Trimbos-instituut schat het aantal harddrugsgebruikers in Nederland voor 2010 op 17.700.[3] Dat is aanmerkelijk lager dan het aantal in 2001 toen de schatting uitkwam op een bandbreedte van 25.700 tot 39.000. Van de genoemde 17.700 harddrugsgebruikers ontvangt 63 procent hulp van de verslavingszorg. Die bestaat meestal uit onderhoudsbehandelingen met methadon.

De verslavingszorg bereikt 37 procent van de Nederlanders tussen 15 en 64 jaar met een alcoholafhankelijkheid. Voor opiaatafhankelijkheid bedraagt dit 63 procent, aldus de eerder geciteerde overzichtsstudie van Wisselink e.a. Bereikpercentages voor kleinere doelgroepen van de verslavingszorg zijn: cannabisverslaafden 35 procent, gokverslaafden 13 procent en personen met een verslaving aan slaap- en kalmeringsmiddelen 4 procent. In het totaal van de contacten in 2010 hebben deze drie laatste groepen een aandeel van 4 procent.

Dubbele diagnosen – nieuwe termen zijn comorbiditeit en *co-occurring disorders*, COD's – komen zowel in de geestelijke gezondheidszorg als in de verslavingszorg vaak voor. Het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) schat dat 20 tot 50 procent van de cliënten/patiënten in de ggz kampt met verslavingsproblemen (dus naast andere psychische stoornissen). Naar schatting 60 tot 80 procent van de cliënten/patienten in de verslavingszorg heeft ook psychische aandoeningen.[4] In het bevolkingsonderzoek Nemesis (zie uitvoerig paragraaf 11.1) had 19 procent van de Nederlandse bevolking in zijn leven ooit te maken gehad met middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Onder mensen met een ernstige psychische stoornis, met name schizofrenie, bipolaire stoornissen of een depressie met psychotische kenmerken, was dat cijfer veel hoger (41 procent).

Over de kosten van verslavingszorg zijn weinig gegevens bekend omdat het CBS deze opneemt onder de algemene noemer van geestelijke gezondheidzorg. Hierover toonde hoofdstuk 11 reeds de nodige gegevens. Over de verslavingszorg specifiek geeft de groei van het aantal voltijdsformatieplaatsen en van het aantal bedden een indicatie van de kostenontwikkeling.[5] Het aantal voltijdsformatieplaatsen groeide van 3.214 in 2000 naar 4.690 in 2009. Dat is een groei van circa 4,5 procent per jaar. Het aantal bedden in deze sector was met 2.422 in 2009 2,3 maal zo hoog als in 1993. Daarna is beddenreductie opgetreden, waarover helaas geen statistische gegevens beschikbaar zijn.

Met verslavingen zijn ook maatschappelijke kosten gemoeid ten gevolge van overlast, geweld, verwervingscriminaliteit, verkeersongevallen en ziekteverzuim.[6] Het arbeidsverzuim vanwege verslaving kostte in 2008 2,7 miljard euro. Dat is ongeveer de helft van de kosten (5,3 miljard euro) vanwege chronische somatische aandoeningen.[7] Voor alcoholverslaving en misbruik was dat bedrag tweemaal zo hoog. Onduidelijk is wat verslaving betekent voor de kosten van ziekenhuizen. Nederland houdt niet bij in welke mate poliklinische consulten, spoedcontacten en opnamen alcohol- of drugsgerelateerd zijn. Over het maatschappelijk rendement van de verslavingszorg is anno 2014 veel te doen. De verslavingszorg draagt ook bij aan het reduceren van overlast en criminaliteit.[8] Zo lijkt (ik heb geen empirisch bewijs) de bezettingsgraad van gevangenissen mede te zijn gedaald door het verstrekken van heroïne onder medisch toezicht. Dit is ook maatschappelijk rendement.

12.2 KORTE GESCHIEDENIS VAN HET VERSLAVINGSZORGBELEID

In de jaren negentig van de vorige eeuw had de verslavingszorg in Nederland een slecht imago. Deze kostte een hoop en leverde, kort gezegd, weinig op. Alleen werd bereikt dat circa 70 procent van de harddrugsgebruikers in contact kwam met de hulpverlening. De sector overwon haar onderlinge verdeeldheid en sloot zich in 1999 eendrachtig achter een gezamenlijk verbeterplan in de vorm van het project 'Resultaten Scoren'. Dit is inmiddels omgezet in een stichting met dezelfde naam (zie www.resultatenscoren.nl). Het door de instellingen zelf opgestelde verbeterplan maakte zorginno-

vaties op sectorniveau mogelijk, iets wat afzonderlijke zorgaanbieders niet konden bekostigen. Dit initiatief scoorde direct al bij de minister van VWS, die ruimhartig voor meerdere jaren aanvullende financiële ondersteuning bood. De sector had op deze manier van de nood een deugd gemaakt en ging in de zorg voorop bij de ontwikkeling en uitvoering van een meerjarig kwaliteitsverbeterprogramma.[9] Resultaten Scoren leverde een groot aantal richtlijnen en adviezen op. Het ontwierp zorginnovaties zoals de bekende leefstijltrainingen (cognitieve gedragstherapie) die anno 2014 door vrijwel alle instellingen voor verslavingszorg worden gebruikt. Een boeiende beschrijving, een canon, kwam tot stand van de kennis die alle artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals over verslaving horen te bezitten.[10] Het project Resultaten Scoren richtte een aparte commissie op (De Raad voor Bekwaamheids Ontwikkeling in de verslavingszorg (RvBO); ik was daarvan de voorzitter) die stimuleerde dat hogescholen en universiteiten nieuwe inzichten en richtlijnen gingen onderwijzen en dat instellingen voor verslavingszorg die gingen toepassen. Deze professionalisering van de afgelopen vijftien jaar maakt het thans mogelijk om op basis van de nieuwe richtlijnen lokale zorgpaden (zie hoofdstuk 15 voor een algemene beschouwing hierover) te ontwerpen die passen binnen zorgzwaartepakketten van de AWBZ (zie hoofdstuk 9) en DBC's van de Zorgverzekeringswet. Dat proces is thans in volle gang.[11] Daarnaast ontwikkelen de instellingen voor verslavingszorg nieuwe preventieprogramma's en vormen van herstelondersteuning (zie hiervoor ook hoofdstuk 11 over de geestelijke gezondheidszorg).

TAL VAN BELEIDSNOTA'S VAN DE OVERHEID

Ter ondersteuning van het beleid in de verslavingszorg kwamen elkaar opvolgende regeringen regelmatig met beleidsnota's en beleidsinitiatieven voor de verslavingszorg. Zo bood de overheid ruime ondersteuning aan het onderzoek naar de effecten van de verstrekking van heroïne onder medisch toezicht. Daartoe stelde zij in 1996 de Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) in.[12] De meest recente nota *Gezondheid dichtbij* stamt uit 2011.[13] Deze gaat in op vroegtijdige signalering van riskant en problematisch gebruik van alcohol en drugs en gerichte doorverwijzing van verslaafde, kwetsbare jongeren. Ook komt de zorg aan chronisch verslaafde harddrugsgebruikers aan de orde. De nota stelt vast dat er vaak sprake is van dubbele diagnostiek zoals in de vorige paragraaf omschreven. Het ministerie pleit voor farmacotherapeutische behandeling in combinatie met herstelondersteuning. Eerdere overheidsnota's behandelden andere losse onderwerpen die vooral gaan over drugsgebruik. Ik noem maatschappelijke opvang[14] die gebruik van dure voorzieningen voorkomt. Ook is de opvang van dak- en thuislozen een beleidsonderwerp. Een nota uit 2011 juicht daarover: de integrale aanpak is succesvol, want deze heeft ertoe geleid dat er sinds 2006 10.000 mensen van straat zijn gehaald en een beter (integraal) hulpaanbod hebben gekregen. Hierdoor hebben deze voormalig dak- en thuislozen weer een toekomstperspectief, is er minder overlast op straat en is de veiligheid toegenomen.[15]

Andere beleidsonderwerpen betreffen het onderscheid tussen harddrugs en softdrugs (blijft bestaan voor de wet), het gedoogbeleid voor coffeeshops (alleen volwassen Nederlanders mogen voortaan cannabis kopen), drugscriminaliteit en overlast (geen hennepteelt in woonwijken) en internationale aanpak van regeringen van drugshandel (elkaar sneller informeren over nieuwe synthetische drugs).

ENKELE OPVALLENDE PUNTEN IN HET BELEID

Vele jaren volg ik reeds het beleid in de verslavingszorg bij de overheid en de zorgverzekeraars. Wat daarbij opvalt, zijn vier punten.

1 Er bestaat grote aandacht voor ongewenste effecten van drugsgebruik. Binnen de verslavingszorg heet dit beleid harm reduction. De overheid spreekt van het tegengaan van criminaliteit en van overlastbestrijding. Is er nog wel sprake van gezondheidszorg aan verslaafde cliënten/patiënten? Eigenlijk is dit een dilemma dat al bestaat sinds de opkomst van de verslavingszorg. De overheid is gericht op de bestrijding van overlast en criminaliteit en het veld wil meer en stelt de cliënt/patiënt centraal. Wat ik signaleer is het ontbreken van reflectie op deze vragen in beleidsnota's van de overheid.

2 De alcoholverslaving krijgt minder beleidsaandacht in het verslavingsbeleid dan de drugsverslaving. Het negatieve financiële gevolg daarvan op werkverzuim is evenwel veel groter dan dat van drugsgebruik. Ik vermoed dat er ook veel meer verkeersongevallen en geweldincidenten ontstaan door alcoholmisbruik dan door drugsmisbruik. Met de eerder geciteerde Van der Stel en een Nieuw-Zeelandse onderzoeksgroep[16] ben ik van mening dat alcoholbestrijding hoger op de beleidsagenda van Nederland en andere landen moet komen.

3 De expertise van de verslavingszorg wordt beperkt aangewend. Twee verslavingen vallen buiten het bereik van deze sector: de verslaving aan het innemen van te veel calorieën en de tabaksverslaving. De eerste begint al bij de allerkleinsten met de speen gedoopt in suiker en de te zoete babyvoeding. Ik heb mij al die jaren afgevraagd waarom de verslavingszorg niet een grotere rol kan spelen bij het bestrijden van overgewicht met behulp van afkickprogramma's. Hetzelfde is het geval voor tabaksverslaving. Incidenteel trachten instellingen voor verslavingszorg deze tegen te gaan met gerichte preventieprogramma's. In recente beleidsnota's van de overheid over verslaving kreeg tabaksgebruik als verslaving geen aandacht en erkenning. Ik merk op (overigens op basis van slechts één artikel) dat het gelijktijdig afkicken van tabak én drugsgebruik beter werkt dan alleen afkicken op drugs.[17]

4 Het volledig decriminaliseren van softdrugsgebruik komt noch in de sector noch in het overheidsbeleid aan de orde. Het beleid blijft hangen bij het decriminaliseren van de gebruiker en het wel criminaliseren van producenten en handelaren. In een indringend stuk stelt de Amsterdamse hoogleraar verslavingszorg Van den Brink op basis van tal van studies vast dat cannabis slecht voor de gezondheid is net als alcohol en tabak. Hij pleit ervoor deze drie qua wetgeving op één lijn te stellen. Dat geeft betere mogelijkheden voor kwaliteitscontrole, preventie door middel van educatie, prijsvorming, vestigingsbeperkingen voor aanbieders, betere toegang tot de zorg en ten slotte een geringere kans op het gebruik van harddrugs.[18] Ik volg hem daarin.

12.3 ENKELE CONCEPTEN UIT DE VERSLAVINGSZORG DIE OOK INTERESSANT ZIJN VOOR ANDERE ZORGSECTOREN

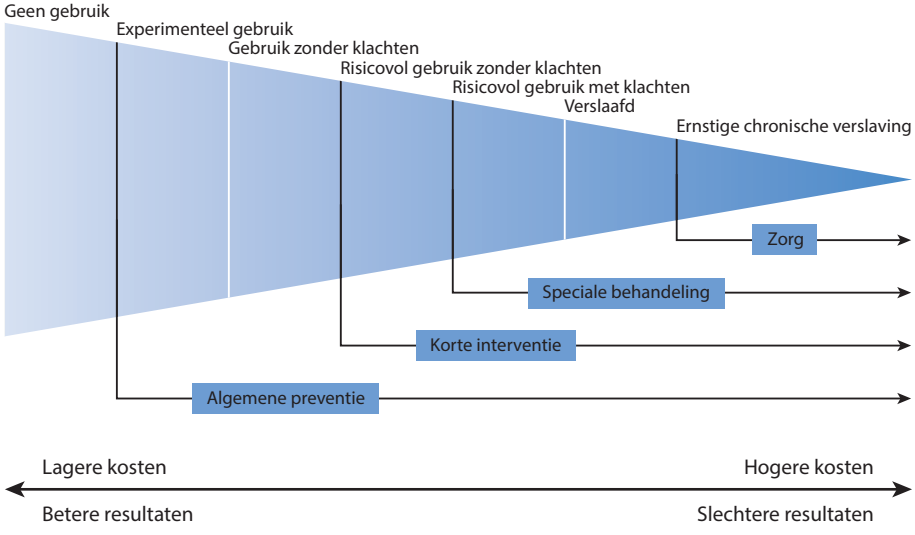
Het project Resultaten Scoren heeft vele nieuwe inzichten en richtlijnen opgeleverd waarvan de verslavingszorg veel baat heeft gehad ofwel waarmee deze sector heeft gescoord. Ik noem het motivational interviewen, de driehoek van Buijsman, de housingfirstaanpak en het fenomeen effectief hulpverlenerschap. Ze komen hieronder aan de orde.

HET MOTIVATIONAL INTERVIEWEN IS IN TE ZETTEN BIJ ALLE ONGEZONDE LEEFSTIJLEN

In 1983 introduceerde de Amerikaan Miller motivational interviewing (motiverende gespreksvoering) in de behandeling van ernstige alcoholverslaving. De behandelaar tracht hierbij cliënten/patiënten zo te beïnvloeden dat zij hun gedrag veranderen. Samen met Rollick schreef Miller hierover een boek, waarvan de derde druk in 2012 verscheen.[19] Hierop is deze alinea gebaseerd. Motivational interviewing komt onder meer voort uit de gedragstherapie van Rogers. Deze methode heeft van Ajzen en Fishbein het afwegingskader overgenomen om al dan niet te kiezen voor gezondheidsgedrag.[20] Ook baseert zij zich op de cognitieve dissonantietheorie van Festinger uit 1956.[21] [22] Zorgprofessionals die de methode hanteren, hebben vier basiscompetenties nodig:

1 Zij kunnen open vragen stellen op strategische momenten.
2 Zij zijn in staat veranderambities van cliënten/patiënten te bevestigen en te versterken.
3 Zij kunnen reflecterend luisteren.
4 Zij bieden cliënt/patiënt regelmatig samenvattingen van wat zij ter sprake brachten.

Motiverende gespreksvoering verloopt meestal in een aantal fasen. In de beginfase daagt de zorgprofessional de cliënt uit om te praten over problemen, zorgen en ambities. Van belang is ook dat in deze fase een vertrouwensrelatie ontstaat. Daarna focussen cliënt/patiënt en behandelaar op de veranderambities die de cliënt/patiënt heeft verwoord. Daarna tracht de zorgprofessional de ambities van de cliënt/patiënt te versterken door in te gaan op het belang van de verandering en door het zelfvertrouwen bij de cliënt te vergroten. Ten slotte maken professional en cliënt/patiënt een plan met praktische stappen om de verandering te implementeren. Anno 2014 is motivational interviewing gemeengoed geworden in de Nederlandse verslavingszorg. Boeiend zijn



Afbeelding 12.1. Het disease-managementprogramma voor verslaving
Bron: zie tekst.

de pogingen om deze gespreksmethodiek te verbinden met de Eigen-krachtaanpak die in de jeugdzorg is ontwikkeld (zie paragraaf 6.6). Die aanpak heet in de verslavingszorg *community reinforcement approach* en is eveneens breed verspreid.[23]

HET DISEASE-MANAGEMENTMODEL VOOR VERSLAVING IS TOCH NIET GEÏMPLEMENTEERD

Buisman was jarenlang hoofd van de internationale projecten van Jellinek, de kliniek voor verslavingszorg in Amsterdam. Hij werd in een latere fase secretaris en mede-inspirator van de stichting Resultaten Scoren. In zijn Jellinektijd werkte hij het disease-managementprogramma (DMP) voor de verslaving uit. De driehoek in afbeelding 12.1 geeft het DMP schematisch weer.

Helemaal links in de afbeelding vertoeven de burgers die geen alcohol of drugs gebruiken. Een aantal van hen, meestal adolescenten, gaat over tot experimenteel gebruik en later tot routinematig gebruik. In die fase hebben zij geen gezondheidsklachten. Universele preventie, gericht op de gehele bevolking, en gezondheidsonderwijs heeft in deze fase effect tegen lage kosten per burger. Neemt het gebruik van experimentele gebruikers toe, dan vallen zij in de categorie riskante gebruikers zonder klachten. Hier wordt het zinvol om kortdurende interventies aan te bieden, gericht op het terugdringen van het gebruik dan wel op totale abstinentie. Hier kunnen de hierboven genoemde motiverende gespreksvoering en kortdurende interventies van pas komen. Is het gebruik groot en riskant en heeft de cliënt meer dan één klacht, dan komt de reguliere gespecialiseerde verslavingszorg in beeld. Is er sprake van een ernstige langdurige verslaving, dan kan chronische zorg nodig zijn zoals methadonverstrekking voor heroïneverslaafden. Verpleeghuiszorg voor Korsakovpatiënten is een vorm van zorg voor chronische alcoholverslaafden.

Dit hoofdstuk beschrijft alleen de verslavingszorg, terwijl er juist veel kosten bespaard kunnen worden door een disease-managementprogramma (DMP) voor verslavingszorg te combineren met verbetering van vroege opsporing, diagnostiek, kortdurende behandeling en adequate verwijzing door algemene gezondheidszorgvoorzieningen zoals de eerste lijn en ziekenhuizen. Paragraaf 8.3 over chronische zorg bevat tal van aanknopingspunten om te veronderstellen dat een DMP voor verslavingszorg effectiever is en kosten bespaart ten opzichte van gebruikelijke zorg.

In de verslavingszorg is het DMP in afbeelding 12.1 geen gemeengoed geworden. Dat komt mede omdat preventie van alcohol- en drugsgebruik veelal een taak van de gemeenten, onderwijsinstellingen en GGD'en is (zie paragrafen 2.6, 3.1, 3.2 en 4.3). Die werken vaak los van de verslavingszorg. Dan komt een geïntegreerd DMP niet tot stand. De laatste jaren is er in de verslavingszorg wel meer aandacht voor selectieve preventie. Een voorbeeld hier van is het project Kwetsbare Groepen. Daarin werkt de verslavingszorg samen met de jeugdzorg en de jeugd-ggz.[24] Ook wordt er tegenwoordig meer gewerkt met een wijkgerichte aanpak en samenwerking met de basis-ggz.

HOUSING FIRST VERMINDERT DRUGSPROBLEMEN

In 1992 presenteerde de New Yorkse onderzoeker Tsemberis het programma Pathways Housing First, later Housing First.[25] [26] In eerste instantie had hij het ontwikkeld voor psychiatrische patiënten met ernstige problematiek. Maar zijn programma bleek ook te werken voor cliënten/patiënten met drugs- of alcoholverslaving. Hij startte het programma als reactie op het beleid tot dan toe in New York, waarbij personen met een

verslaving pas in hun laatste fase (de herstelfase) huisvesting kregen aangeboden: dus als zij al enigszins hun probleem onder controle hadden of geheel abstinent waren.[27] Bij Housing First vervalt deze conditie. Wel vallen onder dit programma:

1 scheiding van zorg en wonen;
2 wonen in verspreid liggende appartementen;
3 respect voor eigen behandeldoelen en keuzes van de verslaafde cliënten/patiënten;
4 verblijf zo lang als nodig is voor de personen met een verslaving;
5 respect en meeleven van zorgprofessionals met de cliënten/patiënten;
6 oriëntatie van zorgprofessionals op herstel van cliënten/patiënten; en
7 beperking van overlast.

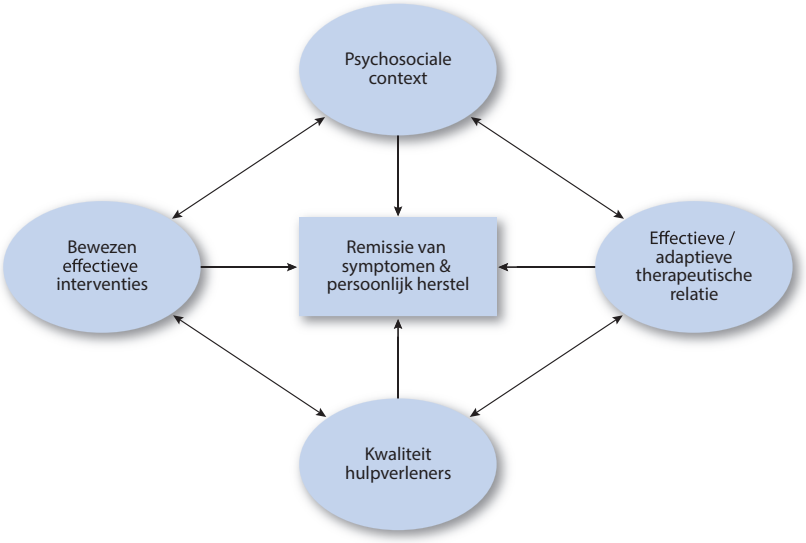
Veelal vindt een combinatie plaats met *flexible assertive community treatment* (FACT, zie paragraaf 11.4) ofwel bemoeizorg en heeft de cliënt/patiënt een vast contact met een casemanager. Deze inschakeling van FACT-teams leidt tot verbetering van psychosociale omstandigheden en tot vermindering van de drugsproblemen.[28] Om drie redenen komt Housing First hier aan de orde. Ten eerste had het een ongekend succes in de Verenigde Staten en later in tal van Europese landen waaronder Nederland. Zo zijn in Utrecht vele heroïneverslaafden ondergebracht in eigen woningen of in hospices en uiteindelijk zonder problemen met buurtbewoners. Ten tweede leidde het programma tot het vestigen van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) in Nederland. Onder die gemeenschappelijke noemer verlenen tal van instanties hulp aan dak- en thuislozen. Hierbij is te denken aan instanties als instellingen voor verslavingszorg, ggz-instellingen, het Leger des Heils, maatschappelijke opvang en straatdokters van de GGD. De OGGZ laat zien dat zorg en huisvesting hand in hand gaan. Wat opvalt is dat wonen vaak een nog hogere prioriteit heeft dan zorg.

EFFECTIEF HULPVERLENERSCHAP IS NODIG

In 2012 publiceerde Van der Stel op verzoek van de inmiddels opgerichte stichting Resultaten Scoren een literatuurstudie naar aspecifieke factoren in een therapeutische relatie.[29] De aanleiding voor dit verzoek was de aanwezigheid van een groot aantal richtlijnen en bewezen interventies die Resultaten Scoren na dertien jaar had opgeleverd. De keerzijde van deze medaille was een zekere verwaarlozing van aspecifieke factoren. Van der Stel omschrijft deze als: datgene wat niet specifiek is voor een bepaalde interventie maar is gerelateerd aan de context van het handelen en de kenmerken en het gedrag van therapeuten. Zijn studie betreft niet alleen literatuur over de verslavingszorg, maar is breder. Van der Stel betrok ook algemene publicaties over de arts-patiëntrelatie in zijn onderzoek. In totaal omvat zijn studie 84 wetenschappelijke publicaties.

Afbeelding 12.2 ordent de door hem geïnventariseerde aspecifieke factoren. Het doel van een interventie – remissie van symptomen en persoonlijk herstel – staat centraal in de afbeelding. Naast bewezen effectieve interventies hebben drie groepen aspecifieke factoren invloed op dat doel: de psychosociale context, de therapeutische relatie en de kwaliteit van de hulpverleners. Deze drie beïnvloeden elkaar, de werking van de bewezen effectieve interventies en het resultaat van de interventie. Redenerend vanuit dit schema komt Van der Stel met aanbevelingen die vermeld staan in afbeelding 12.3.

Het fenomeen effectief hulpverlenerschap is thans breed aan de orde binnen de verslavingszorg. Verbreding van deze discussie naar andere zorgsectoren die in dit boek aan de orde komen, lijkt mij wenselijk. Want in de andere sectoren ligt de nadruk op



Afbeelding 12.2. De invloed van aspecifieke factoren op het behandelresultaat
Bron: J. van der Stel, *Resultaten boeken: meer dan interventies. Studierapport voor Resultaten Scoren*, Haarlem, 2012. http://www.jaapvanderstel.nl.

wetenschappelijk bewezen interventies en bestaan grote variaties in behandelresultaten. Komt dat omdat zorgprofessionals zich niet aan de voorgeschreven interventies houden? Of ligt dat aan onwetendheid en het onvoldoende benutten van aspecifieke factoren?

Met de bespreking van het thema effectief hulpverlenerschap eindigt deze paragraaf over theoretische modellen en concepten in de verslavingszorg. Nu volgt de bespreking van enkele zorginnovaties.

12.4 ENKELE VEELBELOVENDE ZORGINNOVATIES

Zoals eerder betoogd heeft Resultaten Scoren de afgelopen vijftien jaar vele zorginnovaties opgeleverd. Ze staan gemakkelijk toegankelijk vermeld op www.resultatenscoren.nl. Hieronder komen daarom alleen innovaties aan de orde die nog niet uitontwikkeld zijn. Eerst komen enkele productinnovaties aan bod, gericht op het verminderen van *craving*.

Verslaving is onlosmakelijk verbonden met het begrip craving: het intensief verlangen ofwel de zucht om positieve effecten van alcohol of drugs te ervaren. Deze wens is subjectief, maar ook objectief waar te nemen in de vorm van motorische onrust, speekselvloed, hartslagversnelling, hevige transpiratie, angst en delier. Aan craving liggen neurologische processen ter hoogte van de hersenen ten grondslag. Vanuit deze optiek gezien is verslaving een hersenziekte omdat de hersenen via hormonen en/of neurotransmitters allerlei alarmbellen laten rinkelen die aangeven dat het tijd is voor de volgende dosis. Dit gebeurt omdat het deel van de hersenen, het limbische systeem dat de craving initieert, bij personen met een verslaving sterker naar voren treedt dan de prefrontale cortex die betrokken is bij functies als beslissingen nemen, plannen, sociaal gedrag en impulsbeheersing. Personen met een verslaving raken op den duur daadwer-

1.	Het is vruchtbaar om een therapeutische relatie te benaderen als een systeem en ons te realiseren dat alles een context heeft: zonder context geen effect; de context is net zo specifiek als de interventie
2.	Besteed behalve aan de implementatie van protocollen en richtlijnen over interventies ook aandacht aan de voorwaarden waaronder, of de context waarin, deze effectief kunnen worden toegepast
3.	Een overzicht van effectieve interventies of ingrediënten moet daarom worden aangevuld met overzichten van de omstandigheden (context, kenmerken therapeut, profiel van cliënten, et cetera) waarbinnen effecten worden bereikt en wanneer niet
4.	In de presentatie van bewezen effectieve interventies in handleidingen, richtlijnen of protocollen moet daarom altijd aandacht gegeven worden aan kennis over de therapeutische relatie
5.	Non-response en contraproductieve respons komen vaker voor dan gedacht. Een 'op zich' goede therapeut en/of een 'op zich' effectieve interventie kunnen onder omstandigheden averechts werken
6.	Reguliere monitoring en feedback leveren een bewezen effectieve bijdrage aan een positief resultaat
7.	Verricht ook onderzoek naar de factoren waardoor cliënten niet vooruitgaan of zelfs achteruitgaan
8.	Voer een systeem in voor periodieke monitoring en feedback opdat regulier – idealiter na elke sessie – wordt nagegaan of cliënten achteruitgaan tijdens (of na) behandeling en hoe het proces verloopt
9.	Een therapie moet geënt zijn op de kenmerken van specifieke cliëntengroepen c.q. specifieke individuen
10.	De therapeut moet altijd adaptief te werk gaan. Voor iedereen is een bijzondere benadering op zijn plaats, en in zoverre heeft elke cliënt een eigen therapie nodig

Afbeelding 12.3. Aanbevelingen om te komen tot effectief hulpverlenerschap
Bron: J. van der Stel, *Resultaten boeken: meer dan interventies. Studierapport voor Resultaten Scoren*, Haarlem, 2012. http://www.jaapvanderstel.nl.

kelijk verslaafd aan een verslavend middel, niet zozeer omdat zij zich beter gaan voelen, waarvan in het begin natuurlijk nog wel sprake is, maar omdat zij zich alleen (nog) normaal kunnen voelen met het verslavende middel.

Twee professionele innovaties kunnen craving afremmen, te weten cue-exposuretherapie en specifieke medicatie. Voor geen van beide bestaat evenwel overtuigend bewijs. De cue-exposuretherapie gaat ervan uit dat craving ontstaat door blootstelling (*exposure*) aan een externe prikkel, een *cue*. Het is een toepassing van de gedragseconomie (zie paragraaf 1.2). De cue kan een advertentie zijn die alcohol aanprijst of het waarnemen dat anderen drugs gebruiken. Craving na een cue exposure is wellicht af te leren. De oorspronkelijke reactie van craving dooft dan uit. Het kan ook zijn dat de verslaafde leert om de craving te weerstaan.

Naast de cue-exposuretherapie bestaat ook specifieke medicatie die craving afremt. zoals Refusal, Naltrexon, Campral en Baclofen. Hoe deze medicatie precies werkt, is niet altijd duidelijk. Rufusal en Campral hebben invloed op de vertering van alcohol. In combinatie met alcohol ontstaan giftige stoffen die leiden tot braken. Onderzoek naar het medicamenteus tegengaan van craving vindt slechts in geringe mate plaats. Er is hier nog een wereld te winnen indien deze medicamenteuze therapieën worden gecombineerd met cue-exposuretherapie en de aanpak Housing First.

De derde innovatie is *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR), een therapeutische behandelmethode die met name toegepast wordt om nare herinneringen te verwerken. Dit kan een trauma zijn, maar ook het gevoel drank of drugs nodig te hebben. Shapiro heeft deze behandelmethode in 1989 ontworpen en voor het eerst toegepast.[30] Bij traumatische ervaringen heeft het de status van bewezen interventie en voorkeursbehandeling verworven, aldus website www.emdr.nl. Bij EMDR vragen zorgprofessionals aan cliënten om te denken aan een beeld dat de klacht representeert. Vervolgens stellen zij vijf vragen:

1 Wat denk je over jezelf bij dit beeld?
2 Wat zou je willen denken over jezelf bij dit beeld?
3 Welke emotie voel je?
4 Wat voel je in je lichaam?
5 Hoe rot voelt dit op een schaal van 0 tot 10?

Op dit moment lopen veel belovende studies naar EMDR in de verslavingszorg.[31]

Ik merk op dat ook hier, net als in de oncologische zorg, personalized medicine een rol gaat spelen. Het is onwaarschijnlijk dat er een algemeen geldende behandeling tegen craving gaat ontstaan die voor een grote, ongedifferentieerde populatie werkzaam is. Medicatie die bij de een werkt, hoeft dat niet te doen bij de ander. Een dialoog met de cliënt (zoals het Spark-gesprek, genoemd in paragraaf 6.6) en een individueel zorgplan (paragraaf 9.6) in combinatie met motivational interviewing is het beste tot nu toe wat de verslavingssector in huis heeft.

VERKORTEN ZORGPADEN DE BEHANDELDUUR BIJ GELIJKBLIJVENDE KWALITEIT?

Het gemiddeld aantal zorgcontacten per alcoholverslaafde bedroeg 28 in het jaar 2012. Voor drugspersonen met een verslaving was dat 41. Het gemiddelde per verslaafde lag op 30. Er zijn geen dosis-responsstudies beschikbaar waaruit het verband blijkt tussen het aantal contacten per patiënt/cliënt (dosis) en het behandelresultaat (respons). Dit verband kan lineair zijn. Dan levert een verdubbeling van het aantal contacten ook een verdubbeling op van het behandelresultaat. Ook kan het zijn dat de economische wet van de verminderende meeropbrengsten geldt. Dan hebben eerdere contacten meer effect dan latere. Ook kan de kwaliteit van de relatie belangrijker zijn dan het volume aan zorg. Dit kwam aan de orde in de vorige paragraaf over effectief hulpverlenerschap. Wellicht kan het volume aan internetcontacten (veel contacten van korte duur gedurende een korte periode) toenemen tegen lagere kosten. Zorgpaden – deze komen in hoofdstuk 15 uitvoerig aan de orde – hebben onder meer als doel de doorstroom in de zorg te versnellen. Populair gezegd: ze bevorderen dat personen met een verslaving eerder de zorg ingaan en sneller de zorg uitgaan. Nu zoveel instellingen voor verslavingszorg bezig zijn zorgpaden te ontwerpen, zou het goed zijn ook samenhangen te

onderzoeken tussen: a. de dosis-responsrelatie van het aantal contacten en het herstel van de patiënt/cliënt, en b. het effectief hulpverlenerschap en het herstel. Op dit moment is het te vroeg om te stellen dat het aantal contacten en de behandelduur omlaag kunnen. Er is te weinig onderzoek beschikbaar om deze stelling te onderbouwen.

METHADON AAN HUIS VERSTREKKEN: OPNIEUW EXPERIMENTEREN

Vroeger op de bus was het wel gezellig maar het was ook een enorme chaos. Iedereen wilde tegelijk zijn methadon, zeker als het nat en koud was. Er werd dan gescholden en gebonsd op de deur. Je had geen tijd om echt met patiënten te praten en dat vond ik wel jammer. Buiten werd er ook veel gedeald. Woorden van deze strekking sprak een zorgprofessional in een interview over methadonverstrekking aan huis vergeleken met die op een centrale locatie.[32]

Het Utrechtse Centrum voor Verslavingszorg Maliebaan startte in 2004 met verstrekking aan huis vanwege knelpunten in de bestaande programma's. Ten eerste bestonden er problemen rond de doelstelling van de programma's. Methadon werd niet meer ingezet om te ontwennen aan de heroïne, maar als middel om het overlastgevende gedrag te verminderen. Harm reduction kwam in de plaats van afkicken. Verder kwamen betrokken verpleegkundigen en artsen nauwelijks toe aan gedragstherapie of motivational interviewing. Het uitdelen van de methadon met al zijn gedoe en spanningen vroeg alle aandacht.

De term *propzorg* raakte in zwang: professionals propten personen met een verslaving vol met methadon. Het verstrekken van methadon aan huis leverde in Utrecht grote voordelen op, zo bleek uit de evaluatie van Van Vliet en collega's. Ten tweede was de tevredenheid bij patiënten/cliënten én zorgprofessionals hoger bij verstrekking aan huis dan bij de centrale verstrekking. Verder bleken thuiscliënten/patiënten gemiddeld met een lagere dosis methadon te kunnen leven dan zij die op een centrale locatie terecht moesten. Ook was het bijgebruik van heroïne en cocaïne in de eerste groep lager dan bij de tweede. Opmerkelijk is dat de kosten van thuisverstrekking (1.594 euro per cliënt in 2008) lager bleken te zijn dan die vanuit een pand (4.230 euro). De hypothese was dat deze kosten hoger zouden zijn in verband met de reistijd van twee personen naar en van het adres van de verslaafde.

Ondanks deze goede resultaten heeft het verstrekken van methadon aan huis zich niet verspreid over de verslavingszorg. De te treffen veiligheidsmaatregelen om overvallen op zorgprofessionals te voorkomen en juridische knelpunten werkten als een belemmering. Gelet op de overlast die pandverstrekking veroorzaakt voor bewoners in de buurt van het pand, de te gemakkelijke contacten met dealers bij pandverstrekking en de hoge kosten van bewaking van de panden, stel ik voor opnieuw te experimenteren met programma's van methadonverstrekking door sommige huisartsen en apothekers en door zorgprofessionals die aan huis komen.

PROFVOETBALLERS ALS ERVARINGSDESKUNDIGEN?

Dat herstelondersteuning door ervaringsdeskundigen (zoals ex-cliënten/patiënten en hun familie) onmisbaar is in de geestelijke gezondheidszorg, kwam al aan de orde in hoofdstuk 11. Ook in de verslavingszorg is dit het geval. Tal van experts pleiten hiervoor, zoals Stollenga[32a], Weerman[33] en het kennisnetwerk van cliëntenraden in de verslavingszorg dat de naam *Het Zwarte Gat* draagt. Een variant op het inzetten van ervaringsdeskundigen in de verslavingszorg is het initiatief FC Kicks United dat het Utrecht-

se verslavingscentrum Victas (voorheen Centrum Maliebaan) uitvoert samen met de voetbalclub FC Utrecht. Dit initiatief, begonnen als tijdelijk project, brengt jongeren met een drugsverslaving in contact met profvoetballers van deze club. Beide groepen zijn afkomstig uit alle rangen, standen en minderheden binnen en buiten Nederland. De voetballers kennen in hun leven veel discipline, letten goed op hun gezondheid en zijn rijk. Veelal hebben zij zich na jaren scholing en training opgewerkt. Daarom functioneren zij in hun contacten met drugsverslaafden als rolmodel net zoals ex-verslaafden zijn bij herstelondersteuning. Een randomized clinical trial ter afronding van de projectfase leverde op dat de therapietrouw in de experimentele (FC-Utrecht)groep significant hoger was dan in de groep met gebruikelijke zorg. In deze trial had de experimentele groep niet alleen contact met voetballers, de deelnemers kregen ook kleine cadeautjes (FC-Utrechtondergoed bijvoorbeeld) als zij voortgingen met het afkicken.[34] Dit is een vorm van toegepaste gedragseconomie (zie paragraaf 1.2). Na het uitkomen van het geciteerde rapport zijn eredivisieclubs en verslavingszorginstellingen bijeengekomen om het initiatief over het land te verspreiden. Het is er niet van gekomen vanwege onvoldoende draagvlak.

12.5 HET CAPPUCCINOMODEL IN DE VERSLAVINGSZORG

In paragraaf 1.4 staan de onderbouwing en uitwerking van het cappuccinomodel. Kort gezegd is het bekostiging op basis van drie tarieven. Ten eerste bevat het een abonnementstarief per jaar en per patiënt dat bijdraagt aan continuïteit tussen zorgprofessionals en cliënten/patiënten en dat de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgorganisaties vereenvoudigt. Ten tweede is er een laag volumetarief, bijvoorbeeld van 9 euro per consult zoals bij huisartsen, om de productiviteit te stimuleren. Ten derde bevat het een innovatietarief ter bekostiging van de invoering van innovaties zoals bijvoorbeeld in dit hoofdstuk beschreven. De hoogte van dit tarief hangt af van de innovatieagenda die instellingen en zorgverzekeraars hebben afgesproken. In de praktijk bedraagt dit tarief een paar procent van het abonnementstarief. In de hoofdstukken 5 tot en met 9 heb ik steeds aspecten van dit model uitgediept: de bestuurlijke organisatie en de implementatie (paragraaf 5.5), de uitwerking naar multidisciplinaire wijkteams (paragraaf 6.5), het begrip shared savings en de randvoorwaarden (paragraaf 7.9), de relatie met het chronische-zorgmodel van Wagner en het individuele zorgplan (paragraaf 8.6), het gezamenlijk inkopen van zorgprogramma's door gemeenten en zorgverzekeraars (paragraaf 9.9), de relatie met langetermijnbeleid (paragraaf 10.9) en de ondersteuning ervan door routine outcome monitoring. Alle genoemde aspecten gelden ook voor het invoeren van het cappuccinomodel in de verslavingszorg.

De volgende twee overwegingen pleiten ervoor om het cappuccinomodel in de verslavingszorg in te voeren. De verslavingszorg wordt ten eerste, net als de gehele ggz, gefinancierd op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Voor die laatste komt de Wet langdurige zorg in de plaats (zie paragraaf 9.5). Het gevaar bestaat (net als bij de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg) dat zorgaanbieders zich gaan organiseren naar financier, en wel in vier afdelingen: één voor Zwv-, één voor Wmo-, één voor Wlz-diensten en één voor diensten die cliënten zelf betalen. Samenhang en continuïteit van zorg via één zorgplan opgesteld door cliënt en wijkverpleegkundige en binnen een disease-managementprogramma (DMP) (zie afbeelding 12.1) zijn dan verdwenen. Dat kan anders indien de uitvoerders van de drie genoemde wet-

ten elkaar weten te vinden in een langetermijnbeleid voor de verslavingszorg waarbij elke betaler een deel van het DMP betaalt.

Een andere overweging om het cappuccinomodel in te voeren, is dat deze een intensievere samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg faciliteert. In paragraaf 12.1 kwam naar voren dat 20 tot 50 procent van de cliënten/patiënten in de ggz kampt met verslavingsproblemen (dus naast andere psychische stoornissen). Naar schatting 60 tot 80 procent van de cliënten/patiënten in de verslavingszorg heeft ook psychische aandoeningen. Vanwege deze grote overlap in de cliëntenpopulatie zijn ggz- en verslavingsinstellingen in Amsterdam en Den Haag gefuseerd. In Utrecht en Rotterdam zijn pogingen daartoe mislukt. In de overige delen van het land zijn de verslavingsinstellingen autonoom gebleven. Welnu, het cappuccinomodel biedt de mogelijkheid tot integratie van beide typen zorgaanbieders zonder dat er van fusie sprake is. Via het innovatietarief kan gezamenlijke toegangsregulering voor beide sectoren tot stand komen: er is dan geld voor uitproberen. Dan is de toegangsregulering in de verslavingszorg via MATE (meten van addicties voor triage en evaluatie)[35] te verbinden met de zes stappen voor toegang tot de ggz (zie afbeelding 11.6). Het gezamenlijk schrijven van software voor het rommen is ook uit dit tarief te betalen. Kortom, het cappuccinomodel biedt mogelijkheden om dochterondernemingen op te richten zonder fusies. In hoofdstuk 16 over grote zorgorganisaties kom ik hierop terug.

12.6 DE BEVINDINGEN OP EEN RIJ EN DE TRIPLE-AIMDOELEN

Paragraaf 12.1 bevat een statistische beschrijving van de verslavingszorg. Het levert de volgende bevindingen op.

1 In 2012 maakten 66.000 personen gebruik van de verslavingszorg. Dit aantal is 6 procent lager dan in 2011. De meeste verslaafden zijn van autochtone herkomst en man.
2 De behandeling in de verslavingszorg is meestal gericht op: a. het bereiken van abstinentie of herstel, b. het reduceren van comorbiditeit zoals hiv-besmetting, c. het verminderen van geweld en overlast voor de samenleving (schadebeperking c.q. harm reduction). Bij herstel kunnen patiënten/cliënten maatschappelijk goed functioneren, maar kan het zijn dat de verslaving blijft bestaan.
3 Tezamen hadden alle cliënten/patiënten in 2012 twee miljoen contacten ofwel gemiddeld dertig per persoon. Drie kwart van de ingeschreven cliënten/patiënten is langer dan een jaar in de zorg.
4 In 2012 bereikte de verslavingszorg 37 procent van de ingezetenen met een alcoholverslaving (31.000 personen) en 63 procent van de harddrugsverslaafden (18.000 personen).
5 20 tot 50 procent van de cliënten/patiënten in de ggz kampte de afgelopen jaren met verslavingsproblemen (dus naast andere psychische stoornissen). Naar schatting 60 tot 80 procent van de cliënten/patiënten in de verslavingszorg heeft ook psychische aandoeningen.
6 Het aantal voltijdsformatieplaatsen in de verslavingszorg groeide van 3.214 in 2000 naar 4.690 in 2009. Dat is een groei van circa 4,5 procent per jaar. Het aantal bedden in deze sector was met 1.924 in 2012 circa tweemaal zo hoog als in 1993.
7 Het arbeidsverzuim vanwege verslaving kostte in 2008 2,7 miljard euro. Dat is ongeveer de helft van de kosten (5,3 miljard euro) vanwege chronische somatische aandoeningen.
8 De verslavingszorg draagt ook bij aan het reduceren van overlast en criminaliteit. Zo

lijkt mede door het verstrekken van heroïne onder medisch toezicht de bezettingsgraad van gevangenissen te zijn gedaald.

Paragraaf 12.2 schetst in het kort de geschiedenis van de verslavingszorg.

9 De sector onderkende in de jaren negentig van de vorige eeuw haar slechte imago en haar onderlinge verdeeldheid. In 1999 sloot de sector zich eendrachtig achter een gezamenlijk verbeterplan in de vorm van het project Resultaten Scoren. Dat leverde een groot aantal richtlijnen en adviezen op. Ook kwamen op sectorniveau innovaties van de grond. Er kwam een boeiende beschrijving tot stand van de kennis die artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals over verslaving behoren te hebben.

10 In het verslavingszorgbeleid valt de grote aandacht op voor ongewenste maatschappelijke effecten van gebruik van alcohol en drugs. De overheid spreekt van het tegengaan van drugscriminaliteit en van overlastbestrijding en niet over verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met een verslaving.

11 De overheid bood ruime ondersteuning aan het onderzoek naar de effecten van de verstrekking van heroïne onder medisch toezicht.

12 Het tweede opvallende punt in het verslavingsbeleid is de lage prioriteit van alcoholverslaving. De negatieve maatschappelijke gevolgen daarvan op werkverzuim (zie vorige hoofdstuk) zijn veel groter dan die van drugsgebruik.

13 Het derde beleidspunt dat opvalt, is dat de expertise van de verslavingszorg beperkt wordt aangewend. Twee verslavingen vallen buiten het bereik van deze sector: de verslaving aan zoetigheden en de tabaksverslaving.

14 Het volledig decriminaliseren van de productie en handel in cannabis komt noch in de sector noch in het overheidsbeleid aan de orde, ook al biedt dit betere mogelijkheden voor kwaliteitscontrole, preventie door educatie, vestigingsbeperkingen voor aanbieders, betere toegang tot de zorg en ten slotte een geringere kans op gebruik van harddrugs.

In paragraaf 12.3 komen de volgende interessante concepten en modellen aan de orde:

15 De motiverende gespreksvoering is breed verspreid in de verslavingszorg en in te zetten bij alle ongezonde leefstijlen.

16 Boeiend zijn de pogingen om deze gesprekmethodiek te verbinden aan de Eigen Kracht-aanpak die in de jeugdzorg is ontwikkeld (zie paragraaf 6.6). Die aanpak heet in de verslavingszorg community reinforcement approach.

17 Het disease-managementprogramma voor verslaving is niet verspreid in de verslavingszorg. Dat komt mede omdat preventie van alcohol- en drugsgebruik veelal een taak van de gemeenten, onderwijsinstellingen en GGD'en is. Die werkten tot voor kort vaak los van de verslavingszorg. Dan komt een geïntegreerd disease-managementprogramma (zie afbeelding 12.1) niet tot stand.

18 De filosofie van Housing First laat huisvesting voorafgaan aan behandeling. Nu komt huisvesting pas aan de orde in de herstelfase.

19 Effectief hulpverlenen is naast evidence-based medicine van belang voor het slagen van een therapie. Het begrip omvat de kwaliteiten van de zorgprofessional, de therapeutische relatie en de psychosociale context.

20 Effectief hulpverlenen staat thans breed ter discussie in de verslavingszorg.

Paragraaf 12.4 gaat over zorginnovaties die nog niet volledig zijn ingevoerd.

21 Cue exposure therapie, medicamenteus afkicken en eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) zijn drie productinnovaties die (als onderdeel van een bredere behandeling) craving (hunkeren) kunnen terugdringen.
22 Nu zoveel instellingen voor verslavingszorg bezig zijn zorgpaden te ontwerpen, zou het goed zijn ook samenhangen te onderzoeken tussen a. de dosis-responsrelatie van het aantal contacten en het herstel van de patiënten/cliënten, en b. het effectief hulpverlenerschap en het herstel.
23 Het verstrekken van methadon aan huis door instellingen voor verslavingszorg biedt kansen op minder bijgebruik van heroïne en lagere kosten per methadonverstrekking.
24 Ervaringsdeskundigen zijn ook in de verslavingszorg tijdens de herstelondersteuning van betekenis. Als variant is de inzet van profvoetballers te overwegen.

In paragraaf 12.5 is het cappuccinomodel aan de orde.
25 Het cappuccinomodel heeft voor de verslavingszorg dezelfde aspecten als voor andere sectoren.
26 Twee overwegingen pleiten ervoor om het cappuccinomodel ook in de verslavingszorg in te voeren. De eerste is dat het dan eenvoudiger is om ondanks drie financieringsbronnen te komen tot één disease-managementprogramma voor verslaving (zie afbeelding 12.1).
27 De tweede overweging is dat het cappuccinomodel intensievere samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg faciliteert. Via het innovatietarief kan gezamenlijke toegangsregulering voor beide sectoren tot stand komen: er is dan geld om deze uit te proberen. Ook het rommen kan dan eenvoudiger gezamenlijk gebeuren.

EN WORDEN DAN DE TRIPLE-AIMDOELEN BEREIKT?

Is, gelet op deze 27 bevindingen, bij gelijkblijvende kosten een betere volksgezondheid en een hogere kwaliteit van verslavingszorg mogelijk in de komende jaren? Ofwel: dragen de bevindingen bij aan het realiseren van deze drie triple-aimdoelen? Het eerste doel, een betere gezondheid, betekent in dit hoofdstuk minder mensen met een verslaving en meer mensen met een verslaving die wel goed functioneren, die herstellen. Voor een deel is dat te bereiken door algemene preventie zoals aan de orde kwam in de hoofdstukken 3 en 4. Een wijksgewijze, multiactorenaanpak en veelzijdig gezondheidsonderwijs geven invulling aan dergelijke preventie. Accijnsverhoging op alcohol (waaruit deze benaderingen zijn te financieren) creëert een context waarmee de overheid kan aangeven dat het terugdringen van verslavingen haar menens is. Een hogere kwaliteit van zorg wordt bereikt via het hier voorgestelde disease-managementprogramma voor verslaving. Daarmee kan deze zorg meer nadruk leggen op vroegtijdige signalering en interventies door huisartsen, medische specialisten en andere professionals. Dan kunnen multisiciplinaire richtlijnen ontstaan zoals ook in DMP's voor mensen met chronische aandoeningen ontstaan. Zoals daar de kwaliteit van zorg omhooggaat, is dat ook te verwachten van een DMP voor verslaving. Binnen zo'n DMP kunnen dan productinnovaties plaatsvinden door de craving medicamenteus en door gedragstherapie te verminderen. Van oudsher is het verslavingsbeleid van de overheid gericht op reductie van overlast en criminaliteit. Het terugdringen van craving is een nieuw doel evenals het (samen met de geestelijke gezondheidszorg) diagnosticeren van cliënten met psychische aandoeningen én verslavingen.

Gaat dit lukken bij gelijkblijvende kosten? Op dit moment bereikt de verslavingszorg

37 procent van de verslaafden aan alcohol en 63 procent van de drugsverslaafden. Voor andere verslavingen zijn deze percentages lager. Dat betekent dat een betere signalering van verslaafden in de eerste lijn en het ziekenhuis, in het gezondheidsonderwijs en in wijkprojecten onherroepelijk leidt tot meer ontdekte casussen en dus tot kostenverhoging. Aan de andere kant is van de accijnsverhoging, de cravingaanpak en de community reinforcement approach reductie van het aantal cases te verwachten. Ik stel daarom voor om de verslavingszorg voor de komende jaren als maatschappelijke missie mee te geven:

1 het terugdringen van het aantal personen met een verslaving;
2 het creëren van een disease-managementprogramma;
3 het gelijkhouden van de kosten.

Zorginnovaties en het cappuccinomodel moeten het realiseren van deze doelen faciliteren.

Ik dank de volgende personen voor hun feedback op een eerdere versie van dit hoofdstuk: Wim Buisman, programmaleider en secretaris stuurgroep Resultaten Scoren te Amersfoort, Jaap van der Stel, lector Geestelijke gezondheidszorg bij Hogeschool Leiden en senior onderzoeker bij GGZ InGeest VUmc*, Gerdien de Weert-van Oene, onderzoekscoördinator Victas verslavingszorg te Utrecht.*

13

GEZONDHEIDSWINST EN BESPARINGEN DOOR INTENSIVERING FARMACEUTISCHE ZORG

ERIK GERRITSEN EN GUUS SCHRIJVERS

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of een betere gezondheid en hogere kwaliteit van farmaceutische zorg mogelijk zijn bij gelijkblijvende kosten tot 2020? Het hoofdstuk begint met enkele statistische gegevens over het geneesmiddelengebruik in Nederland (paragraaf 13.1). Daarna komen in paragraaf 13.2 de kosten van het geneesmiddelengebruik aan de orde. Het geslaagde kostenbeheersingsbeleid en het eveneens ontwikkelde kwaliteitsbeleid komen aan de orde in paragraaf 13.3. Paragrafen 13.4 en 13.5 gaan in op innovaties om de juiste keus respectievelijk het juiste gebruik van geneesmiddelen te bevorderen. Paragrafen 13.6 en 13.7 schetsen de gewenste systeeminnovaties: het dossierhouderschap, de beschikbaarheid van medische gegevens, het prijsbeleid voor geneesmiddelen en het cappuccinomodel. In paragraaf 13.8 volgt eerst een samenvatting van de belangrijkste bevindingen. Daarna en ter afsluiting volgt de beantwoording van de onderzoeksvraag.

Dit hoofdstuk sluit aan op de andere hoofdstukken waarin de farmaceutische zorg niet of slechts summier aan de orde komt.

13.1 DE MEESTE MENSEN GEBRUIKEN GENEESMIDDELEN

In 2011 heeft 62,4 procent van de mannen en 75,0 procent van de vrouwen één of meer geneesmiddelen op rekening van de Zorgverzekeringswet verstrekt gekregen.[1] Het percentage mannen met voorgeschreven geneesmiddelengebruik steeg (2006: 60,1 procent en in 2011: 62,4 procent). Het percentage steeg voor vrouwen ook. Het bedroeg in 2006 74,8 procent, maar daalde van 2010 naar 2011 van 77,9 naar 75,0 procent omdat de overheid onder meer anticonceptiva voor vrouwen ouder dan 21 jaar vanaf 2011 uit het zorgverzekeringspakket schrapte. Afbeelding 13.1 toont voor een aantal ziekten het geneesmiddelengebruik van mannen en vrouwen in 2011.

Voor alle genoemde ziekten steeg het aantal geneesmiddelengebruikers sinds 2006. Een op de veertien vrouwen (7,3 procent) gebruikte antidepressiva. Dat is aanmerkelijk meer dan bij mannen (3,9 procent). Bij de overige genoemde ziekten waren de geslachtsverschillen minder groot.

Tot 2011 nam het totale geneesmiddelengebruik jaarlijks toe met circa 4 tot 5 procent. Ongeveer de helft van die groei kwam door toename van het aantal inwoners in Nederland en de vergrijzing. In 2012 veranderde deze trend echter: de stijging bedroeg in gebruikersdagen uitgedrukt (standaarddagdoseringen) in dat jaar slechts 1,8 procent.

	Man	Vrouw
Totaal gebruik	62,4%	75,0%
Hart- en vaatziekten	20,1%	22,8%
Astma/COPD	8,6%	9,9%
Diabetes	4,6%	4,4%
Depressie	3,9%	7,3%

Afbeelding 13.1. Percentage mannen en vrouwen in de Nederlandse bevolking dat in 2011 op rekening van de Zorgverzekeringswet geneesmiddelen gebruikte; totaal gebruik en gebruik bij een aantal ziekten
Bron: CBS, *Gezondheid en zorg in cijfers 2013*, Den Haag: CBS, 2013.

De toename in het geneesmiddelengebruik is de afgelopen jaren vooral opgetreden bij het gebruik van geneesmiddelen gericht op preventie en behandeling van hart- en vaatziekten. Het betrof cholesterolverlagende middelen, middelen tegen hoge bloeddruk, hartfalen en trombosepreventie. In standaarddagdoseringen ging het om circa 40 procent van alle geneesmiddelen.[2]

GEBRUIK NEEMT FLINK TOE BIJ HET OUDER WORDEN

Het gemiddeld aantal voorschriften per Nederlander in 2012 bedroeg 14,1. Voor 75-plussers was dat getal 77,1: meer dan vijfmaal zo hoog.[2] Men spreekt van polyfarmacie bij het chronisch gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen. Polyfarmacie komt veel voor bij ouderen. Bijna 45 procent van de 65-plussers kreeg in 2007 vijf of meer verschillende geneesmiddelen voorgeschreven. Bij bijna 20 procent van de 75-plussers liep dit aantal op tot tien of meer.[3] Dit onderwerp komt terug in paragraaf 13.4.

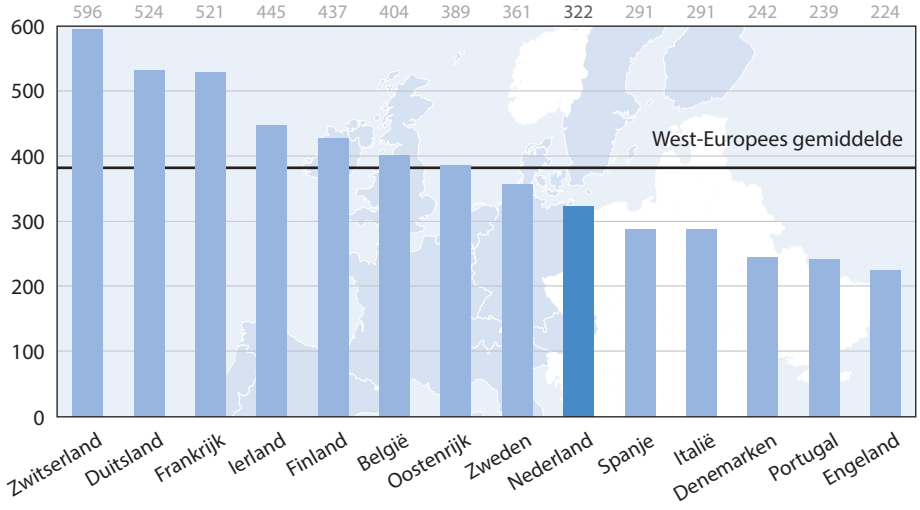
TOCH GEBRUIKT NEDERLAND WEINIG GENEESMIDDELEN

Vergeleken met buurlanden is het gebruik van geneesmiddelen in Nederland laag. Dit is onder meer een gevolg van het terughoudende voorschrijfpatroon van de Nederlandse huisartsen. Van de huisartsenconsulten in 2011 eindigde in Nederland 62 procent met een recept. In Italië bedroeg dit percentage 98. Andere West-Europese landen scoorden tussen deze 62 procent en dit laatste percentage.[4]

Behalve de door een arts voorgeschreven geneesmiddelen gebruiken Nederlanders ook niet-voorgeschreven geneesmiddelen. Uit een CBS-enquête blijkt dat 32,5 procent van de bevolking in 2012 deze geneesmiddelen (inclusief voedingssupplementen) gebruikte gedurende de 14 dagen voorafgaande aan het invullen van de enquête. In dezelfde periode gebruikte 36,8 procent van de bevolking voorgeschreven geneesmiddelen.[5]

13.2 GENEESMIDDELENKOSTEN RELATIEF LAAG

Vergeleken met andere West-Europese landen geeft Nederland relatief weinig geld uit aan geneesmiddelen. Afbeelding 13.2 geeft de geneesmiddelenuitgaven weer via apotheekhoudenden per inwoner van een aantal West-Europese landen in 2012. De uitgaven bedroegen gemiddeld 322 euro (excl. btw), terwijl het West-Europees gemiddelde 385 euro (excl. btw) bedroeg. Vijf landen waren goedkoper en acht landen duurder dan Nederland. Het aandeel van de geneesmiddelenuitgaven in de totale uit-



Afbeelding 13.2. Geneesmiddelenuitgaven via apotheekhoudenden per inwoner in 2012 (in euro's, excl. btw)
Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen, *Data en feiten 2014. Het jaar 2013 in cijfers*, Den Haag, 2014.

gaven aan gezondheidszorg bedroeg 8,4 procent. Ook dat is in West-Europa een bescheiden percentage. Bij de koplopers Frankrijk en Portugal bedroeg het 17,5 procent, ruim tweemaal zo hoog.

De kosten voor de extramurale farmaceutische zorg in 2012 voor rekening van de basisverzekering bedroegen 4.606 miljoen euro (incl. btw). Deze kosten bestonden uit de kosten van de afgeleverde geneesmiddelen (3.264 miljoen euro incl. btw) en de vergoeding voor de dienstverlening door de apotheekhoudenden (1.342 miljoen euro incl. btw). Daarnaast waren er de bijbetalingen door patiënten die een geneesmiddel gebruikten met een hogere prijs dan het Geneesmiddelenvergoedingssysteem toestond (42,7 miljoen euro incl. btw).[6]

Nederlandse apotheken leverden in 2012 voor 175 miljoen euro (excl. btw) aan geneesmiddelen op recept af die niet onder de basisverzekering vielen.[2]

De kosten voor het gebruik van geneesmiddelen in ziekenhuizen zijn ongespecificeerd opgenomen in het ziekenhuisbudget. Sinds 2004 bestaat een aparte financieringsregeling voor het gebruik van dure geneesmiddelen in ziekenhuizen. De kosten hiervan zijn de afgelopen jaren sterk toegenomen en bedroegen in 2012 1.032 miljoen euro (incl. btw).[6]

Sinds 2004 zien we een duidelijke wijziging in de trends die ten grondslag liggen aan de stijging in de uitgaven voor geneesmiddelen. Tot en met 2003 werd de kostengroei bepaald door een stijging van zowel de prijzen als het gebruik van de geneesmiddelen. Beide factoren waren ongeveer even groot. Sinds 2004 is het vooral de stijging in het gebruik van geneesmiddelen die bepalend is voor de kostengroei. Voor de uitgaven aan geneesmiddelen geldt dat deze gemiddeld langzamer stijgen dan de afgeleverde hoeveelheden.[6]

Deze ontwikkeling deed zich de afgelopen jaren in sterke mate voor. Sinds 2010 groeien de kosten voor geneesmiddelengebruik niet meer en vanaf 2011 is er sprake van een daling. Dat de kosten van de geneesmiddelen minder stegen dan de toename van

het gebruik is een gecombineerd effect van overheidssturing en de activiteiten van zorgverzekeraars en zorgverleners. De volgende paragraaf over de geschiedenis van het farmaceutisch beleid gaat hier dieper op in.

GENEESMIDDELEN ZIJN GOEDKOOP ÉN DUUR

De optredende prijsdalingen van de geneesmiddelen maakten het mogelijk dat een stijgend geneesmiddelengebruik (paragraaf 13.1) gepaard ging met een geringe stijging van de kosten. De prijsdaling betrof vooral vaak gebruikte, patentvrije geneesmiddelen en niet de dure geneesmiddelen voor weinig voorkomende ernstige aandoeningen.

De afgelopen jaren trad een duidelijke tweedeling op in de ontwikkeling van de geneesmiddelenprijzen:[6]

- De prijzen van veel generieke geneesmiddelen zijn door het preferentiebeleid (zie paragraaf 13.3) sterk gedaald:
  In de periode van 2004-2012 is de gemiddelde apotheekinkoopprijs van de preferente generieke geneesmiddelen per standaarddagdosering gedaald van 0,36 naar 0,08 euro (incl. btw). Dit is een daling van maar liefst 80 procent en de prijzen bevinden zich nu op een bijzonder laag niveau.
- De prijzen van de specialités zijn gestegen:
  In de periode van 2004-2012 is de gemiddelde apotheekinkoopprijs van de specialités per standaarddagdosering gestegen van 0,82 naar 0,96 euro (incl. btw).

Deze ontwikkeling blijkt ook uit de sterke discrepantie tussen het volume en de kosten van de verschillende soorten geneesmiddelen (afbeelding 13.3). In 2012 was 66,7 procent van de afgeleverde voorschriften generiek van aard. Dit veroorzaakte echter slechts 12,0 procent van de kosten van de geneesmiddelen, terwijl de specialités (inclusief parallelimport) met 31,0 procent van de voorschriften liefst 86,4 procent van de kosten veroorzaakten.

Het percentage generieke geneesmiddelen ligt in Nederland relatief hoog. Artsen schrijven bij voorkeur op stofnaam voor en apothekers leveren zoveel mogelijk generiek af. In 2012 bedroeg de gemiddelde substitutiegraad in Nederland 94,9 procent.[2] De substitutiegraad is de mate waarin apothekers een generiek geneesmiddel verstrekken als er een keus is tussen een generiek geneesmiddel en een specialité.

Veel van de moderne geneesmiddelen zijn bestemd voor kleine patiëntengroepen en daardoor bijzonder duur. In de afgelopen jaren namen de uitgaven aan dergelijke dure geneesmiddelen sterk toe. Zo stegen de kosten van geneesmiddelen via apotheekhou-

Productgroep	Aantal voorschriften	Kosten
Specialité	24,1%	67,9%
Parallelimport	6,9%	18,5%
Generiek	66,7%	12,0%
Eigen bereidingen en overige	2,4%	1,6%

Afbeelding 13.3. Percentage voorschriften en kosten per productgroep van de apotheekverstrekkingen in 2012

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen, *Data en feiten 2013. Het jaar 2012 in cijfers*, Den Haag, 2013.

denden die meer dan 500 euro per voorschrift kosten van 389 miljoen euro in 2004 naar 1.114 miljoen euro in 2011 (excl. btw).[2] Het aandeel van deze dure geneesmiddelen in de totale uitgaven is daardoor opgelopen van 10,0 procent in 2004 naar 22,3 procent in 2011.[7] In 2012 daalden deze uitgaven naar 765 miljoen euro (excl. btw) door de overheveling van de TNF-alfablokkers naar het ziekenhuisbudget.[2] Deze middelen worden toegepast bij reumatische aandoeningen, ziekte van Crohn en psoriasis.

AANTAL APOTHEKEN IN NEDERLAND GROEIT NIET MEER

Op 1 januari 2014 telde Nederland 1.974 apotheekvestigingen.[2] Hieronder bevonden zich 74 poliklinische apotheken en 41 dienstapotheken. Het aantal apotheken daalde sinds 2011 nadat het in de periode van 2003 tot en met 2011 toenam van 1.697 tot 1.997. Deze toename bestond overigens voor een deel uit poliklinische en zelfstandige dienstapotheken die in het verleden niet bestonden. De openbare apotheken verzorgden in 2012 de geneesmiddelenvoorziening van ruim 92 procent van de Nederlandse bevolking. Het overige deel van de bevolking, doorgaans in plattelandsgebieden, is aangewezen op een apotheekhoudende huisarts. Onder apotheekhoudenden verstaan we zowel openbare apothekers als apotheekhoudende huisartsen.

in 2012 had de gemiddelde openbare apotheek 7.800 patiënten. Door de groei van het aantal apotheken is het gemiddelde aantal patiënten gedaald. In 2003 bedroeg dat nog 8.800 personen.[8] In 2012 werkten in totaal 26.851 personen in apotheken. In 2012 leverde de gemiddelde apotheek 110.300 geneesmiddelen op voorschrift van een arts af voor een totaalbedrag van 2.211.000 euro (excl. btw). Het aantal apotheekmedewerkers is de afgelopen jaren aanzienlijk achtergebleven bij de groei van het geneesmiddelengebruik. Van de openbare apotheken was 31 procent in het bezit van ketens. Deze zijn voor een groot deel in handen van farmaceutische groothandels, zoals Mediq en BENU.[2]

13.3 BELEID WAS GERICHT OP KOSTENVERLAGING EN KWALITEITSVERHOGING

Beleidsvorming over kosten en kwaliteit van de farmaceutische zorg vond de afgelopen jaren bij drie partijen plaats: de overheid, de zorgverzekeraars en de apothekers. Deze beleidsvorming en een vooruitblik naar de toekomst komen hier aan de orde voor zover van belang voor de centrale vraag van dit hoofdstuk: zijn een betere gezondheid en hogere kwaliteit van farmaceutische zorg mogelijk bij gelijkblijvende kosten tot 2020?

BELEID OVERHEID

Op het geneesmiddelendossier bestaat al tientallen jaren een actief overheidsbeleid. Dat heeft te maken met het grote belang van de veiligheid van de verkrijgbare geneesmiddelen. Tevens vindt de Nederlandse overheid het al heel lang noodzakelijk om de dynamische geneesmiddelenmarkt met zijn sterk internationale karakter actief te volgen en zo nodig te reguleren. Hetzelfde beeld zien we in bijna alle westerse landen. We bespreken achtereenvolgens de toelating en pakketopname van geneesmiddelen, het prijsbeleid, de honorering van apotheekhoudenden en de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget.

Pakketopname belangrijk instrument

Een geneesmiddel is pas in Nederland beschikbaar als het is toegelaten tot de markt. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) beslist hierover na een uitge-

breide beoordeling. Sinds 1995 vindt de beoordeling van nieuwe geneesmiddelen steeds meer in Europees verband plaats door de European Medicines Agency. Belangrijke criteria bij de beoordeling zijn werkzaamheid en veiligheid.

De opname van een geneesmiddel in het verzekerde pakket staat los van de toelating tot de markt. Dit is voor de kostenbeheersing een belangrijk beleidsinstrument. De minister van VWS beslist daarover op basis van een advies van het Zorginstituut Nederland (ZIN), dat tot 1 april 2014 College voor zorgverzekeringen heette. Het ZIN voert hiervoor een uitgebreide beoordeling uit van de werkzaamheid, de vergelijking met andere middelen en de te verwachte kosten. Het is mogelijk om nadere voorwaarden te stellen aan de opname in het pakket. Dit betreft doorgaans een beperking van het toegestane indicatiegebied.

De afgelopen jaren zijn interessante nieuwe opties ontwikkeld voor het stellen van de voorwaarden bij de pakketopname. In de eerste plaats bestaat nu de mogelijkheid om een geneesmiddel voorwaardelijk in het pakket op te nemen.[9] Dat biedt de kans om het geneesmiddel later weer uit het pakket te halen. Dit kan een bruikbare optie zijn als er nog twijfels bestaan over de therapeutische voordelen van het nieuwe geneesmiddel. Hierbij moet worden opgemerkt dat het in de praktijk lastig is om een vergoed geneesmiddel weer uit het pakket te halen.

In de tweede plaats is de mogelijkheid gecreëerd dat VWS met de fabrikant een prijsarrangement afspreekt. Dat is vooral interessant als de opname van een geneesmiddel in het pakket grote extra kosten met zich mee zal brengen. Deze aanpak is toegepast bij de introductie van de zogenoemde DOAC's (directe orale anticoagulantia). Dit zijn geneesmiddelen tegen bloedstolling.[10]

Actief prijsbeleid

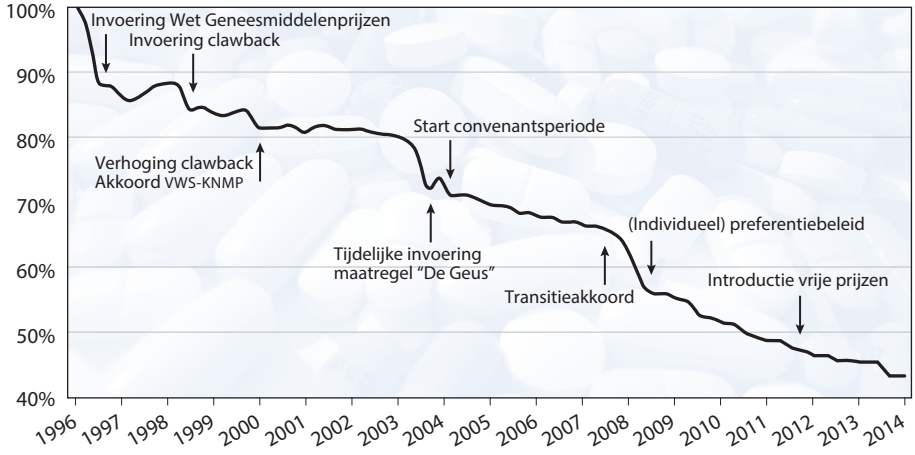
In 1991 is het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) ingevoerd. Voor de vergoeding van een geneesmiddel vanuit de basisverzekering is opname in het GVS noodzakelijk. Bij de opname in het GVS vindt zo mogelijk een indeling in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen plaats. Voor iedere groep is een vergoedingslimiet vastgesteld.

De kosten van het geneesmiddel boven deze limiet komen voor rekening van de patiënt. Om bijbetaling te voorkomen, verlaagden de meeste fabrikanten hun prijzen boven de limiet tot een prijs op of onder de vergoedingslimiet. Het GVS heeft op die wijze steeds een belangrijk prijsdrukkend effect uitgeoefend.

Als reactie op de hoge prijzen van geneesmiddelen kwam in 1996 de Wet geneesmiddelenprijzen tot stand. Op grond van deze wet mogen apothekers voor een geneesmiddel geen hogere prijs in rekening brengen dan de vastgestelde maximumprijs. De maximumprijs is het gemiddelde van de prijzen in de referentielanden België, Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië. Voor de invoering van deze wet waren de geneesmiddelenprijzen in ons land meer dan 20 procent hoger dan in een aantal andere Europese landen.[11]

In 1998 is ter beteugeling van de inkoopkortingen voor apothekers de clawbackregeling geïntroduceerd. Apothekers moesten voortaan een bepaald kortingspercentage doorberekenen in hun geneesmiddelenprijzen. De regeling is vanaf 2012 niet meer van toepassing, maar in verband met de nog bestaande kortingen bleven de zorgverzekeraars hem toepassen in hun overeenkomsten met de apothekers.

In aanvulling op bovenstaande wettelijke regelingen sloot VWS in de periode 2000-



Afbeelding 13.4. Prijsontwikkeling receptgeneesmiddelen op basis van de prijsindex van SFK (januari 1996=100)

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen, *Data en feiten 2014. Het jaar 2013 in cijfers*, Den Haag, 2014.

2008 een aantal akkoorden en convenanten over de geneesmiddelenprijzen af met verschillende bij de farmaceutische zorg betrokken partijen. Ook deze overeenkomsten hebben geleid tot aanzienlijke kostenbesparingen.

Het actieve overheidsbeleid gericht op de prijzen van geneesmiddelen heeft effect gesorteerd. De prijzen van de geneesmiddelen zijn sinds 1996 gemiddeld met ruim 55 procent gedaald (afbeelding 13.4). De effecten van de belangrijkste beleidsmaatregelen op de geneesmiddelenprijzen zijn in deze afbeelding weergegeven. De vermelde 'maatregel De Geus' betrof een tijdelijke verhoging van de clawback van september tot december 2003.

Zorgprestaties namen toe

De honorering van de farmaceutische zorg vond oorspronkelijk plaats via de receptregelvergoeding, een tarief per aan de patiënt afgeleverd geneesmiddel. Sinds 2006 regelt de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de honorering. Tot 1 januari 2008 gold één tarief voor elk afgeleverd geneesmiddel. Nadien heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) die de Wmg uitvoert meer prestaties voor de farmaceutische zorg vastgesteld. Per 1 januari 2015 onderscheidt de NZA 13 prestaties voor de farmaceutische zorg (afbeelding 13.5). In de lijst is prestatie 5 voor het eerst opgenomen. De prestaties 8 tot en met 11 vallen niet onder de Zorgverzekeringswet. Prestatie 12 is uitsluitend bedoeld voor onderlinge dienstverlening tussen zorgaanbieders.

Vanaf 1 januari 2012 gelden geen landelijke tarieven meer voor de farmaceutische zorg en zijn de tarieven het resultaat van onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en apotheker. De apothekers steunden de invoering van de vrije tarieven, maar de gevolgen waren voor hen teleurstellend. Hun inkomsten daalden aanmerkelijk. Dit was een gevolg van het feit dat de zorgverzekeraars de vergoedingen voor alle bestaande prestaties verlaagden. Daarnaast kochten de zorgverzekeraars de nieuwe prestaties slechts heel beperkt of in het geheel niet in.

1.	Terhandstelling van een UR-geneesmiddel (UR = uitsluitend recept)
2.	Begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel
3.	Instructie patiënt UR-geneesmiddelgerelateerd hulpmiddel
4.	Medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik
5.	Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek
6.	Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek
7.	Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis
8.	Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep
9.	Advies farmaceutische zelfzorg
10.	Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis
11.	Advies ziekterisico bij reizen
12.	Onderlinge dienstverlening
13.	Facultatieve prestatie

Afbeelding 13.5. Prestaties voor farmaceutische zorg per 1 januari 2015
Bron: Nederlandse Zorgautoriteit, Prestatiebeschrijvingbeschikking farmaceutische zorg TB/CU-5075, Utrecht, 24 juni 2014.

OVERHEVELING DURE GENEESMIDDELEN NAAR ZIEKENHUISBUDGET

Volgens de minister van VWS kunnen de ziekenhuizen een lagere prijs bedingen voor dure geneesmiddelen dan openbare apotheken. Er is daarom besloten om dure specialistische middelen stapsgewijs over te hevelen naar het ziekenhuisbudget. Op 1 januari 2012 is hiermee gestart voor de TNF-alfablokkers. Dit betekent dat ziekenhuizen ook verantwoordelijk zijn voor de kosten van het gebruik van deze middelen buiten het ziekenhuis. Daarna zijn op 1 januari 2013 ook de groeihormonen en de orale oncolytica naar het ziekenhuisbudget overgeheveld en op 1 januari 2014 de fertiliteitshormonen bij ivf-behandelingen.

De minister heeft de uitvoering van de overheveling vanaf het begin laten evalueren. De *Eindrapportage overheveling 2013* was bijzonder kritisch over een aantal effecten van de overheveling, zoals het switchen van geneesmiddelen om niet-medische redenen, ervaren belemmeringen bij het voorschrijven van geneesmiddelen en onvoldoende uitvoering van de medicatieoverdracht.[12] De minister heeft daarom besloten een pas op de plaats te maken en de overheveling per 1 januari 2015 te beperken tot de nog niet overgehevelde oncolytica. De minister wil eerst een brede evaluatie uitvoeren alvorens te beslissen over het vervolg van de overheveling.[13] Het lijkt ons zinvol om daarbij ook te onderzoeken of de overheveling in zijn huidige vorm wel strookt met de algemeen gewenste versterking van de eerstelijnszorg. Immers, de financiering dient de zorg te volgen en niet andersom.

ZORGVERZEKERAARS VOEREN PREFERENTIEBELEID UIT

In 2003 introduceerde VWS het preferentiebeleid in de Ziekenfondswet en in 2006 nam het dit ook op in de Zorgverzekeringswet.[14] Het houdt in dat een zorgverzekeraar kan

bepalen dat een verzekerde van een geneesmiddel met een bepaalde werkzame stof slechts recht heeft op de vergoeding van één of enkele varianten. Begin 2008 gaven de verzekeraars Menzis, VGZ, CZ en AGIS te kennen het preferentiebeleid, waarmee in de jaren daarvoor met enkele geneesmiddelen gezamenlijk geëxperimenteerd was, per 1 juli 2008 individueel uit te zullen voeren. De landelijke aanbesteding van verzekeraars in juni 2008 heeft een ware prijzenslag tussen generieke geneesmiddelenleveranciers ontketend. De prijzen van de belangrijkste generieke geneesmiddelen daalden met 90 procent.

De verzekeraars maakten naast het preferentiebeleid ook laagsteprijsafspraken: de verzekeraar betaalt de apotheek maximaal de prijs van het goedkoopste alternatief voor een bepaald geneesmiddel ongeacht het geneesmiddel dat de apotheek verstrekt. Of zij maakten zogenoemde bandbreedteafspraken: de verzekeraar vergoedt alleen geneesmiddelen die maximaal 3 tot 5 procent duurder zijn dan het goedkoopste alternatief. Daarom moesten alle generieke geneesmiddelenleveranciers hun prijzen tot het laagste niveau verlagen, wilden zij zich niet compleet uit de markt prijzen.

Het preferentiebeleid heeft tot grote kostenbesparingen geleid en is in die zin een succes. In de praktijk geeft het echter ook aanzienlijke problemen. In de eerste plaats ontstaan er onduidelijkheid en verwarring bij de patiënten doordat zij regelmatig te maken krijgen met een ander preparaat. Daarnaast leidt het preferentiebeleid regelmatig tot leveringsproblemen van de aangewezen geneesmiddelen. In 2012 moest een apotheker bij ongeveer een op de twintig generieke verstrekkingen op zoek gaan naar een alternatief omdat het door de zorgverzekeraar preferent aangewezen geneesmiddel niet leverbaar was. Dit zijn circa 200.000 verstrekkingen per week landelijk (SFK, 2013). Zowel de onduidelijkheid en verwarring bij de patiënten als de leveringsproblemen kosten de apotheekmedewerkers veel extra tijd, die niet financieel gecompenseerd wordt door de zorgverzekeraar. Als de afhandeling gemiddeld 15 minuten extra per keer zou kosten, gaat het om een verspilling van zorgcapaciteit van 60-70 miljoen euro per jaar.[2]

APOTHEKERS ONTWIKKELDEN KWALITEITSBELEID

De farmaceutische beroepsgroep richtte zich de afgelopen jaren vooral op verhoging van de medicatieveiligheid en de kwaliteit van zorg aan individuele patiënten. Apothekers zijn van origine sterk gericht op de kwaliteit van hun handelen en zijn gewend om daarbij te werken met richtlijnen. Hun focus lag tot ongeveer 1980 vooral op de samenstelling van het geneesmiddel. Hierna verschoof de focus naar medicatiebewaking. Later verbreedde zich dat naar de medicatiebegeleiding van de patiënt en het farmacotherapieoverleg met de huisartsen. Al in 1996 legden de apothekers hun handelen vast in de Nederlandse Apotheek Norm. Het jaar daarna startte de certificering van apotheken.

In 2011 kozen de openbare apothekers in het *Witboek Farmacie* uitdrukkelijk voor de verdere ontwikkeling van hun zorgfunctie en de samenwerking met andere disciplines.[15] Ook kozen zij voor een verdere professionalisering van hun beroep. Om dit doel te bereiken is binnen de KNMP de Wetenschappelijke Sectie Openbaar apothekers opgericht. Onder leiding van deze sectie zijn de afgelopen jaren een flink aantal richtlijnen voor de farmaceutische zorg opgeleverd. Voorbeelden zijn de richtlijnen voor diabetes en COPD, maar ook voor de medicatieoverdracht en de medicatiebeoordeling.

In 2007 is op initiatief van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gestart met de ontwikkeling van een indicatorenset voor de farmaceutische zorg. De gegevens hiervoor

worden jaarlijks bij alle apotheekhoudenden uitgevraagd. De uitkomsten zijn deels bedoeld als externe verantwoording en deels voor het verbeteren van het eigen handelen.

De afgelopen jaren is nieuwe regelgeving tot stand gekomen die de zorgfunctie van de apothekers extra ondersteunt. Zo is de apotheker sinds 1 juli 2007 opgenomen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en daarmee duidelijker behandelaar van de patiënt geworden.[16] Daarnaast is sinds 1 augustus 2013 in de Geneesmiddelenwet vastgelegd dat apothekers de beschikking krijgen over de afwijkende nierfunctiewaarden en dat bij het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen de reden van voorschrijven op het recept wordt vermeld.[17]

Kortom, de apothekers zijn de afgelopen jaren actief bezig geweest met de verbetering van de farmaceutische patiëntenzorg en met de verdere professionalisering van hun beroep. Zij willen dat ook voortzetten. Daarmee kan de positie van Nederland in de farmaceutische zorg nog verder verbeteren.

FARMACEUTISCHE ZORG IN DE TOEKOMST

Begin 2013 hebben de 'verkenners' Reibestein en Rinnooy Kan op verzoek van de minister van VWS een advies uitgebracht over de extramurale farmaceutische zorg in de toekomst. De aanleiding hiervoor waren de ontwikkelingen van de jaren daarvoor. De apothekers waren steeds sterker ontevreden over hun contracten met de zorgverzekeraars en vonden dat zij in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars geen gelijkwaardige partij waren. De zorgverzekeraars waren daarentegen redelijk tevreden over de gang van zaken.

In hun advies constateerden de verkenners dat alle veldpartijen een gelijksoortig toekomstbeeld voor ogen staat. Dit is een kwalitatief hoogstaande farmaceutische zorg met een apotheker die vooral zorgverlener is. Een zorgverlener die multidisciplinair samenwerkt met andere zorgverleners in een sterke geïntegreerde eerste lijn, zo dicht mogelijk bij de patiënt. Een zorgverlener die verder nauw samenwerkt met huisartsen en specialisten om hen te adviseren en te ondersteunen bij het voorschrijven van geneesmiddelen. En die patiënten informeert, begeleidt en ondersteunt bij het gebruiken van hun geneesmiddelen.

In hun advies gaven zij ook diverse concrete adviezen over de bestaande problemen in de farmaceutische zorg. Tevens adviseerden zij de minister om enkele malen per jaar een overleg met de sector te organiseren om met elkaar te overleggen over de gang van zaken.[18]

De minister nam dit laatste advies over en startte een Bestuurlijk Overleg Farmacie met participatie van alle betrokken partijen. In april 2014 heeft de minister de resultaten van dit overleg in een brief aan de Tweede Kamer meegedeeld.[19]

Er is gewerkt aan een omvangrijke kwaliteitsagenda van elf punten. Hierin zijn vrijwel alle belangrijke punten voor de farmaceutische zorg opgenomen. Enkele voorbeelden zijn: standaardiseren medicatiebeoordelingen en medicatieoverdracht, uitkomstindicatoren doorontwikkelen en toepassen in de praktijk, en verbetering van de therapietrouw.

Daarnaast is afgesproken om voortaan tweemaal per jaar een Bestuurlijk Overleg Farmacie onder voorzitterschap van VWS te laten plaatsvinden. Tevens zal de visie op de toekomstige farmaceutische zorg en de uitwerking daarvan onderdeel uitmaken van het bestaande en door VWS georganiseerde Bestuurlijk Overleg Eerste Lijn. Dit zal de integratie van de farmaceutische zorg in de eerstelijnszorg zeker bevorderen.

De genoemde activiteiten zijn voor een deel al uitgevoerd, maar moeten voor het grootste deel nog vorm krijgen. Al met al ligt er een mooi, maar ambitieus plan voor de invulling van de farmaceutische zorg voor de komende jaren.

13.4 VERGISSEN IS MENSELIJK, OOK BIJ TOEPASSEN VAN GENEESMIDDELEN

'Medische fouten in de Verenigde Staten veroorzaken 2,9 tot 3,7 procent van alle ziekenhuisopnamen. Van alle medische fouten leidt 6,6 tot 13,6 procent tot overlijden van de patiënt. Jaarlijks sterven in de Verenigde Staten meer mensen aan medische fouten dan aan verkeersongevallen, borstkanker of aids. Medicatiefouten leiden tot meer doden dan bedrijfsongevallen. Tijdens 2 procent van alle ziekenhuisopnamen heeft geneesmiddelgebruik een vermijdbaar schadelijk effect. Gemiddeld leidt dit effect tot een kostenverhoging van 4.700 dollar per opname ofwel van 2,8 miljoen dollar per jaar voor een ziekenhuis met 700 bedden.'

Deze verontrustende zinnen zijn afkomstig uit het wereldbekende rapport *To Err is Human* uit 1999 van het Institute of Medicine.[20] Het rapport heeft niet alleen in de Verenigde Staten, maar ook in de rest van de wereld geleid tot een sterk gegroeid besef van de onveiligheid in de gezondheidszorg en tevens van de wens om deze situatie snel te verbeteren. Deze paragraaf beschrijft hoe het in Nederland is gesteld met de omvang van de medicatiefouten. Daarna gaan we in op de verbeteractiviteiten in de afgelopen jaren en de mogelijkheden tot verdere verbeteringen in de toekomst.

SITUATIE IN NEDERLAND

Sinds 1999 is ook in Nederland het onderzoek op dit terrein aanmerkelijk toegenomen. In navolging van het Amerikaanse rapport richtte zich dat in eerste instantie vooral op de medicatiefouten in ziekenhuizen of gecorreleerd aan ziekenhuisopnamen. Hieronder volgt een aantal opvallende onderzoeksresultaten.

In 2006 publiceerden Leendertse en collega's de resultaten van de zogenoemde HARM-studie.[21] Dit was een prospectieve studie naar opnamen ten gevolge van medicatiefouten gedurende een periode van 40 dagen in 21 Nederlandse ziekenhuizen. Bij 5,6 procent van de acute opnamen lag de oorzaak bij medicatiefouten. Van deze opnames was 46 procent potentieel vermijdbaar. Geëxtrapoleerd naar heel Nederland betekende dit 19.000 potentieel vermijdbare opnames per jaar. De geschatte kosten hiervan waren ruim 85 miljoen euro per jaar. Patiënten ouder dan 65 jaar hadden een tweemaal zo hoge frequentie van geneesmiddelgerelateerde opnames ten opzichte van patiënten jonger dan 65 jaar.

Van Doormaal en collega's onderzochten in 2005 in twee Nederlandse ziekenhuizen in welke mate verschillende typen medicatiefouten te voorkomen schade veroorzaakten.[22] Zij deden dat bij 592 opgenomen ziekenhuispatiënten op 5 afdelingen interne geneeskunde. Artsen schreven tijdens deze opnames 7.286 voorschriften uit. 60 procent daarvan (4.369 voorschriften) bevatte in totaal 5.725 medicatiefouten. In 103 gevallen (1,4 procent van de voorschriften) trad schade op: in 92 gevallen was dat tijdelijk, in 8 gevallen leidde het tot verlenging van de ziekenhuisopname, 2 gevallen waren levensbedreigend en 1 geval was fataal. De schade trad vooral op bij therapeutische fouten (56 maal) en doseerfouten (34 maal). Bij overschrijffouten trad 13 maal schade op en bij administratieve fouten, die het meest voorkwamen, geen enkele maal.

Beex-Oosterhuis en collega's onderzochten in 2009/2010 in hoeverre ziekenhuisapo-

theken voorschrijffouten ontdekten en deze correct afhandelden. Zij voerden daarvoor in 57 ziekenhuisapotheken een experiment uit met testpatiënten waarvoor voorschriften met aangebrachte fouten werden aangeleverd.[23] De fouten betroffen doseerfouten en therapeutische fouten (contra-indicaties, interacties en dubbelmedicatie). Van de aangebrachte fouten ontdekten de apothekers en apothekersassistenten 59 procent. De afhandeling van de ontdekte fouten was bijna altijd correct en bedroeg 57 procent van de aangebrachte fouten. De resultaten van de apotheken verschilden aanzienlijk. De studie concludeerde dat de ziekenhuisapotheken vooral het opsporen van voorschrijffouten kunnen verbeteren. De auteurs gaven hiervoor een aantal suggesties.

Bij de opname en het ontslag van ziekenhuispatiënten gaat veel fout bij het voorschrijven van geneesmiddelen door het ontbreken van het volledige medicatieoverzicht van de patiënt. Zo bleek bijvoorbeeld uit een onderzoek van Karapinar en collega's dat bij 72,5 procent van de patiënten na het ontslag uit het ziekenhuis er een verschil bestond tussen de gebruikte geneesmiddelen en het door de specialist gewenste geneesmiddelengebruik.[24]

Niet alleen in ziekenhuizen maar ook bij huisartsen en openbare apothekers vinden regelmatig medicatiefouten plaats. De omvang hiervan wordt geschat op circa 15 procent van het aantal voorschriften.[25]

De Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzocht de medicatieveiligheid in verpleeghuizen, verzorgingshuizen, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg. Zij constateerde dat in de meeste van deze instellingen het risico op fouten groot was door onder meer het ontbreken van actuele medicatieoverzichten per patiënt, regelmatige medicatiebeoordelingen en controle bij het uitzetten en toedienen van geneesmiddelen.[26]

ACTIVITEITEN TER VERBETERING

Al deze publicaties over medicatiefouten maakten duidelijk dat in Nederland nog een aanzienlijke gezondheidswinst is te behalen door de risico's op medicatiefouten te verlagen. In de genoemde studies stond een groot aantal suggesties voor uit te voeren activiteiten. Vooral de uitstekende HARM-studie heeft maatschappelijke steun opgeleverd voor een voortvarende aanpak van dit probleem. Op basis daarvan zijn de afgelopen jaren diverse zorg- en onderzoeksactiviteiten gestart. Hieronder beschrijven we in het kort een aantal interessante activiteiten en ideeën.

Activiteiten in ziekenhuizen

Het rapport *To Err is Human* hamert op de totstandkoming van een veiligheidsbeleid en met name een medicatieveiligheidsbeleid in ziekenhuizen. Dit idee vond ook in Nederland gehoor. Willems, de toenmalige president-directeur van Shell Nederland, schreef in 2004 als gezant van het programma Sneller Beter een rapport met als titel *Hier werk je veilig of je werkt hier niet*. De prikkelende titel bleek een slogan te zijn uit zijn eigen bedrijf.[27] Op basis van dit rapport en op aandringen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gingen vele ziekenhuizen een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) invoeren.[28] Daarbinnen vormen het klaarmaken en toedienen van injecteerbare geneesmiddelen en medicatieverificatie bij opname en ontslag belangrijke thema's.

Het Institute of Medicine stelt voor de uitvoering van een veiligheidsbeleid de bekende kwaliteitscirkel van Deming centraal: Plan, Do, Check, Act (afbeelding 13.6). Deze cirkel komt nog terug in de paragrafen 16.5 en 16.6 over kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen.

Ter verbetering van de medicatieveiligheid startte de Nederlandse Vereniging van

PLAN	Kijk naar huidige werkzaamheden en ontwerp een plan voor de verbetering van deze werkzaamheden. Stel voor deze verbetering doelstellingen vast
DO	Voer de geplande verbetering uit in een gecontroleerde proefopstelling
CHECK	Meet het resultaat van de verbetering en vergelijk deze met de oorspronkelijke situatie en toets deze aan de vastgestelde doelstellingen
ACT	Bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten bij CHECK

Afbeelding 13.6. De vier activiteiten in de kwaliteitscirkel van Deming
Bron: http://nl.wikipedia.org, geraadpleegd op 26 juli 2014.

Ziekenhuisapothekers in 2006 de Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR). Zorgverleners kunnen hier incidenten die zijn opgetreden bij het voorschrijven, bereiden, afleveren en toedienen van geneesmiddelen anoniem melden. Om herhaling van incidenten te voorkomen, worden de belangrijkste meldingen landelijk verspreid. Het initiatief is inmiddels sterk verbreed: naast ziekenhuisapothekers nemen ook openbare apothekers en diverse andere beroepsgroepen deel aan de CMR.[29]

Veel onderzoekers waaronder Van den Bemt en collega's[30] adviseren voor het verminderen van de medicatiefouten in ziekenhuizen het gebruik van geautomatiseerde informatiesystemen. Dit vermindert de kans op allerlei voorschrijf-, overschrijf-, aflever- en toedienfouten.

Franklin en collega's onderzochten dit voorstel concreter in een experiment met *closed loop medication* in een Engels ziekenhuis.[31] Closed loop medication heeft de volgende kenmerken:

1. De arts schrijft het geneesmiddel elektronisch voor.
2. De apotheek ontvangt, controleert en maakt het elektronische voorschrift gereed.
3. Na verificatie van het geneesmiddel en de patiënt met barcodes krijgt de patiënt het geneesmiddel toegediend.
4. De toediening van het geneesmiddel wordt vastgelegd in het elektronisch medisch dossier.

Deze wijze van werken halveerde in het experiment bijna het aantal medicatiefouten, maar kostte wel meer tijd van artsen en verpleegkundigen. In Nederland hadden eind 2012 negen ziekenhuizen closed loop medication geïmplementeerd.[32]

We gaven reeds aan dat medicatiefouten vooral bij oudere ziekenhuispatiënten voorkomen. Klopotowska en collega's onderzochten of ze deze situatie konden verbeteren. Zij voerden in drie Nederlandse ziekenhuizen een interventiestrategie uit bestaande uit drie onderdelen:

1. een uitgebreide medicatiereview met persoonlijke feedback aan de arts door een ziekenhuisapotheker;
2. geriatrisch farmacotherapieonderwijs voor de artsen;
3. een kaartje voor de artsen met een checklist voor geneesmiddelgerelateerde problemen.

De uitvoering van deze interventiestrategie bracht het aantal patiënten met vermijdbare medicatiefouten met circa de helft omlaag; het aantal ernstige vermijdbare medicatiefouten daalde zelfs met 63 procent, terwijl het aantal niet-herkende medicatiefouten eveneens sterk verminderde (namelijk met 52 procent).[33]

Activiteiten in de eerste lijn

Een belangrijk kenmerk van de farmaceutische zorg in de openbare apotheek in Nederland is de uitvoering van een uitgebreide medicatiebewaking bij iedere aflevering van een geneesmiddel. Hierbij vindt controle plaats op dosering, interacties tussen middelen, dubbelmedicatie, contra-indicaties, verminderde nierfunctie, farmacogenetica, leeftijd, zwangerschap en borstvoeding. De medicatiebewaking in Nederland staat internationaal gezien op een hoog niveau. Daardoor is de medicatieveiligheid relatief hoog en zal het aantal medicatiefouten geringer zijn dan in andere landen. De medicatiebewaking is de laatste jaren vooral uitgebreid op het terrein van de verminderde nierfunctie en de farmacogenetica. Dit verbeterproces gaat de komende jaren door.

Leendertse en collega's bepleitten in het eindrapport van de HARM-studie extra medicatiebegeleiding van risicopatiënten in de vorm van een periodieke medicatiebeoordeling, waarbij gekeken wordt naar bijwerkingen, ongewenste polyfarmacie, therapietrouw en effectiviteit. Een gezamenlijke aanpak van verschillende behandelaren is hierbij aan te bevelen. Zij stelden voor om informatie uit te wisselen tussen artsen en apothekers omtrent nierfunctie en comorbiditeiten, zodat de huidige medicatiebewaking met dit soort individuele patiëntfactoren uit te breiden is.

In overeenstemming met dit advies is de afgelopen jaren gewerkt aan de ontwikkeling van een geschikte medicatiebeoordeling voor deze patiënten. Dit leidde in 2012 tot de multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen.[34] De richtlijn is van toepassing op patiënten van 65 jaar of ouder die vijf of meer geneesmiddelen gebruiken. De medicatiebeoordeling vindt plaats door de patiënt, arts en apotheker op basis van een periodieke gestructureerde en kritische evaluatie van de medische, farmaceutische en gebruiksinformatie. Het aantal uitgevoerde medicatiebeoordelingen neemt de laatste jaren flink toe. Het ligt echter nog ver onder het aantal patiënten dat daarvoor in aanmerking komt.

Kempen en collega's voerden in 2012 een groot onderzoek uit naar door apothekers geïnitieerde medicatiebeoordelingen in 268 openbare apotheken in Nederland. In totaal zijn 4.579 medicatiebeoordelingen geanalyseerd. Iedere beoordeling leverde gemiddeld 2,9 geneesmiddelgerelateerde problemen op. Van de 8.072 voorstellen voor geneesmiddelwijziging zijn er na overleg met de huisarts en patiënt 3.401 geïmplementeerd. Dat was 42 procent van de voorstellen. Het betrof vooral geneesmiddelen voor cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en osteoporose. Het onderzoek toonde aan dat een grootschalige implementatie van medicatiebeoordelingen door openbare apothekers bijdraagt aan een reductie van medicatiefouten.[35]

Leendertse en collega's voerden een klein, open gecontroleerd multicenteronderzoek uit in de eerste lijn met 364 interventiepatiënten en 310 controles. De eigen apotheker en huisarts van de patiënt voerden de interventie uit, die bestond uit een patiëntinterview, een medicatiebeoordeling en de uitvoering van een farmaceutisch zorgplan. De interventie halveerde het risico op ziekenhuisopname in verband met schade door een geneesmiddel. Dit resultaat was echter niet statistisch significant vanwege de te kleine omvang van het experiment. Er is daarom nog uitgebreider onderzoek wenselijk.[36]

Sinds enige jaren biedt een groot aantal apotheken een zogenoemde herhaalservice aan. Hierbij vraagt de patiënt niet meer bij de huisarts een herhaalrecept voor een chronisch gebruikt geneesmiddel aan, maar regelt de apotheker dat. De herhaalservice heeft als gevolg dat het gebruik extra wordt bewaakt en het aantal medicatiefouten zal verminderen.[37]

Continuïteit van zorg

Haggerty en collega's[38]hanteren een heel ander instrument om de farmaceutische zorg te verbeteren. Zij wijzen op het belang van continuïteit voor de kwaliteit van de farmaceutische zorg en introduceren drie vormen van continuïteit die voor alle vormen van zorg gelden. Toegepast op de farmaceutische zorg geldt ten eerste de continuïteit van de informatie over het geneesmiddelgebruik als bijvoorbeeld de behandeling van de patiënt overgaat van de huisarts naar de specialist. Ten tweede onderscheiden Haggerty en collega's de beleidscontinuïteit, waarbij bijvoorbeeld veranderingen in het geneesmiddelenbeleid alleen plaatsvinden in overleg tussen de huisartsen en apothekers in een bepaalde regio. Ten derde onderscheiden zij de persoonlijke continuïteit, waarbij bijvoorbeeld slechts één openbare apotheker het farmaceutisch dossier beheert van de patiënt.

CONCLUSIE

Sinds het verschijnen van het rapport *To Err is Human* is in Nederland veel onderzoek uitgevoerd naar de medicatieveiligheid en het optreden van medicatiefouten, zowel in ziekenhuizen, instellingen als in de eerste lijn. Er is daardoor een redelijk goed inzicht ontstaan in de omvang van dit probleem in Nederland en de mogelijkheden om de bestaande situatie te verbeteren.

De laatste jaren is op diverse terreinen gewerkt aan verbeteringen en daarbij is ook een flinke vooruitgang geboekt, maar we constateren dat er nog het nodige werk is te verzetten. Concrete mogelijkheden zijn bijvoorbeeld de ontwikkeling van closed loop medication in ziekenhuizen en de verdere ontwikkeling van de medicatiebeoordeling en medicatieoverdracht. Kortom, er zijn nog ruime mogelijkheden voor het behalen van extra gezondheidswinst en kostenreductie door de kans op schade ten gevolge van medicijngebruik te verkleinen.

13.5 THERAPIETROUW IS HET BESTE MEDICIJN

Een geneesmiddel werkt alleen optimaal als de patiënt het middel op de juiste wijze gebruikt, dat wil zeggen als hij therapietrouw is. In de praktijk is dat echter vaak niet het geval. Dit heeft aanzienlijke negatieve gevolgen voor de effectiviteit van het geneesmiddelengebruik. Het verbeteren van de therapietrouw is daarom een van de belangrijkste opgaven in de farmaceutische zorg. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) onderschrijft een uitspraak van Haynes en collega's hierover: 'Effectieve bevordering van therapietrouw zal een veel groter effect hebben op de volksgezondheid dan steeds verdergaande verbeteringen van medische behandelingen'.[39 40] In deze paragraaf bespreken we de mogelijkheden om de therapietrouw daadwerkelijk te verbeteren. Meer informatie over dit onderwerp is te vinden in hoofdstuk 6 van het *Handboek farmaceutische patiëntenzorg*.[41]

BELANGRIJKE BEGRIPPEN

In de literatuur over therapietrouw zijn verschillende begrippen in gebruik. Onder therapietrouw verstaat men de mate waarin de patiënt zijn behandeling uitvoert in overeenstemming met de afspraken die hij heeft gemaakt met zijn zorgverlener (adherentie). Dit vereist het bereiken van overeenstemming (concordantie) tussen de patiënt en de zorgverlener over de behandeling. Concordantie is een begrip dat vergelijkbaar is met shared decision-making in de zorg aan mensen met een chronische aandoening (zie hoofdstuk 8) en in de oncologische zorg (zie hoofdstuk 10). Een ander belangrijk begrip is persistentie. Dit betreft de periode gemeten in dagen tussen de start van het geneesmiddelengebruik en het moment waarop de patiënt het gebruik staakt.

Er bestaat een onderscheid tussen opzettelijke of intentionele therapieontrouw en onopzettelijke of niet-intentionele therapieontrouw. Bij opzettelijke therapieontrouw kiest de patiënt bewust ervoor om het aanbevolen gebruik niet of niet altijd uit te voeren. De patiënt maakt hierbij een eigen afweging tussen het geloof in de noodzaak van het gebruik van het geneesmiddel (Engels: *beliefs*) en bezorgdheid (Engels: *concerns*) daarover. De onderzoekers Horne en Weinman hebben als eersten de opzettelijke therapieontrouw in kaart gebracht en een afwegingsmodel ontworpen.[42] Zij ontwikkelden de veel gebruikte Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ), een lijst met stellingen die inzicht geeft in de houding van patiënten ten aanzien van geneesmiddelen.

OMVANG THERAPIETROUW

Als we iets willen zeggen over de omvang van de therapietrouw moeten we die natuurlijk kunnen meten. We gaan eerst in op het meten en daarna op de omvang van de therapietrouw.

Meten therapietrouw

Er zijn diverse methoden ontwikkeld voor het meten van de therapietrouw. Het is mogelijk via een directe methode zoals het meten van bloedspiegels of via een indirecte methode zoals het invullen van een vragenlijst door patiënten. Vanwege de hoge kosten van directe methodes wordt meestal gebruikgemaakt van indirecte methodes. Een veel gebruikte methode is het op basis van apotheekgegevens vergelijken van de hoeveelheid afgeleverd geneesmiddel met de hoeveelheid voorgeschreven geneesmiddel. Men noemt de gebruiker therapietrouw als de verhouding tussen die twee ten minste een bepaald percentage bedraagt (vaak 80 procent). Het gekozen percentage is arbitrair en kan, afhankelijk van de werkingsduur, voor het ene geneesmiddel te hoog en voor het andere geneesmiddel te laag zijn.[43] Iedere methode heeft voor- en nadelen. Ook leveren de gebruikte methodes verschillende uitkomsten op.

Omvang therapietrouw

De vraag hoeveel mensen therapietrouw zijn, is niet eenvoudig te beantwoorden. Dit komt doordat de therapietrouw per ziekte aanzienlijk verschilt. Ook zijn er verschillende definities van therapietrouw en leveren de gebruikte meetmethoden verschillende resultaten op. In Nederland is de therapieontrouw in 2004 geschat op 30 tot 40 procent.[44] Internationale studies komen tot percentages van gemiddeld 30 tot 50 procent therapieontrouw.[45 46 47] De Nederlandse therapietrouwpercentages lopen nogal uiteen en zijn daardoor niet goed onderling vergelijkbaar. Het staat wel vast dat een aanzienlijk deel van de patiënten die chronisch geneesmiddelen gebruiken dit niet volgens het afgesproken voorschrift doet.

Vooral bij patiënten met chronische aandoeningen kunnen zich perioden van therapieontrouw voordoen. Zo vonden Cramer en collega's in een review van 139 onderzoeken dat de patiënten gedurende een jaar het geneesmiddel gemiddeld op ruim 260 van de 365 dagen (72 procent) gebruikten. De continuïteit van het gebruik gedurende één jaar varieerde van 35 tot 92 procent (gemiddeld 63 procent).[48]

Voor Nederland zijn veel actuele gegevens over therapietrouw te vinden op de website www.therapietrouwmonitor.nl die door het NIVEL wordt onderhouden. Deze site gebruikt aflevergegevens van apotheken en hanteert als norm voor therapietrouw een afgeleverde hoeveelheid van 80 procent van de voorgeschreven hoeveelheid geneesmiddel. Deze meetmethode staat dus een flinke marge van afwijkend gebruik toe. Daarnaast is het afleveren van een geneesmiddel geen garantie dat het middel ook is gebruikt. De uitkomsten zijn dus geflatteerd, maar geven wel een globale indruk.

In deze monitor was van de patiënten die chronisch geneesmiddelen voor astma/COPD gebruikten in 2012 64 procent therapietrouw. Bij de orale diabetesmiddelen lag de therapietrouw aanmerkelijk hoger, namelijk op 93 procent. Ook voor verschillende middelen bij hart- en vaatziekten was de therapietrouw hoog; het percentage lag op 90 of hoger. Lagere percentages vinden we voor twee groepen psychofarmaca: bij antidepressiva was 81 procent van de gebruikers therapietrouw in 2012 en bij ADHD-geneesmiddelen was dit 60 procent.

OORZAKEN EN GEVOLGEN THERAPIEONTROUW

Hieronder gaan we in op de oorzaken en gevolgen van therapieontrouw.

Oorzaken

Therapietrouw heeft een groot aantal oorzaken die heel divers zijn. We noemen een aantal belangrijke. Er bestaat een verband tussen therapietrouw en de aard van het geneesmiddel. Er bestaat ook een verband met het aantal innamemomenten per dag. Een uitgebreide review toonde aan dat bij één innamemoment 72 procent van de patiënten therapietrouw was. Dat daalde tot 51 procent bij vier innamemomenten.[49] Verder bleek de therapietrouw lager te zijn bij aandoeningen zonder symptomen en bij primair preventieve behandelingen zoals bij hypertensie.[50]

Tot slot zijn verschillen gevonden in de gemiddelde therapietrouw tussen patiënten van verschillende huisartsen.[51]

We beschreven hiervoor de niet-intentionele en de intentionele therapieontrouw. Diverse factoren kunnen leiden tot een van deze vormen van therapieontrouw. Afbeelding 13.7 geeft een aantal voorbeelden van deze factoren.

Ernstige gevolgen

De gevolgen van de omvangrijke therapieontrouw zijn groot. In de eerste plaats zal het beoogde effect van het geneesmiddel niet of onvoldoende optreden. Dit heeft negatieve consequenties voor de gezondheid van de patiënt en leidt ook tot extra medische behandelingen, bijvoorbeeld van consulten en ziekenhuisopnamen. Daarnaast zijn er financiële gevolgen. De uitgaven aan het geneesmiddel zijn geheel of gedeeltelijk verspild geld. En ook de extra medische behandelingen zijn onnodige uitgaven. Gezien de omvang ervan kunnen we met zekerheid stellen dat therapieontrouw de grootste verspiller in de farmaceutische zorg is.

Niet-intentionele factoren	Intentionele factoren
Vergeetachtigheid (bijvoorbeeld door complexe doseerschema's, polyfarmacie)	Patiënt ervaart behandeling als niet-noodzakelijk (bijvoorbeeld asymptomatische aandoening)
Beperkt vermogen om de behandeling te begrijpen	Negatieve attitude ten aanzien van specifiek voorgeschreven geneesmiddel
Onherkenbaarheid geneesmiddel (wijziging geneesmiddel, wijziging verpakking)	Zorgen om geneesmiddel (bijwerkingen, afhankelijkheid, verslaving)
Kosten behandeling (bijbetaling)	Gebrek aan vertrouwen in behandeling
Analfabetisme	Kennisgebrek
Slechtziendheid	Aandoening wordt als stigmatiserend gezien

Afbeelding 13.7. Niet-intentionele en intentionele factoren voor therapieontrouw
Bron: H.A.W. van Onzenoort, 'Therapietrouw', *Geneesmiddelenbulletin*, 2012;46, p. 49-55.

HOE VERBETEREN WE THERAPIETROUW?

In de loop der jaren is een groot aantal interventies ontwikkeld om de therapietrouw te verbeteren. Van Dulmen en collega's publiceerden in 2007 een uitgebreide review van de onderzoeksliteratuur over therapietrouw. Zij hanteerden daarbij een indeling in vier typen interventies:[52]

1. *Technische interventies* zijn doorgaans gericht op het vereenvoudigen van het doseerschema van de geneesmiddelen. Dit kan door het verminderen van het aantal innamemomenten per dag door het gebruik van langer werkende preparaten. Het kan ook door het verminderen van het aantal geneesmiddelen door het gebruik van combinatiepreparaten. Een andere geschikte oplossing kan het gebruik van een doseerdoos of een medicatierol zijn. Een medicatierol bevat zakjes met voor ieder innamemoment van de dag één zakje met geneesmiddelen.
2. De meest gebruikelijke *gedragsinterventies* zijn het voorzien van patiënten van geheugensteuntjes en reminders. Dat kan gebeuren per e-mail, per telefoon, per sms, via een website of tijdens huisbezoeken. Andere gedragsinterventies zijn het monitoren van het gebruik via kalenders of agenda's en het geven van feedback, ondersteuning en beloningen.
3. *Educatie* is gericht op het vergroten van kennis en vaardigheden. Dit kan mondeling of schriftelijk gebeuren en op diverse manieren, zoals persoonlijk contact, telefoon, e-mail en huisbezoeken. Van Dulmen en collega's wijzen erop dat het effect van educatie op termijn afneemt. Het positieve effect van educatie hangt waarschijnlijk niet samen met grotere kennis, maar met de gegeven instructies over het passende gebruik van het geneesmiddel en over zelfmanagementactiviteiten.
4. De laatste interventie is de *complexe* of *meervoudige interventie*. Hierbij vindt een combinatie plaats van verschillende enkelvoudige interventies.

Van ieder type interventie is een ruim aantal onderzoeken gepubliceerd met positieve effecten op de therapietrouw. Wel is het effect regelmatig niet zo groot en van beperkte duur. Daarnaast zijn er ook regelmatig onderzoeken waarin geen effect kan worden aangetoond. Het is voor de praktijk een nadeel dat de effectieve complexe interventies vaak nogal arbeidsintensief zijn. De meeste interventies richten zich op een verlaging van de onopzettelijke therapieontrouw.

Communicatie maakt het verschil

Andere auteurs benadrukken de betekenis van de communicatie en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt voor de mate van therapietrouw. Met name bij educatie gaat het niet alleen om het vertrouwen in de boodschap, maar ook om het vertrouwen in de boodschapper. Onderzoekers Haskard Zolnierek en DiMatteo onderzochten de relatie tussen de communicatie en therapietrouw bij het nakomen van behandelafspraken zoals onder andere geneesmiddelgebruik.[53] Zij constateerden op basis van een literatuurstudie over de periode 1949-2008 dat het risico op therapieontrouw 19 procent groter is bij patiënten van een arts die slecht communiceert ten opzichte van patiënten van een arts met goede communicatieve vaardigheden.

De volgende onderzoekgegevens zijn hiermee in lijn. Van Dulmen en Van Dijk vonden aanzienlijke verschillen in de gemiddelde therapietrouw tussen patiënten van verschillende huisartsen. Op basis van antwoorden van patiënten varieerde de gemiddelde therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva tussen 65 en 83 procent en bij het gebruik van cholesterolverlagers tussen 73 en 98 procent. Vervloet en collega's vonden met behulp van apotheekbestanden soortgelijke verschillen in de gemiddelde therapietrouw ook bij apotheken.[54] Blijkbaar lukt het de ene zorgverlener beter om patiënten van het belang van therapietrouw te overtuigen dan de andere.

De WGO benadrukt in een lijvig rapport over het geneesmiddelengebruik in ontwikkelingslanden eveneens de relatie tussen goede communicatie en therapietrouw.[55] Hetzelfde is het geval in een Engels NICE-rapport dat uitgebreid ingaat op de mogelijkheden om via shared decision-making de therapietrouw te verhogen.[56]

ENKELE VOORBEELDEN

Een mooi voorbeeld in Nederland is 'Mijn medicijncoach', een digitaal zorgprogramma met aandacht voor de individuele patiënt en diens ervaringen, dat in gebruik is bij een aantal apotheken. Het is een interactief programma waarmee apotheken online patiënten kunnen begeleiden bij hun geneesmiddelengebruik en stimuleren tot therapietrouw. Herings en Straatman toonden in 2011 aan dat Mijn medicijncoach inderdaad de therapietrouw verhoogt.[57]

Interessant is de introductie van de New Medicine Service (NMS) in Engeland in oktober 2011. De apotheker voert hierbij twee gesprekken met nieuwe gebruikers van geneesmiddelen voor vijf chronische aandoeningen.[58] De introductie van NMS is gebaseerd op de positieve resultaten van een onderzoek van Clifford en collega's. Zij vonden een vermindering van de therapieontrouw door een telefoongesprek van een apotheker met de patient twee weken na de start van het geneesmiddelgebruik.[59] In augustus 2014 verscheen een uitgebreid evaluatierapport over NMS. De conclusies van het evaluatieonderzoek zijn dat NMS de therapietrouw met circa 10 procent verhoogde en kosten bespaarde.[60] Besluitvorming over de voortzetting van NMS vindt op een later moment plaats. Gezien de positieve evaluatieresultaten lijkt deze zorgprestatie ook een geschikte optie voor Nederland.

KRITISCHE BESCHOUWING

De afgelopen decennia is in ruime mate onderzoek uitgevoerd naar de therapietrouw bij het gebruik van geneesmiddelen. Dit heeft een veel beter inzicht verschaft in de omvang, de oorzaken en de beste methoden om de therapietrouw te verbeteren. Niettemin zijn de onderzoekers de afgelopen jaren steeds kritischer geworden over het gebrek aan verbetering van de bereikte resultaten. Van Dulmen en collega's wezen hier nadrukkelijk op in de al genoemde review uit 2007. Zij constateerden tevens dat slechts 23 van de 38 door hen bestudeerde reviews positieve effecten aantonen van de uitgevoerde interventies.[52]

Ook Haynes en collega's waren kritisch over de resultaten in een uitgebreide review uit 2008. Zij stellen vast dat alle werkzame interventies om de therapietrouw bij chronische ziekten te verbeteren complex zijn. Zelfs de meest effectieve complexe interventies leidden niet tot grote verbetering van de therapietrouw of behandeluitkomsten. Zij vonden daarom dat het onderzoek naar innovaties om patiënten te ondersteunen bij het chronisch gebruik van geneesmiddelen hoge prioriteit moet krijgen.[61]

Het is nu zeven jaar later. Is de toestand inmiddels verbeterd? Volgens ons niet of nauwelijks. Zie bijvoorbeeld de therapietrouwpercentages in de TherapietrouwMonitor op internet: die zijn de afgelopen jaren niet wezenlijk veranderd. De vraag is hoe dat komt.

Uit de onderzoeksliteratuur over therapietrouw blijkt het volgende:

- Een flink aantal interventies is effectief, maar het effect is vaak beperkt of na enige tijd verdwenen.
- De meeste interventies worden op kleine schaal uitgevoerd en gestopt na het onderzoek. Latere uitvoering op grote schaal vindt zelden plaats.
- Effectieve interventies met blijvende resultaten zijn vaak nogal complex en arbeidsintensief en daardoor ongeschikt voor uitvoering in de dagelijkse praktijk.
- Een belangrijk deel van de therapieontrouw heeft te maken met de opvattingen van de patiënt. De aandacht daarvoor en de kennis en vaardigheden om er adequaat mee om te gaan, is bij de meeste zorgverleners maar beperkt aanwezig.

Het bovenstaande betekent dat een adequate aanpak van het verbeteren van therapietrouw individueel, intensief en blijvend moet zijn. Wij hebben niet het idee dat daar nu in het algemeen sprake van is. Zo spraken huisartsen bij het voorschrijven van een bloeddrukverlagend geneesmiddel in ongeveer drie kwart van de gevallen niet over therapietrouw met de patiënt.[51] Ook in de apotheek krijgt het onderwerp wel aandacht, maar niet als een van de belangrijkste issues.

Dat is volgens ons ook begrijpelijk. Het verbeteren van therapietrouw is een ingewikkeld probleem dat tijd en specifieke aandacht vergt en waar niet apart voor betaald wordt. Bij een positief resultaat dalen zelfs de inkomsten van artsen en apothekers: minder consulten en minder voorschriften. Het is dus financieel niet aantrekkelijk er veel aandacht aan te besteden. Er is daarom een nieuwe aanpak nodig, zowel qua werkwijze als qua honorering.

CONCLUSIE

Samenvattend concluderen we dat op het terrein van de therapietrouw nog een aanzienlijke verbetering mogelijk is. Dat zal zowel leiden tot gezondheidswinst als tot kostenbesparingen. De afgelopen jaren is op dit gebied relatief weinig vooruitgang geboekt. Het is tijd om deze impasse te doorbreken. Hiervoor zijn zeker kansen. Die liggen

vooral op het terrein van het meer en op de juiste wijze aandacht besteden door zorgverleners aan dit onderwerp via motiverende gespreksvoering, individueel zorgplan, regelmatig medicatiegesprek en dergelijke. Daarnaast zijn er steeds meer technische mogelijkheden om als zorgverlener de patiënt hierbij van dienst te zijn. Denk bijvoorbeeld aan e-Health en aan de toepassing van specifiek ontwikkelde apps op de mobiele telefoon (m-Health).

Het is duidelijk dat een passende honorering van deze activiteiten noodzakelijk is om die gezondheidswinst en kostenbesparingen daadwerkelijk te realiseren.

13.6 INNOVATIES IN DE FARMACEUTISCHE ZORG

In deze paragraaf bespreken we de gewenste innovaties. We gaan daarbij uit van de breed gedragen visie op de extramurale farmaceutische zorg in de toekomst uit de rapportage van de verkenners (zie paragraaf 13.3).

In dit boek komen per zorgsoort product-, proces- en systeeminnovaties aan de orde. De productinnovaties in de farmaceutische zorg betreffen vooral de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Dit is een complex en uitgebreid onderwerp, waarop de Nederlandse invloed slechts gering is. We gaan er in dit boek niet nader op in.

PROCESINNOVATIES

In de paragrafen 13.4 en 13.5 kwamen diverse procesinnovaties aan de orde, zoals medicatiebeoordeling, medicatieoverdracht, controle op laboratoriumwaarden en bevorderen van therapietrouw. Naar voren kwam dat deze activiteiten aanzienlijke gezondheidswinst kunnen opleveren, de kwaliteit van de farmaceutische zorg kunnen verhogen en vaak ook besparingen opleveren. Een snelle uitbreiding en verdere verbetering van deze activiteiten zijn daarom gewenst. Hiervoor is een ruimere contractering van de bijbehorende prestaties nodig dan de afgelopen jaren het geval was.

SYSTEEMINNOVATIES

Voor het uitvoeren van de genoemde procesinnovaties zijn verschillende systeeminnovaties noodzakelijk. Deze betreffen: het dossierhouderschap, de beschikbaarheid van medische gegevens en een passend honoreringssysteem. Daarnaast is een systeeminnovatie nodig voor het prijsbeleid van geneesmiddelen. Het honoreringssysteem komt aan de orde in paragraaf 13.7. De overige systeeminnovaties bespreken we hieronder.

Dossierhouderschap en beschikbaarheid medische gegevens

De uitvoering van belangrijke activiteiten zoals de medicatiebeoordeling en de medicatieoverdracht is alleen mogelijk als de betrokken apotheker de beschikking heeft over alle medicatiegegevens en over de relevante medische gegevens van de patiënt (diagnostische gegevens en laboratoriumuitslagen). Daarnaast is een goede samenwerkingsrelatie met de huisarts en andere betrokken zorgverleners noodzakelijk. Zie ook paragraaf 7.4 over samenwerking in de eerste lijn.

Het voorgaande is in de praktijk alleen te realiseren als slechts één apotheker dossierhouder is voor de patiënt. Alleen deze apotheker is in staat om met behulp van alle relevante gegevens de interventies op een verantwoorde wijze uit te voeren en daarover met de arts en de patiënt te overleggen.

Daarnaast zijn goed met elkaar communicerende automatiseringssystemen vereist, zodat alle geneesmiddelengegevens en de relevante medische gegevens online in het

dossier staan en door de dossierhoudende apotheker zijn in te zien. Dit is op dit moment nog maar op een beperkt aantal plaatsen mogelijk. De vorderingen op dit terrein gaan al jaren bijzonder langzaam. Het is noodzakelijk om dit proces op korte termijn aanzienlijk te versnellen.

Prijsbeleid geneesmiddelen
De Nederlandse overheid voert al jaren een actief prijsbeleid voor geneesmiddelen. Dit beleid heeft duidelijk zijn vruchten afgeworpen (zie paragraaf 13.3). Naar verwachting zullen de komende jaren weer veel nieuwe dure geneesmiddelen, vooral oncolytica, in de handel komen. De kostenstijging door deze geneesmiddelen is veel groter dan de toegestane kostenstijging in de zorg.

KWF Kankerbestrijding publiceerde in juni 2014 een rapport over de toegankelijkheid van dure kankergeneesmiddelen.[62] KWF Kankerbestrijding is bezorgd over de toegankelijkheid van deze geneesmiddelen in de toekomst en stelt daarom voor dat Nederland een grens bepaalt voor de kosten van een behandeling gerelateerd aan gezondheidswinst. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg heeft dit al in 2006 voorgesteld, maar het was toen politiek onhaalbaar.[63] Verschillende landen zoals Engeland en Noorwegen werken al langer met een dergelijke grens voor de vergoedingen. Gezien de ernst en omvang van het gesignaleerde probleem lijkt het ons zinvol om de discussie hierover nogmaals te voeren. Hierbij kunnen ook alternatieve voorstellen aan de orde komen.

Gezien de verwachte grote toevloed van dure geneesmiddelen is het wenselijk om aanvullend prijsbeleid te ontwikkelen. Dit zou kunnen door aanpassing van de bestaande instrumenten, zoals het GVS en de WGP of door geschikte nieuwe instrumenten te ontwikkelen. Diverse landen, zoals Engeland, Noorwegen en Nieuw-Zeeland, bieden hiervoor interessante voorbeelden.

13.7 CAPPUCCINOMODEL VOOR FARMACEUTISCHE ZORG

Hoofdstuk 1 van dit boek bevat een pleidooi voor beleidsvolle bekostiging van de zorg. In dat hoofdstuk staan alle theoretische voor- en nadelen van deze en andere vormen van bekostiging kort beschreven. Het bepleite beleidsvolle model is het cappuccinomodel. Hierbij ontvangen zorgprofessionals een vast bedrag (via een abonnementstarief) van 80 à 85 procent van de te behalen vergoeding. Circa 10 à 15 procent ontvangen zij op basis van de omvang van de verleende prestaties (via betaling per verrichting) en nog eens enkele procenten op basis van een innovatieve agenda. Beleidsvolle bekostiging bestaat dus uit drie lagen.

Hieronder presenteren wij het cappuccinomodel voor de farmaceutische zorg. Het model moet de gewenste farmaceutische zorg stimuleren en apothekers prikkelen om samen met andere zorgverleners medicatiebeoordelingen en andere waardevolle interventies uit te gaan voeren.

Het cappuccinomodel gaat uit van een abonnementssysteem omdat daardoor de kwaliteitsprikkel toeneemt en de volumeprikkel afneemt. Om dezelfde redenen lijkt het ons ook voor de farmaceutische zorg het meest geschikt. Daarnaast stellen wij de inschrijving op naam voor van alle verzekerden. Die past uitstekend bij het door ons aanbevolen dossierhouderschap. De invoering van de inschrijving op naam zal praktisch weinig bezwaren opleveren omdat de meeste Nederlanders steeds naar dezelfde apotheek gaan. Zo bleek in een groot onderzoek dat bij de gebruikers van cholesterolverlagende middelen 91,2 procent volledig apotheektrouw was.[64] We wijzen erop dat de

farmaceutische zorg voor ziekenfondsverzekerden tot 1 januari 1988 de inschrijving op naam inclusief een abonnementssysteem kende. Er is dus weinig nieuws onder de zon. De vergoeding van de geneesmiddelen blijft in het voorstel buiten beschouwing. De geneesmiddelen worden op basis van de reële kosten vergoed.

De concrete uitwerking van het model is als volgt:

– Het eerste segment bevat de basistaken van de apotheker, dat wil zeggen alle activiteiten rondom de terhandstelling van het geneesmiddel (prestaties 1 en 2 in afbeelding 13.5). Hiervoor geldt een abonnementstarief per ingeschreven verzekerde aangevuld met een relatief kleine vergoeding voor iedere terhandstelling.
– Het tweede segment richt zich op de financiering van de overige, niet-verstrekkingsgerichte prestaties van de apotheker. Dit zijn de instructie van een hulpmiddel, de medicatiebeoordeling en de medicatieoverdracht (prestaties 3 tot en met 7 in afbeelding 13.5) en de activiteiten bij de multidisciplinaire zorgprogramma's voor chronische patiënten. Er vindt betaling per verrichting plaats.
– Het derde segment is gericht op de financiering van innovatie. Het betreft de uitvoering van de vrije prestatie (prestatie 13 in afbeelding 13.5) of van andere bijzondere kwaliteitsgerichte activiteiten. Er vindt betaling per innovatie plaats.

Naar ons idee is dit model beter dan het huidige model geschikt om de kwaliteit en innovatie in de farmaceutische zorg te verbeteren. De volumeprikkel van het huidige systeem is door het abonnementssysteem sterk verminderd. Dat zal de inzet van apothekers om een optimaal geneesmiddelengebruik te realiseren bevorderen. Het voorstel past daarom goed bij de uitvoering van de kwaliteitsagenda voor de komende jaren. Het voorstel sluit bovendien goed aan op de recent voorgestelde honoreringsmodellen voor de huisartsen en wijkverpleegkundigen.[65 66] Evenals het cappuccinomodel zijn deze modellen opgebouwd uit drie segmenten. Belangrijke aandachtspunten voor de komende tijd zijn het opnemen van de farmaceutische zorg in de ketenzorg en het oplossen van de aanzienlijke praktische problemen die het preferentiebeleid veroorzaakt.

Over de verdelingspercentages die bij het cappuccinomodel voor de farmaceutische zorg horen, doen wij hier geen uitspraken. Uitgebreide simulatieberekeningen zijn nodig voordat gefundeerde uitspraken hierover mogelijk zijn.

13.8 DE BEVINDINGEN OP EEN RIJ EN DE TRIPLE-AIMDOELEN

Paragraaf 13.1 over het geneesmiddelengebruik levert de volgende bevindingen op:

1. De meeste Nederlanders gebruiken geneesmiddelen op voorschrift van een arts.
2. In een periode van 14 dagen gebruikte 36,8 procent van de Nederlanders voorgeschreven geneesmiddelen en 32,5 procent niet-voorgeschreven geneesmiddelen (2012).
3. 40 procent van de gebruikte geneesmiddelen was bedoeld ter preventie of behandeling van hart- en vaatziekten (2012).
4. Een op de veertien vrouwen (7,3 procent) gebruikte antidepressiva. Dat was aanmerkelijk meer dan bij mannen (3,9 procent) (2011).
5. Bijna 45 procent van de 65-plussers gebruikte vijf of meer geneesmiddelen en is daarmee polyfarmaciepatiënt. Bijna twintig procent van de 75-plussers gebruikte tien of meer geneesmiddelen (2007).
6. Het geneesmiddelengebruik in Nederland is lager dan in een aantal buurlanden.

Paragraaf 13.2 gaat over de kostenontwikkeling van de farmaceutische zorg. De belangrijkste punten zijn de volgende:

7. De kosten voor geneesmiddelengebruik per inwoner zijn in Nederland lager dan in de meeste andere West-Europese landen.
8. Veel generieke geneesmiddelen werden aanzienlijk goedkoper en het aantal dure geneesmiddelen nam toe.
9. Het percentage voorschriften met generieke geneesmiddelen in Nederland is relatief hoog. Het bedroeg 66,7 procent in 2012.
10. Het aantal apotheken groeit sinds 2012 niet meer.
11. Het aantal apotheekmedewerkers is de afgelopen jaren aanzienlijk achtergebleven bij de groei van het geneesmiddelengebruik.

Paragraaf 13.3 behandelt het beleid in de farmaceutische zorg.

12. De overheid regelt de toelating tot het pakket en ontwikkelde daarvoor recent twee nieuwe instrumenten: voorwaardelijke toelating en prijsarrangementen.
13. De overheid voert al decennia een actief en succesvol prijsbeleid voor geneesmiddelen.
14. Voor apothekers is de afgelopen jaren een lijst met te declareren prestaties ingevoerd.
15. De dure geneesmiddelen gaan sinds 2012 stapsgewijs over naar het ziekenhuisbudget. Er zal een brede evaluatie van de uitvoering plaatsvinden.
16. Zorgverzekeraars voeren sinds 2008 het individuele preferentiebeleid uit. Het heeft veel geld opgeleverd, maar veroorzaakt in de praktijk aanzienlijke problemen.
17. De apothekers ontwikkelden de afgelopen jaren zorginhoudelijk kwaliteitsbeleid en willen dat voortzetten.
18. vws en alle veldpartijen werken op dit moment mee aan de uitvoering van een omvangrijke kwaliteitsagenda voor de toekomst van de farmaceutische zorg.

Paragraaf 13.4 gaat over het reduceren van medicatiefouten en bevat de volgende resultaten:

19. Bij 5,6 procent van alle acute opnamen in ziekenhuizen in Nederland lag de oorzaak bij medicatiefouten. Van deze opnames was 46 procent potentieel vermijdbaar. Dit betekende 19.000 vermijdbare opnames per jaar, waarvan de kosten 85 miljoen euro per jaar bedroegen (2005/2006).
20. 60 procent van de voorschriften uitgeschreven in Nederlandse ziekenhuizen bevatte een of meer medicatiefouten. 1,4 procent van de voorschriften leidde tot schade bij de patiënt (2005).
21. Ziekenhuisapothekers en hun assistenten ontdekten 59 procent van de voorschrijffouten bij testpatiënten, terwijl zij 57 procent van de voorschrijffouten correct afhandelden (2009/2010).
22. Bij 72,5 procent van de ontslagen Nederlandse ziekenhuispatiënten bestaat een verschil tussen de gebruikte geneesmiddelen en het door de specialist gewenste geneesmiddelengebruik (2007).
23. Het gebruik van de kwaliteitscirkel van Deming is waardevol in een kwaliteitsmanagementsysteem.
24. Medicatiebewaking, closed loop medication, medicatieoverdracht, medicatiebeoordeling, herhaalservice en een grotere zorgcontinuïteit verlagen de kans op medicatiefouten.

In paragraaf 13.5 komt het bevorderen van therapietrouw aan bod. De voornaamste bevindingen zijn:

25. Er bestaat een belangrijk onderscheid tussen opzettelijke en onopzettelijke therapieontrouw.
26. De therapieontrouw in Nederland bedroeg naar schatting 30-40 procent (2004). De therapieontrouw varieert per ziekte en is ook afhankelijk van de meetmethode.
27. De therapieontrouw neemt toe bij meer geneesmiddelen en meer innamemomenten per dag. Daarnaast heeft therapieontrouw een groot aantal andere oorzaken die heel divers zijn.
28. Er bestaan vier soorten interventies die therapietrouw verhogen: a. technische interventies, b. gedragsinterventies, c. educatie, en d. complexe interventies. Een goede communicatie tussen zorgverlener en patiënt verhoogt eveneens de therapietrouw.
29. Apothekers in Engeland startten in 2011 met de New Medicine Service (NMS) voor het verbeteren van de therapietrouw. De NMS verhoogt de therapietrouw met circa 10 procent en bespaart kosten. Deze zorgprestatie lijkt ook een geschikte optie voor Nederland.
30. De afgelopen jaren is de therapietrouw niet wezenlijk verbeterd. Het is wenselijk deze impasse te doorbreken met een geschikte werkwijze en honorering.

Paragrafen 13.6 en 13.7 bespreken innovaties.

31. Procesinnovaties zoals medicatiebeoordeling en medicatieoverdracht kunnen gezondheidswinst, verhoging van de kwaliteit van de zorg en besparingen opleveren. Een snelle uitbreiding van deze activiteiten is gewenst.
32. Het dossierhouderschap is essentieel voor de kwaliteit en continuïteit van de farmaceutische zorg.
33. Voor kwalitatieve goede farmaceutische zorg dienen alle geneesmiddelgegevens en relevante medische gegevens van de patiënt beschikbaar te zijn.
34. Het is wenselijk om aanvullend prijsbeleid te ontwikkelen voor de dure geneesmiddelen.
35. Het cappuccinomodel voor de farmaceutische zorg biedt duidelijke voordelen boven het huidige honoreringsmodel.

TRIPLE-AIMDOELEN ZIJN BEREIKBAAR, MAAR…

Zijn een betere gezondheid en een hogere kwaliteit van farmaceutische zorg mogelijk bij gelijkblijvende kosten tot 2020? Of anders geformuleerd: leiden de voornoemde 35 bevindingen tot het realiseren van de triple-aimdoelen?

Uit ons onderzoek blijkt dat op een aantal terreinen van de farmaceutische zorg nog gezondheidswinst valt te behalen. Duidelijke voorbeelden daarvan zijn het verminderen van de medicatiefouten en het verhogen van de therapietrouw. Het bereiken van dit doel vereist meer tijd voor medicatiebegeleiding en samenwerking, en voor het op ruime schaal uitvoeren van de nieuwe farmaceutische prestaties zoals de medicatiebeoordelingen en medicatieoverdracht. Essentieel hierbij zijn de beschikbaarheid van alle geneesmiddelgegevens en relevante medische gegevens van de patiënt en een goede communicatie met de automatiseringssystemen van de andere zorgverleners. Het invoeren van het dossierhouderschap en een honoreringssysteem volgens het cappuccinomodel zullen de kansen om dit te realiseren bevorderen.

De hierboven beschreven werkwijze leidt niet alleen tot gezondheidswinst en betere

zorg, maar ook tot kostenbesparingen zoals vermindering van de geneesmiddelenkosten en minder ziekenhuisopnamen. Op basis van deze bevindingen lijkt het mogelijk om de gezondheid en de farmaceutische zorg te verbeteren bij gelijkblijvende kosten. We zouden de onderzoeksvraag dus met ja kunnen beantwoorden.

Toch houden wij een slag om de arm wat betreft de gelijkblijvende kosten. Op twee punten is er onzekerheid over de verdere kostenontwikkeling. In de eerste plaats zien we al jaren een aanzienlijke stijging van het gebruik van nieuwe, bijzonder dure geneesmiddelen. Het gaat hier om geneesmiddelen die meer dan duizend tot zelfs enkele honderdduizenden euro's per patiënt (per behandeling of per jaar) kosten. Dit leidt ieder jaar tot een sterke toename van de geneesmiddelenkosten. En bij het huidige beleid zal die ontwikkeling de komende jaren niet fundamenteel veranderen.

In de tweede plaats neemt het gebruik van geneesmiddelen per inwoner jaarlijks toe. Dit komt deels door de vergrijzing. Het gevolg hiervan zijn extra kosten voor de verleende farmaceutische zorg en voor de afgeleverde geneesmiddelen. De extra geneesmiddelenkosten zijn hier lager dan bij de dure geneesmiddelen omdat het grotendeels langer bestaande, goedkope geneesmiddelen betreft.

Het blijft daarom onzeker of het lukt om de kosten gelijk te houden. De afgelopen jaren was overigens sprake van een besparing op de geneesmiddelenkosten van honderden miljoenen euro's. Dat kwam vooral door het aflopen van de octrooien van een aantal veel gebruikte geneesmiddelen in combinatie met de toepassing van het preferentiebeleid. Ook de komende jaren zullen weer octrooien van een aantal geneesmiddelen aflopen, hetgeen zal leiden tot flinke kostenbesparingen. Die zullen echter niet toereikend zijn om de optredende kostenstijgingen te compenseren.

Een actief prijsbeleid voor geneesmiddelen blijft noodzakelijk. Het is wenselijk om voor het prijsbeleid van de nieuwe dure geneesmiddelen aanvullende instrumenten te ontwikkelen. Het doel moet zijn de kostenstijging beperkt te houden.

Ondanks enige onzekerheid over de kostenontwikkeling is uit ons onderzoek voldoende duidelijk geworden dat er in de farmaceutische zorg aantrekkelijke en omvangrijke resultaten behaald kunnen worden. Die betreffen alle triple-aimdoelen, dus zowel gezondheidswinst, zorgverbetering als kostenbesparingen.

Er is daarom alle reden om hiermee aan de slag te gaan. De breed gedragen kwaliteitsagenda vanuit het Bestuurlijk Overleg Farmacie biedt hiervoor een uitstekend kader. Daarnaast zijn de invoering van het dossierhouderschap en een beter faciliterend honoreringssysteem zeer gewenst.

Pilots en goede vervolgonderzoeken zullen de weg moeten wijzen naar de verdere aanpak van de zorgverlening. Hierbij zijn ook de negen proeftuinen voor populatiemanagement die in 2013 zijn gestart bruikbaar. Deze proeftuinen gaan de komende jaren experimenteren met nieuwe vormen van geïntegreerde zorg en bekostiging, waarin de farmaceutische zorg participeert.[67]

Een ander belangrijk aspect is de implementatie van de verschillende nieuwe activiteiten in de komende jaren. De ervaringen in de zorg leren dat succesvolle werkwijzen elders vaak niet opgepakt worden of tijdens de implementatie vastlopen. Het is daarom belangrijk om steeds voldoende aandacht aan de implementatie te besteden. Het totale vernieuwingsproces in de farmaceutische zorg zal nog wel een aantal jaren in beslag nemen. Positief is dat het hele veld en ook de minister van vws de gekozen aanpak ondersteunen.

Wij bedanken Rian Lelie-van der Zande, apotheker en manager Geneesmiddel Informatie Centrum KNMP *voor haar feedback op een eerdere versie van dit hoofdstuk.*

Erik Gerritsen (1947) is apotheker en master of public health. Hij werkt als zelfstandig adviseur farmaceutische zorg, ketenzorg en farmaciebeleid. Zijn focus ligt al sinds zijn studietijd op zorginnovatie en beleidsontwikkeling. Daarover publiceert hij ook regelmatig. In het verleden werkte hij in een stadsapotheek en bij de afdeling sociale farmacie van de Universiteit Utrecht. Gedurende dertien jaar leidde hij de apotheek van het Wijkgezondheidscentrum Lunetten te Utrecht. Hij werkte acht jaar als farmaceutisch adviseur bij Amicon Zorgverzekeraar (nu: Menzis) en daarna negen jaar als adviseur farmaciebeleid bij het College voor zorgverzekeringen (nu: Zorginstituut Nederland).
E-mail: info@gerritsenfarmaciebeleid.nl

14
NIETS IS ZO PLANBAAR ALS SPOEDZORG

Dit hoofdstuk begint met een statistische beschrijving van de spoedzorg (paragraaf 14.1). Paragraaf 14.2 biedt vervolgens een korte beschrijving van de beleidsgeschiedenis voor spoedzorg. Vervolgens volgt het verslag van een literatuurstudie naar preventie van spoedzorg (paragraaf 14.3). Daarna passeren in paragraaf 14.4 procesinnovaties de revue: vooral nieuwe taakverdelingen, zorgpaden en indelingen van het zorgaanbod komen aan bod. Het hoofdstuk gaat verder met systeeminnovaties (paragraaf 14.5) waaronder 'minder traumaregio's maar wel met vliegende ambulances'. Een pleidooi voor het cappuccinomodel staat in paragraaf 14.6. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit de voorafgaande paragrafen en met het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag voor dit deel van de gezondheidszorg: is het mogelijk de volksgezondheid in de komende jaren te verbeteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen, terwijl de kosten van de spoedzorg gelijkblijven (paragraaf 14.7)? Dit hoofdstuk bouwt voort op theorieën in een boek dat veertien auteurs (ik was een van hen) uitbrachten in 2008.[1]

14.1 DE SPOEDZORG IN MAAT EN GETAL: VELE VERSCHILLENDE ONTWIKKELINGEN

In het belastingjaar 2009/2010 vond 40 procent van alle Engelse ziekenhuisopnamen met spoed plaats.[2] Deze opnamen betroffen 65 procent van alle verpleegdagen.[3] De Nederlandse percentages voor 2011 zijn 53 respectievelijk 48 procent.[4] De SEH-bezoeken in dat jaar (en het vervolgtraject) correspondeerden met 39 procent van de opbrengsten van alle DBC's. Gelet op deze percentages is de spoedpatiënt een belangrijke klant van de medisch specialist en het ziekenhuis. Op de spoedeisende-hulpafdeling (SEH) start een groot deel van de inkomstenverwerving van beide zorgaanbieders. Wie aan de SEH innovatief sleutelt door integratie met huisartsenposten te realiseren, SEH-artsen te introduceren of SEH-taken (zoals opvang van acute patiënten met een vermoeden van CVA) naar elders over te brengen, ontmoet grote weerstanden uit vele hoeken van de ziekenhuisorganisatie. Dat is anders wanneer een innovatie meer instroom van spoedpatiënten genereert. Dat gebeurt bijvoorbeeld door vestiging van een huisartsenpost op het ziekenhuisterrein.

In dit boek versta ik onder spoedzorg de zorg van huisartsenposten, SEH's, de ambulancezorg en de intensive care. Er bestaat een grote tegenstelling tussen wat patiënten als spoed ervaren (spoedgevoel) en wat professionals als spoed benoemen (spoedgeval). De term acute zorg gebruik ik voor dat deel van de spoedzorg die gevraagd wordt vanwege levensbedreigende omstandigheden.

In 2012 telde Nederland 124 huisartsenposten.[5] Die werden aangestuurd door 54 rechtspersonen ofwel huisartsendienstenstructuren (HDS'en). De meeste huisartsen-

posten zijn alle avond-, nacht- en weekeinduren geopend. 20 gaan er 's nachts dicht en 8 zijn er alleen in het weekeinde open. In 2012 hadden de huisartsenposten 4 miljoen contacten ofwel 244 per 10.000 inwoners. Dit aantal is lager dan in 2011. De helft (49,6 procent) hiervan betrof in 2012 face-to-facecontacten, 40,7 procent telefonische contacten en 9,7 procent visites. Er is zelden sprake van hoge urgentie. Immers, van alle patienten moest in 2012 slechts 1,3 procent onmiddellijke hulp krijgen.

Onderzoeker Giesen en zijn Nijmeegse collega's publiceerden in 2009 de resultaten van een motievenonderzoek onder 3.079 patiënten van huisartsenposten.[6] De helft van de patiënten zocht contact met de huisartsenpost vanwege ongerustheid en het gevoel met spoed een huisarts nodig te hebben. Ruim een vijfde deel van alle patiënten gaf als motief dat de eigen huisarts overdag niet bereikbaar was en bijna een zesde deel kon niet op dezelfde dag terecht bij de huisarts. In 2014 stelden Giesen en collega's vast dat huisartsen 11 procent van de consulten op de huisartsenpost als overbodig beoordelen.[7]

In 2012 bedroegen de kosten voor alle huisartsenposten 276 miljoen euro. Dat is 16,61 euro per inwoner en 80,64 euro per standaardconsult. Dit is gering ten opzichte van het totaalbedrag van 114 euro per inwoner voor huisartsenzorg in 2010.[8] Er blijken grote verschillen te bestaan tussen huisartsenposten in contacten per 10.000 inwoners en kosten per inwoner. De benchmark van 2012 van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) verklaart deze verschillen niet. Heeft de ene post te maken met minder spoedvragen omdat huisartsen overdag eerder klaarstaan? Is de ene post doelmatiger georganiseerd dan de andere?

SPOEDZORG IS GOED TE PLANNEN

Van 2008 tot 2012 groeide het aantal A1- en A2-ambulanceritten met 4,2 procent per jaar.[9] In 2012 betrof 70,4 procent van alle ritten spoedeisende zorg en 29,6 procent besteld vervoer. Deze laatste ritten blijven in dit hoofdstuk buiten beschouwing. Het percentage inwoners dat in 2012 een spoedrit maakte bedroeg 4,7 procent. Amsterdam scoort het hoogste met 5,6 procent en Twente het laagste met 3,9 procent. De spoedeisende ambulance-inzetten zijn min of meer evenwichtig verdeeld over alle weekdagen. Iets wat ook geldt voor het bezoek aan huisartsenposten en spoedeisende-hulpafdelingen van ziekenhuizen.[10 11] Dit gegeven inspireerde mij tot de titel van dit hoofdstuk: niets is zo planbaar als spoedzorg.

De responstijd van een ambulance-inzet betreft de tijd tussen het aannemen van de telefoon door de centralist van de meldkamer ambulancezorg tot en met de aankomst van de ambulance bij de patiënt. Hoewel in het algemeen wordt aangenomen dat een korte responstijd bijdraagt aan grotere overlevingskansen van patiënten en het beperken van gezondheidsschade, is er strikt genomen geen wetenschappelijke basis voor de genormeerde responstijd van vijftien minuten. De gemiddelde responstijd in Nederland bedraagt 9 minuten en 40 seconden. Er bestaat weinig verschil in de gemiddelden per regio.

Verpleegkundigen van ambulances mogen voorbehouden handelingen uitvoeren indien de medisch manager van de ambulancedienst daartoe een algemeen geldende opdracht (door middel van protocollen) heeft verleend. De voorbehouden handelingen variëren van eenvoudige zoals injecties geven onder de huid tot complexe zoals het stabiliseren van instabiele patiënten. Overeenkomstige constructies om voorbehouden handelingen uit te voeren zijn minder gebruikelijk in bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, thuiszorg, chronische zorg en ziekenhuiszorg. Dagelijks doen in Nederland ambulanceverpleegkundigen gemiddeld veertien reanimaties.

INZET VAN MOBIELE TEAMS EN MOBIELE IC'S DAALT

De rapid responder is een ambulanceverpleegkundige op de motor of in een klein autootje die ter plaatse geheel zelfstandig handelt. Indien noodzakelijk arriveert later een ambulance. Behalve rapid resonders kent de ambulancewereld ook first responders: brandweerlieden, politieagenten en getrainde vrijwilligers (bij hartstilstand) die bij een calamiteit per telefoon of sms oproepbaar zijn vanuit de meldkamer ambulancezorg. In 2012 traden zij 2.449 maal op, ofwel zo'n zevenmaal per dag.

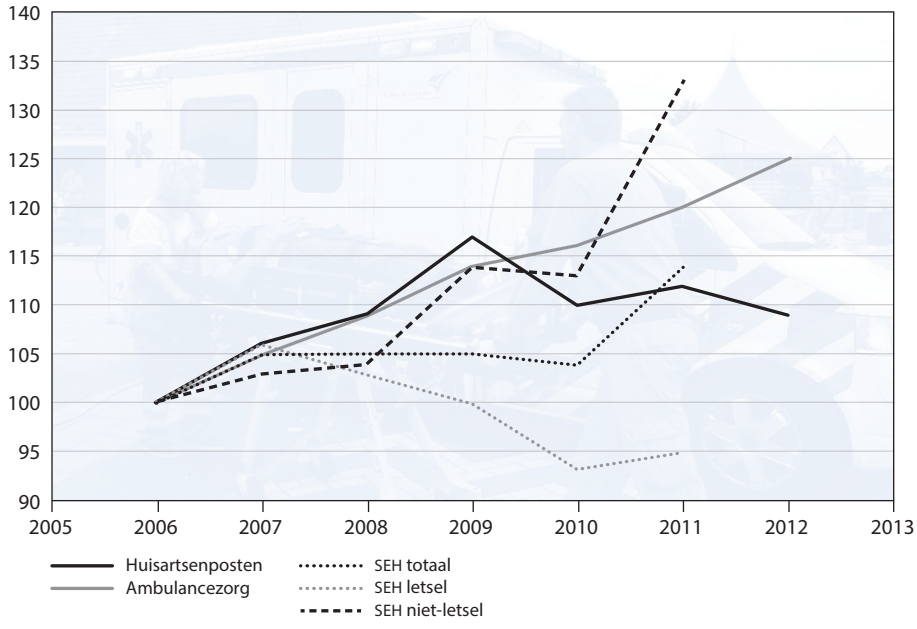
Voor aanvullende medische hulp in bijzondere situaties, zoals zeer ernstig gewonde patiënten, kan de ambulancezorg een beroep doen op een Mobiel Medisch Team (MMT). Dat levert ter plekke specialistische zorg. Een MMT is gekoppeld aan een van de elf traumacentra in Nederland. De inzet kan via ambulanceauto's of via een traumahelikopter plaatsvinden. In 2012 rukten MMT's in Nederland in totaal 5.489 maal uit. Dat is gemiddeld 15 maal per dag ofwel 1 à 2 keer per dag voor elk van de 11 traumacentra in Nederland. 2 op de 3 van deze acties gingen per helikopter. Sinds 2010 daalt het aantal inzetten van MMT's in Nederland. Een aparte organisatie, de GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio[12]), regelt de ambulance-inzet bij een grootschalig incident. Dat gebeurde in 2012 bijvoorbeeld bij een treinongeval in Amsterdam en bij het project X in Haren. Voor deze grootschalige inzet is Nederland verdeeld in 25 regio's, GHOR-regio's, die samenvallen met de regio-indeling van brandweer en politie, maar niet met die van de traumacentra. Dit heeft tot gevolg dat de meeste traumacentra met meer dan 2 GHOR-regio's moeten overleggen en dat soms een GHOR-regio met 2 traumacentra van doen heeft. Dit levert extra bestuurlijke drukte op. Ik merk op dat op het terrein van spoedzorg bij rampen in de afgelopen jaren goede beleidsontwikkeling heeft plaatsgevonden. Alle ziekenhuizen hebben thans een rampenplan waarmee zij oefenen en trainen.

Van de ambulanceritten in 2012 leidde 75,4 procent tot een rit naar een ziekenhuis. De overige waren loze ritten (4,7 procent) of EHGV-ritten (19,9 procent); de laatste hadden alleen eerste hulp ter plaatse en geen vervoer tot gevolg.[13] In paragraaf 14.5 komt dit gegeven opnieuw aan bod. Alleen voor de genoemde 75,4 procent van de ritten verstuurden ambulancediensten een rekening.

In 2012 was voor de ambulancesector 438,5 miljoen euro opgenomen in de rijksbegroting. Dat bedrag komt neer op 26,14 per inwoner en op 398 euro gemiddeld per rit. Er bestaan grote verschillen tussen ambulancediensten in kosten per inwoner en kosten per rit. Dat heeft te maken met de omvang en oppervlakte van een regio, het aantal inwoners, de bevolkingsdichtheid, de mate van verstedelijking, en de aanwezigheid en de aard van de instellingen voor gezondheidszorg in de betreffende regio. Ook de mate van doelmatigheid speelt een rol. Statistisch zorgonderzoek om deze verschillen te verklaren en *best practices* te identificeren, heeft tot nu toe niet plaatsgevonden. Op 1 januari 2014 veranderde de bekostiging van de ambulancezorg. De beschikbaarheid werd een belangrijker betaaltitel en het aantal gereden ritten een minder belangrijke.[14]

DE SPOEDEISENDE HULP VAN ZIEKENHUIZEN: MINDER PATIËNTEN MET LETSEL

In 2011 bezochten 2,1 miljoen patiënten spoedeisende-hulpafdelingen van Nederlandse ziekenhuizen. In 2006 waren dat er 1,8 miljoen. Dit komt neer op een stijging van 17 procent. Deze cijfers komen uit een steekproef van elf ziekenhuizen die sinds 2005 voor VeiligheidNL continu registreren hoeveel patiënten met en zonder letsel hun SEH's be-



Afbeelding 14.1. Verrichtingen van huisartsenposten, ambulancezorg en SEH's (2006-2011/2012 per 1.000 inwoners en waarbij geldt 2006 = 100)
Bron: zie tekst.

zoeken.[15] De hier genoemde cijfers heeft VeiligheidNL speciaal voor dit boek verstrekt. Van de genoemde 2,1 miljoen spoedpatiënten arriveerde 40 procent met letsel op de SEH en 60 procent met klachten zonder letsel. Over de periode 2006-2011 daalde het aantal patiënten met letsel met 0,6 procent per jaar en steeg het aantal zonder letsel met 7 procent per jaar. VeiligheidNL heeft de genoemde stijging van SEH-bezoeken zonder letsel met 7 procent niet naar oorzaken geanalyseerd. Mijn niet empirisch onderbouwde hypothese is dat deze groei samenhangt met de stijging van het aantal chronische zieken en ouderen in de samenleving.

Medio 2014 publiceerden Gaakeer en collega's gegevens over 2012 op basis van een inventarisatie onder alle 93 SEH's in Nederland.[16] Zij telden 2,0 miljoen SEH-bezoeken. Dat is minder dan de genoemde 2,1 miljoen in 2011. Experts berichtten mij dat deze daling zich ook in de jaren na 2012 doorzet. Dat ligt wellicht aan de invoering van een eigen risico (dat wel geldt voor de SEH en niet voor de huisartsenpost) en aan het overnemen van zelfverwijzers door de huisartsenposten. Gaakeer en collega's vermeldden verder dat van de SEH-patiënten gemiddeld 32 procent wordt opgenomen. Het gemiddelde percentage zelfverwijzers op de SEH's bedraagt landelijk 30 procent (spreiding: 3-76).

Als afsluiting van deze paragraaf toont afbeelding 14.1 de ontwikkeling van het spoedzorgaanbod over de periode 2006-2011. De ontwikkelingslijnen lopen niet parallel, hoewel alle zorgaanbieders vergelijkbare doelgroepen hebben. Het ambulancegebruik groeit gestaag.

Dat is niet het geval voor huisartsenposten en SEH-gebruik vanwege andere klachten

dan letsel. Die bereikten een piek in 2009, waarschijnlijk omdat in dat jaar de Mexicaanse griepepidemie heerste. Het SEH-gebruik vanwege letsel schommelt boven en beneden de waarde in 2006. Het gebruik van SEH vanwege niet-letsel stijgt het meeste. Van alle spoedzorgcontacten in 2011 namen de huisartsenposten 59 procent voor hun rekening, de ambulancezorg 11,1 procent en de SEH's 30,1 procent. In totaal kwam dit neer op 419 spoedzorgverrichtingen per 1.000 inwoners per jaar.

14.2 KORTE BELEIDSGESCHIEDENIS VAN DE SPOEDZORG

Het onverwachte van spoedzorg en de hoge kosten die daarmee gepaard gaan, vormen van oudsher reden voor Nederlanders om zich te verzekeren tegen ziektekosten. Het is daarom dapper van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en in haar kielzog andere zorgverzekeraars om in 2012 met een ingrijpende, confronterende nota te komen over de kwaliteit van de spoedzorg.[17] Het is dapper, want bestudering van Engelse beleidsnota's leert dat de overheid aldaar de spoedzorg van haar eigen National Health Service niet durft te moderniseren. Tijdens een bezoek in 2008 aan de ontwerper van het Manchester triagesysteem (zie verderop in deze paragraaf) kreeg ik de reden daarvan te horen: *changing emergency services is political suicide.*

Het ZN-rapport is het voorlopige eindpunt van tien jaar gedachtevorming over de kwaliteit van de spoedzorg. Die begon in 2003 met een nota van VWS.[18] Daarna kwamen de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg[19] en de Inspectie voor de Gezondheidszorg[20] met vele rapporten. De Gezondheidsraad heeft in 2012 diverse rapporten uitstekend samengevat.[21] Ook brachten vele beroepsgroepen en onderzoeksgroepen nota's en studies uit.[22 23] Hierna komt de ZN-nota aan de orde en daarna enkele beleidsstukken die ervoor en erna uitkwamen. Een andere rode draad vormt de opkomst van de huisartsenposten en van SEH-artsen. Die komen later in deze paragraaf aan bod. De paragraaf besluit met een korte beschrijving van enkele beleidsontwikkelingen in Engeland en Denemarken.

Het ZN-rapport gaat in op de spoedzorg aan patiënten met:

1 multitrauma;
2 heupfractuur;
3 een vermoeden van CVA;
4 een vermoeden van een hartinfarct;
5 spoedeisende geboortezorg; en
6 multiorgaanfalen met behoefte aan zorg vanuit een intensive care.

Op basis van uitgebreid literatuuronderzoek (uitgevoerd door adviesbureau KPMG) onderscheidt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bij elk van deze vormen van spoedzorg drie kwaliteitsaspecten: structuur-, proces- en uitkomstkwaliteit. ZN volgt hiermee de indeling van Donebedian (zie afbeelding 1.5 in hoofdstuk 1). Bij elk van de drie kwaliteitsaspecten formuleert ZN kwaliteitsindicatoren. ZN baseert zich hierbij op internationaal wetenschappelijk onderzoek en op indicatoren die al eerder door Nederlandse wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn opgesteld. Afbeelding 14.2 toont als voorbeeld enkele indicatoren voor de zorg aan patiënten met multitrauma.

ZN onderscheidt bodemkwaliteit en optimale kwaliteit. Onderschrijdt het spoedzorgaanbod de eerstgenoemde, dan is de zorg niet meer verantwoord en moet stopzetting daarvan volgen. Bij optimale kwaliteit is dat niet het geval. Als bijvoorbeeld de OK

Indicatoren voor structuurkwaliteit
• Aanwezigheid traumacentrum en 24-uurs beschikbaarheid behandelteam • Aanwezigheid mobiel medisch team bij traumacentrum • CT op de SEH • Operatiekamer en IC naast de SEH gelegen • 240 - 480 multitraumapatiënten per centrum per jaar, waarbij optimum waarschijnlijk dichter bij 480 dan bij 240 ligt
Indicatoren voor proceskwaliteit
• Langer dan 20 minuten ter plaatse behandeld • Laag bewustzijn en geen CT van het hoofd binnen 2 uur • Comapatiënten zonder gezekerde luchtweg • Tijd tot spoedlaparotomie • Ongeplande revisie na initiële chirurgische ingreep
Indicatoren voor uitkomstkwaliteit
• Percentage patiënten dat binnen dertig dagen overlijdt na multitrauma, gecorrigeerd voor relevante casemix variabelen • Complicaties tijdens opname na multitrauma

Afbeelding 14.2. Enkele voorbeelden van indicatoren voor spoedzorg aan patiënten met multitrauma Bron: Zorgverzekeraars Nederland, *Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg*. Onderbouwende bijlage, rapport Zorgverzekeraars Nederland, Zeist, 2013.

en de IC niet vlakbij de SEH liggen, is dat geen reden om spoedzorg te verbieden. Net zoals voor de zorg aan patiënten met multitrauma biedt het 200 pagina's dikke ZN-rapport ook indicatoren voor de zorg aan de andere groepen spoedpatiënten. Bij structuurkwaliteit gaat het om beschikbaarheid en bereikbaarheid en om volumenormen. Bij proceskwaliteit gaat het meestal om diverse precies gedefinieerde doorstroomtijden zoals *door-to-needle time* en soms om niet geplande heringrepen of heropnamen. De uitkomstkwaliteit betreft diverse vormen van sterftekansen, al dan niet binnen 30 of 365 dagen. Voldoen aan deze kwaliteitsindicatoren heeft grote veranderingen tot gevolg. Het aantal traumacentra zou terug gaan van 11 naar 5. Een groot aantal SEH's zou dichtgaan. Verloskunde en IC-afdelingen zouden zich in 1 op de 2 à 3 ziekenhuizen concentreren.

Begin 2014 vormde het ZN-rapport de rugdekking voor zorgverzekeraars die de spoedzorg verantwoorder (dat wil zeggen beter, doelmatiger en transparanter) willen inrichten. Het is onderwerp van vele beschouwingen in de vakpers en op het internet. Wat vind ik zelf van dit rapport? Ik heb het al een dappere poging genoemd die Engeland niet aandurft. Ook positief is de grondige onderbouwing van de gekozen kwaliteitsindicatoren. Vrijwel elke mening of opvatting in het rapport is empirisch onderbouwd. Een derde positief punt vormt de insteek van kwaliteit en niet van kosten. ZN heeft geen nota uitgebracht met bezuinigingsvoorstellen, maar met suggesties voor kwaliteitsverbetering. Toch plaats ik enkele kanttekeningen bij het rapport.

1 De volumenormen krijgen te veel aandacht. Want via telemedicine kan benodigde expertise en ervaring overal en te allen tijde worden ingezet. Paragraaf 14.5 werkt dit telemodel verder uit; het komt niet aan de orde in het ZN-rapport.

2 Bij de totstandkoming van het rapport was geen sprake van draagvlakcreatie bij zorgaanbieders. Inmiddels hebben het Landelijk Netwerk Acute Zorg en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) eigen rapporten laten opstellen met steun van het NIVEL respectievelijk Twijnstra en Gudde.[24 25]
3 De ZN-nota verontachtzaamt het patiëntenperspectief als indicator bij de uitkomstkwaliteit. Deze indicatoren zijn beschikbaar voor zorg aan CVA-patiënten[26], hartpatienten[27], en SEH-patiënten[28] in het algemeen.

Tot zover in het kort de kwaliteitsgeschiedenis van de spoedzorg die voorlopig is afgesloten met het ZN-rapport.

TRAUMACENTRA EN TRAUMAREGIO'S FUNCTIONEREN STEEDS BETER

In 1997 wees de minister van VWS 11 ziekenhuizen aan als traumacentrum: de 8 academische ziekenhuizen, het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg, het Medisch Spectrum Twente en het HagaZiekenhuis te Den Haag. Jaarlijks telt Nederland zo'n 2.500 multitraumapatiënten. Hiervan gaan naar schatting ongeveer 500 patiënten naar een ziekenhuis zonder traumacentrum. De overigen gaan naar 1 van de 11 traumacentra. De traumacentra beschikken 24 uur over een traumateam bestaande uit een traumachirurg, een anesthesist en een verpleegkundige. De centra zijn belangrijk voor de coördinatie van acute-zorgketens in hun regio door middel van behandelrichtlijnen en kwaliteitscriteria. Ook kennen zij een eigen registratie, de traumaregistratie, die de basis vormt van tal van wetenschappelijke artikelen. De traumacentra in Nederland (en elders) bleken een groot succes en verhoogden, vergeleken met ziekenhuizen zonder zo'n centrum, in de loop der jaren de overlevingskans van traumaslachtoffers in Nederland[29 30] en elders in de wereld.[31 32]

Thans zijn de traumacentra klein in vergelijking met centra in Engeland en de Verenigde Staten, zo geeft ZN aan in haar eerdergenoemde rapport over kwaliteit van spoedzorg. Volgens de nieuwe normen zijn vijf en geen elf traumacentra wenselijk om te voorzien in de zorg aan mensen met ernstig monotrauma en met multitrauma. Traumachirurg Leenen en collega's pleiten zelfs al jaren voor slechts één centrum.[33]

HUISARTSENPOSTEN KWAMEN OP SINDS 2001

Eind jaren negentig van de vorige eeuw wankelde de Nederlandse huisartsenzorg. Huisartsen hadden overdag te weinig assistentie. De waarneemdiensten werden te zwaar. Huisartsen stopten jonger met het vak. De praktijkondersteuners boden taakverlichting voor het eerste probleem. Hoe dat gebeurde staat beschreven in hoofdstuk 7. Voor de waarneming buiten kantooruren hadden huisartsen een eigen creatieve oplossing: de huisartsenpost. Rond de eeuwwisseling gingen ervaren huisartsen in hun eigen regio de boer op om deze oplossing te bepleiten. Nog nooit kwam bij mijn weten een zorginnovatie zo snel van de grond en werd deze zo snel verspreid in het gehele land. De implementatie verliep ten eerste zo snel omdat er sprake was van een public-healthprobleem. De huisartsenzorg dreigde om te vallen, binnen en buiten kantooruren. Ten tweede trokken voorlieden uit de beroepsgroep zelf de implementatie en ten derde stonden regering, parlement en zorgverzekeraars klaar om de tot stand gekomen huisartsenposten te financieren. Zoals eerder gezegd waren er in 2012 124 huisartsenposten tot stand gekomen die tezamen 276 miljoen euro kostten.

De huisartsenposten leidden ook tot professionalisering van het spoedzorgaanbod

door huisartsen en kwaliteitsverbetering voor de zorg buiten kantooruren.[34]. Ik wijs op vijf ontwikkelingen:

1 Er kwam een systeem van telefonische triage tot stand om de urgentie te bepalen van de spoedzorgvraag. Daarmee ontstond het beroep van gecertificeerd triagist. De eenvoudige NHG-telefoonklapper groeide uit tot de Nederlandse Triage Standaard (NTS), die aansluit op het Manchester triagesysteem van SEH's en de triagering bij de meldkamers ambulancezorg.[35] Het bleek mogelijk de telefonische triage te doen op een fysiek andere plek dan waar de huisartsenpost zich bevindt. Dit bood de mogelijk om 's nachts twee tot drie triagisten te laten werken voor meer dan een post.
2 De gedachte kwam op dat zelfverwijzers op de SEH voortaan eerst naar de huisartsenpost zouden moeten. Deze regeling kwam vooral daar tot stand waar een post en een SEH op hetzelfde ziekenhuisterrein lagen. Wat nauwelijks lukte, aldus de benchmark van huisartsenposten over 2012, was hergebruik van op de post verzamelde informatie bij doorverwijzing van een patiënt naar de SEH. Er is nauwelijks internetcontact ontstaan tussen huisartsenposten en SEH's.
3 Geïntegreerde spoedposten kwamen tot stand als samenwerkingsverband van huisartsenposten en SEH's. Ze kwamen tot stand in Purmerend, Harderwijk, Nieuwegein en vele andere plaatsen. Maar echte integratie van medische en inhoudelijke verantwoordelijkheden ontstond niet of nauwelijks.[36] De integratie bleef meestal beperkt tot een gemeenschappelijke voordeur en afspraken over zelfverwijzers. Ervaringen uit Eindhoven leren dat het bezoek aan de SEH met 15 procent daalde door het maken van afspraken over zelfverwijzers.[37]
4 Tal van projecten gingen van start om te komen tot een betere taakverdeling en nieuwe beroepen op huisartsenposten. Verpleegkundig specialisten deden hier en daar hun intrede.[38] Een poging om in Roermond te komen tot een gemeenschappelijke 24-uursapotheek (door de politheek en de dienstenapotheek samen te voegen) mislukte vanwege verschil van mening over de bestemming van de aantoonbare besparingen. Her en der kwamen voorzichtig pogingen op gang om samen te werken met crisisdiensten van de geestelijke gezondheidszorg.[39]
5 De professionalisering van de Nederlandse huisartsenposten leidde tot vervreemding bij huisartsen vanwege drie eisen die de Kwaliteitswet zorginstellingen aan de huisartsenposten stelt: a. de directeur c.q. het bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg, b. huisartsen zijn niet meer autonoom, maar moeten zich houden aan gemaakte (inhoudelijke) afspraken, c. huisartsen moeten toetsbaar zijn en binnen een kwaliteitsysteem werken. Deze vereisten veroorzaakten spanningen. Huisartsen wilden in 2001 alleen maar een goede waarneemregeling. Deze wettelijke vereisten lijken de verdere ontwikkeling van de huisartsenposten te stagneren.[40]

SEH-ARTSEN DEDEN HUN INTREDE

Ongeveer gelijktijdig met de huisartsenposten deden spoedeisende-hulpartsen (SEH-artsen) hun intrede op de SEH's. Deze ontwikkeling kwam overgewaaid uit de Angelsaksische landen waar ze al vele jaren goed en gerespecteerd werk doen.[41] In Nederland namen verschillende ziekenhuizen het initiatief.[42] [43] Ook stimuleerden kwaliteitseisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg hun komst. De IGZ hamerde erop dat de SEH's aansturing behoeven van een medisch leider. Verder hekelde zij de cultuur dat meestal alleen pas afgestudeerde artsen bij deze voorname toegangspoort tot medisch

specialistische zorg klaarstonden.[44] Thans kennen vele ziekenhuizen teams van SEH-artsen. Dat de behandeling niet altijd sneller verloopt (maar soms wel[45]) op de SEH dan vroeger komt onder andere omdat SEH-artsen veelal niet zelfstandig een DBC mogen openen vanwege het achterlopen van de DBC-bekostiging (zie paragraaf 16.2). Naast uitvoerende taken hebben SEH-artsen leidinggevende taken binnen SEH's gekregen, bijvoorbeeld over interne zorgpaden en taakverdeling. Ook bereiden zij afspraken voor met andere spoedzorgaanbieders zoals de ambulancezorg en de huisartsenposten. De betere organisatorische vormgeving van SEH's heeft in tal van ziekenhuizen geleid tot acute-opnameafdelingen (AOA's). Deze komen aan de orde in paragraaf 14.5.

BELEIDSONTWIKKELING IN ENGELAND…

Niet alleen in ons land maar ook in Engeland en Denemarken vonden belangwekkende beleidsontwikkelingen plaats. In Engeland verviel de verplichting voor huisartsen om deel te nemen aan de waarneemregeling buiten kantoortijd. Dit leidde tot een grote variatie aan waarneemregelingen. Sommige huisartsen bleven op de oude voet werken. Andere gingen huisartsenposten opzetten zoals in Nederland. Vaak sprongen commerciële ondernemingen in het gat in de markt; deze huurden (jonge) huisartsen in. Die kwamen vaak uit het buitenland en waren onvoldoende de Engelse taal machtig. In Engeland kwamen ook inloopcentra (*walk-in centres*) tot stand op grote stations, in winkelcentra en soms nabij ziekenhuizen.[46] Verpleegkundig specialisten bieden in zo'n centrum zorg op basis van huisartsenstandaarden, maar werken vaak zonder huisarts. De regering Blair ondersteunde in 2000 de totstandkoming van de walk-in centres om daarmee de reputatie van de NHS hoog te houden: de burger kan altijd en overal terecht. De derde grote ontwikkeling in Engeland betreft de totstandkoming van de 'NHS direct'. Dit is een 24-uur per dag bereikbare dienst voor telefonische gezondheidsinformatie. Aan de hand van een geprotocolleerd gesprek geeft een geschoolde telefonist deze informatie, verwijst eventueel door naar een huisarts of alarmeert zelf een ambulance. De hoop van de NHS-leiding was dat de NHS direct het aantal bezoeken aan huisartsen zou verminderen. Dat bleek niet het geval. Wel zijn gebruikers uiterst tevreden.[47] Ietwat sip constateert de NHS-leiding in 2013 dat Engelse burgers in verwarring zijn over de vraag bij welke symptomen zij zich tot wie moeten wenden. Zij kloppen nogal eens aan bij de verkeerde spoedzorgaanbieder.[48]

… EN IN DENEMARKEN

Sinds het begin van deze eeuw doen in Denemarken huisartsen de telefonische triage van huisartsenposten die vergelijkbaar zijn met die in Nederland.[49] Dit leidt tot minder consulten op de post en tot minder visites dan bij Nederlandse huisartsenposten met triagisten, zo bleek tijdens een congres over spoedzorg in Nederland. Waarschijnlijk spelen de Nederlandse triagisten op safe vanwege hun geringere ervaring en expertise dan huisartsen. Verder hebben zij wellicht minder gezag bij de patiënten dan een huisarts.

Sinds 2006 ambiëren de Deense regionale gezondheidsautoriteiten net als de Nederlandse zorgverzekeraars anno 2014 een betere en goedkoper spoedzorgaanbod door functies te concentreren bij enkele grotere ziekenhuizen. Dat lukt goed aldus mijn Deense collega's, die dit helaas niet kunnen onderbouwen met wetenschappelijk onderzoek.

14.3 PREVENTIE VAN SPOEDZORG IS MOGELIJK

Gedurende de afgelopen drie jaren verzamelde ik literatuur over productinnovaties die het gebruik van spoedzorg kunnen voorkomen dan wel terugdringen. Zeven veelbelovende maar nog niet altijd bewezen innovaties (zie afbeelding 14.3) vormen de opbrengst hiervan. Ze komen in deze paragraaf aan de orde.

1. GEWELDSLETSELS IN UITGAANSCENTRA TERUGDRINGEN

In paragraaf 14.1 stond het al: de veiligheid in het verkeer, thuis en op het werk neemt toe, want het aantal ongevallen neemt af. Paragraaf 2.2, die onder meer over preventie van verkeersdoden gaat, legt uit dat dit een proces is dat al vele jaren aan de gang is. Door deze preventie daalt het bezoek aan SEH's ten gevolge van letsel.[50] Deze dalende trend in het aantal SEH-patiënten met letsel inspireerde mij om onderzoek te doen naar meer mogelijkheden om letsel te voorkomen. Dat kan bij geweldsletsels in uitgaanscentra. Van 2000-2007 liep in Cardiff een experiment om geweldsletsels terug te dringen in deze centra binnen en rond deze stad in Wales. Ambulanceverpleegkundigen, SEH-leiding en politie deelden informatie bij geweldsincidenten (met letsel tot gevolg) over 5 aspecten: a. het type geweld, b. de precieze locatie, c. het tijdstip, d. de dag in de week, en e. het gebruikte wapen. Wat niet werd gedeeld waren de persoonsgegevens van daders en slachtoffers. Op basis van deze data patrouilleerden politiewagens frequenter op risicovolle tijdstippen en langs risicovolle locaties. Van die 7 jaren (2000-2007, ofwel 84 maanden) gebeurde 33 maanden niets (pretestperiode als controleperiode) en deelden politie en partners gedurende 51 maanden de informatie over de genoemde 5 aspecten (experimentele periode). De onderzoekers vergeleken de prevalentie van geweldsletsel vóór en na de start van het experiment in een artikel in de *British Medical Journal*.[51] Zij constateerden een daling van het aantal ziekenhuisopnamen in Cardiff van 7 naar 5 per 100.000 inwoners, terwijl in vergelijkbare Engelse steden een stijging plaatsvond van 5 naar 8. Het aantal lichtgewonden steeg van 54 naar 82 per maand in Cardiff (andere steden: van 54 naar 114). Deze hoopvolle resultaten inspireerden de politie en ziekenhuizen in Amsterdam tot een vergelijkbaar experiment. Dat is aldaar inmiddels gestart onder aansporing van Cardiffse collega's. Het wachten is nu op de Amsterdamse resultaten en op vervolgexperimenten elders.

1.	Geweldsletsels in uitgaanscentra terugdringen
2.	Kindermishandeling en huiselijk geweld terugdringen
3.	Juister gebruik van alcohol en geneesmiddelen
4.	Valpreventie bij ouderen door het aanbieden van beweegprogramma's via valpoli's
5.	Eerder reanimeren bij acute hartstilstand
6.	Het identificeren van patiënten met een groter risico op spoedzorg
7.	Het voorkomen van heropnamen door betere zorg tijdens de opname

Afbeelding 14.3. Enkele productinnovaties ter voorkoming van spoedzorg
Bron: zie tekst.

2. KINDERMISHANDELING EN HUISELIJK GEWELD TERUGDRINGEN

Uit onderzoek blijkt dat in 2010 ruim 118.000 kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar in Nederland (ruim 3 procent van het totaal) blootgesteld waren aan een vorm van kindermishandeling.[52] Bij bijna de helft (46 procent) van deze kinderen bestond de mishandeling uit fysieke verwaarlozing (24 procent), fysieke mishandeling (18 procent) en seksueel misbruik (4 procent). Veel van deze mishandelde kinderen komen op huisartsenposten en SEH's. Vooral onder kinderen die vaker terugkomen, kunnen mishandeling of verwaarlozing de achterliggende oorzaak van hun letsel zijn.

Wereldwijd is huiselijk geweld de voornaamste oorzaak van letsel bij vrouwen, zo blijkt uit een grote internationale studie.[53] Een op de zes vrouwen met letsel heeft ooit met huiselijk geweld te maken gehad en één op de vijftig komt naar de SEH vanwege dat geweld. Om het geweld tegen kinderen vroeg te onderkennen en recidive te voorkomen is op de huisartsenposten en SEH's een screeningsinstrument geïntroduceerd, te weten het SPUTOVAMO-protocol.[54] Voor vrouwen met letsel bestaat zo'n instrument nog niet. Helaas gebruiken professionals op SEH's en huisartsenposten het SPUTOVAMO-protocol nog maar weinig.[55] Het signaleren van kindermishandeling en huiselijk geweld op huisartsenposten en SEH's en vaker doorverwijzen naar jeugd- en andere instanties (zie paragrafen 6.3 en 6.5) via bijvoorbeeld de Meldcode Kindermishandeling zou een grote bijdrage kunnen leveren aan preventie van geweld. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft hiervan een speerpunt gemaakt in haar toezicht.

3. TE VEEL GENEESMIDDELEN, ALCOHOL EN VALGERELATEERDE SPOEDZORGVRAGEN

Uit een literatuurstudie over de periode 1966-2001 blijkt dat 28 procent van de Amerikaanse SEH-patiënten een gezondheidsklacht heeft vanwege a. bijwerkingen van geneesmiddelen, b. therapieontrouw van de patiënt, en c. onjuist voorschrijven door artsen.[56] Een gedegen Spaans onderzoek op een SEH van een academisch ziekenhuis levert op dat 37,8 procent van de patiënten daar komt vanwege negatieve bijwerkingen van geneesmiddelen.[57] Een vergelijkbaar, maar lager percentage voor Nederlandse ziekenhuizen levert de HARM-studie uit 2006 op, waarbij deze afkorting staat voor *hospital admissions related to medication*.[58] De frequentie van aan het gebruik van geneesmiddelen gerelateerde ziekenhuisopnames was 2,4 procent van alle ziekenhuisopnames en 5,6 procent van de acute opnames. Patiënten ouder dan 65 jaar hadden een tweemaal zo hoge frequentie van geneesmiddelgerelateerde opnames dan patiënten jonger dan 65 jaar. Van deze opnames werd 46 procent als potentieel vermijdbaar beoordeeld. Te overwegen is daarom dat huisartsenposten en SEH's gaan bijhouden welke gezondheidsklachten geneesmiddelgerelateerd zijn. Zij zouden dan ook gericht moeten terugverwijzen naar de huisarts, specialist of apotheker indien de klacht is ontstaan door bijwerkingen, therapieontrouw of onjuist voorschrijven.

Ook alcoholgebruik is vaak een aanleiding tot behoefte aan spoedzorg. McDonald en collega's schatten in 2004, in een literatuuroverzicht, dat 7,9 procent van de Amerikaanse SEH-bezoekers een gezondheidsklacht heeft in verband met alcoholgebruik.[59] De klacht kan een vergiftiging, een psychiatrisch ziektebeeld of een letsel betreffen. Gentilello en collega's komen in 2005 tot hogere percentages: van 9 procent tot 38 procent voor patiënten met letsel.[60] Zij en ook andere onderzoeksgroepen[61 62] bepleiten a. screening tijdens het SEH-bezoek op de relatie van de gezondheidsklacht met alcohol, en b. het aanbieden van een preventieve interventie van één uur (motiverende ge-

spreksvoering plus gericht doorverwijzen) ter voorkoming van recidive. Zij constateren uit een literatuurstudie dat de groep met zo'n interventie in de 3 jaar na de interventie 47 procent minder SEH-bezoeken aflegt dan de groep zonder interventie. Gentilello en collega's maakten op basis daarvan een kosten-batenanalyse; zij constateerden dat zo'n preventieve interventie 330 euro per patiënt bespaart op gebruikelijke spoedzorg. Ook hier weer een besparend voorbeeld dat om navolging vraagt in Nederland.

4. MINDER LETSELS DANKZIJ BEWEEGPROGRAMMA'S VOOR OUDEREN

Vallen is een belangrijke oorzaak van sterfte en blijvende invaliditeit van zeer oude mensen.[63] Veelal hebben ze dan al een of meer aandoeningen, gebruiken zij allerlei medicatie en is hun motoriek stroever. Het risico op vallen is bij zeer oude mensen groter dan bij jongere mensen. Bovendien zijn de gevolgen van de val groter. Een gebroken heup is daarom sinds jaar en dag een groot geriatrisch probleem. Toch is preventie daarvan ook op hoge leeftijd nog altijd mogelijk. Daarom werken veel ziekenhuizen thans met valpoliklinieken waarheen SEH-artsen patiënten na een val kunnen verwijzen. Op de valpoli checkt een geriater onder meer het risico op osteoporose en de medicatie. Verpleegkundigen checken de zintuigen en fysiotherapeuten bieden looptrainingen. In 2013 verscheen een review over het effect van valpoli's op de valprevalentie. El-Khoury en collega's onderzochten 17 clinical trials met in totaal 4.305 patiënten.[64] De mensen met een training hadden 37 procent minder kans op een val, 61 procent minder fracturen ten gevolge van een val en 30 procent minder medische kosten vanwege een val. In Nederland is het nog steeds geen gewoonte dat mensen die gevallen zijn het advies krijgen zich te melden bij een valpoli. Nog beter zou het zijn indien kwetsbare ouderen trainen om vallen te voorkomen, dus voordat zij vallen en zich op een SEH melden. Beweegtrainingen besparen veel verdriet, veel mobiliteitsbeperkingen en veel kosten van zorg. Ik weet dit niet alleen uit onderzoek. Mijn beide ouders zijn op hoge leeftijd overleden aan de gevolgen van een val.

5. PREVENTIE VAN STERFTE EN INVALIDITEIT DOOR BIJTIJDS TE BEGINNEN MET REANIMEREN

Zowel in 2009 als in 2012 registreerde de Regionale Ambulance Voorziening Utrecht (RAVU) 45 meldingen van hartstilstand buiten het ziekenhuis per 100.000 inwoners.[65] Het aantal is vergelijkbaar met dat voor de Verenigde Staten en Canada waar in 2003 naar schatting 55 hartstilstanden per 100.000 inwoners optraden.[66] De RAVU arriveerde binnen gemiddeld negen minuten bij patiënten met een hartstilstand. Twee op de drie van de te reanimeren patiënten verbleven thuis of in een woonomgeving en niet in de openbare ruimte. Bij 77 procent was de politie of brandweer reeds begonnen te reanimeren. Van de Utrechtse patiënten was slechts 24 procent na drie maanden nog in leven. Hulp van omstanders (geen politie, geen brandweer) kwam weinig voor. De Hartstichting startte daarom samen met anderen de campagne 'Hulp binnen 6 minuten' onder de leuze 'Reanimatie door omstanders verdubbelt de kans op overleving'.

Deze Utrechtse casus past binnen de beschrijving die Vaillancourt en collega's[67] geven van de reanimatiepraktijk in de Verenigde Staten en Canada. Ook daar treedt vaak hartstilstand thuis op of in de woonomgeving. Ook daar is weinig lekenhulp anders dan van politie en brandweer. Deze onderzoekers publiceerden in 2008 een uitgebreide literatuurstudie naar de mogelijkheden om acute hartdood en ernstige lichamelijke uitval te voorkomen. Wat volgens Vaillancourt en collega's geen zin heeft, zijn massale

evenementen waar mensen leren reanimeren. Nederland kent reeds vele goede activiteiten gericht op sneller reanimeren om zo levensjaren te winnen. Ik noem nog even opnieuw de komst van de *first responders* (zie ook paragraaf 14.1): brandweerlieden en politieagenten die kunnen reanimeren. Wat nog ontbreekt, is telefonische advisering en het trainen van familieleden en huisgenoten van hartpatiënten. Hier is wellicht nog gezondheidswinst en doelmatigheidswinst te boeken. Toch komt bij mij de behoefte boven aan comparative health research zoals ook bepleit in paragraaf 10.4 over oncologische zorg. Want de overlevingskans van 24 procent na drie maanden is niet hoog. Moet Nederland niet meer geld stoppen in telemonitoring van patiënten met een verhoogd risico op acute hartstilstand?

6. HET IDENTIFICEREN VAN PATIËNTEN MET EEN GROTER RISICO OP SPOEDZORG IS OMSTREDEN

Engelse onderzoekers trachten al vele jaren een beoordelingsinstrument te maken dat bij ziekenhuisontslag voorspelt of de kans groot is dat de patiënt weer terugkomt voor een spoedopname. Want op basis daarvan zijn dan individuele zorg- en ondersteuningsplannen te maken voor mensen met een hoog risico. Zij ontwikkelden hiervoor computerdatamodellen en ook gewone papieren vragenlijsten. Het PARR-model werd populair, waarbij deze afkorting staat voor *patient at risk for rehospitalisation*.[68] Risicofactoren zijn sociaaleconomische status, diagnose, continuïteit van zorg in de eerste lijn en integratie van eerstelijnszorg en welzijn. Schumacher en collega's voegen daaraan toe dat laaggeletterde patiënten eerder naar een SEH gaan dan naar een huisarts of andere professional in de eerste lijn. Zij pleiten voor een apart programma om laaggeletterden te overtuigen om bij gewone klachten niet naar de SEH te gaan maar naar een huisarts.[69] Roland en collega's en ook Van Walraven c.s. geven aan dat het nauwelijks doenlijk is om op basis van gegevens uit het verleden een risicoprognose te maken voor een toekomstige periode.[70 71 72] Bradley en collega's geven aan dat dit wel is gelukt in één Amerikaans ziekenhuis.[73] Kortom, het lijkt eenvoudig om patiënten met een hoog risico op spoedzorggebruik te identificeren. Maar in de praktijk is dat niet zo. Onderzoek hiernaar in Nederland ontbreekt tot nu toe en is wel wenselijk.

7. EEN OP DE TWEE SPOEDHEROPNAMEN IS TE VERKLAREN UIT SLECHTE ZORG

In een grote meta-analyse in het jaar 2000 komen onderzoekers Benbassat en Taragin tot de conclusie dat slechte zorg 49 procent van (niet-geplande) spoedheropnamen veroorzaakt. Slechte zorg noemen zij zorg die niet volgens richtlijnen is verleend. Alleen bij diabetes en astma is het percentage van 49 procent nog hoger. Op basis hiervan waarschuwen zij om het percentage heropnamen niet zonder meer te gebruiken als kwaliteitsindicator voor verleende zorg tijdens een ziekenhuisopname.[74] Desondanks ging sinds 2000 het percentage spoedheropnamen als kwaliteitsindicator voor ziekenhuiszorg een eigen leven leiden in de Verenigde Staten en Engeland. Sinds begin 2013 hanteert de grote Amerikaanse zorgverzekeraar Medicare DBC's zonder de kosten van een eventuele spoedheropname te dekken. Deze verzekeraar hoopt hiermee het aantal spoedheropnamen bij 20 procent van alle opgenomen ziekenhuispatiënten terug te dringen. De Affordable Care Act heeft deze praktijk geheel overgenomen en introduceerde het Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP).[75] Onderzoekers Joint en collega waarschuwen tegen deze praktijk. Want strafkortingen voor arme ziekenhuizen

met veel heropnamen vergroten de verschillen in de kwaliteit van de ziekenhuiszorg.[76] In Nederland speelt de spoedheropname geen rol in het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen. Het is geen indicator, laat staan dat de financiering erop gebaseerd is. Onderzoek naar spoedheropnamen zou een impuls kunnen geven aan de preventie van deze spoedheropnamen.

14.4 ANDERE TAAKVERDELINGEN EN MEER ZORGPADEN ZIJN INTERESSANTE PROCESINNOVATIES

Afbeelding 14.4 toont zes procesinnovaties die spoedzorg beter, goedkoper of sneller kunnen maken. Ze betreffen alle taakherschikking, substitutie en andere openingstijden van het spoedzorgaanbod. Ze komen hierna aan de orde.

1. MEER ZELFMANAGEMENT VAN PATIËNTEN IN SPOEDSITUATIES

Healthwise Handbook is de titel van een 359 pagina's tellende zorg-voor-je-zelf-gids van Kaiser Permanente (KP).[77] 60 pagina's gaan over 2 vragen: a. Wat kun je zelf doen bij een spoedeisend incident, bijvoorbeeld bij een hondenbeet? b. Bij welke verschijnselen doe je een beroep op professionele spoedzorg? KP-verzekerden hebben deze gids thuis liggen. Ze worden geacht (maar zijn dat niet verplicht) de aanbevolen tips voor zelfmanagement uitgevoerd te hebben voordat zij met spoed bellen naar een zorgcentrale, een SEH bezoeken of een ambulance bellen. Ik heb in de literatuur geen bewijs kunnen vinden of deze vorm van competentieverhoging bij patiënten en hun familie spoedzorg beter, goedkoper of sneller maakt. KP heeft er zelf geen evaluatieonderzoek naar gedaan. Pubmed biedt evenmin uitkomsten. Het is boeiend om te onderzoeken of competentieverhoging op dit terrein leidt tot een betere voorbereiding van het spoedzorgconsult, een betere anamnese door de zorgprofessional, tot eerder bellen naar huisartsenpost of ambulancezorg, en tot het achterwege blijven of uitstel daarvan. Een experiment met verspreiding van een Nederlandse versie van de genoemde zestig pagina's in het *Healthwise Handbook* is goed te organiseren. Een zorgverzekeraar zou een steekproef van de verzekerden zo'n versie kunnen toesturen en een controlegroep niet. Verder zou de zorgverzekeraar dan in een campagne bij verzekerden erop moeten aandringen om de gids te gebruiken in geval van nood. Een vergelijkbaar initiatief met gids, educatieve filmpjes en ondersteuning van regionale massamedia ondernamen gezondheidsautoriteiten in Nieuw-Zeeland, zo vernam ik tijdens een studiereis naar dat land in 2007. Hier

1.	Meer zelfmanagement van patiënten in spoedsituaties
2.	Fast tracks binnen huisartsenposten en SEH's
3.	Afstemming van ambulancezorg en spoedeisende huisartsenzorg door middel van een zorgcentrale
4.	De invoering van acute-opnameafdelingen
5.	Een zorgbeleidsplan dat het takenpakket van de SEH's beschrijft
6.	De indeling van SEH in basis-SEH, profiel-SEH en allesomvattende SEH's

Afbeelding 14.4. Enkele procesinnovaties die spoedzorg beter, goedkoper of sneller kunnen maken
Bron: zie tekst.

daalde het spoedzorggebruik van het ene op het andere jaar met 10 procent. Helaas hebben de autoriteiten aldaar de campagne niet wetenschappelijk geëvalueerd. Hier ligt een kans voor Nederlandse zorgverzekeraars om zich te profileren met goede en goedkope spoedzorg.

2. FAST TRACKS VERSNELLEN SPOEDZORG VAN HUISARTSENPOSTEN EN SEH'S

Bij drukte op huisartsenposten en SEH's lopen niet-urgente patiënten het gevaar dat zij lang moeten wachten omdat patiënten met urgente, ernstige aandoeningen steeds maar weer voorgaan. Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw zijn er daarom op Engelse SEH's *fast tracks* uitgevonden.[78] Een verpleegkundig specialist of SEH-verpleegkundige ziet daarbij de niet-urgente patiënten en behandelt hen zelfstandig. Deze patienten vertrekken weer snel. Ook in Nederland bestaan dergelijke fast tracks bij sommige huisartsenposten en SEH's zoals in het ziekenhuis Haaglanden te Den Haag, maar echt doorgebroken zijn ze niet. Voor een deel komt dat omdat een fast track moet starten met een triagist die urgente en niet-urgente patiënten onderscheidt. Verder ging de maatschappelijke discussie over verschuiving van zichzelf aanmeldende spoedpatiënten van SEH naar huisarts/huisartsenposten. Er vond geen discussie plaats om spoedzorg te verplaatsen van huisartsen én specialisten naar verpleegkundigen, ook al is zo'n verplaatsing al jaren bewezen effectief en kostenbesparend. Ik noem de fast tracks hier daarom toch nog maar even als een innovatie die nog verder te verspreiden is.

3. AMBULANCEZORG EN HUISARTSENZORG MEER OP ELKAAR AFSTEMMEN

Paragraaf 14.1 vermeldde al dat van de ambulanceritten in 2012 een vijfde uit EHGV-ritten bestond: deze hadden alleen eerste hulp ter plaatse en geen vervoer tot gevolg. Dit komt vooral omdat patiënten niet weten of zij zich moeten melden bij de ambulancemeldkamer of bij de huisarts, aldus een Groningse onderzoeksgroep.[79] De Regionale Ambulancedienst Gelderland-Zuid en onderzoeksinstelling IQ Health Care constateerden dat in een (in de periode juni 2011-juni 2012 at random getrokken) steekproef van 1.400 spoedritten 23,2 procent huisartsenzorg betrof.[80] De Centrale Huisartsendienst Nijmegen komt tot dezelfde bevinding.[81] Deze drie studies geven aan dat er aanleiding is om ambulancezorg en spoedeisende huisartsenzorg beter op elkaar af te stemmen. Dat kan door drie procesinnovaties. Ten eerste is denkbaar dat meldkamers ambulancezorg de genoemde A1- en A2-ritten voortaan doorverwijzen naar visiterijdende huisartsen. Ten tweede is denkbaar dat *rapid responders* in plaats van huisartsen 's-nachts visites gaan rijden. In Zuid-Gelderland doen ze dat toch al. De derde optie is dat de meldkamer ambulancezorg gaat functioneren als zorgcentrale, zowel voor de inzet van ambulances als van auto's van visiterende huisartsen. Zeker 's-nachts zou dat besparingen opleveren en kortere aanrijtijden mogelijk maken.

4. ACUTE-OPNAMEAFDELINGEN VERBETEREN, VERSNELLEN VAN SPOEDZORG EN BESPAREN OP KOSTEN

Eind 2013 bestaan er in Nederland zeventien ziekenhuizen met een acute-opnameafdeling (AOA).[82] Vrijwel alle patiënten gaan daar vanaf de SEH naar deze afdeling en niet, zoals gebruikelijk, naar een reguliere verpleegafdeling. De AOA bestaat meestal uit twintig tot zestig bedden, afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis en de gemid-

delde drukte op de SEH. Gebruikelijk is dat reguliere verpleegafdelingen bedden vrijhouden voor spoedopnamen. Bij aanwezigheid van een AOA is dat niet meer nodig. De AOA levert voordelen op:

1 meer nachtelijke rust op de overige verpleegafdelingen;
2 een hogere bezettingsgraad op de overige afdelingen;
3 een betere scholing, training en personeelsselectie van verpleegkundigen voor wat spoedeisende werkzaamheden op de AOA betreft. Er zijn indicaties dat de mortaliteit van acuut opgenomen patiënten hierdoor daalt;
4 kortere wachttijden op de SEH voor doorstroming naar de verpleegafdeling;
5 verkorting van de verpleegduur. Globaal genomen blijkt dat 50 procent van de acuut opgenomen patiënten binnen 48 uur (vaak de maximale tijd die men op een AOA kan doorbrengen) kan worden ontslagen.

Er zijn ook nadelen verbonden aan een AOA:

1 Er is sprake van een extra overdrachtsmoment, namelijk voor die patiënten die vanuit een AOA niet naar huis gaan maar voor verdere behandeling naar een reguliere verpleegafdeling. Hierbij kunnen fouten ontstaan bij de informatieoverdracht. Verder is er dan kans op dubbeldiagnostiek.
2 Patiënten komen niet meer rechtstreeks op de afdeling met de meeste kennis over de opname-indicatie.
3 Als reguliere afdelingen te vol zijn met electieve patiënten, lukt het niet om AOA-patiënten over te brengen naar de reguliere afdelingen.

Bij de thans bestaande zeventien AOA's (hun aantal groeide als kool sinds 2009) is sprake van afdelingen ontworpen door medisch specialisten, verpleegkundigen en organisatieadviseurs. Die ontwerpen beogen de voordelen te maximaliseren en de nadelen te minimaliseren. Na vijf jaren blijken, aldus betrokkenen in gesprekken met mij, de voordelen groot te zijn dankzij de aanwezigheid van specialisten-in-opleiding op de AOA die bij overplaatsing naar de reguliere verpleegafdelingen dezelfde blijven. Helaas hebben tot nu toe geen wetenschappelijke evaluaties plaatsgevonden die voor- en nadelen empirisch in kaart brengen. Mijn hypothese is dat de AOA een goede innovatie is die kwaliteit en snelheid van spoedzorg bevordert en kosten verlaagt.

5. EEN ZORGBELEIDSPLAN VERHOOGT DE KWALITEIT VAN SPOEDZORG

In 2009 functioneerde de werkgroep-Breedveld, ingesteld door beroepsverenigingen voor spoedzorg en genoemd naar haar voorzitter. De groep bracht een rapport uit dat een driedeling van SEH's bepleitte in basis-, profiel- en complete SEH's.[83] Want deze indeling biedt inzicht in welk ziekenhuis welk niveau van acute zorg kan leveren, zodat onverantwoorde situaties in de praktijk zijn te voorkomen. Alle *basis-SEH's* doen 24 uur per dag triage, stabiliseren patiënten, reanimeren en heropenen zo nodig luchtwegen, zetten behandeling in gang of verwijzen door naar andere ziekenhuizen. Een *profiel-SEH* doet dat ook, maar biedt voor een of meer van zes patiëntprofielen een volledige behandeling aan. De profielen betreffen spoedpatiënten op de volgende zes medische terreinen: a. cardiologie, b. neurologie/neurochirurgie, c. heelkunde/orthopedie, d. kindergeneeskunde, e. verloskunde, en f. psychiatrie. Op elk van die terreinen omschrijft de werkgroep-Breedveld precies welk type patiënten eronder vallen. Een *complete* SEH biedt op alle zes genoemde domeinen voortgezette spoedzorg aan. De werk-

groep laat het domein ernstig monotrauma en multitrauma buiten beschouwing. Die is al ingedeeld: de traumacentra bieden deze zorg. Een boeiende suggestie doet de werkgroep door te pleiten voor een digitale routekaart die ambulancechauffeurs kunnen gebruiken om SEH-patiënten naar de dichtstbijzijnde, geschikte profiel-SEH te vervoeren. Ook pleiten zij ervoor om ambulancestandplaatsen te openen (voor zover die er nog niet zijn) naast basis-SEH's, zodat patiënten na stabilisering direct door kunnen naar een profiel- of complete SEH.

De indeling van de werkgroep-Breedveld kreeg grotere bekendheid dankzij een rapport van de Gezondheidsraad. Deze raad neemt de indeling van de werkgroep Breedveld over. Hij pleit begin 2012 ervoor om SEH's 's-nachts te sluiten: want dan is het voor een aantal moeilijk om aan de kwaliteitseisen van een basis-SEH te voldoen. Ongeveer gelijktijdig stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in een rapport vast dat de meeste ziekenhuizen geen zorgbeleidsplan hebben waarin 'een heldere afbakening van de op de SEH te leveren zorg is opgenomen'.[84] Ook de Gezondheidsraad hanteert hierbij de eisen van de werkgroep Breedveld. Graag neem ik de indeling van de werkgroep-Breedveld over. In een samenwerkingstraject van Inspectie en zorgverzekeraars moet het mogelijk worden dat ziekenhuizen wel hun eigen SEH omschrijven in termen van basis-, profiel- en complete SEH. Hierbij zouden zij ook de samenwerking moeten betrekken met huisartsenposten, zeker als deze zijn gelegen op het eigen ziekenhuisterrein. Dan wordt ook duidelijk wanneer SEH's en huisartsenposten 's-nachts gezamenlijk een basis-SEH plus huisartsenpost overeind kunnen houden dan wel hun profiel-SEH moeten degraderen tot basis-SEH. Via hun inkoopmacht kunnen zorgverzekeraars daarna op basis van de zorgbeleidsplannen van instellingen overwegen welke SEH-zorg zij bij welk ziekenhuis willen inkopen. De druk is dan van de ketel dat ziekenhuizen hun SEH volledig moeten sluiten. Ze kunnen wat mij betreft alle openblijven, maar niet allemaal als profiel- en complete SEH en niet allemaal alle uren van de dag. Uiteraard hebben zorgverzekeraars en ziekenhuizen de taak om dergelijke veranderingen goed uit te leggen aan professionals en de bevolking. Paragraaf 17.3 over verandermanagement gaat daarover.

In aanvulling op preventieve innovaties (paragraaf 14.3) passeerden in deze paragraaf 14.4 enkele procesinnovaties binnen het aanbod van spoedzorg de revue. In paragraaf 1.5 heb ik al aangegeven dat dergelijke innovaties zich verspreiden volgens de S-curve van Rogers (afbeelding 1.9). Dat geldt ook voor de spoedzorg. De hier genoemde procesinnovaties zie ik graag uitgeprobeerd in diverse settingen in het land en daarna (indien positief geëvalueerd) verspreid als goede voorbeelden. In paragraaf 14.5 komen enkele systeeminnovaties aan de orde. Ze zijn moeilijker te realiseren. Maar ik noem ze als wenkend perspectief.

14.5 SYSTEEMINNOVATIES ALS WENKEND PERSPECTIEF VOOR MODERNE SPOEDZORG

Vier systeeminnovaties komen in deze paragraaf aan de orde: 1. het inzetten van vliegende ambulances, 2. het realiseren van tele-IC-zorg en het deels vervangen van IC's door *post-anesthesia care units* (PACU's), 3. het regionaal en bestuurlijk clusteren van het spoedzorgaanbod, 4. het standaardiseren van de telecommunicatie binnen het spoedzorgaanbod.

1. MINDER TRAUMACENTRA MAAR WEL MET VLIEGENDE AMBULANCES

Vanaf het eerste begin staat de meerwaarde van de (vliegende) traumahelikopter ten opzichte van de inzet van een rijdende ambulance ter discussie. De eerste publicatie (uit 1995 over Londense helikopters en ambulances) toonde die meerwaarde in termen van overlevingskansen niet aan.[85] Een recente review uit de Cochrane Library herhaalde die bevindingen: niet duidelijk is voor welk type patiënt bij welke te overbruggen afstand een traumahelikopter effectiever is.[86] In Engeland leidde de eerstgenoemde studie tot het niet opnemen van helikoptervervoer in het pakket van de NHS. De bevolking evenwel juichte, gesteund door massamedia, de komst van *flying ambulances* toe. Het geaccepteerde maatschappelijke compromis is dat burgers de aanschaf van helikopters via collectebussen betalen en de NHS de exploitatie. In Nederland komt de twijfel naar voren uit wetenschappelijke artikelen vanwege geringe verschillen in arriveertijden[87] en vanwege geringe verschillen in competenties tussen medisch mobiele grondteams en ambulanceteams.[88]

Verder bestaan er grote regionale verschillen in het inzetten van traumahelikopters, zo leren publicaties uit 2005 en 2008.[89 90] Regio's met een traumacentrum en een helikopter in de buurt zetten die laatste eerder in de eigen regio in. Eigenlijk zouden volgens de theorie verder gelegen regio's de helikopter meer moeten inzetten. Want over grotere afstanden zou een helikopter eerder moeten kunnen arriveren dan een mobiel medisch grondteam.

In Nederland kunnen traumahelikopters alleen professionals vervoeren en geen liggende patiënten. Het zijn geen vliegende ambulances. De grote Amerikaanse traumacentra met een laag gestandaardiseerd sterftecijfer gebruiken nu juist de inzet van vliegende ambulances die grote afstanden snel kunnen overbruggen. De Amerikaanse norm is dat een multitraumapatiënt in maximaal 45 tot 60 minuten helikoptervliegtijd een traumacentrum kan bereiken.[91] Uit een recente, grote studie blijkt dat helikoptervervoer een hogere overlevingskans biedt dan grondvervoer.[92] Deze studie overtuigde mij om te kiezen voor dit Amerikaanse model van grote traumacentra. Voorlopig zouden dat er bijvoorbeeld vier tot vijf kunnen zijn, zoals bepleit door Zorgverzekeraars Nederland (paragraaf 14.2). Maar dan moeten er in Nederland wel vliegende ambulances komen. In zo'n opzet zouden één of twee traumacentra zich kunnen specialiseren als brandwondencentrum[93] en als kindertraumacentrum[94]. Wellicht heeft Nederland op den duur zelfs voldoende aan één of twee traumacentra met een omvang zoals in de Verenigde Staten. Ik merk wel op dat in de Amerikaanse centra vaak overtriage voorkomt. Zij behandelen veel patiënten die er eigenlijk niet thuishoren.[95]

2. INTENSIVE CARE VIA INTERNET BIEDT BETERE EN GOEDKOPERE MOGELIJKHEDEN

In paragraaf 14.2 kwam de tele-intensive-care reeds kort aan de orde. Die is in de Verenigde Staten populair. Twee demonstratieprojecten hebben ten opzichte van gebruikelijke zorg het volgende aangetoond:[96]

1 De sterfte op de demonstratie-IC's was 20 procent lager dan op controle-IC's.
2 De gemiddelde verblijfsduur op de IC was twee dagen ofwel 30 procent korter.
3 De investeringen in computers en software waren binnen één exploitatiejaar terugverdiend.
4 De zorgverzekeraars bespaarden per patiënt 2.600 dollar.

Deze uitkomsten werden bevestigd in een andere studie.[97] Eind 2012 telde de Verenigde Staten 54 IC-monitoringcentra.[98] Soms volgen Amerikaanse arts-intensivisten vanuit zo'n centrum patiënten in 10 tot 20 ziekenhuizen. Het Nederlandse elektronicaconcern Philips is in de Verenigde Staten de grote animator van deze vorm van telemedicine. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam is het eerste ziekenhuis in ons land dat in 2009 startte met het monitoren van patiënten buiten kantooruren in het 65 kilometer verder gelegen Medisch Centrum Zuiderzee in Lelystad. Recentelijk presenteerden OLVG-intensivisten de eerste resultaten van dit initiatief.[99] Zij spreken van een succes: de sterftecijfers in hun tele-IC zijn lager dan gebruikelijk bij een vergelijkbare groep patiënten. De kosten, zo merken zij en ikzelf op, worden pas lager indien vanuit een tele-IC-centrum meer dan één ziekenhuis met een kleine IC wordt bediend. Het wachten is op kleinere ziekenhuizen die zich willen aansluiten om op deze manier een volledige sluiting te vermijden.

… EN POST-ANESTHESIA CARE UNITS OOK!

IC-afdelingen hebben bedrijfskundig gezien twee typen patiënten. De eerste groep is spoedeisend, komt onverwacht en lijdt meestal aan multiorgaanfalen. Deze patiënten hebben een brede, complete IC nodig. De andere groep bestaat uit patiënten die een geplande zware operatie hebben ondergaan. Hun herstel is voorspelbaar, maar van dien aard dat zij 24 uur na de operatie nog zorg behoeven van een anesthesist maar niet van een breed opgeleide intensivist. Evenmin hebben zij alle kennis nodig van IC-verpleegkundigen. Alleen apparatuur is nodig voor een specifieke groep van patiënten. Dit soort afdelingen heet in vakjargon een PACU, een post-anesthesia care unit. Ruim tien jaar geleden ontstonden de eerste PACU's in Nederland, veelal in grotere ziekenhuizen. Twaalf ziekenhuizen in Nederland beschikken anno 2013 over een PACU die goed werk levert met een even lage sterfte als op een IC.[100] Want verpleegkundigen en artsen hebben meer kennis over de specifieke groep electieve patiënten waarvoor de PACU functioneert. Bovendien leert de ervaring dat het afzeggen van electieve operaties nauwelijks optreedt als er een PACU is. Want die afdeling loopt niet het risico dat een spoedpatiënt plotseling een bed inneemt.[101]

3. REGIONALE EN BESTUURLIJKE CLUSTERING VAN HET SPOEDZORGAANBOD?

In Nederland bestaan vele regio-indelingen voor spoedzorg. Huisartsenposten, ambulancevoorzieningen, meldkamers ambulancezorg, GHOR-instanties, traumacentra, regionale overleggen acute-zorgketens (ROAZ'en) en zorgverzekeraars: ze hebben alle hun eigen regio's. Veelal coördineren zij alle één bepaald aspect van het spoedzorgaanbod. Dat houdt in dat zorgaanbieders in vele gremia moeten participeren. Verder moeten de genoemde instanties ook nog eens met elkaar afstemmen. Dit leidt tot veel bestuurlijke drukte en hoge overheadkosten van de spoedzorg. Gedachtig het gezegde: een trap veeg je schoon van boven naar beneden, zouden overheden en zorgverzekeraars een voorbeeldfunctie kunnen tonen voor beleid dat gericht is op meer doelmatigheid en kwaliteit door één regio-indeling te creëren.

Bij het bestuurlijk clusteren valt ook te denken aan een regionale medische spoedzorgdienst die de bestaande instanties vervangt. Hieronder zouden kunnen vallen: ambulancedienstverlening, huisartsenposten, SEH's, traumacentra, acute-opnameafdelingen en intensive-careafdelingen. Deze spoedzorgdienst onderhoudt contacten met

politie, brandweer en andere instanties voor veiligheid. Deze dienst maakt het mogelijk om regionale plannen te maken voor de spreiding van bijvoorbeeld profielfuncties voor SEH's en voor ketenzorg voor specifieke groepen patiënten. Ook kan zo'n dienst bij grote calamiteiten een opnamestop afkondigen voor electieve ingrepen en besteld ambulancevervoer, zodat alle medische en verpleegkundige capaciteit beschikbaar komt voor acute zorg. In Engeland bestaat een dergelijke regionale dienst. Die heeft haar meerwaarde bewezen bij verschillende grote bomaanslagen in Londen. In het genoemde ZN-rapport met de kwaliteitsvisie op de spoedzorg komt deze spoedzorgdienst ook naar voren. Zo'n regionale dienst is thans meer een droom dan een reëel toekomstperspectief. Want hoe moeilijk is het niet om alleen een huisartsenpost en een SEH te integreren en om te vormen tot een spoedpost? En toch is zo'n dienst mogelijk getuige het voorbeeld aan de andere kant van de Noordzee.

4. HET STANDAARDISEREN VAN DE TELECOMMUNICATIE BINNEN HET SPOEDZORGAANBOD IS OOK NODIG

In dit hoofdstuk komt een aantal innovaties naar voren die alleen zijn te realiseren bij een veilige, afgeschermde en ook bij rampen niet-falende telecommunicatie tussen spoedzorgaanbieders. Bovendien moeten dan spoedzorgprofessionals ook nog eens dezelfde terminologie en formulieren gebruiken. De innovaties betreffen bijvoorbeeld de gegevensoverdracht van huisartsenposten naar SEH's, het inzetten van ambulancezorg, rapid responders voor huisartsenposten, de inrichting van een centrale meldkamer voor ambulanceauto's en visiteauto's van huisartsen alsmede de tele-intensive-care. De afgelopen jaren is er weinig vooruitgang geboekt met deze telecommunicatie. Zo merkt de Vereniging Huisartsenposten Nederland mismoedig in haar benchmark 2012 op dat de communicatie over verwezen patiënten nog steeds vooral loopt via fax, telefoon en aan een patiënt meegegeven papieren. Wat ik mis in het beleid is een fasering over welke telecommunicatie als eerste aan vernieuwing toe is. Als er al beleid is, is het hapsnap of heeft het een hoge abstractie. Waarom het gaat, is dat de standaardisering plaatsvindt vanuit concrete inhoudelijke projecten. Hier ligt een taak voor zorgverzekeraars om dit met positieve prikkels te bevorderen.

Tot zover deze paragraaf over systeeminnovaties die stuk voor stuk lastig te realiseren zijn. Wellicht kan het cappuccinomodel deze innovaties versnellen. Het komt in de volgende paragraaf aan bod.

14.6 HET CAPPUCCINOMODEL VOOR DE BEKOSTIGING VAN SPOEDZORG

Ooit ontmoette ik tijdens een masterclass een SEH-leidinggevende die vol trots vertelde over de productiestijging van haar afdeling. Toen ontstonden bij mij gemengde gevoelens. Moest ik meegaan met haar blijdschap dat ze ieder jaar meer mensen van dienst kon zijn? Of moest ik bedroefd zijn dat ieder jaar meer mensen in nood verkeren en een beroep doen op haar SEH? Is zorg haar business of gezondheid? Ik zeg tegen de SEH-leidinggevende uiteindelijk dat gezondheid haar business is en dat ze daarom vooral blij moet zijn als de vraag naar SEH-diensten daalt dankzij preventie (zie paragraaf 14.3) of door bijvoorbeeld meer zelfmanagement door mensen met chronische aandoeningen (paragraaf 14.4). Deze redenering betekent dat ik er geen bezwaar tegen heb om de in dit hoofdstuk genoemde preventieve interventies te bekostigen uit budget voor spoedzorg. Ik geef een voorbeeld uit het in paragraaf 7.9 genoemde Kinzigstal. Daar

leidt valpreventie tot minder opnamen vanwege een collumfractuur. Van de besparingen daardoor voor de zorgverzekeraar AOK mag Kinzigstal de helft behouden. De andere helft verdient AOK. Hier is dus sprake van *shared savings*. Uit de behouden helft van de besparingen financierde Kinzigstal een preventief beweegprogramma voor mensen met poreuze botten in de hoop nog meer collumfracturen te voorkomen. Dit is wat ik in hoofdstuk 1 beleidsvolle bekostiging noemde. Beleidsarme bekostiging is de betaling per verrichting, die alleen maar meer verrichtingen uitlokt. En daarop zit in Nederland de komende jaren niemand te wachten. Laten we die afschaffen.

Wat in de plaats kan komen, is ten eerste toestaan om binnen het budget dat een zorgaanbieder ontvangt geld vrij te maken voor preventie. Dat zal niet iedere directeur van een ambulancedienst, huisartsenpost of SEH omarmen en herkennen als horend tot de corebusiness. Datzelfde geldt ook voor spoedzorgprofessionals. Spanning, sensatie en stoere blauwe zwaailichten brengen een adrenalinekick teweeg die onlosmakelijk deel uitmaakt van hun professie. Goed, dat mag en ze mogen blij zijn met een productiestijging. Maar er ligt ook een maatschappelijke opdracht, geformuleerd in de reeds vaak genoemde triple-aimdoelen:

1 Bevorder gezondheid in spoedeisende omstandigheden én voorkom dat dergelijke omstandigheden optreden.
2 Verhoog de kwaliteit van zorg.
3 Houd de kosten gelijk.

Om zo'n missie financieel te ondersteunen kies ik allereerst voor het shared-savingsprincipe zoals zojuist vermeld en uitgewerkt in de Amerikaanse Affordable Care Act. Dat principe bestaat als niets doen (niet uitrukken van een ambulance, niet opnemen op een IC) net zo goed betaalt als zorgvuldig beoordelen van de acute zorgvraag en kiezen voor aandachtig afwachten. Zo'n budget is mogelijk door het te baseren op indicatoren die de populatie kenmerken. Dan wordt het budget bijvoorbeeld hoger omdat het aantal 75-plussers stijgt en niet vanwege de stijgende trend in het aantal spoedpatiënten. Ik heb een dergelijk abonnementstarief als onderdeel van het cappuccinomodel ook bepleit in de hoofdstukken 5 tot en met 13. Bij de spoedzorg komt daarbij nog het argument van de 'beschikbaarheidsnuttigheid': veel spoedzorgaanbod moet er zijn, net als de brandweer, ook al wordt het tijdens de avond en nacht weinig gebruikt. In plaats van populatiegebonden bekostiging kom ik in de ambulancewereld ook wel de term brandweerfinanciering tegen. Die wordt betaald voor de paraatheid en niet per brand.

Bezwaren tegen volledige populatiegebonden bekostiging in de spoedzorg zijn de historiciteit (het budget voor jaar n+1 lijkt op dat van jaar n), verkokering, het afwentelmechanisme (laat de huisarts maar uitrukken en wij niet) en luiheid van de spoedzorgprofessionals (waarom zou ik klaarstaan als ik toch al betaald word?). Daarom pleit ik voor deze bekostiging op basis van populatiekenmerken en niet op basis van het budget in het verleden. Verkokering is te voorkomen door toe te staan dat zorgaanbieders naar elkaar geld schuiven indien collega's beter en goedkoper functioneren. Dan is het bijvoorbeeld mogelijk dat een meldkamer ambulancezorg ook visiteauto's van huisartsen aanstuurt en daarvoor betaald wordt uit het budget dat huisartsenposten van de zorgverzekeraar ontvangen. Verder acht ik het van belang dat ook bij spoedzorg een kleine betaling per verrichting bestaat, zoals huisartsen naast hun abonnementstarief een laag tarief per consult kennen. Want dat stimuleert een gerichtheid op het maken van productie. Ten derde is het van belang dat innovaties zoals genoemd in de paragra-

fen 14.4 tot en met 14.6 financiële steun krijgen vanuit een innovatietarief. Al met al ben ik ook voor deze zorgsector voorstander van het cappuccinomodel. Standaard heb ik tot nu toe aangehouden: abonnementstarief (80 à 85 procent van de budgetdekking), verrichtingentarief (10 procent) en kwaliteitstarief (5 à 10 procent).

Met dit cappuccinomodel beoog ik een langetermijnperspectief aan te reiken voor de bekostiging van de spoedzorg. Op de korte termijn zijn er kansen om daarnaar toe te groeien. De NZA betrekt nu al populatiegebonden kenmerken bij de vaststelling van tarieven voor de ambulancezorg. Zij zou dat ook kunnen doen voor huisartsenposten en SEH's. Een andere kans is dat huisartsenposten en SEH's voor gelijke verrichtingen gelijke tarieven gaan rekenen. Nu ontvangt een ziekenhuis voor het verbinden van een wond plus een tetanusinjectie een bedrag van 430 euro. Een huisartsenpost zit op een tarief dat onder de 100 euro ligt. Ik verwacht door deze gelijkstelling een remmende werking op het aanbod van spoedzorg vanuit de SEH's. Een grote verandering voor de SEH's gaat ook betekenen dat vanaf 1 januari 2015 DBC-inkomsten in eerste instantie toevallen aan de raad van bestuur van het ziekenhuis en niet aan de maatschappen van specialisten. Want thans kunnen SEH-artsen geen DBC openen. Dat kan wel als de DBC-inkomsten eerst bij de raad van bestuur van het ziekenhuis binnenkomen. Dat kan dan gaan werken met relatief goedkope SEH-artsen in loondienst. Kortom, het gaat erom het langetermijnperspectief van beleidsvolle bekostiging van spoedzorgaanbieders te gebruiken als referentiekader voor de korte termijn. Uiteraard blijft mijn pleidooi overeind dat ik ook in vorige hoofdstukken hield: aan elke verandering in bekostiging gaan kleinschalige innovaties vooraf. Want bij alle innovaties is *the devil in the detail*, ook bij financiële innovaties.

14.7 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN OP EEN RIJ EN BEANTWOORDING VAN DE CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG

Paragraaf 14.1 met statistische gegevens levert als belangrijke bevindingen de volgende op.

1 Ongeveer de helft van de opnamen en verpleegdagen van Nederlandse ziekenhuizen betreft spoedpatiënten.
2 Er bestaat een grote tegenstelling tussen wat patiënten als spoed ervaren (spoedgevoel) en wat professionals als spoed benoemen (spoedgeval).
3 Er bestaan vele verschillende zorgtrajecten voor mensen met ernstige gezondheidsproblemen zoals multitrauma, CVA en hartklachten. Zij arriveren op de SEH als zelfverwijzer, zijn verwezen door een huisarts of zijn gebracht door een ambulance.
4 In 2012 zijn de meeste van de 124 huisartsenposten alle avond-, nacht- en weekeinduren geopend. 20 gaan er 's nachts dicht en 8 zijn er alleen in het weekeinde open.
5 In 2012 bedroegen de kosten voor alle huisartsenposten 276 miljoen euro. Dat is 16,61 euro per inwoner en 80,64 euro per standaardconsult.
6 De gemiddelde responstijd voor ambulances in Nederland bedraagt 9 minuten en 40 seconden. Van 93 procent van de A1-ritten is de responstijd korter dan 15 minuten.
7 Van de ambulanceritten in 2012 ging drie kwart naar een ziekenhuis. Eén op de vijf was een EHGV-rit (alleen eerste hulp ter plaatse en geen vervoer). De rest betrof loze ritten.
8 In 2012 was in de rijksbegroting voor de ambulancesector 438,5 miljoen euro opgenomen. Dat bedrag komt neer 26,14 euro per inwoner en op 398 euro gemiddeld per rit.

9 In 2011 bezochten 2,1 miljoen patiënten SEH-afdelingen van Nederlandse ziekenhuizen. In 2006 was dat 1,8 miljoen. Dat komt neer op een jaarlijkse stijging van 3,4 procent.
10 Over de periode 2006-2011 daalde het aantal patiënten met letsel met 0,6 procent per jaar en steeg het aantal zonder letsel met 7 procent per jaar. Deze laatste groei lijkt samen te hangen met de stijging van het aantal chronische zieken en ouderen in de samenleving.
11 Sinds 2012 daalt het SEH-gebruik. In dat jaar werd 32 procent van de SEH-patiënten opgenomen. Het percentage zelfverwijzers bedraagt 30 procent (spreiding 3-76 procent).

Paragraaf 14.2 over de beleidsgeschiedenis bevat de volgende bevindingen.
12 Het bevorderen van kwaliteit van spoedzorg vormt sinds 2003 een rode draad in het beleid. Daardoor kwamen er meer kwaliteitseisen in het algemeen en deden traumacentra, huisartsenposten en SEH-artsen hun intrede.
13 De volumenormen in de kwaliteitsvisie van Zorgverzekeraars Nederland krijgen te veel aandacht, want dankzij telemedicine zijn kleinschalig- en grootschaligheid te combineren.
14 Traumacentra en traumaregio's functioneren steeds beter. Dit was te monitoren dankzij een uitstekende traumaregistratie.
15 Huisartsenposten zijn innovaties die zich zeer snel hebben verspreid dankzij: a. kartrekkers uit huisartsenkring, b. de aanwezigheid van een als urgent ervaren maatschappelijk probleem, en c. extra geld van zorgverzekeraars.
16 De huisartsenposten leidden ook tot professionalisering van het spoedzorgaanbod door huisartsen en kwaliteitsverbetering van de zorg buiten kantooruren. Dit leidde tot vervreemding bij andere huisartsen.
17 Dat de behandeling niet sneller verloopt op de SEH dan vroeger komt omdat SEH-artsen veelal niet zelfstandig een DBC kunnen openen en niet zelfstandig een patiënt kunnen opnemen.

Paragraaf 14.3 over preventieve interventies levert samengevat de volgende resultaten op.
18 Zeven veelbelovende maar nog niet altijd bewezen innovaties (afbeelding 14.3) vormen de opbrengst van een literatuurstudie uitgevoerd voor deze paragraaf.
19 Een op de twee niet-geplande spoed- en heropnamen is te verklaren uit slechte zorg tijdens de eerste opname.

Paragraaf 14.4 over procesinnovaties bevat de volgende bevindingen.
20 Andere taakverdelingen en meer zorgpaden zijn interessante procesinnovaties.
21 Meer zelfmanagement van patiënten in spoedsituaties leidt waarschijnlijk tot minder gebruik van spoedzorg.
22 Fast tracks versnellen de spoedzorg van huisartsenposten en SEH's.
23 De afstemming van ambulancezorg en huisartsenzorg kan beter.
24 Acute-opnameafdelingen verbeteren, versnellen en besparen op kosten van spoedzorg.
25 Een zorgbeleidsplan voor de SEH ontbreekt vaak in ziekenhuizen. Het verhoogt wel de kwaliteit van spoedzorg.

26 Er is een driedeling van SEH's te maken in basis-, profiel- en complete SEH's. Deze indeling biedt inzicht in welk ziekenhuis welk niveau van acute zorg kan leveren, zodat onverantwoorde situaties in de praktijk zijn te voorkomen.

Paragraaf 14.5 over systeeminnovaties bevat de volgende bevindingen.

27 Nederland kan toe met minder dan vijf traumacentra als die werken met vliegende ambulances.
28 Intensive care via internet biedt goedkopere en betere zorg en post-anesthesia care units doen dat ook.
29 Het regionaal en bestuurlijk clusteren van het spoedzorgaanbod bevordert de structuurkwaliteit en verlaagt de kosten van overhead.
30 Het standaardiseren van de telecommunicatie binnen het spoedzorgaanbod is mogelijk indien dit start vanuit inhoudelijke projecten.

Paragraaf 14.6 over het cappuccinomodel in de spoedzorg bevat de volgende bevindingen.

31 De betaling per verrichting moet op termijn verdwijnen uit de spoedzorg omdat deze verleidt tot meer productie.
32 De Zorgverzekeringswet moet gaan toestaan om binnen het budget dat een spoedzorgaanbieder ontvangt geld vrij te maken voor preventie van spoedeisende omstandigheden.
33 De maatschappelijke opdracht aan spoedzorgaanbieders wordt: bevorder gezondheid in spoedeisende omstandigheden én voorkom dat dergelijke omstandigheden optreden. Om zo'n missie financieel te ondersteunen, is toepassing van het shared-savingsprincipe noodzakelijk.
34 Het budget voor spoedzorg wordt voor een groot deel vastgesteld op basis van indicatoren die de populatie kenmerken. Een dergelijk abonnementstarief is in lijn met de aanbevelingen in de vorige hoofdstukken over onder meer geboortezorg, jeugdzorg en vele andere typen patiënten. Bij de spoedzorg komt daar nog bij het argument van de 'beschikbaarheidsnuttigheid': veel spoedzorgaanbod moet er zijn, net zoals de brandweer, ook al wordt het tijdens de avond en nacht weinig gebruikt.
35 Al met al is het mogelijk ook in deze zorgsector het eerder (zie hoofdstuk 1) geïntroduceerde cappuccinomodel te hanteren.
36 De NZA betrekt nu al populatiegebonden kenmerken bij de vaststelling van tarieven voor de ambulancezorg. Dat zou ook op korte termijn kunnen voor huisartsenposten en SEH's.

ZIJN ALLE OPGESOMDE INNOVATIES TE REALISEREN?

Op de dag dat ik dit hoofdstuk afsluit, bestaat er grote onrust in de regio Rijnmond. Want een grote zorgverzekeraar aldaar heeft aangekondigd alleen CVA-zorg in te kopen bij het Erasmus MC. Ambulances met een patiënt met vermoedelijk een beroerte moeten voortaan daarheen rijden. De andere Rijnmondse ziekenhuizen verliezen klandizie, omzet, status en vervolgzorg. CVA-ketens moeten opnieuw ingericht worden. Ik verwacht van deze confronterende aanpak om drie redenen weinig implementatiesucces. Ten eerste leerde ik in mijn gemeenteraadstijd (ik was meer dan tien jaar raadslid) slecht nieuws te communiceren aan burgers, bedrijven en instellingen. Dat was nooit confronterend maar uitleggend, meenemend en met respect voor emoties. Wat gebeurt in Rijnmond is geen cocreatie en leidt tot massamediale gevechten. Hierbij is het de

vraag of de zorgverzekeraar gaat winnen. Want ik noemde het al in paragraaf 14.2: *changing emergency services is political suicide.* De tweede reden betreft het legitimiteitsprincipe van Gladwell.[102] Mensen gehoorzamen volgens dit principe een gezagsdrager alleen indien zij a. het gevoel hebben dat er naar hen wordt geluisterd, b. de regels voorspelbaar zijn, dat wil zeggen dat de regels morgen hetzelfde zijn als vandaag, en c. de gezagdrager rechtvaardig is: de ene groep belanghebbenden mag niet anders worden behandeld dan de andere. Vergeten gezagsdragers het legitimiteitsprincipe, dan ontstaan er bij de gezagsvolgers vormen van windowdressing, oplichterij en U-bochtconstructies. De derde reden dat een confronterende aanpak van zorgverzekeraars niet gaat lukken, haal ik uit de successen met de triple-aimaanpak (paragraaf 1.3). Daar was en is sprake van zorgverzekeraars in een leidende positie die met kracht van argumenten, duwen en trekken en door impliciete, niet-manifeste machtsuitoefening patiënten en professionals meekrijgen in zorginnovaties die ook besparen. Kortom, ik verwacht wel dat er draagvlak bestaat voor alle in dit hoofdstuk besproken innovaties. Maar dit vereist een stimulerende en geen confronterende rol van zorgverzekeraars.

HET ANTWOORD OP DE CENTRALE PROBLEEMSTELLING LUIDT: JA

Als slot van dit hoofdstuk komt de beantwoording van de centrale probleemstelling van dit boek aan de orde: zijn een betere gezondheid en hogere kwaliteit van zorg mogelijk bij gelijkblijvende kosten? Stel dat het draagvlak voor de genoemde innovaties inderdaad bestaat en blijft bestaan. Stel dat bestuurders ook de genoemde systeeminnovaties invoeren en daardoor laten zien dat ook zij een bijdrage aan innovaties willen leveren. Dan beantwoord ik de centrale vraag van dit boek voor de spoedzorg met ja. Want de preventieve interventies, de taakherschikkingen en de veranderingen in de bekostiging werken alle drie naar meer gezondheid, betere afstemming van spoedzorg en lagere kosten.

Ik bedank de volgende personen voor hun feedback op een eerdere versie van dit hoofdstuk: Nanne Bos, onderzoeker bij het NIVEL te Utrecht en in 2013 gepromoveerd op patiëntervaringen op SEH's, Paul Giesen, huisarts, senior onderzoeker en projectleider van onderzoek naar kwaliteit en veiligheid op huisartsenposten bij IQ Healthcare te Nijmegen, Jan Landman, ontwerper acute-opnameafdelingen bij Organisatiebureau Vreelandgroep te Bilthoven, Jack Versluis, arts en directeur-bestuurder van de Regionale Ambulance Voorziening Utrecht. Ik dank de volgende personen voor hun hun inspirerende gesprekken tijdens de totstandkoming van dit hoofdstuk: Jan Bakker, hoogleraar intensive care bij het Erasmus MC, Menno Gaakeer, SEH-arts bij het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis te Goes en Peter van der Voort, intensivist en leider tele-IC bij het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam.

15

VAN ZORGPADEN NAAR MENUGESTUURDE ZORG

Dit hoofdstuk begint met een bedrijfskundige omschrijving van het begrip electieve zorg ofwel zorg op afspraak (paragraaf 15.1) en van enkele theorieën daarover (Six Sigma, lean, theory of constraints en business proces redesign, paragraaf 15.2). Daarna volgen paragrafen met actuele thema's bij zorg op afspraak: overdiagnose (paragraaf 15.3), wachtlijsten (paragraaf 15.4) en overgangen en transfers naar andere zorgaanbieders (paragraaf 15.5). Vervolgens zijn er paragrafen over kostprijzen van zorg op afspraak en prijsconcurrentie (paragraaf 15.6) en over het cappuccinomodel als alternatief voor pay-for-performance ofwel uitkomstbekostiging (paragraaf 15.7). In de laatste paragraaf (15.8) staan alle bevindingen op een rij. Deze eindigt met het beantwoorden van de centrale vraag van dit boek: is het mogelijk de volksgezondheid in de komende jaren te verbeteren en de kwaliteit van de zorgverlening te verhogen, terwijl de kosten van de electieve zorg gelijkblijven? Ik merk op dat onder electieve zorg ook een groot deel van de eerstelijns, chronische, psychiatrische en oncologische zorg valt. Deze zijn al in eerdere hoofdstukken behandeld. Daarom beperk ik de geraadpleegde literatuur en voorbeelden in dit hoofdstuk zoveel mogelijk tot orgaangerichte interventies van medisch specialisten zoals staar-, knie- en heupoperaties. Paragraaf 15.2 is een samenvatting van een hoofdstuk dat ik samen met anderen schreef in Het zorgpadenboek.[1]

15.1 DEFINITIE: VERSCHILLEN TUSSEN ELECTIEVE ZORG EN SPOEDZORG

Electieve zorg verschilt van spoedzorg omdat de begintijd van deze zorgverlening vooraf te bepalen is. Het is zorg op afspraak. Bij vaak voorkomende interventies is de zorgduur in te schatten binnen redelijk betrouwbare marges. Electieve zorg is niet identiek aan planbare zorg. Want ook het gebruik van spoedzorg is te plannen. Electieve zorg komt net als spoedzorg in alle zorgsectoren voor: bijvoorbeeld in de jeugdgezondheidszorg, de eerste lijn en de ziekenhuizen. Er bestaat een grijs gebied tussen electieve zorg en spoedzorg, bijvoorbeeld als een patiënt niet spoedeisend is, maar wel een afspraak binnen 48 uur behoeft. Ook inloopspreekuren 's morgens vroeg en uitloopspreekuren aan het einde van de middag zijn tussenvormen waar patiënten met en zonder spoed op specifieke uren zorgvragen stellen. Zorg op afspraak leent zich meer dan spoedzorg voor een bedrijfskundige aanpak. Bij spoedzorg gaat het om het organiseren van een optimale (niet te geringe en niet te grote) beschikbaarheid van capaciteit van ambulances, huisartsenposten en SEH's. Bij electieve zorg is serievorming (in vakjargon: een straatje) mogelijk, bijvoorbeeld het uitvoeren van dezelfde urologische operaties door

één en dezelfde uroloog in één dagdeel. Serievorming biedt *economies of scale* en *economies of scope*. (Zie paragraaf 10.5 over oncologische zorgkosten voor een toelichting op beide begrippen.) Want door die serievorming zijn standaardisering, taakherschikking, zorgpaden en e-health gemakkelijker te realiseren dan bij spoedzorg. Serievorming leidt tot noodzakelijke wachttijden: patiënten kunnen veelal niet onmiddellijk terecht met hun zorgvraag. Electieve zorg bestaat uit drie processtappen:

1 de toegang tot de electieve zorg;
2 het electieve zorgtraject; en
3 de afsluiting van de electieve zorg.

Het zorgtraject waar dus serievorming mogelijk is, leent zich uitstekend voor een bedrijfskundige benadering.

Spoedzorg en electieve zorg concurreren binnen zorginstellingen. Een huisarts moet bijvoorbeeld binnen zijn ochtendspreekuur ruimte overhouden om spoedpatiënten tussen de afgesproken patiënten door te ontvangen. Deze beschikbaarheidseis maakt spoedzorg duur. Want de meeste zorgprofessionals ontvangen geen inkomsten voor niets doen. Financieel is het aantrekkelijk om een spreekuur, operatiekamer of beddenafdeling zo volledig mogelijk te bezetten en geen rekening te houden met spoedpatiënten. Electieve zorg en spoedzorg zijn ook communicerende vaten. Indien door de eerste wachtlijsten lange afspraaktermijnen optreden, gaan patiënten uitwijken naar spoedzorg, bijvoorbeeld naar huisartsenposten en SEH's. Indien een huisarts overdag niet bereikbaar is, kan dit leiden tot een spoedbezoek aan een huisartsenpost (zie paragraaf 14.1).

Het gebruik van zorg op afspraak is meestal groter dan van spoedzorg. Dit geldt voor alle vormen van zorgaanbod. Ter illustratie volgt hier een voorbeeld over het aantal poliklinische consulten aan medisch specialisten. In 2012 bedroeg dit aantal naar schatting 28,8 miljoen.[2] Hiervan vonden 2,1 miljoen consulten (7,3 procent) plaats op de SEH's.[3] Kortom, meestal is gezondheidszorg electief van aard. Alleen voor opnamen en verpleegdagen in algemene ziekenhuizen geldt dat ongeveer de helft voortkomt uit een spoedzorgvraag (zie paragraaf 14.1).

15.2 ENKELE BEDRIJFSKUNDIGE MODELLEN TOEGEPAST OP ELECTIEVE ZORG

Hoewel het hanteren van bedrijfskundige modellen nieuw lijkt voor ziekenhuizen, bestaan gedachten hierover al tientallen jaren binnen de (defensie-)industrie. In de jaren vijftig van de vorige eeuw werd daar de *critical path method* (CPM) populair. De eerste stap van de CPM is het bepalen van de vroegste startdatum, de te verwachten gemiddelde tijdsduur en de mate van parallelliteit van alle uit te voeren activiteiten van een traject. Parallelliteit staat hierbij voor de mate waarin een activiteit tegelijkertijd met andere activiteiten kan plaatsvinden. Is dat niet het geval en bestaat er een logisch noodzakelijke volgorde ofwel een kritiek pad, dan bepaalt deze volgorde de minimale tijdsduur. Het verbinden van alle activiteiten binnen een traject geeft aan of de tijdsduur is te verkorten door activiteiten eerder te starten of de parallelliteit te verhogen. In latere jaren is het grafisch weergeven van zorgtrajecten en beslisbomen met behulp van stroomschema's ofwel *flow charts* een vak apart geworden met eigen grafische symbolen en software.

De *theory of constraints* (ToC) werkt de CPM nader uit. De businessconsultants Goldratt en Cox hebben deze theorie gepresenteerd in hun boek *The Goal*, waarvan de

eerste druk in 1986 verscheen.[4] De ToC komt erop neer dat er in elk werkproces knelpunten bestaan (de genoemde auteurs introduceerden hiervoor de inmiddels wijdverspreide term bottlenecks) die gepasseerd moeten worden voordat volgende werkprocessen kunnen starten. Hierdoor ontstaat er een plafond voor de capaciteit van een systeem. Goldratt en Cox stellen dat als je een uur wint op de bottleneck, een uur gewonnen is voor het totale proces. Een uur gewonnen op een niet-bottleneck is een verloren inspanning. Het in juni 2010 uitgekomen ToC-Handboek[5] beschrijft in 1.216 (!) pagina's vele toepassingen, waaronder enkele in de gezondheidszorg. In Nederland passen onder meer het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein en het Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam de ToC toe.

Uit statistische varianten van CPM heeft het bedrijf Motorola het *Six-Sigmamodel* ontwikkeld. Het deed dat in de jaren tachtig van de vorige eeuw. Six Sigma is erop gericht om zowel tekortkomingen als verbeteringen van werkprocessen binnen een zorgorganisatie te identificeren. Letterlijk wordt Six Sigma gedefinieerd als een foutenmaatstaf, waarbij sigma staat voor de standaarddeviatie van het gemiddelde. Bij een waarde van 6σ (sigma) is het aantal fouten niet meer dan 3,4 per miljoen diensten of producten. Bij 4σ bijvoorbeeld ligt het aantal fouten op 6.200 per miljoen mogelijkheden. De waarde van 6σ staat symbool voor het streven naar (bijna) perfectie. De methode is vooral geschikt voor electieve zorg met een hoog volume aan standaardprocessen en mogelijkheden tot exacte resultaatmeting. Voordelen van Six Sigma liggen in het cijfermatig kunnen duiden van knelpunten en resultaten. De urologen O'Brien en collega's pleiten eveneens voor Six Sigma. Want het stelselmatig invoeren van statistische controle en analyses van de werkprocessen leverde uitstekende auto's op in de auto-industrie. Die had daaraan genoeg en geen behoefte aan randomized clinical trials.[6] Perla en collega's reiken een eenvoudig instrument aan voor die statistische controles en analyses.[7]

Parallel aan de ontwikkeling van Six Sigma is Toyota er dankzij *lean production* in geslaagd tot de tien grootste bedrijven ter wereld te behoren. Bij deze slanke productie staat waardecreatie centraal. Van elke stap in een werkproces komt in de lean production de meerwaarde aan de orde. De leanfilosofie onderscheidt zeven basisvormen van verspilling. Zij staan vermeld in afbeelding 15.1 met daarbij een voorbeeld uit de zorg

1.	**Overproductie:** ziekenhuis doet alle diagnostiek over van huisarts
2.	**Wachten:** overbodig wachten op uitslagen
3.	**Transport:** overbodig transport van oncologiepatiënten tussen ziekenhuizen
4.	**Onnodige stappen:** het aanvragen van te veel ondersteunende diagnostiek
5.	**Voorraad:** te veel verschillende types materialen en instrumenten
6.	**Beweging:** als polikliniek en diagnostisch laboratorium ver van elkaar afliggen, neemt de loopafstand voor zorgprofessionals toe
7.	**Defecten:** als zorgprofessionals hun werk op de juiste manier doen, zijn er minder heropnamen nodig

Afbeelding 15.1. Zeven basisvormen van verspilling binnen de leanfilosofie
Bron: Gebaseerd op Rouppe van der Voort MBP et al., 'Duurzame procesverbetering met de "lean"-filosofie', *Nederl Tijdschr Geneesk*, 2013, 157, A5541.

ter illustratie. Benders en collega's geven zeven uitstekende voorbeelden van lean denken in de zorg.[8] Minister Schippers heeft in 2013 een meldpunt (http://verspillingindezorg.nl) ingesteld waarop medio 2014 patiënten en professionals al meer dan 20.000 verspillingen in de zorg hebben gemeld.[9]

Door haar revolutionaire benadering reduceerde Toyota tussenvoorraden en de wachttijden voor activiteiten binnen de fabriek. Het woord toyotisering kwam in zwang. Een ander begrip dat hierin past is KOOP ofwel het 'klantorderontkoppelpunt': het punt tot waar de klantorderbehoefte doordringt in een bedrijf. Voor KOOP wordt op voorraad ingekocht en geproduceerd. Na KOOP gebeurt dit op basis van de klantorder. Vertaald naar patiëntenzorg gaat het hier enerzijds om planning zonder dat de professional de specifieke patiënt kent en anderzijds om de specifieke planning op basis van patiëntbehoeften.

In de jaren tachtig combineerde Toyota haar aanpak met die van Six Sigma van Motorola. In Nederlandse zorgorganisaties is 'lean Six Sigma' sinds 2000 een ingeburgerde term. In hun handboek noemen Vissers en Beech deze aanpak een wenkend perspectief voor de ziekenhuiszorg.[10] Borghuis-Lub vergelijkt lean Six Sigma en de theory of constraints voor de zorgpraktijk.[11] Beide vullen elkaar aan.

Behalve toyotisering kwam in de jaren negentig het concept op van *business process redesign* (BPR). De start hiervoor kwam van artikelen van de Amerikanen Hammer[12] en van Davenport en Short[13]. Zij onderscheiden bij werkprocessen twee kenmerken:

1 zij hebben klanten binnen of buiten de organisatie; en
2 zij lopen door de organisatie heen en overschrijden veelal grenzen van afdelingen of divisies.

Hun artikelen hadden een enorme invloed op het Amerikaanse bedrijfsleven. Vele artikelen en boeken baseerden zich op BPR. Amerikaanse en Canadese ziekenhuizen introduceerden in de jaren negentig BPR. De Nederlandse gezondheidszorg kent vanuit de BPR-filosofie sinds 2005 zorgpaden. Een definitie van dit begrip staat vermeld in afbeelding 5.2 in hoofdstuk 5 over geboortezorg. Zorgpaden zijn thans populair dankzij de BPR-benadering en door het ontstaan van multidisciplinaire richtlijnen voor brede ziektebeelden, zoals de Soncoz-normen in de oncologie. Thans biedt de opkomst van geavanceerde IT-systemen een derde stimulans: patiënten zijn kwantitatief en inhoudelijk te volgen tijdens hun traject door zorgorganisaties. *Het zorgpadenboek*, waaraan ik zelf meewerkte, bevorderde in Nederland de invoering van deze paden. In Leuven stimuleert de European Pathway Association (EPA) van Chris Verhaecht en Walter Sermeus de verspreiding van dit gedachtegoed.[14] Interessante beschouwingen over de invoering van zorgpaden bevat het boek van Van Loy en De Groot[15].

Al met al is dankzij het bedrijfskundig denken de productiviteit van de Nederlandse ziekenhuizen in de afgelopen decennia enorm toegenomen. Als de werkprocessen daarbinnen in 2008 dezelfde waren gebleven als in 1978, zouden 132.000 bedden nodig zijn geweest. Het echte aantal is 37.247.[16]

BEDRIJFSKUNDIGE MODELLEN LEIDEN TOT PROCESINNOVATIES

Niet alleen zorgpaden kwamen voort uit de hierboven beschreven bedrijfskundige modellen. Ook focusklinieken, *one stop shops*, taakherschikking en telezorg zijn loten van dezelfde stam. Zij passeren hieronder de revue.

1 Een *focuskliniek* richt zich op één brede patiëntengroep (zie uitvoerig paragraaf

16.4).[17 18] In Nederland zijn het Oogziekenhuis Rotterdam en het Antoni van Leeuwenhoek te Amsterdam voor patiënten met kanker voorbeelden van dergelijke klinieken. In het buitenland zijn het Shouldice Hospital in Toronto, de Coxa-kliniek in Finland en de hartkliniek Narayana Health in Bangalore (India) goede voorbeelden.[19] De eerste richt zich uitsluitend op laparoscopische liesbreukoperaties en ontvangt duizenden patiënten per jaar die een liesbreukoperatie moeten ondergaan. Hier werken speciaal opgeleide basisartsen en geen chirurgen. De tweede bedient de helft van de Finnen die een heupoperatie moeten ondergaan. Dankzij goed ontworpen zorgpaden zonder bottlenecks en de statistische procescontrole van Six Sigma leveren zij zorg tegen lage kostprijzen en hoge kwaliteit. De derde kliniek voerde in 2012 veertig hartoperaties per dag uit bij Indiase patiënten.[20] Vanwege de lage tarieven behandelt deze kliniek ook vele patiënten uit het buitenland.

2 De *one stop shop* is een kliniek voor diagnostiek waar patiënten op één dag verschillende zorgprofessionals ontmoeten. Aan het einde van de dag komen de verschillende professionals bijeen voor een multidisciplinair overleg en komen zij, indien enigszins mogelijk, tot een diagnose en behandeladvies. Het Utrechtse Sylvia Tóth Centrum is een voorbeeld hiervan. Hier ontmoeten jonge kinderen met complexe neurologische aandoeningen en hun ouders op één dag diverse experts en vernemen zij kort daarna de diagnose van de hoofdbehandelaar. Mijn collega's en ik evalueerden dit centrum: het levert betere, snellere en goedkopere zorg.[21]

3 *Taakherschikking* kwam al uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 7 over de eerstelijnszorg en in hoofdstuk 14 over spoedzorg. Hier verbreed ik de daar genoemde voorbeelden over nurse practitioners die taken van huisartsen overnemen en over SEH-artsen die hetzelfde doen bij chirurgen naar alle vormen van electieve zorg. Standaardisering van deze zorg levert mogelijkheden op voor kennismanagement: het inzetten van niet te veel en niet te weinig kennis en ervaring van zorgprofessionals bij specifieke zorgpaden. Recentelijk gaf Tromp-Meester een vergelijking van de competenties van anesthesisten in opleiding met die van physician's assistants (PA's).[22] Ook hier blijkt dat veel zorg over te hevelen is van medisch specialisten naar PA's.

4 Bij *telezorg* zijn zorgprofessional en patiënt fysiek niet bij elkaar op dezelfde plaats en/of tijd. Dankzij internetgebruik verandert het zorgtraject aanzienlijk. Ten eerste kunnen patiënten dan online afspraken maken en vooraf (in het preconsult) hun gezondheidsklacht aangeven en via een checklist een zelfanamnese uitvoeren. Dit verandert de inhoud van een face-to-faceconsult. De arts focust bij telezorg op afwijkingen in de checklist. De aanvullende anamnese duurt daardoor een stuk korter. Daarna zijn er in het zorgtraject zelf mailcontacten en screen-to-screenconsulten mogelijk. Dit vereist het creëren van digitale wachtkamers voor als een digitaal spreekuur uitloopt. Deze aanpak leidde ertoe dat bij Kaiser Permanente thans telezorg onderdeel vormt van electieve zorg aan 75 procent van de patiënten.[23] Het aantal face-to-faceconsulten op poliklinieken liep met 30 procent terug.

STANDAARDISEREN EN ZORG-OP-MAAT GAAN SAMEN IN MENUGESTUURDE ZORG

De hierboven genoemde procesinnovaties hebben geleid tot grote kwaliteitsverbeteringen en kostenreductie. Op basis van literatuurstudies constateren verschillende onderzoeksgroepen dat zorgpaden meestal het aantal complicaties in ziekenhuizen reduceren, de ligduur verkorten en de kosten verlagen.[24 25 26] Het eerdergenoemde *Het*

zorgpadenboek doet hetzelfde op basis van zestien casestudies. Opvallend is dat ook patiënten baat bleken te hebben bij een goed vooraf uitgeschreven zorgpad. De tekst erover gebruiken zij als een reisgids die aangeeft wat er gaat gebeuren in hun zorgtraject. Andere publicaties komen eveneens tot veelbelovende uitkomsten van procesinnovaties voor specifieke vormen van electieve zorg.[27] Amerikaanse auteurs verwachten een grote revolutie in de electieve zorg dankzij:

1 het gebruik van grote statistische bestanden (Six Sigma!);
2 telezorg; en
3 verdergaande standaardisering.

Ik noem Christensen en collega's met hun disruptieve zorginnovaties[28], Topol met zijn digitale zorgrevolutie[29] en Mayer-Schönberger & Cukier met hun *big data revolution*.[30] Zij komen in paragraaf 16.4 ruimschoots aan de orde.

De Groningse hoogleraar Ahaus (health care management) gaf op een zorgpadencongres in 2014 aan dat er een grens is aan standaardisering in de zorg. Immers, de ene patiënt met dezelfde zorgbehoefte is de andere niet: *one size does not fit all*. Het afnemen van de PAM-vragenlijst (*Patient Activation Measure*, zie ook paragraaf 8.5 over chronische zorg) is hiervoor een uitstekend meetinstrument.[31] Al naar gelang de PAM-score kan patiënten een modulair zorgpad aangeboden worden. Ik ben het met hem eens. Wij moeten van gestandaardiseerde zorgpaden overstappen naar menugestuurde zorg: afhankelijk van de medische zorgbehoefte, de PAM-score en de omgeving van de patiënt biedt de zorgprofessional een aangepast zorgpad aan. Dit zorgmenu lijkt op het zorgplan dat zorgprofessionals samen met mensen met een chronische aandoening jaarlijks opstellen.

De genoemde critical path method, theory of constraints, lean Six Sigma en business process redesign vormden in de jaren vijftig en negentig van de vorige eeuw een verschuiving ten opzichte van het paradigma van het wetenschappelijke management van Taylor (gebaseerd op voor- en nacalculatie van producten en diensten) en ten opzichte van het bureaucratiemodel van Max Weber (dat uitgaat van hiërarchische structuren, duidelijk verdeelde verantwoordelijkheden per unit en met voor alle medewerkers dezelfde geldende regels). Grote zorgorganisaties en zorgverzekeraars hanteren tegenwoordig het model van de professionele bureaucratie van Mintzberg dat een mix vormt van de modellen van Taylor en Weber. Het volgende hoofdstuk gaat nader in op de vraag of er een organisatiemodel mogelijk is op basis van de in deze paragraaf genoemde bedrijfskundige inzichten van samenhangende zorgprocessen.

Dat er een periode van circa vijftig jaar ligt tussen de wetenschappelijke ontwikkeling van de critical path method enerzijds en de genoemde thans zo bejubelde zorgpaden anderzijds hoeft niet te verbazen. In de wetenschapsgeschiedenis blijken vaak decennia te liggen tussen ontdekking (zoals van de stoommachine in 1705 door de Engelsen Newcomen en Calley) en innovatie (bijvoorbeeld het eerste commerciële stoomschip in 1809 van de Amerikaan Fulton). In de Amerikaanse gezondheidszorg blijkt een tijdsduur van zeventien jaar te bestaan tussen de ontdekking van een geneesmiddel of een andere innovatie en de brede verspreiding daarvan in de zorg. Voor bedrijfskundige innovaties geldt dat ook. In de jaren zeventig van de vorige eeuw waren onderzoekers van de Technische Universiteit Eindhoven al bezig met wat thans zorglogistiek heet. Niet eerder dan in deze jaren zijn geschikte, multidisciplinaire richtlijnen en informatietechnologie beschikbaar om toepassingen te faciliteren. Ik merk op dat

verbetercycli zelden op de juiste wijze verlopen.[32] Ook kan het gebeuren dat zorgpaden leiden tot kwaliteitsverslechtering omdat de wetenschappelijke onderbouwing onvoldoende is.[33]

15.3 OVERDIAGNOSE: EEN ARTS BEHANDELT GEEN AFWIJKINGEN

Electieve zorg start met het stellen van een diagnose. Drie goed leesbare boeken en een overzichtsartikel tonen aan dat bij veel patiënten overdiagnose en overbehandeling plaatsvinden en dat zij te vaak medicatie krijgen voorgeschreven.[34 35 36 37] Moynihan en collega's geven een definitie van overdiagnose: deze treedt op indien mensen zonder symptomen of klachten worden gediagnosticeerd voor een ziekte die ze niet hebben of krijgen. Er bestaat een verschil tussen overdiagnose en onjuiste diagnostiek. Onjuiste diagnostiek betreft ten eerste het onterecht aanvragen door artsen van diagnostische verrichtingen. Het is een vorm van verspilling. Onjuiste diagnostiek hoeft dus niet per

Astma: onderzoek toont aan dat 30 procent van de Canadese patiënten met astma deze diagnose niet heeft. 66 procent heeft geen medicatie nodig
ADHD: een verbreding van de definitie van dit ziektebeeld leidt ertoe dat kinderen die aan het eind van het schooljaar zijn geboren 30 procent meer kans hebben op deze diagnose en 40 procent meer kans hebben op medicatie, terwijl zij alleen maar drukker zijn door hun iets lagere leeftijd
Borstkanker: bij een derde van de door screening ontdekte kankers is sprake van overdiagnose
Chronische nierziekten: bezorgdheid over overdiagnose bij vele ouderen
Zwangerschapsdiabetes: overdiagnose bij één op de vijf zwangeren
Hoge bloeddruk: een systematisch review toont aan dat overdiagnose vaak voorkomt
Hoog cholesterol: volgens sommige studies treedt overdiagnose op tot 80 procent van de gediagnosticeerde patiënten met te hoge bloeddruk
Longkanker: bij een kwart van door screening ontdekte longtumoren is sprake van overdiagnose
Osteoporose: verbreding van de definitie van deze aandoening leidt tot behandeling van vrouwen met een laag risico
Prostaatkanker: het risico van overdiagnose bedraagt 60 procent
Longembolie: toegenomen scherpte bij röntgendiagnostiek leidt tot ontdekking van kleine embolieën die eigenlijk geen behandeling vereisen
Schildklierkanker: er is een toename in incidentie maar die wordt verklaard door overdiagnose

Afbeelding 15.2. Voorbeelden van overdiagnose
Bron: R. Moynihan et al., 'Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy', *BMJ* 2012;344:e3502 doi: 10.1136/bmj. In dit artikel staan verwijzingen naar wetenschappelijke artikelen ter onderbouwing van de in deze afbeelding genoemde voorbeelden.

se te leiden tot overdiagnose. Daarna kan onjuiste diagnostiek het volgende betreffen: a. het niet achterhalen van alle benodigde informatie over een patiënt, en b. een incorrecte interpretatie van een testresultaat. Singh en collega's stellen in 2014 vast dat medisch specialisten op de polikliniek onjuiste diagnostische beslissingen nemen bij één op de twintig volwassen Amerikanen.[38] Zij stelden dat vast door de genomen diagnosebeslissingen te laten checken met decision-supportsystemen.

In 2012 publiceerde Zwaan in haar proefschrift dat onjuiste beslissingen ook in Nederland voorkomen.[39] Bij 66 procent van 247 patiënten die met kortademigheid in het ziekenhuis kwamen, namen artsen één of meer suboptimale beslissingen bij het stellen van een diagnose. In de meeste gevallen leidden de suboptimale beslissingen niet tot een onjuiste diagnose omdat er toch voldoende informatie beschikbaar was om tot de juiste diagnose te komen.

Deze paragraaf gaat over overdiagnose. Afbeelding 15.2 toont enkele voorbeelden daarvan. Hoofdstuk 2 over jeugd(gezondheids)zorg gaf al enkele voorbeelden van overdiagnose, namelijk van een te grote mate van psychopathologisering door ouders, huisartsen en jeugdhulpverleners. Hoofdstuk 11 spreekt van de diagnostische inflatie van de geestelijke gezondheidszorg.

Deze inflatie is een metafoor voor het feit dat de omschrijving van ziektebeelden zich geleidelijk verruimt. Behalve van overdiagnostiek is er internationaal ook sprake van overbehandeling en overwaardering daarvan. Zo berekende een team van Liverpoolse onderzoekers dat de internationale daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten slechts voor een klein deel komt door cardiologische ingrepen. Even belangrijk zijn: a. betere bewaking van de bloeddruk, b. reductie van het tabaksgebruik, c. betere hartrevalidatie, en d. toegenomen fysieke activiteiten.[40]

Eén specifiek voorbeeld van overbehandeling kan ik goed volgen omdat ik daarbij als econoom wetenschappelijk betrokken was. Dit betreft het implanteren van een cardioverter-defibrillator (ICD). Dat is een apparaat dat een elektrische schok afgeeft bij een hartstilstand. Het aantal ICD's dat in Nederland wordt geregistreerd nam toe van ruim 2.000 in 2005 naar ruim 6.000 in 2010.[41] De stijging van het aantal ICD's is goed te verklaren omdat de indicatiestelling hiervoor op twee manieren is verruimd. Aanvankelijk kregen alleen patiënten die al eerder een reanimatie of ander acuut hartritme-incident hadden ervaren zo'n ICD. Er moest sprake zijn van een ernstige hartritmestoornis veroorzaakt door erfelijkheid, verzwakte pompfunctie en/of verstoring van de aansturing van het hart. De keuze bestond uit of het plaatsen van een ICD of een levenslang verblijf op de hartbewaking. Als econoom hielp ik bij het opstellen van een kosteneffectiviteitsanalyse. Die was gunstig: een maand verblijven op de hartbewaking was duurder dan het implanteren van een ICD. Bovendien konden patiënten dan thuis verblijven. Het apparaat werd toen geplaatst ter preventie van recidive met een hoge kans dat het in de eerstkomende jaren een keer zou afgaan. Geleidelijk werd de indicatie verruimd naar patiënten met hartfalen in het algemeen. Maar er bestaat slechts een geringe relatie tussen hartfalen (dat vele andere oorzaken kan hebben dan hartritmestoornissen) en een hartstilstand. Verder vond verruiming plaats van de maximale functie waarbij een ICD werd geplaatst: van 30 procent van de gebruikelijke pompfunctie (zoals thans in de Verenigde Staten geldt) naar 35 procent. Dat leidde ertoe dat tegenwoordig slechts één op de veertien ICD's in de drie jaar na plaatsing nodig is en een reanimerende schok geeft. Dat was in de beginperiode een op de vijf. Bovendien gaan de ICD's ook wel eens af bij palliatieve patiënten die rustig hadden willen inslapen.[42]

Tegenwoordig ijveren twee brede bewegingen van Amerikaanse artsen voor betere diagnostiek. De Society to Improve Diagnosis in Medicine (SIDM, zie www.improvediagnosis.org) organiseert vele congressen en studies over dit onderwerp. De SIDM stelt dat in de Verenigde Staten één op de tien diagnoses onjuist is en dat één op de duizend letsel veroorzaakt bij patiënten. De organisatie Choosing Wisely (zie www.choosingwisely.org) bundelt vele medische beroepsverenigingen. Zij streeft na dat zorgprofessionals en patiënten wijs kiezen voor diagnostiek die a. gebaseerd is op evidentie, b. geen doublure vormt van reeds verrichte diagnostische tests, c. geen letsel oplevert voor de patiënt, en d. echt noodzakelijk is. Choosing Wisely heeft al haar aangesloten verenigingen gevraagd vijf diagnostische tests te benoemen die veelal overbodig zijn. Op de genoemde website staan prachtige voorbeelden daarvan. Deze aanpak is inmiddels overgewaaid naar Nederland, waar ZonMw samen met de Orde van Medisch Specialisten en zeven medische beroepsverenigingen inmiddels ook zeven keer vijf overbodige tests benoemde. De aanpak staat bekend onder het acroniem Seeenez: stimuleer effectieve en elimineer niet-effectieve zorg. De gezamenlijke website van ZonMw en de Orde van Medisch Specialisten heet www.verstandigkiezen.nu.

OVERDIAGNOSE HEEFT ZES OORZAKEN

Moynihan en collega's onderscheiden zes oorzaken van overdiagnose (afbeelding 15.3).

Voor de wetenschappelijke onderbouwing verwijs ik naar hun heldere artikel. Hier licht ik alleen het eerste punt in deze afbeelding toe. Dysplasieën komen in vele organen voor: in de longen, het netvlies, de heup. Dysplasieën van het weefsel zijn aanwezig in bijvoorbeeld de baarmoeder, de prostaat, de borst, de huid en de darm. Screening bij deze laatste vijf aandoeningen leidt ertoe dat er vele worden ontdekt. Sommige van deze leiden tot kanker. Theoretisch zou dergelijke screening moeten leiden tot minder sterfte aan kanker. Welnu, dat is niet het geval, zo tonen de gerenommeerde kankeronderzoekers Welch en Black aan.[43] Er is sprake van overdiagnose die hoge extra kosten veroorzaakt. Hoofdstuk 10 over oncologische zorg gaat nader in op dit vraagstuk van

1.	Betere beeldvormende interventies en betere laboratoriumtesten tonen meer afwijkingen (vakjargon: dysplasieën) aan
2.	Commerciële en professionele financiële belangen
3.	Medische beroepsverenigingen verbreden de definities van ziekten en hun indicaties voor behandeling
4.	Een arts die een diagnose mist, wordt wettelijk en maatschappelijk zwaarder gestraft dan een arts die een overbodige diagnose stelt
5.	Financiële prikkels stimuleren tot het uitvoeren van meer diagnostische tests en behandelingen
6.	Burgers geloven dat meer diagnostiek en vroege interventies beter zijn. De risico's daarvan temperen dit geloof niet

Afbeelding 15.3. Zes oorzaken van overdiagnose

Bron: R. Moynihan et al., 'Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy', *BMJ* 2012; 344. doi: 10.1136/bmj.

meer screening zonder daling van de mortaliteit. Moeten artsen en patiënten toch wat vaker wachten totdat er symptomen optreden en leren leven met risico's? Is zorgvuldig afwachten (*watchful waiting*) een optie die vaker in de besluitvorming tussen arts en patiënt naar voren moet komen?

Het tegengaan van overdiagnose bij electieve zorg is mogelijk door meer onderzoek naar het al dan niet uitgroeien van dysplasieën tot tumoren. Andere maatregelen zijn volgens Moynihan en collega's:

1 beter medisch onderwijs over de risico's van screening;
2 het ontwikkelen van richtlijnen en beslisbomen om incidentele afwijkingen (deze heten in humorvol Engels: *incidentalomen*) niet te behandelen;
3 het beperken van de invloed van de farmaceutische- en beeldvormende industrieën op de richtlijnontwikkeling van medische beroepsgroepen;
4 het hanteren van striktere checklists om te komen tot een diagnose waarmee sluipende verruiming van het indicatiegebied voor geneesmiddelen en chirurgische ingrepen is tegen te gaan. Het werken met checklists is afkomstig uit de luchtvaart.[44] Over het nut van checklists bij diagnostiek en behandeling heeft bestsellerauteur Atul Gawanda een meeslepend boek geschreven.[45] Dat hij gelijk had, blijkt uit enkele evaluaties van toepassingen van checklists.[46 47] Wel merken Urbach en Leape op dat het top-down afdwingen van checklists niet werkt: het gaat erom dat de acties die daaruit voortvloeien, uitgevoerd worden.[48 49] Afbeelding 16.3 in het volgende hoofdstuk plaatst de checklist in het geheel van maatregelen om richtlijnentrouw van artsen te bevorderen.

Ten slotte wijs ik op nog vier andere mogelijkheden om overdiagnose tegen te gaan die nog niet genoemd zijn door de voornoemde buitenlandse auteurs:

1 Onderzoek naar regionale verschillen in gestelde diagnoses per 100.000 inwoners is een eerste mogelijkheid, aldus zowel DBC-Onderhoud als Westert en collega's.[50 51] Het bespreken van die verschillen levert een goudmijn aan tips op om overdiagnose te verminderen.
2 Het vooraf beter informeren van patiënten over risico's van ingrepen tempert bij patiënten de vraag naar overbehandeling.[52]
3 In navolging van de Nederlandse onderzoeker Lamberts doe ik de suggestie om patienten vaker te bevragen over hun ervaringen na diagnosestelling en behandeling; in vakjargon: over hun PROM's (*patients reported outcome measures*).[53] Verbeterde de kwaliteit van leven na de ingreep? Verdween de pijn? Functioneerde het orgaan waarover klachten werden geuit beter na de ingreep? Volgden de patiënten een noodzakelijke leefstijlverandering op voor, tijdens en na de ziekenhuisopname? Bijvoorbeeld afvallen bij een indicatie voor een totale knieprothese na de ingreep?[54]
4 Gezamenlijke richtlijnen van huisartsen en specialisten gaan verwijzing naar specialisten tegen. Fleuren geeft een mooi voorbeeld hoe dat werkt bij een gemeenschappelijk verwijsprotocol van huisartsen en neurologen bij lage rugpijn van patiënten.[55] Ik merk op dat dergelijke richtlijnen nog beter zouden werken indien ook patiëntvertegenwoordigers zouden participeren in de ontwikkeling ervan.

Ik sluit deze paragraaf af met de bevinding van de Amerikaanse onderzoekers Henriksen en Brady die ik graag onderschrijf: het terugdringen van overdiagnose is een belangrijk inhoudelijk en economisch vraagstuk dat alleen aan te pakken is met vele verschillende, elkaar ondersteunende beleidsinstrumenten.[56]

15.4 WACHTTIJDEN NIET OPLOSSEN MET EXTRA GELD MAAR DOOR WEGNEMEN VAN BOTTLENECKS

In meer dan de helft van de OESO-landen bestaan thans wachttijden voor de electieve zorg, aldus Siciliani en collega's in een lijvig OESO-rapport dat per land wachttijden in de zorg beschrijft.[57] Zij waarschuwen dat de wachttijden weer gaan toenemen in de OESO-landen door de economische crisis. Nederland kende die vooral in de jaren negentig. Pim Fortuin besteedde er in zijn boek *De puinhopen van acht jaar Paars* grote aandacht aan en won mede daardoor op eclatante wijze de verkiezingen.[58]

Voor vele beleidsmensen en politici van nu vormen de wachtlijsten van die jaren een traumatische ervaring. Het budgetteren van de zorg (zie paragraaf 16.6) mag nooit meer leiden tot het ontstaan van lange wachttijden, luchtbruggen en aandacht trekkende rechtszaken over zorgplicht van zorgverzekeraars om te voorzien in voldoende electieve ingrepen. Daarom zit er ook een klein volumetarief in het cappuccinomodel.

Om wachttijden tegen te gaan, heeft Nederland sinds de jaren negentig diverse beleidsinstrumenten ingezet.

1 Onder het boter-bij-de-visbeleid van minister Borst ontvingen ziekenhuizen met wachtlijsten incidenteel extra geld indien zij een wachtlijst wegwerkten, bijvoorbeeld door enkele weekeinden door te opereren.
2 Algemene maximale wachtnormen kwamen tot stand voor electieve ingrepen. Deze staan bekend als de Treeknormen. Voor poliklinieken mag een afspraaktermijn zo maximaal vier weken duren. In 2012 haalde 15,4 procent van de ziekenhuispoli's deze norm niet (2009: 24,1 procent). Voor alle vormen van diagnostiek geldt dat de wachttijden in 2012 binnen de Treeknorm vallen. Hetzelfde geldt voor alle electieve behandelingen op drie na: borstreconstructie, buikwandcorrectie en borstverkleining.[59]
3 Zorgverzekeraars richtten afdelingen zorgbemiddeling op. Een verzekerde die klaagt over een te lange wachttijd wordt bemiddeld naar een ander ziekenhuis.

Bovengenoemde drie Nederlandse maatregelen komen ook voor in andere OESO-landen, aldus de eerdergenoemde Siciliani en collega's. Andere maatregelen die zij tegenkomen in hun studie zijn de volgende.

1 Engeland en Finland geven boetes aan ziekenhuizen met te lange wachttijden. De OESO-onderzoekers noemen dit *target-and-terror*beleid. Zij merken op dat zorgprofessionals hiervan zeer ontevreden worden en dat dit beleid in de genoemde landen niet lang stand hield.
2 Een andere beleidsmaatregel is het automatisch toestaan aan patiënten op een lange wachtlijst om in het buitenland zorg te gebruiken. Zo krijgen Portugezen een *free ticket* naar bijvoorbeeld Spanje als de wachttijd 75 procent bedraagt van de maximaal toegankelijke tijd. In Portugal zijn de wachttijden van alle ziekenhuizen voor alle ingrepen in te zien via een website met zoekmachine voor reisafstand en wachttijd voor de ingreep. Patiënten kunnen zelf kiezen wat zij willen: sneller aan de beurt maar dan langer reizen of andersom.

De OESO-onderzoekers merken ten slotte op dat het inzetten van extra geld bij aanwezigheid van te lange wachttijden averechts werkt. Want dat lokt nu juist langere wachttijden uit. Het is beter om in te zetten op algehele productiviteitsverhoging van zorgorganisaties, door bijvoorbeeld het aanleggen van zorgpaden of het wegnemen van bottlenecks met behulp van de eerdergenoemde theory of constraints. Indien de economische crisis voortduurt, is niet te ontkomen aan klinische prioriteitenstelling, aldus de OESO-onderzoekers. Maar dat vereist een cultuuromslag bij de bevolking, medewerking van artsen en andere zorgprofessionals alsmede politieke moed bij zorgverzekeraars en regering.

Ook ikzelf heb negatieve herinneringen aan de lange wachttijden die de budgettering van de zorg opriep in de jaren negentig. In de jaren tachtig had ik die bepleit als volgeling van de grondlegger van de Nederlandse gezondheidseconomie prof. Lou Groot. In het volgende hoofdstuk en ook in voorafgaande hoofdstukken kies ik opnieuw daarvoor, maar voor slechts 80 à 85 procent. Dat is het eerdergenoemde cappuccinomodel. Nu pleit ik ervoor om een kleine volumeprikkel te behouden: voor 10 procent van het inkomen. Daarnaast geldt een innovatieprikkel van 5 à 10 procent.

PUNCTUALITEIT VAN DE AFSPRAKEN KAN BETER

Als een trein of een vliegtuig ernstig is vertraagd, kan een reiziger een schadeclaim indienen. Patiënten die veel langer moeten wachten in een wachtkamer van huisarts of specialist, kunnen dat niet. Ze krijgen evenmin een gratis kopje koffie of uitleg om het wachten aangenamer en acceptabeler te maken. Waar het hier om gaat, is de punctualiteit bij het nakomen van de gemaakte afspraken en het aangenamer maken van de wachttijd. De punctualiteit is te verhogen door spoedzorg te scheiden van electieve zorg. Dat is mogelijk in grotere ziekenhuizen met voldoende bedrijfsdrukte voor beide. Specialisten en operatiekamers zijn in deze instellingen in te zetten voor óf spoedzorg óf electieve zorg. Dan wordt de punctualiteit van deze laatste zorg hoger en komen afzeggingen van totale operatieprogramma's alleen voor bij grootschalige opvang van spoedpatiënten.

Het Gelre ziekenhuis te Zutphen tracht de punctualiteit op een andere manier te verhogen; het werkt met aanmeldzuilen op de poliklinieken die de aankomsttijd registreren. Patiënten ontvangen een kaartje met een barcode erop. Bij binnenkomst en verlaten van de spreekkamer of andere ziekenhuisfaciliteiten scannen zij de barcode. In de wachtkamer lezen patiënten af hoeveel minuten het spreekuur is vertraagd. Dat levert de mogelijkheid om in het ziekenhuis koffie te drinken of te shoppen, kortom om hun wachttijd aangenamer door te brengen. Met dit systeem realiseerde het genoemde ziekenhuis besparingen omdat het kon volstaan met kleinere wachtkamers. Dit systeem biedt ook de mogelijkheid om een sms'je te sturen: dan kunnen patiënten later van huis of langer shoppen. Het voordeel van het werken met barcodes en aanmeldzuilen is ook dat het ziekenhuis vele gegevens verzamelt om daarmee het aantal patiënten per uur en per specialist aan te kunnen passen aan gemiddelden uit het verleden. Hoofdstuk 7 over de eerste lijn bevat een vergelijkbaar voorbeeld van een virtuele wachtkamer voor huisartsen waarbij patiënten uit de wijk via een sms'je vernemen dat zij over vijftien minuten aan de beurt zijn.

Ik merk op dat online afspraken maken leidt tot een grotere punctualiteit van de kant van patiënten. Hun *no-show rate* halveert, zo leren ervaringen van het Flevoziekenhuis in Almere. Want patiënten maken dan hun eigen afspraken in een rustiger setting (achter de

PC thuis) dan aan de balie van een polikliniek of via de telefoon. Zij kiezen een eigen gunstig moment voor de afspraak en zijn dan makkelijker in staat hun afspraak na te komen. Het no-showpercentage bij polikliniekafspraken bedroeg 3,3 procent[60] in 2013 (2012: 4,0 procent) en is ook op andere manieren dan via online afspraken maken te verlagen.[61]

Thans zijn afspraken voor poliklinieken en voor dagbehandeling redelijk punctueel. Volledige afzegging vindt zelden plaats en vertraging loopt zelden op tot meer dan een uur. De afspraken voor klinische ingrepen met een opname van meer dan één dag zijn minder punctueel. Soms gebeurt een opname een week eerder, want 'er is nu onverwachts toch een plaatsje in het operatieschema'. Soms is de opname later dan gepland, want 'spoedpatiënten gingen voor'. Ham en collega's experimenteerden in 2003 in vijftien NHS-ziekenhuizen met een punctueel afsprakensysteem voor klinische opnamen.[62] Negen van de tien opnamen moesten worden uitgevoerd op de afgesproken dag: niet eerder en niet later. In één van de vijftien ziekenhuizen slaagde dit experiment. Hier werkten specialisten in leidinggevende posities *con amore* mee met deze proef. Dat was niet het geval in de andere veertien instellingen.

15.5 DE TRANSITIES VANUIT HET ZIEKENHUIS NAAR DE EERSTE LIJN

Stel dat patiënten zonder overdiagnose (paragraaf 15.3) en zonder wachttijden (paragraaf 15.4) van een medisch specialist electieve zorg ontvangen volgens moderne logistieke inzichten. De zorg wordt dus lean verleend, zonder bottlenecks, met zoveel mogelijk taakherschikking en volgens een optimaal zorgpad (paragraaf 15.2). Er komt dan een moment dat patiënten het ziekenhuis verlaten. Vroeger was dat het moment van het ziekenhuisontslag. Maar dat woord is verouderd. Het heeft de negatieve connotatie van ontslaan van personeel, van oprotten. Tegenwoordig heet dat moment de *transitie*, *overdracht* of *overgang* naar een andere zorgprofessional. Een huisarts, revalidatiearts of wijkverpleegkundige bijvoorbeeld. Want na het verlaten van het ziekenhuis is vaak de eerste weken nazorg nodig. Die overgang is niet eenvoudig. In een studie over transmurale zorgpaden constateren Røsstad en collega's vijf barrières bij transities van ziekenhuis naar eerste lijn (zie afbeelding 15.4). Ook Berendsen en collega's[63], Brian en collega's[64] en Coleman en Berenson[65] constateren dergelijke knelpunten. De Nederlander Hesselink benoemt in 2013 een aantal interventies om de kwaliteit van de overgangen te verbeteren: het tijdig schrijven van een duidelijke ontslagbrief, ontslagplanning, betrokkenheid van zowel eerste- en tweedelijns zorgverleners in de follow-up na ontslag, het gebruik van elektronische ontslagberichten naar huisartsen en (beveiligde) toegang voor huisartsen naar relevante informatie gerelateerd aan de zojuist ontslagen patiënt.[66] [67] Hij vond bij deze interventies statistisch significante effecten in: reductie van ziekenhuisheropnames en verbetering van de fysieke of sociaal-emotionele toestand van de patiënt.

Deze barrières maken het moeilijk om multidisciplinaire zorgpaden vanuit het ziekenhuis per specifieke patiëntengroep door te trekken naar de eerste lijn, al is dat niet onmogelijk zoals blijkt uit een opzet van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (zie www.nvvcconnect.nl). Gemakkelijker is het om werkafspraken te maken over alleen de medische zorg na ziekenhuisopname. De Federatie van Medische Coördinatiecentra (FMCC) en vooral haar federatielid Zorggroep Zwolle heeft hiertoe een website (www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl) ingericht met vele in den lande gemaakte werkafspraken tussen huisartsen en specialisten.

Barrière	Specialistische zorg	Eerstelijnszorg
Perspectief voor patiënt	Grote verandering in korte tijd	Kleine veranderingen over een langere periode
Beoordeling door professional	Diagnostiek met behulp van veel technologie	Beoordeling van functionele beperkingen, patiëntenvoorkeuren en de mate van zelfmanagement
Ziekte	Meestal aandacht voor één ziekte	Gelijktijdige beoordeling van alle ziekten
Richtlijnen	Vele richtlijnen per ziekte en per specialist	Weinig richtlijnen voor patiënten met multimorbiditeit. Individueel zorgplan belangrijker
Rol van de patiënt	Passief. Specialist beslist vaak eenzijdig	Patiënt is thuis de baas. De focus is gericht op het hervatten van dagelijkse activiteiten

Afbeelding 15.4. Barrières bij de overgang van patiënten vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn
Bron: T. Røsstad et al., *Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study*, BMC Health Services Research 2013, 13:121/1472-6963.

Voor de transitie van patiënten naar de eerste lijn of andere zorgorganisaties beschikken de meeste Nederlandse ziekenhuizen thans over transferpunten met transferverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden. Veelal heeft het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ, zie paragraaf 9.5) hen gemandateerd om indicaties te stellen voor de AWBZ. Voor de Wmo hebben zij veelal mandaat van omringende gemeenten. Een ziekenhuis met 400 bedden heeft al gauw een transferpunt met 10 formatieplaatsen en met 10-15 overplaatsingen per dag.

De transferpunten hebben een grote bijdrage geleverd aan het terugdringen van de verkeerde-bedproblematiek van ziekenhuizen. Er bestaat thans een kennisnetwerk waarbinnen transferverpleegkundigen elkaar informeren over financiële, juridische, logistieke en andere barrières bij de overgangen van ziekenhuispatiënten. Per 1 januari 2015 dreigt er een niemandsland te ontstaan tussen de domeinen waarover Zorgverzekeringswet, AWBZ/Wlz en Wmo gaan (zie uitgebreider paragraaf 9). Dat heeft als resultaat dat geen van de drie wetten sommige kosten van nazorg voor zijn rekening neemt. Daardoor verblijven patiënten op sociale indicatie langer dan nodig in het ziekenhuis. De verkeerde-bedproblematiek zou na jaren dan weer toenemen. De eerste die dat binnen enkele dagen merken, zijn transferverpleegkundigen die hun patiënten niet uitgeplaatst krijgen. Zij vergelijken zichzelf daarom met de kanariepieten in de kolenmijnen die luid krijsen bij gebrek aan zuurstof en daarna overlijden.

Tot zover de bespreking van logistieke aspecten, overdiagnose, wachttijden en transitie bij electieve zorg. Nu volgen twee paragrafen over kostprijsberekeningen en betaling van deze zorg.

15.6 KOSTPRIJZEN VAN ELECTIEVE ZORG EN PRIJSCONCURRENTIE

Omdat electieve zorg vaak eenvoudige ingrepen betreft en te standaardiseren is, leent deze zich voor prijsconcurrentie. Spataderoperaties, staaroperaties, totale heup- en knieprotheses waren de laatste jaren dan ook de voorbeelden voor gereguleerde marktwerking. Thans bestaan er meer zelfstandige behandelcentra voor electieve zorg dan ziekenhuizen. In 2010 telde Nederland 313 van deze centra: 173 hoofdvestigingen met in totaal 140 filialen.[68] In 2010 verleenden deze ZBC's 2,3 procent van alle medisch-specialistische zorg. Ze bevinden zich vooral in de Randstad en bieden hoofdzakelijk electieve zorg voor de specialismen plastische chirurgie, anesthesiologie, allergologie, orthopedie, dermatologie en oogheelkunde. Van de ZBC-bestuurders werkt 40 procent als specialist in een ziekenhuis. De ZBC's hanteren gemiddeld 10 procent tot 15 procent lagere tarieven dan ziekenhuizen. Ze scoren goed op logistieke aspecten, bejegening en andere serviceaspecten. Hun medische kwaliteit gaat vooruit maar is nog niet goed genoeg, aldus een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg van 2012.[69] In 2011 voldoet 48 procent van de ZBC's aan een kwaliteitskeurmerk van HKZ, ISO, NIAZ of ZKN. De laatste afkorting betreft de koepel Zelfstandige Klinieken Nederland. Het siert deze organisatie dat zij een streng keurmerk heeft ingesteld. Zorgverzekeraars hebben ZBC's aanvankelijk aangemoedigd. Nu willen ze niet meer investeren in overcapaciteit in de regio en stellen het criterium kwaliteit centraler.

Om op de prijs van een interventie te concurreren is kennis van de kostprijs daarvan noodzakelijk. Afbeelding 15.5 toont vijf methoden om kostprijzen te berekenen.

Ik heb de methoden verzameld uit alle studies die ik heb begeleid. Ter verduidelijking geef ik steeds een voorbeeld dat gaat over totale knievervanging uitgevoerd op een operatiekamer (OK). De vijf methoden hebben alle hun voor- en nadelen die ik in dit boek niet uitgebreid behandel. De eerste twee methodes komen traditioneel vaak voor in zorgorganisaties. ABC (*activity-based costing*) is geschikt voor zorgorganisaties met veel verschillende soorten zorgverlening. Aannemers, schildersbedrijven en garagehouders werken allen met ABC. Voor patiënten is ABC het gemakkelijkste te begrijpen. Een overzicht met tijdsbesteding en tarieven per zorgprofessional, per e-mail naar hen verzonden, maakt het mogelijk kostenbewustzijn te bevorderen en hun een controlefunctie te geven.

Business case modelling is van belang bij zorginnovaties. Lineair modelleren betekent hierbij dat vanuit missie en doelstellingen kortetermijndoelen worden afgeleid die uiteindelijk leiden tot een businesscase voor een nieuw product. Non-lineair modelleren houdt in dat alle aspecten van de businesscase tegelijkertijd aan bod komen tijdens diverse ontwerpvergaderingen. Zoals alle figuren op een schilderij op canvasdoek tegelijk een plaats krijgen, zo krijgen in de niet-lineaire canvasaanpak alle aspecten tegelijk aandacht.[70] Maatschappelijke businesscases houden niet alleen rekening met kosten voor de zorgaanbieder, maar ook met de (reis)kosten voor de patiënt, Ziektewetuitkeringen en kosten voor andere financiers van zorg- en dienstverlening zoals gemeenten. Een marginale kostprijs is van belang bij bezuinigingen: zelden levert reductie van 10 procent van bijvoorbeeld het aantal knievervangende operaties ook een kostenverlaging van 10 procent op. Meestal is dat minder omdat overheadkosten van het operatiekamercomplex gewoon constant blijven.

Het staat een zorgorganisatie vrij om boven of beneden de eigen kostprijs een specifiek tarief voor bepaalde electieve zorg in rekening te brengen bij de financier. Wil zij

Berekenmethode	Voornaamste rekenprincipe	Voorbeeld bij een knieprothese
1. Integrale kostencalculatie	Alle kosten worden meegenomen. Overheadkosten worden verdeeld op basis van verdeelsleutels. Dit heet kostenverbijzondering	De kosten van de inrichting van de OK worden versleuteld op basis van het aantal gebruikte uren voor de knieprothese-operaties
2. Direct costing	Alleen directe kosten worden gemeten. Voor de dekking van de overhead wordt een opslagpercentage gehanteerd dat voor alle interventies gelijk is	De kosten van al het OK-personeel worden opgehoogd met een percentage ter dekking van alle kosten voor de inrichting van de OK
3. Activity based costing (ABC)	Kosten per activiteit worden gemeten en in rekening gebracht	Van alle professionals wordt per activiteit bijgehouden hoeveel uren en minuten zij zich bezig hebben gehouden met de knieprothese-operatie. Bij elke activiteit hoort een apart uurtarief
4. Businesscase modelling	Ontwikkel-, voorbereiding en aanloopkosten worden apart toegerekend. Daarnaast zijn er kosten voor de uitvoering van de activiteit	Stel, een chirurgische ZBC start met knieoperaties in dagbehandeling. Het neemt alle kosten die vóór de start gemaakt zijn mee in de kostprijs van deze ingreep gedurende de eerste drie jaar van de uitvoering
5. Marginale kostprijs	Alleen de extra kosten van extra ingrepen worden berekend	Vanwege een te lange wachtlijst voert een ziekenhuis extra knieoperaties uit. Dit is boter-bij-de-visbeleid. De instelling brengt alleen de marginale kostprijs in rekening zonder overheadkosten die al gedekt worden uit de gewone productie

Afbeelding 15.5. Vijf manieren om kostprijzen te berekening van electieve zorg
Bron: zie tekst.

bijvoorbeeld een groter marktaandeel verwerven in knieoperaties, dan moet zij die goedkoop aanbieden, wellicht een aantal jaren onder haar eigen kostprijs. Heeft zij min of meer een monopoliepositie, zoals bij besteld ambulancevervoer, dan kan zij een tarief bedingen boven de kostprijs per rit en daardoor spoedvervoer onder de kostprijs aanbieden.

Op deze wijze hebben vele zorgorganisaties tarieven die soms boven en soms onder

de kostprijs liggen. In vakjargon: ze doen aan interne kruissubsidiëring. Ze onderscheiden hun producten in *feeders* (die opleveren) en *bleeders* (die geld kosten). Het stimuleert zorgaanbieders overschotten die zij overhouden op feeders te beschouwen als de in paragraaf 1.3 genoemde shared savings. Zorgverzekeraars zouden die dan niet onmiddellijk moeten afromen. De instellingen hebben deze overschotten op sommige producten nodig om de kwaliteit van andere vormen van zorg en innovatie te bekostigen.

In de Verenigde Staten bestaat een vergelijkingsite voor tarieven van electieve zorg.[70a] Volgens deze website is 22.720 dollar in 2014 een redelijke prijs voor een totale knievervanging in de Verenigde Staten. De website meldt echter ook dat in elke Amerikaanse staat zo'n operatie tegen goede kwaliteit mogelijk is voor circa 12.000 dollar. Daarvoor geeft de site (mail)adressen. Het verstrekken van dergelijke informatie heeft effect, zo blijkt uit een experiment onder 1.421 werknemers van een Amerikaans bedrijf.[71] DBC Onderhoud heeft in 2014 een eerste stap gezet door van een aantal ingrepen het gemiddelde DBC-tarief openbaar te maken.[72] Nog niet openbaar zijn de tarieven per ziekenhuis. Wat zou er gebeuren als Nederlandse zorgverzekeraars ook zo'n website ontwerpen en hun verzekerden 1.000 euro terugbetalen als zij kiezen voor een ziekenhuis met een laag tarief en toch goede electieve zorg? Wat zou ik graag deze vraag beantwoorden met behulp van een klein experiment in één regio met één zorgverzekeraar.

15.7 HET CAPPUCCINOMODEL IN DE ELECTIEVE ZORG

Het grote nadeel van betaling per verrichting bij electieve zorg is dat dit leidt tot een grotere omvang. Deze vorm van betalen is een volumeprikkel die niet past in een tijd waarin Nederland zoekt naar meer gezondheid voor hetzelfde geld. Maar de budgetfinanciering in de jaren negentig van de vorige eeuw, een betaling zonder volumeprikkel, leidde tot wachtlijsten zoals in paragraaf 15.4 is beschreven. Dit feit leidt naar het cappuccinomodel waarin een laag volumetarief overeind blijft. Deze ervaring is de reden om in paragraaf 15.4 te pleiten voor een lage volumeprikkel bij electieve zorg naast een abonnementstarief dat is gebaseerd op het te verwachten aantal electieve ingrepen van een bepaalde soort. Dit is het model waarmee de Finse Coxa-kliniek (zie paragraaf 15.2) werkt. De orthopeden aldaar maken een volumeafspraak met de financiële autoriteiten aldaar en spreken daarvoor een totaalprijs af. Indien zij meer heup- en knieoperaties uitvoeren, ontvangen zij een iets hoger honorarium over de extra operaties. Het cappuccinomodel omvat niet alleen een abonnementstarief en een laag volumetarief, maar ook een innovatietarief. Is er aanleiding om daarvan af te wijken omdat alom gepleit wordt voor een financiële kwaliteitsprikkel?

Een kwaliteitsprikkel staat in de literatuur bekend als pay-for-performance (P4P) en uitkomstbekostiging (*outcome financing*). De Tweede Kamer pleitte ervoor. De Kamer nam op 10 november 2011 een motie aan van CDA-Kamerlid Smilde om voor 2020 en zo mogelijk eerder deze kwaliteitsprikkel in te voeren.[73] Deze prikkel is op grote schaal geaccepteerd in de Verenigde Staten en Engeland.[74] De Amerikaanse staatsverzekeringen Medicare (voor 65-plussers) en Medicaid (voor mensen op het bestaansminimum) en tegenwoordig de Affordable Care Act betalen artsen en ziekenhuizen beter bij minder heropnamen en bijvoorbeeld minder postoperatieve infecties. In Engeland krijgen huisartsen beter betaald indien hun patiënten met diabetes gemiddeld een gunstiger HbA1C hebben. Ook in Zuid-Korea[75] vinden experimenten plaats met deze prikkel bij electieve eerstelijns- of medisch-specialistische zorg.

Paragraaf 1.3 van dit boek ging al in op P4P. In deze paragraaf gaat het om de toepas-

1.	Financiële beloning van specifieke taken ondermijnt in hoge mate de intrinsieke motivatie van professionals
2.	Symbolische beloningen (bijvoorbeeld een bos bloemen) bevorderen intrinsieke motivatie wel
3.	Financiële beloningen per persoon (en niet per groep van professionals) ondermijnen het teamwork en bevorderen egoïstisch gedrag
4.	Voor werk waarvoor geen P4P geldt, vermindert de intrinsieke motivatie
5.	Professionals haken af als de financiële beloningen hoog zijn, maar de te behalen kwaliteitsstandaarden onhaalbaar blijken

Afbeelding 15.6. Effecten van pay-for-performance-experimenten buiten de gezondheidszorg
Bron: S. Woolhandler & D. Ariely, Will Pay For Performance Backfire? Insights From Behavioral Economics, http://healthaffairs.org/blog/2012/10/11.

sing ervan. Welnu, deze heeft geen succes. Flodgren en collega's geven in een Cochrane Review uit 2011 aan dat alle onderzoek ernaar methodologisch zeer zwak is voor de aspecten generaliseerbaarheid en volledigheid.[76] In 2012 publiceerden Werner en collega's een grote studie naar de kwaliteitsverbetering na vijf jaar van 260 Amerikaanse ziekenhuizen ten gevolge van de invoering van P4P binnen Medicare en Medicaid.[77] Zij vergeleken deze met 780 ziekenhuizen die werkten zonder P4P. Na twee jaar presteerde de experimentele groep significant beter. Dat was al eerder aangetoond.[78] Na vijf jaar bestond er geen verschil meer tussen beide groepen: de scores voor de kwaliteit van de zorg waren voor beide groepen identiek geworden. Andere onderzoekers komen onafhankelijk tot vergelijkbare conclusies op basis van experimenten in de Verenigde Staten en Engeland: pay-for-performance levert nauwelijks of geen aantoonbare kwaliteitsverbetering op.[79 80 81 82 83 84] In maart 2014 nemen Doran en collega's afscheid van de Engelse P4P omdat de normstelling voor de betaling geen succes was. De bovengenoemde studies zijn alle empirisch van aard.[85] De psychologen Woolhandler en Ariely[86] benaderen de pay-for-performance vanuit de theoretische gedragseconomie zoals beschreven in paragraaf 1.2. Zij constateren dat er in de zorg tot nu toe geen grote randomized clinical trials zijn uitgevoerd. Voor de onderwijssector is dat wel het geval. P4P bleek niet te werken, ook al kregen leerkrachten 3.000 euro extra op hun jaarsalaris indien de rapportcijfers van hun leerlingen omhooggingen. Wel ontstond er vermindering van de intrinsieke motivatie. Ook gingen leerkrachten vaker manipuleren met rapportcijfers: de P4P stimuleerde de oneerlijkheid van de docenten. Op basis van een meta-analyse van 128 studies over P4P buiten de gezondheidszorg komen zij tot de conclusies die vermeld staan in afbeelding 15.6.

De auteurs voegen eraan toe dat precieze contracten tussen financiers en professionals over te behalen uitkomsten moeilijk op te stellen zijn. Dit leidt tot grote bureaucratie en tot veel controlewerkzaamheden van de financier als deze wil checken of de vereiste kwaliteitsstandaarden inderdaad behaald zijn. Die extra regelgeving leidt weer tot motivatieverlies bij professionals, aldus Woolhandler en Ariely. De laatste schreef hier een humorvol boek over met als thema: de eerlijke waarheid over oneerlijkheid.[87]

Op grond van de bovengenoemde empirische studies en de theoretische inzichten van de laatste twee auteurs is het onjuist dat ziekenhuizen worden betaald op basis van bijvoorbeeld mortaliteitscijfers, heropnames en postoperatieve ziekenhuisinfecties. Ik

wees daar ook al op in een van mijn vorige boeken over zorginnovatie.[88] Alleen baseerde ik mijn conclusie toen op een aantal Nederlandse casestudies en niet op internationaal onderzoek.

Wil deze conclusie nu zeggen dat kwaliteit geen rol kan spelen in het cappuccinomodel? Ik ben er inderdaad tegen dat uitkomstkwaliteit gemeten in termen van mortaliteit, heropnamen en postoperatieve infectie een rol speelt bij bekostiging van zorg. Voor structuur- en proceskwaliteit ligt dat anders. Die zijn eenvoudiger te meten dan proces- of systeeminnovatie. Ik licht dat toe met twee voorbeelden.

1 Een ziekenhuis heeft ketenafspraken met huisartsen, verpleeghuizen en thuiszorg over de in- en uitstroom van patiënten voor een totale knieprothese. Deze afspraken leiden tot een betere proceskwaliteit, namelijk meer continuïteit van zorg, kortere ligduur en specifieke indicatiestelling door huisartsen over kniepatiënten. Dit ziekenhuis komt in aanmerking voor het innovatietarief als beloning voor de innovatieve ketenafspraken.
2 Vijf ziekenhuizen en 200 huisartsen vormen samen een oncologisch-klinisch netwerk zoals beschreven in paragraaf 10.7. Zij kunnen met elkaar communiceren via beveiligde internetverbindingen. Er is sprake van een gemeenschappelijk digitaal patiëntendossier dat ook door de patiënt zelf is in te zien. De informatie is voortaan eerder dan de patiënt en vollediger dan vroeger bij de volgende zorgprofessional. De proceskwaliteit is hierdoor verbeterd. De zorgaanbieders in deze keten komen in aanmerking voor een innovatietarief vanwege al deze verbeteringen.

Al met al heeft het cappuccinomodel grote voordelen voor electieve ziekenhuiszorg boven de gebruikelijke betaling per DBC. Het remt de productie af, beloont extra productie enigszins en bevat een prikkel om te innoveren.

15.8 ALLE BEVINDINGEN OP EEN RIJ EN DE TRIPLE-AIMDOELEN

Paragraaf 15.1 over verschillen in definities van electieve zorg en spoedzorg levert als belangrijkste bevindingen op:

1 Electieve zorg verschilt van spoedzorg doordat de begintijd van deze zorgverlening vooraf te bepalen is. Het is zorg op afspraak.
2 Bij electieve zorg is serievorming mogelijk. Die biedt aanmerkelijke economies of scale en economies of scope.
3 Spoedzorg en electieve zorg concurreren binnen zorginstellingen.
4 Het gebruik van zorg op afspraak is meestal groter dan van spoedzorg.

Paragraaf 15.2 gaat over bedrijfskundige modellen voor electieve zorg. De belangrijkste bevindingen zijn:

5 Volgens de theory of constraints (ToC) komen in elk zorgproces bottlenecks voor. Hierdoor ontstaat er een plafond voor de capaciteit van een systeem. Een uur gewonnen op de bottleneck is een uur dat gewonnen is voor het totale proces. In Nederland passen onder meer het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein en het Sint Franciscus Gasthuis in Rotterdam de ToC toe.
6 Bij een waarde van 6σ (sigma) is het aantal fouten niet meer dan 3,4 per miljoen diensten of producten. In die zin staat de Six-Sigmabenadering symbool voor het streven naar (bijna) perfectie van de zorgprocessen. Bij deze aanpak staat het meten van afwijkingen centraal.
7 Bij de leanbenadering staat waardecreatie centraal. Van elke stap in een werkproces

komt in de leanproductie de meerwaarde aan de orde. De leanfilosofie onderscheidt zeven basisvormen van verspilling. Zij staan vermeld in afbeelding 15.1.

8 In de Nederlandse gezondheidszorg komen sinds 2005 zorgpaden voort vanuit de filosofie van business proces redesign (BPR). Zorgpaden zijn thans populair dankzij de BPR-benadering en door het ontstaan van multidisciplinaire richtlijnen voor brede ziektebeelden. Verder biedt de opkomst van geavanceerde IT-systemen een derde stimulans: patiënten zijn beter kwantitatief en inhoudelijk te volgen tijdens hun traject door zorgorganisaties. Zij kunnen zelf een zorgpadbeschrijving hanteren als een soort reisgids tijdens hun zorgtraject.

9 Niet alleen zorgpaden kwamen voort uit de hiervoor beschreven bedrijfskundige modellen. Focusklinieken, one stop shops, taakherschikking en telezorg zijn loten van dezelfde stam.

10 Standaardiseren binnen zorgpaden en zorg op maat gaan samen in menugestuurde zorg.

11 Een revolutie in de electieve zorg is te verwachten van het gebruik van grote statistische bestanden (Six Sigma!), telezorg en verdergaande standaardisering.

In paragraaf 15.3 komt de overdiagnose bij electieve zorg aan de orde.

12 Overdiagnose treedt op indien mensen zonder symptomen en klachten worden gediagnosticeerd voor een ziekte die ze niet hebben of krijgen.

13 Er bestaan zes oorzaken van het optreden van overdiagnose. Ze staan vermeld in afbeelding 15.3.

14 Om overdiagnose tegen te gaan staan de volgende beleidsinstrumenten ter beschikking:
- beter medisch onderwijs over de risico's van screening;
- (ontwikkelen van) richtlijnen en beslisbomen om incidentele afwijkingen niet te behandelen;
- het beperken van de invloed van de farmaceutische en beeldvormende industrieën op richtlijnontwikkeling;
- het hanteren van striktere checklists om te komen tot een diagnose;
- onderzoek naar regionale verschillen in gestelde diagnosen per 100.000 inwoners;
- het beter vooraf informeren van patiënten over risico's van ingrepen;
- patiënten vaker bevragen over hun ervaringen na diagnosestelling en behandeling.

Paragraaf 15.4 gaat in op de wachttijden bij electieve zorg. Ik stel het volgende vast:

15 In meer dan de helft van de OESO-landen bestaan thans wachttijden voor de electieve zorg.

16 De wachttijden nemen in de OESO-landen toe door de economische crisis.

17 Nederlandse beleidsmedewerkers, onderzoekers en politici hebben een trauma overgehouden aan de lange wachttijden die de budgettering van de zorg opriep in de jaren negentig van de vorige eeuw.

18 De punctualiteit van de afspraken in ziekenhuizen verbetert door spoedzorg te scheiden van electieve zorg en te werken met aanmeldzuilen op de poliklinieken.

19 Als patiënten zelf online afspraken maken, gaat hun no-show rate omlaag.

Paragraaf 15.5 over transities van ziekenhuispatiënten naar de eerste lijn bevat als belangrijkste bevindingen:

20 Bij de overgang van patiënten van het ziekenhuis naar de eerste lijn bestaan vijf barrières. Deze staan vermeld in afbeelding 15.4.

21 De transferpunten hebben een grote bijdrage geleverd aan het terugdringen van de verkeerde-bedproblematiek van ziekenhuizen.

22 Per 1 januari 2015 ontstaat een niemandsland tussen de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wmo. Dat heeft als gevolg dat geen van de drie wetten bepaalde kosten van nazorg voor zijn rekening neemt. Daardoor blijven patiënten op sociale indicatie langer dan nodig in het ziekenhuis. De verkeerde-bedproblematiek neemt na jaren dan weer toe, evenals de kosten.

Paragraaf 15.6 gaat over kostprijzen en prijsconcurrentie bij electieve zorg.

23 In 2010 telde Nederland 313 zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Zij verleenden 2,3 procent van alle medisch-specialistische zorg. De ZBC's hanteerden gemiddeld 10 tot 15 procent lagere tarieven dan ziekenhuizen. In 2011 voldeed 48 procent van de ZBC's aan een kwaliteitskeurmerk van HKZ, ISO of NIAZ.

24 Om op de prijs van een interventie te concurreren is kennis van de kostprijs daarvan noodzakelijk. Afbeelding 15.5 toont vijf methoden om kostprijzen te berekenen.

25 Het staat zorgorganisaties vrij om boven of beneden hun eigen kostprijs een specifiek tarief voor bepaalde electieve zorg in rekening te brengen bij de zorgverzekeraar.

Paragraaf 15.7 behandelt de voordelen van het cappuccinomodel. De belangrijkste conclusies zijn:

26 Het cappuccinomodel in de electieve zorg omvat een volumeafspraak voor een totaalbudget (abonnementstarief) plus een laag volumetarief voor extra productie.

27 Een innovatietarief voor verbeteringen in de proces- en structuurkwaliteit van electieve zorg maakt het cappuccinomodel compleet.

28 De Tweede Kamer nam op 10 november 2011 een kamerbrede motie aan om deze kwaliteitsprikkel voor 2020 in te voeren. De Verenigde Staten en ook Engeland hebben een dergelijke prikkel op grote schaal ingevoerd.

29 Twee jaar na de invoering werkten financiële kwaliteitsprikkels niet meer bij Amerikaanse ziekenhuizen. Ook in Engeland functioneerde deze vorm van financiering niet.

30 Redenerend vanuit de gedragseconomie en toepassingen buiten de zorg bestaan er vijf bezwaren tegen betaling voor uitkomstkwaliteit van electieve zorg. Ze staan vermeld in afbeelding 15.6.

ZIJN DE DRIE TRIPLE-AIMDOELEN TE REALISEREN ?

Bij het afsluiten van dit hoofdstuk (juni 2014) staan het toepassen van bedrijfskunde in zorgorganisaties, het terugdringen van overdiagnose, het voor 80 à 85 procent overstappen op budgetfinanciering voor electieve zorg en het beter betalen bij een betere proces- of structuurkwaliteit niet hoog op de agenda.

Dat geldt wel voor de vorming van regionale maatschappen, de spreiding versus concentratie van ziekenhuisfuncties en de fusies van ziekenhuizen. Dat maakt dat vele van de hiervoor genoemde dertig bevindingen niet aansluiten op de beleidsprioriteiten van juni 2014. Want de zorgsector is nog niet gedreven genoeg om de tering naar de nering

te zetten en te trachten meer gezondheid voor hetzelfde geld te realiseren. Belangrijker is het behoud van de inkomens van zorgprofessionals en hun organisaties. Vanuit deze observaties redenerend zijn de opgesomde beleidsmaatregelen niet te realiseren. Er ontbreekt veelal een gevoel van urgentie bij de overheid en het veld. Ook al is het medisch en bedrijfskundig mogelijk om electieve zorg met minder overdiagnose tegen lagere kosten en met meer kwaliteit aan te bieden.

Dat ik de voornoemde dertig bevindingen toch presenteer, heeft twee redenen. In de jaren tachtig van de vorige eeuw deed ik een literatuurstudie over budgettering in de jaren dertig.[89] Er verschenen in die jaren maar liefst vijf handboeken over dit onderwerp. Een motto uit die handboeken is mij altijd bij gebleven: *zoals nood leert bidden, leert depressie budgetteren*.[90] Als in de komende jaren geldgebrek het grootste probleem wordt voor de zorg, kan het niet anders zijn dan dat overdiagnose, bedrijfskundige theorieën en beleidsrijke betaalsystemen hoger op de agenda komen.

De tweede reden reikte auteur Gladwell mij aan. In zijn boek *David en Goliath* legt hij uit dat op termijn intelligentie het wint van macht en kracht. Hij baseert zich op wereldliteratuur. David won van Goliath met zijn handige slinger. Klein Duimpje won van de reus dankzij de zevenmijlslaarzen, Odysseus van de cycloop door zich Niemand te noemen. In Nederland is het Tom Poes die listen verzint en daarmee de rijke heer Bommel van advies dient. Verder ging Darwin uit van het principe van de *survival of the fittest* en niet van de *strongest*. De boeken van Darwin en Gladwell geven mij hoop dat al die intelligente publicaties die ik aanhaal (negentig in dit hoofdstuk en evenzovele in de andere hoofdstukken) ooit hoog op de beleidsagenda zullen komen. En misschien ben ik zelf wel Klein Duimpje of Tom Poes die de weg wijst met het cappuccinomodel.

Ik dank emeritus hoogleraar cardiologie van het UMC Utrecht Richard Hauer, cardiologe Caroline Lucas van het Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp en UMC Utrecht-cardioloog Mathias Meine voor hun inspirerende gesprekken tijdens de totstandkoming van dit hoofdstuk.

16

ZIEKENHUIZEN EN HUN ANTWOORD OP DISRUPTIEVE INNOVATIES

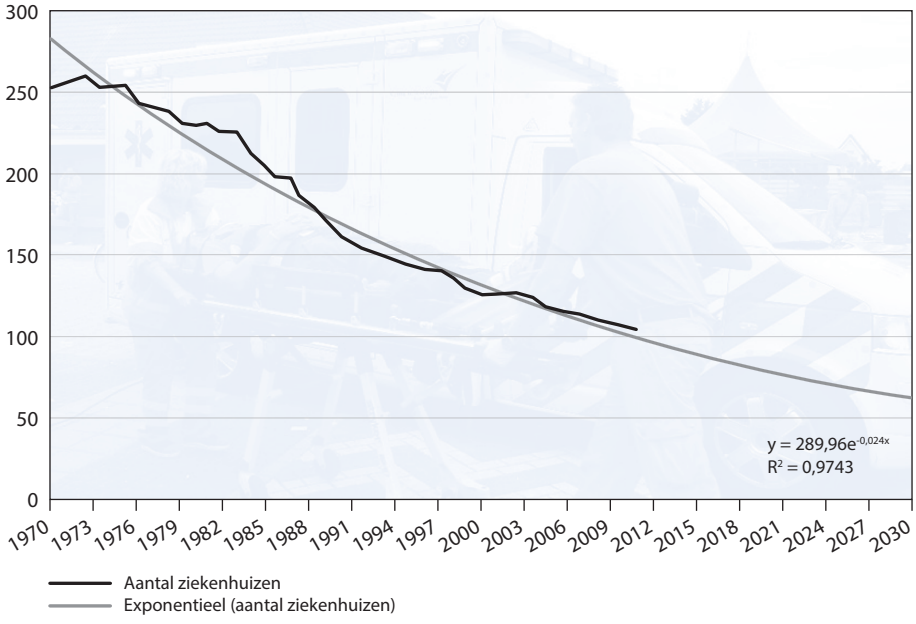
Dit hoofdstuk begint met enkele statistische gegevens over de ontwikkeling van Nederlandse ziekenhuizen (paragraaf 16.1). In paragraaf 16.2 komt een korte geschiedenis van de invoering van DBC's en DOT's aan de orde. Daarna volgen paragrafen met enkele theoretische modellen voor het functioneren van ziekenhuizen (paragraaf 16.3) en het optreden in de toekomst van disruptieve innovaties (paragraaf 16.4). Vanuit de theoretische modellen redenerend volgen besprekingen van het kwaliteitsbeleid (paragraaf 16.5) en het financiële beleid (16.6). Hoe kunnen ziekenhuizen zich aanpassen aan te verwachten disruptieve innovaties? Deze vraag komt aan bod in paragraaf 16.7. In de afsluitende paragraaf 16.8 passeren eerst de belangrijkste bevindingen in dit hoofdstuk de revue. Ten slotte volgt beantwoording van de centrale vraag van dit boek: zijn een betere gezondheid en een hogere kwaliteit van zorg te bereiken bij gelijkblijvende kosten? Hoewel dit hoofdstuk over grote ziekenhuisorganisaties gaat, zijn veel bevindingen en theoretische modellen ook van toepassing op grote organisaties in de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg en andere sectoren.

16.1 ZIEKENHUIZEN DOEN HET GOED VERGELEKEN MET ANDERE LANDEN

In 2012 telt Nederland 75 algemene, 23 categorale (gericht op een groep specifieke patiënten) en 8 academische ziekenhuizen.[1] In totaal zijn dat er 106. Het aantal locaties waar medisch-specialistische zorg wordt geboden, is aanmerkelijk groter. Zo zijn er in 2012 95 buitenpoliklinieken (gelegen buiten de hoofdvestiging van een ziekenhuis). Menig ziekenhuis met meer dan 500 bedden biedt diensten in verschillende nevenvestigingen aan. Hiermee geef ik aan dat bestuurlijke schaalvergroting niet hetzelfde is als geografische concentratie.

De genoemde aantallen voor 2012 wijken af van die voor 2006. Toen bedroeg het totale aantal ziekenhuizen geen 106 maar 119. De bestuurlijke schaalvergroting is niet iets van de laatste jaren. Zo bedroeg het totaal aantal ziekenhuizen 256 in 1970 (1980: 231, 1990: 169 en 2000: 136). Anno 2014 is er een fusiegolf die in alle delen van het land speelt. Nederland zal bij ongewijzigd beleid in 2032 circa 64 ziekenhuizen tellen (zie afbeelding 16.1).

Het pakket aan zorg dat ziekenhuizen aanbieden is al uitgebreid aan de orde gekomen in de hoofdstukken die gingen over chronische zorg (hoofdstuk 8), oncologische zorg (hoofdstuk 10), spoedzorg (hoofdstuk 14) en electieve zorg (hoofdstuk 15). Ik herhaal de statistische gegevens daarover niet en volsta met enkele algemene kengetallen



Afbeelding 16.1. Aantal ziekenhuisorganisaties 1970-2030
Bron: Statline.cbs.nl voor gegevens 1970-2012. De schattingen 2015-2030 zijn gebaseerd op eigen berekeningen volgens de aangegeven formule.

(afbeelding 16.2). Wat opvalt tot 2014 is dat: de meeste ziekenhuizen winst maken, jaarlijks de productiviteit stijgt, slechts weinig ziekenhuismedewerkers arts zijn (9 procent) en een minderheid van de medisch specialisten (43,1 procent) volledig vrij is gevestigd.

Vergeleken met andere West-Europese landen zijn Nederlandse ziekenhuizen efficient. Nederland heeft met 1,0 het minste aantal specialisten per 1.000 inwoners in 2009 (Duitsland 2,1, België 1,8).[2] Ik merk hierbij wel op dat beroepsverenigingen van medisch specialisten de manpowerplanning in Nederland ondersteunen om hierdoor schaarste te creëren en de inkomens hoog te houden. Het aantal ziekenhuisbedden is eveneens laag: 2,8 per 1.000 inwoners in 2009 tegen bijvoorbeeld 5,7 bedden in Duitsland. Ook op het aantal opnamen en de gemiddelde ligduur scoort Nederland gunstig ten opzichte van de rest van Europa. Het aantal chirurgische ingrepen per 1.000 inwoners is relatief laag, op twee soorten ingrepen na: het aantal tonsillectomieën ligt 72 procent hoger dan het Europees gemiddelde. Voor staaroperaties is dat acht procent. Zoals reeds vermeld in afbeelding 10.1 in hoofdstuk 10 over oncologie is de overlevingskans bij kanker niet gunstig ten opzichte van de buurlanden.

In de afgelopen dertig jaar gingen ziekenhuizen meer relaties aan met andere delen van de gezondheidszorg zoals instellingen voor preventie, de eerste lijn, de chronische zorg, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen kwamen in de betreffende hoofdstukken reeds aan de orde. Hier volsta ik met de bevinding dat ziekenhuizen anno 2014 niet meer als een geïsoleerd eiland kunnen functioneren.

- In 2012 bedragen de ziekenhuiskosten 26 procent van de totale kosten van de gezondheidszorg
- In 2011 telden de ziekenhuizen 210.000 voltijds formatieplaatsen
- De jaarlijkse kostengroei van ziekenhuizen en medisch specialistische maatschappen over de periode 2007 -2011 bedroeg 5,1 procent
- In 2012 ging 2,3 procent van het bruto binnenlands product naar de ziekenhuizen
- In 2012 bedroegen personeelskosten 58,3 procent van de ziekenhuiskosten, afschrijvingen 8,1 procent en overige bedrijfskosten 33,6 procent
- In 2012 maakten ziekenhuizen 2 procent winst als percentage van de omzet
- In 2012 draaide 11 procent van de ziekenhuizen met verlies
- In 2012 daalde het aantal verpleegdagen van ziekenhuizen met 5,8 procent, het aantal opnamen met 1,5 procent en het aantal eerste polikliniekbezoeken met 1,4 procent. Het aantal dagbehandelingen steeg met 2,2 procent
- Het aantal eerste polikliniekbezoeken in 2012 bedraagt 589 per 1.000 inwoners.
- De gemiddelde ligduur daalt van 5,8 dagen in 2008 naar 4,8 in 2012. Deze trendmatige daling is al jaren aan de gang
- Het aantal verpleegdagen per 1.000 inwoners daalt van 558 in 2008 naar 492 in 2012. Ook deze daling vindt al decennia plaats
- In 2012 werkt 65,9 procent van de ziekenhuismedewerkers in de patiëntenzorg en 34,1 procent in overheadfuncties
- Van de medewerkers in de patiëntenzorg is 49 procent werkzaam als (leerling-) verzorgende of verpleegkundige, 9 procent als arts of andere academische functie en 19 procent in overige functies zoals paramedische
- Van 2007 tot en met 2011 stijgt de productiviteit van ziekenhuizen (het aantal patiënten per voltijds formatieplaats) jaarlijks met 1,2 procent
- Van de 17.685 werkzame medisch specialisten is 43,1 procent vrijgevestigd en 40,0 procent in loondienst. De rest (16,9 procent) is zowel in parttime loondienst als parttime vrijgevestigd
- In 2010 bedraagt het aantal vrouwelijke specialisten 42,9 procent

Afbeelding 16.2. Enkele statistische gegevens over ziekenhuizen in Nederland
Bron: NVZ, *Zorg loont*, brancherapport algemene ziekenhuizen 2013, Utrecht, 2013.

16.2 HET NEDERLANDSE DBC-SYSTEEM IS UNIEK

Over de periode 1988-2004 werkten ziekenhuizen binnen een maximumbudget, vastgesteld door de zorgverzekeraar. Dit systeem staat bekend als functionele bekostiging en later als A-segmentbekostiging. Dit budget was opgebouwd uit een vast deel bestaande uit:

1 kosten van vastgoed (rente, afschrijving gebouwen en gebouwgebonden installaties);

2 het aantal inwoners dat aan het ziekenhuis wordt toegerekend; en
3 de capaciteit van het ziekenhuis uitgedrukt in aantal bedden en aantal erkende fulltime specialisten.

Het variabele deel was gebaseerd op het aantal opnamen, eerste polikliniekbezoeken, vervolgbezoeken aan de polikliniek en verpleegdagen. Voor de eerste drie producten golden nationale neventarieven. Voor de verpleegprijs gold een tarief dat zo hoog was dat het ziekenhuis kostendekkend kon draaien na aftrek van de inkomsten uit de neventarieven. De Nederlandse Zorgautoriteit en haar voorganger het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) stelden deze tarieven vast. De verpleegprijs kon van ziekenhuis tot ziekenhuis variëren en in hetzelfde ziekenhuis ook nog eens van jaar tot jaar. De verpleegprijs was dus alleen budgetvulling en had niets met de werkelijke kosten per verpleegdag te maken. Indien een ziekenhuis meer inkomsten verwierf dan de vier genoemde producten en toch winst maakte, verlaagde de zorgverzekeraar de verpleegprijs een jaar later om op die manier de winst alsnog af te romen.

De betaling van medisch specialisten vond tot 1995 plaats op basis van het aantal handelingen dat zij verrichtten tegen landelijk vastgestelde honorariumtarieven. Sinds 1995 is de koppeling met het aantal medische handelingen losgelaten en werd het honorarium op ziekenhuisniveau vastgesteld op basis van een lumpsumregeling. De maatschappen gingen voortaan een honorariumbudget ontvangen. Dit heette ook wel honorarium-budgetfinanciering.

De hier besproken functionele bekostiging en budgetfinanciering hadden als nadeel dat zij geen inzicht boden in de geleverde medische prestaties. Verder werkten zorgverzekeraars over de periode 1988-2005 met de kostenopbouw zoals die bestond in 1988. Ziekenhuizen die toen doelmatig waren, kregen een lage verpleegprijs. Niet-efficiënte ziekenhuizen behielden hun relatief hoge verpleegprijs. De aanwezigheid van een maximumbudget voor ziekenhuizen en medisch specialisten beperkte de kostengroei van ziekenhuizen en medisch specialisten over die periode. Ze waren de oorzaak van het ontstaan van wachtlijsten zoals beschreven in paragraaf 15.4.

In 1993 adviseerde een door het kabinet ingestelde commissie onder leiding van voormalig minister-president Biesheuvel om de prestaties van het ziekenhuis en van de medisch specialisten uit te drukken in zorgproducten. De tarieven voor die producten zouden gebaseerd worden op de tussen ziekenhuis en ziektekostenverzekeraar overeen te komen reëel te maken kosten, respectievelijk geleverde inzet van de medisch specialist.[3] Tegelijk pleitte de commissie-Biesheuvel voor managementparticipatie van medisch specialisten bij het produceren van deze producten. Immers die komen tot stand door gezamenlijke inspanning van ziekenhuis en specialist. Het duale management van resultaatverantwoordelijke eenheden werd geboren. De naam van zo'n zorgproduct ging diagnosebehandelcombinatie (DBC) heten. Bij een DBC betalen patiënten een gemiddeld tarief en niet voor alle verrichtingen apart. Het kan gebeuren dat zij meebetalen voor verrichtingen die zij niet ontvangen, bijvoorbeeld voor nucleaire diagnostiek die in hun specifieke geval niet nodig is. De ziekenhuizen voerden de DBC's eerst administratief in. Per 1 januari 2005, twaalf jaar later, gingen de eerste DBC's als betalingsgrondslag fungeren. Zij vormden het B-segment van de ziekenhuisbekostiging. In 2006 viel 10 procent van alle DBC's hieronder. Anno 2014 is dit percentage 100 procent.

In 2011 introduceerde minister Klink keten-DBC's die ook kosten vergoeden voor eerstelijnszorg aan mensen met chronische aandoeningen. Deze staan beschreven in

hoofdstuk 8. Deze gedachte verspreidde zich naar andere typen ketenzorg zoals spoedzorg, geboortezorg en ouderenzorg. De Nederlandse Zorgautoriteit liet in dat jaar uitzoeken of wetswijzigingen nodig zijn om dergelijke innovatieve betaalvormen te introduceren. Dat bleek niet zo te zijn: keten-DBC's, populatiegebonden bekostiging en geïntegreerde bekostiging zijn alle wettelijk toegestaan.[4]

Tot 2012 werkte de Nederlandse Zorg Autoriteit (die de zorgproducten definieert en aangeeft wat er precies onder valt) met ruim 30.000 DBC's. In dat jaar reduceerde zij dit aantal tot 4.400. Het nieuwe systeem staat bekend als de DOT-bekostiging, waarbij deze drie letters staan voor *D*BC's *O*p weg naar *T*ransparantie. De NZA maakt gebruik van een grouper: een computerprogramma dat uit geregistreerde activiteiten van specialisten DBC's afleidt conform door de NZA vastgestelde regels. Het systeem van DBC-zorgproducten rust op de ICD-10-classificering. Hierbij staat ICD voor International Classification of Diseases. Deze laatste harmonisatie maakte de DBC onafhankelijk van de soort specialist die hem opent. Ook zijn thans internationale tariefvergelijkingen mogelijk omdat de ICD-10-classificatie in veel landen in gebruik is. Kortom, specialisten hoeven hun patiënten alleen nog maar te voorzien van een ICD-code.

Ziekenhuizen en medisch specialisten declareren tot 2015 apart. Vanaf dat jaar ontvangen ziekenhuizen alle inkomsten voor een DBC.[5] Zij maken daarna contracten met hun specialisten over het aandeel dat zij ontvangen uit de DBC-inkomsten. Anno 2014 staat ter discussie of alle specialisten binnen een ziekenhuis hetzelfde moeten gaan verdienen en of zij wel of niet overgaan tot een vast dienstverband. Ook het vormen van regionale maatschappen, die aan meer dan één ziekenhuis hun diensten leveren, is een van de perspectieven. Want die maken het volgens sommige auteurs mogelijk om fiscaal zelfstandig ondernemer te blijven.[6 7]

Het laatste feit over de ontwikkeling van de DBC's en DOT's is dat zorgverzekeraars per 1 januari 2015 selectief DBC's kunnen inkopen ten behoeve van hun verzekerden. Die kunnen dan alleen terecht bij die ziekenhuizen bij wie hun zorgverzekeraar DBC's heeft ingekocht. Verzekerden vernemen voor 1 november welke ziekenhuizen in hun polis zijn opgenomen. Ik merk op dat dit geldt voor verzekerden met een naturapolis. Wie vrij wil blijven kiezen uit alle ziekenhuizen in Nederland is aangewezen op een restitutiepolis.

Tot zover een zo feitelijk mogelijke beschrijving van de korte geschiedenis van de invoering van DBC's en DOT's. In het maatschappelijke en politiek debat over de invoering van de DBC's kwamen sinds 1987 steeds vier onderwerpen naar voren, namelijk de relatie met 1. kostenbeheersing, 2. ketenzorg, 3. de selectieve inkoop, en 4. de privacy van patiënten. Ik geef hieronder mijn mening over deze vier onderwerpen.

1. DBC'S EN KOSTENBEHEERSING

Sinds de invoering van de DBC's zijn de kosten van ziekenhuiszorg en van medisch specialistische hulp niet gedaald. Wel is de prijs per DBC omlaaggegaan, maar het aantal DBC's nam toe, aldus Ickersheim in zijn proefschrift uit 2013.[8] Een andere onderzoeker, Krabbe-Alkemade, bevestigde deze conclusie in 2014 op basis van een groot empirisch onderzoek.[9] De verklaring hiervoor is dat de eerste jaren na de invoering van de DBC's (2006-2012) de regering het hanteren van een budgetmaximum losliet voor medisch specialisten en voor zelfstandige behandelcentra, zoals dat wel had gegolden over de periode 1995-2005. Dit loslaten leidde tot grote opbrengststijgingen voor algemene ziekenhuizen. Voor 2005 bedroeg die groei 4,9 procent in vergelijking tot 2004. Voor 2009

en 2010 was dat 8,0 procent en 9,4 procent. Daarna schafte de regering de openeindfinanciering af en gingen zorgverzekeraars weer over tot financiële kaderstelling voor ziekenhuizen. Dit werd bekrachtigd in een bestuurlijke akkoord van 2012. Sindsdien geldt een maximale groei voor specialistenhonoraria van 1,5 procent voor de periode 2012-2015. De ontwikkeling over de periode 1995-2010 stimuleerde mij om in dit boek te pleiten voor het cappuccinomodel voor zowel de spoedeisende zorg als de electieve zorg. Marktwerking alleen verlaagt de kosten van de zorg niet. Daarvoor is ook een financieel macrokader nodig. Het abonnementstarief – één van de drie tarieven van het cappuccinomodel – vertaalt dit kader naar ziekenhuizen. Het kleine volumetarief voorkomt wachtlijsten. Het innovatietarief zorgt ervoor dat ziekenhuizen en medisch specialisten zich blijven vernieuwen. De betekenis van de DBC's zit hem niet in de betere kostenbeheersing. Wel biedt de clustering van verrichtingen in DBC's een betere inzicht in ziekenhuisprestaties dan de vroegere budgetparameters.

2. DBC'S EN KETENZORG

Het Nederlandse DBC-systeem is uniek in de wereld, al komt het Australische systeem in de buurt van het tegenwoordige DOT-systeem. Andere landen hanteren het Amerikaanse Diagnosis Related Group system (DRG). Hierbij opent een medisch specialist pas een DBC bij opname van de patiënt. Voor poliklinische consulten en ondersteunende diagnostiek betalen zorgverzekeraars in andere landen aparte tarieven. Nederlandse specialisten kennen geen aparte tarieven om te adviseren aan bijvoorbeeld een huisarts (en niet te behandelen). Dat remt transmurale samenwerking af. Daarom deden in 2011, zoals reeds vermeld, keten-DBC's hun intrede. Maar die golden slechts voor enkele doelgroepen en niet voor alle personen met chronische aandoeningen. De nadruk van de DBC's op behandelen maakt het aantrekkelijk voor een specialist om een DBC te openen die tot behandelen leidt. Een gesprek voeren met een terminale kankerpatiënt dat leidt tot afzien van behandeling is financieel niet aantrekkelijk. Of zoals wijlen oudminister Els Borst zei: in de zorg bestaat geen kijk- en luistergeld. Hoofdstuk 11 over oncologische zorg ging hierop uitvoerig in.

3. DBC'S EN SELECTIEVE INKOOP

De selectieve inkoop ofwel beperking van de vrije artsenkeuze bestond al sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. Vanaf dat jaar gold de regel dat patiënten 20 tot 30 procent moeten bijbetalen indien zij zorg betrekken van een ziekenhuis zonder contract met hun zorgverzekeraar. In 2014 werd dit percentage van 20 tot 30 procent verhoogd tot 100 procent. Ik plaats hierbij twee kanttekeningen. Ten eerste vind ik de ophef in de massamedia hierover overdreven: de inperking van de vrije artsenkeuze bestond al. Ten tweede: de verhoging naar 100 procent is overbodig. Volgens de gedragseconomische theorie laten patiënten zich al beïnvloeden door een kleine financiële prikkel. Een eigen bijdrage van 20 tot 30 procent is voldoende voor veel patiënten om af te zien van een ziekenhuis zonder contract met hun eigen zorgverzekeraar.

4. DBC'S EN DE PRIVACY VAN PATIËNTEN

Het laatste probleem doet zich voor rond de privacy van de patiënt. De DBC-codes worden voor declaratiedoeleinden overgedragen aan de zorgverzekeraars. Omdat de verzekeraars via de nota diagnoses kunnen herleiden, bijvoorbeeld van psychiatrische aandoeningen, bestaan er zorgen over de scheiding van informatie binnen een

verzekeringsmaatschappij die naast zorgverzekeringen ook levensverzekeringen en andere financiële producten aanbiedt. De beste oplossing voor dit privacyprobleem is het sluiten van een verzekering bij een zorgverzekeraar die niet actief is buiten de zorg.

Met deze kanttekeningen bij vier onderwerpen eindigt deze paragraaf. Ik merk op dat een uitgebreide evaluatie van de invoering van de DBC's tot nu toe ontbrak. Het is na acht jaar tijd om over deze vier en andere onderwerpen eens te reflecteren en op basis daarvan zo nodig te komen tot bijstellingen.

16.3 THEORETISCHE MODELLEN OM HET FUNCTIONEREN VAN ZIEKENHUIZEN TE BEGRIJPEN

In de loop van mijn carrière ben ik negen modellen tegengekomen om het functioneren van ziekenhuizen te analyseren (afbeelding 16.3). Ze komen in deze paragraaf aan de orde.

In een *professionele bureaucratie* hebben zorgprofessionals zoals artsen en verpleegkundigen hun eigen richtlijnen en regelgeving. Het ziekenhuis wordt aangestuurd door professionals. Mintzberg heeft dit model uitgewerkt.[11] In Nederland is Weggeman[12] de grote pleitbezorger. Amerikaanse ziekenhuizen aangestuurd door vooral professionals scoren hoog op kwaliteit en kostenbeheersing.[13 14 15] Professionele leiders spelen hier een hoofdrol. De cultuur is extern professioneel gericht en niet zozeer op de behoeften van klanten in de omgeving.

In het *onderhandelingsmodel* onderhandelen alle geledingen van het ziekenhuis met elkaar. In dit model zijn zorgprofessionals klanten van de leiding die aanbieders zijn van overheaddiensten. Leiding en professionals onderhandelen steeds met elkaar. De Harvard Negotiations Rules[16] en het model van *total quality management*[17] vormen de basis van dit model.

In het *kastemodel* heeft elke beroepsgroep een eigen beroepseer en eigen symbolen. De arts in witte jas met eruit bungelende stethoscoop heeft de hoogste status en de patiënt in pyjama de laagste. Binnen een kaste heerst een familiecultuur. Leden houden elkaar de hand boven het hoofd of er heersen familievetes en stammenoorlogen. Dit

1.	De professionele bureaucratie
2.	Het onderhandelingsmodel
3.	Kastemodel
4.	Bureaucratische hiërarchie
5.	Commercieel bedrijf
6.	Non-profit organisatie
7.	Hypocriete organisatie
8.	Complex adaptief systeem
9.	Het S- en P-model

Afbeelding 16.3. Theoretische modellen voor het functioneren van ziekenhuizen
Bron: zie tekst.

model komt voort uit de interpretatieve sociologie en met name uit het symbolisch interactionisme.[18]

In de *bureaucratische hiërarchie* van Max Weber is de raad van bestuur van het ziekenhuis de eindverantwoordelijke voor alle handelingen. Dit model staat haaks op de professionele bureaucratie. De verantwoordelijkheidstoedeling staat centraal in dit model. De planning- en controlcyclus is een belangrijk instrument voor verantwoordelijkheidsoverdracht en beleidsdelegatie. De cultuur is intern gericht en niet flexibel.

Het ziekenhuis als *commercieel bedrijf* gaat uit van consumentensoevereiniteit en van kansen op de markt. Intern zijn taakherschikking en reductie van overhead van groot belang om de prijzen laag te houden. Het ziekenhuis hanteert een marketingprofiel met klantwaarden (bijvoorbeeld *customer's intimacy*) om daarmee een specifieke groep patiënten aan te trekken.

Het ziekenhuis als *non-profitorganisatie* heeft als missie om te voorzien in de medisch-specialistische zorgbehoeften van de (regionale) bevolking die het bedient. Er heerst een moreel besef als borging van publieke belangen.[19] In Nederland komt regelmatig het concept naar voren van de maatschappelijke onderneming. In juli 2009 heeft de minister van Justitie een wetsvoorstel ter goedkeuring naar het parlement gestuurd opdat de maatschappelijke onderneming na goedkeuring uiteindelijk kan worden opgenomen in het Burgerlijk Wetboek. Het is later ingetrokken en afgevoerd van de politieke agenda.[20]

Het ziekenhuis als *hypocriete organisatie* is een model van de Zweedse managementexpert Brusson.[21] Vanuit de optiek van de raad van bestuur van het ziekenhuis zendt de instelling verschillende externe boodschappen uit. Naar de raad van toezicht en de zorgverzekeraar is dat bijvoorbeeld boodschap A, in massamedia is dat boodschap B en naar de medewerkers is dat boodschap C. Idealiter geldt A = B = C. Als dat niet het geval is, is er sprake van een hypocriete organisatie. Zweedse ziekenhuizen in de jaren 1989-2002 horen daar vaak bij, aldus Brusson. De leiding hoort te streven naar A = B = C en moet anders toegeven dat er verschillende werkelijkheden bestaan. Dit model roept associaties op met de hybride organisatie en verschillende culturen per divisie.

Het ziekenhuis als *complex adaptief systeem* is een model waarbij het ziekenhuis zich constant aanpast aan de omgeving. Er is geen leiding maar een organische, bijna biologische ontwikkeling. De verwezenlijking van het medisch-specialistische werk vindt plaats in de spreekkamer. In een belangrijk rapport van het Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm*, krijgt deze benadering de nodige aandacht.[22]

In het *S-model* is het ziekenhuisaanbod georganiseerd naar medische specialismen. Er wordt bijvoorbeeld een cluster snijdende vakken onderscheiden naast beschouwende vakken. Een matrixorganisatie zorgt ervoor dat er toch een verband bestaat tussen deze clusters. Het *P-model* deelt afdelingen in het ziekenhuis in naar specifieke zorgbehoeften, ongeacht het specialisme. Zo'n P-modelziekenhuis kent bijvoorbeeld een intensive care, een acute-opnameafdeling en een divisie oncologie. Medisch specialisten hebben in dit model werkplekken en aanstellingen bij verschillende afdelingen. In Nederlandse ziekenhuizen overheerst het S-model en wint het P-model aanhang. Hattinga Verschure heeft dit laatste model in 1971 uitgedacht.[23]

DE THEORIEËN ZIJN ALLEMAAL WAAR, MAAR...

De negen theorieën sluiten elkaar niet uit. Ze benadrukken steeds één of meer aspecten van het functioneren van het ziekenhuis. De lezer die zorginnovatie wil bevorderen, moet al deze modellen kennen, herkennen en kunnen hanteren gericht op de al eerder in dit boek genoemde drie doelstellingen: een betere gezondheid, een hogere kwaliteit van zorg en gelijkblijvende kosten.

Bij elk model past een eigen cultuur die varieert: meer of minder extern gericht en meer of minder flexibel. Zo past bij een ziekenhuis als commercieel bedrijf externe gerichtheid op de markt en interne flexibiliteit. Bij een hiërarchisch ingesteld ziekenhuis is er sprake van een grote interne gerichtheid en weinig flexibiliteit. Het voert te ver om al deze modellen te vergelijken. Mijn persoonlijke voorkeur ligt bij een mix van de volgende modellen: non-profitziekenhuizen met professionele bureaucratie en het P-model. Maar vaak vereist het invoeren van innovaties rekening houden met al deze modellen.

16.4 DISRUPTIEVE INNOVATIES DIE HET ZIEKENHUISWEZEN BEDREIGEN

De term disruptieve innovatie wordt gebruikt als deze een gehele bedrijfstak of grote delen daarvan ten gronde richt. Zo maakte de zeilvaart op het Verre Oosten door de toepassing van de stoommachine plaats voor stoomboten. De uitvinding van de benzinemotor verdreef de postkoets. De komst van de telefoon verdreef het verzenden van telegrammen. Van meer recente aard is het verdwijnen van de klassieke fotofilmindustrie zoals Kodak ten gevolge van de introductie van de digitale camera. Een nog recenter voorbeeld betreft het teloorgaan van videotheken door het mogelijk worden van het downloaden van films van het internet. Ook reisbureaus verdwenen grotendeels door een disruptieve innovatie: reizigers gingen zelf via het internet reizen boeken.

Het is de Oostenrijkse/Amerikaanse econoom Joseph Schumpeter die in 1942 wees op het verschijnsel dat om de vijftig jaar grote innovaties de bestaande samenleving ingrijpend veranderen. Hij gebruikte daarvoor de term creatieve destructie en niet disruptie. Het woord *disruptive* betekent in het Engels ontwrichtend. Twee auteurs (Topol en Christensen) verwachten ontwrichting van het ziekenhuiswezen door de digitalisering. Ik vat hun dikke boeken hieronder heel kort samen ten behoeve van mijn eigen betoog over ziekenhuizen.

The Creative Destruction of Medicine is de titel van een bestseller die de ervaren cardioloog Topol in 2012 aan het einde van zijn carrière publiceerde.[24] Hij gebruikt de term creative destruction van Schumpeter. Topol geeft aan dat de digitalisering van de informatieopslag en -verzending leidt tot vier grote veranderingen. Het wordt ten eerste mogelijk om met behulp van sensoren binnen en buiten het lichaam continu het functioneren van het lichaam, bijvoorbeeld van het hart, te meten. Dit leidt tot precisiegeneeskunde. Ten tweede wordt het mogelijk alle genen van de individuele mens digitaal op te slaan. Hij spreekt in dit verband van de digitale mens met miljoenen genen die in grote digitale databestanden zijn te rubriceren en analyseren. Dit leidt tot *personalized medicine* (zie ook paragraaf 10.6). Ten derde verwacht Topol dat de digitalisering veel preciezere beeldvorming van organen mogelijk maakt. Hij verwacht dat organen driedimensionaal uitgeprint gaan worden en nanodeeltjes tumorcellen signaleren die zich via de bloedbaan willen gaan verspreiden. Dit verhoogt de effectiviteit van de zorg. Het vierde gevolg van de digitalisering van de informatieopslag en -verzending is dat een elektronisch gezondheidsdossier (EGD) mogelijk wordt waarvan patiënten eigenaar

zijn. Hij verwacht dat patiënten na een medisch consult specialisten verzoeken om de nieuwe data naar het EGD te sturen met behulp van een zogeheten blauwe knop op het toetsenbord van de arts. Onderbouwd met vele casestudies en eigen ervaringen geeft Topol aan dat de vier genoemde gevolgen niet zijn tegen te houden. Zoals de stoomboot de zeilvaart verdreef, zo vaagt de digitalisering het traditionele ziekenhuis en de traditioneel werkende specialist weg.

The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Healthcare is het tweede boek dat creatieve destructie verwacht. Clayton Christensen, hoogleraar aan de Harvard Business School, is daarvan de eerste auteur.[25] Hij en zijn collega's onderscheiden drie soorten bedrijven. Ten eerste zijn er *solution shops* die oplossingen bieden voor moeilijke problemen. Organisatieadviesbureaus, maar ook medisch specialisten als zij diagnosticeren, werken in een solution shop. Het tweede bedrijf voegt waarde toe door specifieke producten te maken of diensten te verlenen. Hij noemt zo'n bedrijf *value-adding process* (VAP) *business*. Focusklinieken (zie paragraaf 15.2) zijn voorbeelden van dergelijke bedrijven. Veel van de zelfstandige behandelcentra (ZBC's, uitvoerig besproken in paragraaf 15.6) zijn focusklinieken. Ten derde onderscheidt hij bedrijven die netwerken faciliteren: de *facilitated networks*. Voorbeelden van dergelijke bedrijven zijn onderlinge-verzekeringsmaatschappijen en telecommunicatiebedrijven. Binnen de zorg zijn netwerken van mensen met chronische aandoeningen hiervan een voorbeeld. Christensen en collega's stellen vast dat ziekenhuizen elk van deze drie bedrijven onderdak bieden. Op de polikliniek vindt vaak diagnostiek plaats. Dit is een solution shop. Op de operatiekamers vindt waardevermeerdering plaats, bijvoorbeeld bij een heupvervanging. Dit is een VAP-business. Netwerken van zorgprofessionals rond patiënten met chronische aandoeningen worden eveneens vaak gefaciliteerd door ziekenhuizen. Dat zijn facilitated networks.

De auteurs stellen voor om voor elk van de drie bedrijven andere businessmodellen te hanteren. Solution shops zouden een uurtarief voor de specialisten moeten hanteren. Dat wordt betaald om te komen tot een diagnose. Voor de VAP-business zou een prijs voor alleen de ingreep moeten gelden. Immers voor de diagnose is al betaald. Voor de netwerken voor mensen met een chronische aandoening vormt een abonnementstarief de uitkomst zoals ook telecommunicatiebedrijven tarieven per periode hebben. Christensen en collega's verwachten aanzienlijke besparingen op de overhead van ziekenhuizen als diagnostiek, behandeling en chronische zorg organisatorisch worden gescheiden en een eigen businessmodel krijgen.

Zij verwachten dat de meeste diagnostiek uit de ziekenhuizen verdwijnt door de komst van het internet. Huisartsen en specialisten buiten het ziekenhuis (die komen in de Verenigde Staten veel voor) kunnen in de toekomst makkelijker een diagnose stellen om drie redenen:

1 Zij kunnen via telemedicine raad vragen aan collega's in een ziekenhuis.
2 Beeldvormende diagnostische apparatuur wordt goedkoper en eenvoudiger te bedienen met behulp van sensoren en mobiele telefoons met specifieke app's.
3 Huisartsen en specialisten buiten het ziekenhuis gaan gebruikmaken van beslissingsondersteunende software. Daarin zijn beslisbomen opgenomen op basis van de laatste medische literatuur en op basis van analyses van big data zoals hierboven is beschreven.

Kortom, Christensen en collega's verwachten dat diagnostiek grotendeels uit het ziekenhuis verdwijnt, tenzij ziekenhuizen gaan meewerken aan het faciliteren van huisartsen en anderen bij het diagnosticeren onder het motto: *if you can't beat them, join them*. Voor de VAP-business verwachten de auteurs een opkomst van focusklinieken zoals reeds beschreven in paragraaf 15.2. Zij leveren grote series van dezelfde ingrepen op basis van elders gestelde diagnoses. Op basis van tarieven en kwaliteitsindicatoren concurreren deze VAP-bedrijven met elkaar. Voor de zorg aan mensen met chronische aandoeningen denken Christensen en collega's aan ledenorganisaties rondom specifieke aandoeningen met patiënten die elkaar ondersteunen en samen hulpverleners in dienst hebben. Ik zelf associeer hun ideeën ook met kruisverenigingen (ledenorganisaties die vroeger wijkverpleegkundigen in dienst hadden, zie paragraaf 2.1) en moderne corporaties van ouderen die gezamenlijk wonen en elkaar helpen. In Nederland publiceerde Cornelissen *Operatie zorg. Naar een driedeling in de gezondheidszorg* die lijkt op die van Christensen en collega's.[26]

Als ziekenhuizen zich herontwerpen op basis van deze drie typen bedrijven, kunnen zij de disruptieve innovaties overleven. Doen zij dat niet, dan gaan zij ten onder. Christensen en collega's zijn niet hoopvol dat ziekenhuizen zich aan deze digitale ontwikkelingen kunnen aanpassen. Zij wijzen op ervaringen in andere bedrijfstakken waar bedrijven met wereldnaam (Cash register, een bedrijf dat niet wilde overstappen van mechanische op elektronische kassa's; Kodak, reeds genoemd) ten onder gingen door niet op tijd te reageren. Ik merk op dat Christensen en collega's de spoedzorg, de psychiatrische zorg en de oncologische zorg niet aan de orde stellen in hun uitermate leesbare boek. Zelf ben ik hoopvoller, zoals zal blijken in paragraaf 16.7. Maar eerst behandel ik als intermezzo het kwaliteitsbeleid (paragraaf 16.5) en het financiële beleid van ziekenhuizen (paragraaf 16.6). Daarna formuleer ik op basis van al deze bevindingen in paragraaf 16.7 mijn eigen antwoord op de te verwachten genoemde disruptieve innovaties.

16.5 VERBETERDEN ZIEKENHUIZEN HUN KWALITEIT SINDS 2001?

In 1999 publiceerde het Amerikaanse Institute of Medicine (IoM) het rapport *To Err is Human*.[27] Twee boodschappen stonden centraal. Ten eerste dat jaarlijks 44.000 tot 98.000 ziekenhuispatiënten overlijden ten gevolge van medische fouten. De tweede boodschap is dat deze medische fouten jaarlijks leiden tot extra zorgkosten van 17 tot 29 miljard dollar. Twee jaar later publiceerde hetzelfde instituut het rapport *Crossing the Quality Chasm* om die sterfgevallen en extra kosten te verlagen.[28] Het IoM pleit voor zorgverlening die voldoet aan zes kwaliteitseisen: 1. veilig, 2. effectief, 3. doelmatig, 4. persoonlijk, 5. tijdig, en 6. goed toegankelijk. Om aan die zes eisen te voldoen bepleiten zij de volgende veranderingen: 1. het ontwerpen van zorgprocessen, 2. het gebruik van moderne ICT, 3. meer kennismanagement, 4. het ontwikkelen van effectieve teams, 5. zorgcoördinatie bij multimorbiditeit.

Beide rapporten hadden een enorme invloed op het zorgbeleid in de Verenigde Staten en ook in Europa en Nederland. Ze maakten de invoering van de Affordable Care Act door de regering-Obama mogelijk. Ze stimuleerden de totstandkoming in Nederland van programma's als Sneller Beter.

De afgelopen jaren trachtten onderzoekers de vraag te beantwoorden of de ziekenhuiszorg is verbeterd sinds het uitkomen van deze twee rapporten. Nee zeggen Landrigan en collega's.[29] Zij onderzochten tien ziekenhuizen in North Carolina gedurende de jaren 2002 tot en met 2007. In een steekproef van 2.341 opgenomen patiënten

constateren zij dat gemiddeld 25,1 procent (!) van hen medische schade oploopt ten gevolge van de opname. Multivariate analyse laat zien dat dit percentage gelijkbleef over de genoemde jaren. Van een gunstige invloed van de twee IoM-rapporten was geen sprake. De Engelse ziekenhuiszorg is wel en niet verbeterd sinds 1996, zeggen de onderzoekers Vincent en collega's in 2008.[30] Zij constateren een grote daling van de ziekenhuissterfte over de periode 1996/97-2006/07. Jaques en zijn collega's doen dezelfde constatering voor de periode 2005-2010.[31] Vincent en collega's signaleren ook een daling van het aantal vreemde voorwerpen achtergelaten in het menselijk lichaam na een operatie per 100.000 patiënten. Voor andere kwaliteitsindicatoren nemen zij een stijging waar over de genoemde periode: de prevalentie neemt toe van doorligwonden evenals van in het ziekenhuis opgelopen infecties, heupfracturen na een operatie en postoperatieve sepsis oftewel bloedvergiftiging. De onderzoekers houden wel een slag om de arm. Het kan zijn dat door de extra aandacht voor de kwaliteit van zorg ook de nauwkeurigheid van de registratie verbeterde. Want er vindt minder onderrapportage plaats. Het klinkt paradoxaal maar is vaak waar: door beter kwaliteitsbeleid neemt het aantal gerapporteerde fouten toe. De onderzoekers wijzen er eveneens op dat Engelse artsen niet openstaan voor kwaliteitsverbetering. De statistische gegevens op ziekenhuisniveau slaan niet op hun praktijk of afdeling, zo menen Engelse specialisten in een door hen aangehaalde studie uit 2001.

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen presenteerde begin 2014 de uitkomsten van enkele onafhankelijke studies naar de kwaliteit van de ziekenhuiszorg.[32] De NVZ constateert ten eerste dat het vertrouwen in ziekenhuizen toeneemt van 68 procent in 2008 naar 75 procent in 2012. Zij komt met een gemengd beeld van de waardering van patiënten tijdens een opname. Voor het pijnbeleid geven opgenomen patiënten het rapportcijfer 8,3, maar voor eigen inbreng bij onder meer de therapiekeuze een 6,4. Op de polikliniek scoort de bejegening hoog (8,3) en de nazorg over medicijngebruik laag (6,4).

De Nederlandse onderzoekers Langelaan en collega's komen evenmin met een duidelijk positief effect van de toegenomen aandacht voor kwaliteit van ziekenhuiszorg.[33] Zij deden dossieronderzoek bij twintig ziekenhuizen naar opgelopen schade tijdens de opname. Zij begonnen met de studie in 2004 en herhaalden deze in 2008 en 2012. De onderzoekers constateren dat 5,7 procent van de patiënten in 2004 zorggerelateerde schade oploopt tijdens de opname.[34] Bij vier op de tien van deze patiënten was de schade vermijdbaar. In 2008 bedraagt dat 8 procent en in 2012 is dat 7,1 procent. Voor academische ziekenhuizen vinden de onderzoekers een significante stijging van 2008 naar 2012 van de zorggerelateerde schade en voor de andere ziekenhuizen een significante daling. Zij geven geen uitsplitsing van de veranderingen in de percentages naar oorzaken.

De Nederlandse CBS-onderzoekers Ploemacher en collega's komen met cijfers die wel blij maken. Zij constateren dat de gestandaardiseerde sterftecijfers van ziekenhuizen over de periode 2005-2010 dalen met 27,7 procent. Ook zij hebben geen duidelijke verklaring hiervoor: de daling kan liggen aan een beter kwaliteitsbeleid, aan betere registratie en aan een ander opname- en ontslagbeleid.[35]

In de door mij verzamelde literatuur komen drie factoren naar voren die vooral invloed hebben op kwaliteit van zorg: 1. de transparantie, 2. de methode van kwaliteitsborging ofwel de governance, en 3. het leiderschap van het ziekenhuis. Ze passeren hieronder de revue.

1. INFORMATIE PUBLICEREN BEVORDERT IN BEPERKTE MATE DE KWALITEIT VAN ZORG

De Inspectie voor de Gezondheidszorg eist dat ziekenhuizen in 2014 ruim 60 indicatoren bijhouden over de kwaliteit en veiligheid van hun zorgverlening. 13 betreffen de operatieve processen, 12 de oncologische zorg, 10 de cardiologische zorg en 7 de verpleegkundige zorg. Andere vormen van zorg hebben minder dan 7 indicatoren. Er zijn geen indicatoren voor de juistheid en snelheid van de diagnostiek en evenmin voor de zorggerelateerde schade tijdens een opname. Daarnaast moesten alle ziekenhuizen over de periode 2007-2011 indicatoren bijhouden ten behoeve van het programma Zichtbare Zorg (ZIZO).[36] Dit programma is in 2012 opgeheven en overgedragen aan het Zorginstituut Nederland dat nog steeds ongeveer dezelfde indicatoren uitvraagt. Het publiceren van de genoemde basisset en de ranking op basis daarvan door het *Algemeen Dagblad* en weekblad *Elsevier* leiden jaarlijks tot grote commotie bij ziekenhuisbestuurders en massamedia. Er ontstaat jaarlijks veel discussie in Nederland en ook in Engeland over de betrouwbaarheid van de cijfers, bijvoorbeeld over de gestandaardiseerde sterftecijfers van de ziekenhuizen[37 38] en over de gehanteerde meetmethoden.[39 40] Sluiting door de Inspectie van een ziekenhuisafdeling op basis van de indicatoren gaat veelal gepaard met een strijd over de validiteit van de indicatoren.[41] Dergelijke transparantie heeft evenwel weinig invloed op de keuze van patiënten, zo tonen tal van internationale studies aan.[42 43 44 45] Zelfs ziekenhuizen met grote media-aandacht vanwege ernstige medische fouten bleken na enkele weken weer evenveel patiënten te trekken.[46] Ik ben het daarom eens met Grol die in zijn afscheidscollege in 2010 stelde dat transparantie alleen weinig invloed heeft op kwaliteitsverbetering.[47] Transparantie is nodig, maar is niet het enige. Kwaliteitsbeleid mag zich niet beperken tot documentatie- en transparantiebeleid. Want dan is er te veel sprake van verhoging van de administratieve lastendruk zonder dat de kwaliteit van zorg verbetert. Standaardisatie en uitdunnen van informatievragen van instanties zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zouden enorme kostenbesparingen in de kwaliteitsregistratie kunnen opleveren, zoals de Amerikanen Cutler en collega's voorrekenden voor hun land.[48] Eigenlijk zou de ziekenhuisleiding al haar patiënten slechts één vraag moeten voorleggen: met welk rapportcijfer op een schaal van 0 tot 10 kunt u dit ziekenhuis aanbevelen aan familie, vrienden of collega's? Indien deze screeningsvraag leidt tot ongunstige uitkomsten, kunnen daarna andere, meer precieze indicatoren nader worden uitgevraagd.[49]

2. ZORGBREDE GOVERNANCECODE BIEDT ENIGE GARANTIE OP KWALITEIT

Governance betreft het toezicht op ziekenhuisorganisaties. Dit is te verdelen in extern toezicht van bijvoorbeeld accountants, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en lokale media. Daarnaast bestaat interne governance van bijvoorbeeld de raad van toezicht, de raad van bestuur, het management en de diverse kwaliteitscommissies die binnen ziekenhuizen functioneren. Governance slaat zowel op het financiële beleid als op het kwaliteitsbeleid van instellingen. Sinds 2005 bestaat er een zorgbrede governancecode die aangeeft waaraan de inrichting van een zorgorganisatie moet voldoen, wil er sprake zijn van *good governance*.[50 51] De Inspectie voor de Gezondheidszorg onderschreef in 2009 het belang van een goede governance.[52] De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) volgde in 2010 met een interessant

1.	Elke richtlijn bevat checklists per fase van het zorgpad van activiteiten en bevindingen, in te vullen voordat de volgende stap wordt gezet. Bij voorkeur vullen twee professionals de checklist in
2.	Richtlijnontwerpers hebben overleg met professionals over de invoering van nieuwe richtlijnen, de barrières daarbij en succesvolle implementatie van strategieën
3.	Richtlijnen voor de behandeling van aandoeningen die vaak tegelijk optreden (bijvoorbeeld COPD en hartfalen) worden geïntegreerd
4.	Richtlijnontwikkelaars moeten meer vertrouwen op data van diagnostische en data van behandelapparatuur dan op individuele artsen, als zij willen nagaan of de kwaliteit van zorg is geborgd
5.	Richtlijnontwikkelaars moeten bij hun richtlijnen gelijktijdig ook multidisciplinaire teams eisen voor de uitvoering en borging van de richtlijnen
6.	In jaarlijkse functioneringsgesprekken met medisch specialisten komt de kwaliteit van zorg aan de orde via de zogeheten 360-gradenfeedback
7.	Richtlijnontwikkelaars tonen groot vertrouwen in medisch specialisten en ziekenhuizen. Als dat wordt beschaamd, volgen zware straffen: high trust, high penalty

Afbeelding 16.4. Zeven voorstellen om de governance en richtlijnentrouw van artsen en verpleegkundigen in ziekenhuizen te verhogen
Bron voor eerste vijf punten: P.J. Pronovost, 'Enhancing Physicians' Use of Clinical Guidelines'. *JAMA* 2013; 310 (23), p. 2501-2. Bron voor punten 6 en 7: zie tekst.

advies.[53] Hij dringt aan op professionalisering van de raden van toezicht van zorginstellingen, een klachtenprocedure als de raden van toezicht onvoldoende functioneren en ten derde op het publiekrechtelijk regelen dat artsen zich aan richtlijnen houden. Ook geeft de RVZ aan dat het ziekenhuisbestuur verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg: het maakt niet uit of specialisten in dienst van deze raad zijn of in een maatschap functioneren.[54] In 2010 heeft de Brancheorganisatie Zorg deze code aangescherpt en onder meer de eisen toegevoegd dat:
1 de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid expliciet is geregeld;
2 goedkeuringsbevoegdheden van de raad van toezicht zijn beschreven;
3 de instelling een klokkenluidersregeling kent; en
4 de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie het belangrijkste toetsingskader is bij het uitkeren van winst.[55]

Veel aandacht besteed de governancecode aan het borgen van de financiële en professionele integriteit van bestuurders, managers en professionals. Hierbij gaat het niet alleen om het toezicht hierop vanuit de top van de organisatie. Nee, binnen ziekenhuizen hoort een aanspreekcultuur te heersen van *checks and balances*, waarbij men elkaar op de werkvloer aanspreekt bij een vermoeden dat een zorgprofessional zich niet aan de kwaliteits- of financiële normen houdt. Het regelen van veilig melden van incidenten en (bijna)fouten, zonder repercussies voor de positie van de melder, vormt een onderdeel van de governance.[56]

Om de patiëntveiligheid te vergroten en te borgen, hebben de meeste ziekenhuizen in Nederland de afgelopen jaren een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en tien inhoudelijke thema's geïmplementeerd.[57] Enkele van die thema's zijn: a. voorkomen van wondinfecties na een operatie, b. vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt, c. verwisseling van en bij patiënten, en d. omgaan met kwetsbare ouderen.

Op papier zien de zorgbrede governancecode en het veiligheidsmanagementsysteem er uitstekend uit: wie beide goed toepast, maakt geen enkele verwijtbare professionele fout. In de praktijk werken beide systemen onvoldoende. Dit blijkt uit een aantal kennisbronnen. Ten eerste bestaat er in Amerikaanse ziekenhuizen nog steeds een geringe richtlijnentrouw bij specialisten en verpleegkundigen, ook al bestaan ook daar governancecodes en veiligheidsmanagementsystemen.[58] Ten tweede blijkt te vaak in Nederland dat de interne governance faalt. Voorbeelden hiervan zijn de uitbraak van de Klebsiella-bacterie in het Rotterdamse Maasstad Ziekenhuis in 2011 en de affaire rond de neuroloog Jansen Steur die over de periode 1998-2004 verkeerde diagnoses stelde bij het Medisch Spectrum Twente. Het onthutsende in beide cases is niet dat professionals in de fout gaan. Dat kan gebeuren. Wel is het een schande dat de interne governance niet werkte. Binnen het Maasstad Ziekenhuis én bij het Medisch Spectrum Twente was sprake van collectief falen, aldus externe onderzoekscommissies.[59] Het betreffende rapport heeft als titel *En waar was de patiënt…*[60]

Om de governance en richtlijnentrouw te verbeteren, deed de Amerikaanse intensivist Pronovost in 2013 vijf voorstellen die ik hier graag overneem (afbeelding 16.3, eerste vijf punten) en die ik aanvul met twee eigen punten.

Bij punt 6 doel ik op de IFMS-systematiek van de Orde van Medisch Specialisten waarbij de afkorting staat voor individueel functioneren van medisch specialisten.[61] Bij 360-gradenfeedback (*multisource feedback*) worden collega's, medewerkers, patiënten en de leiding gehoord voordat de gespreksleider (een specialist buiten de eigen maatschap) een IFMS-conclusie trekt. Ik merk op dat de IFMS een slap aftreksel is van de functioneringsgesprekken die bij werknemers in loondienst plaatsvinden. Ten eerste vindt geen verantwoording plaats aan stafbestuur en ziekenhuisbestuur. Ten tweede zijn er geen juridische consequenties aan de IFMS te verbinden zoals ontbinding van het toelatingscontract. Bij punt 7 volg ik de uitspraak van de Inspectie over 2009 dat de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid in de zorg op alle niveaus te vrijblijvend is.[62] Ziekenhuizen verdienen een hoge mate van vertrouwen, maar dat betekent ook stevig ingrijpen als het misgaat. Vanaf 2013 houdt de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht op basis van *high trust, high penalty*. Zo heeft zij in de jaren 2013 en 2014 onverwacht operatiekamers bezocht van ziekenhuizen. Zij trof in vijf grote instellingen OK's aan die niet functioneerden conform de kwaliteitsrichtlijnen. Deze kregen zes weken de tijd om de OK-procedures aan te passen. Anders zou sluiting of verscherpt toezicht volgen. Dankzij dit sanctiebeleid hadden de vijf ziekenhuizen hun OK's binnen de gestelde termijn weer op orde.

3. LEIDERSCHAP IN ZIEKENHUIZEN: FACILITEER ZORGPROFESSIONALS

Transparantie en governance bevorderen in beperkte mate de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg, zo is de teneur van de voorgaande alinea's. Leiderschap doet dat in hoge mate. Anders wordt het niets, aldus Grol in zijn reeds genoemde afscheidscollege in 2010. Hij pleit ervoor dat de leiding zich richt op het creëren van randvoorwaarden:

1 Er werken teams.
2 Er heerst een aanspreekcultuur van professionals onderling.
3 Hiërarchische verhoudingen worden doorbroken.
4 Er komen begrijpelijke/transparante cijfers naar buiten.
5 En: de zorg wordt rond behoeften van patiënten georganiseerd.

Ook auteurs als Covey[63], Weggeman en Loop[64] wijzen onafhankelijk van elkaar op het belang van coachend en faciliterend leiderschap om te komen tot kwaliteit van het handelen. Andere wijzen op het belang van kwaliteitsverbeteringsprojecten die goed worden voorbereid, want aldus Grol: gras groeit niet sneller door eraan te trekken. Ook is van belang dat in die projecten de leiding checkt of kwaliteitsdoelen inderdaad worden gehaald. Niet voor niets staat in de PDCA-cyclus ook de letter C van check.[65] De toepassing van de PDCA-cyclus valt in de praktijk nogal eens tegen.[66 67] Empirisch blijkt ook dat dergelijk leiderschap de intrinsieke motivatie van professionals verhoogt en daarmee ook de kwaliteit en doelmatigheid. Zo blijken de Amerikaanse Magneetziekenhuizen – met uitstekende werkomstandigheden voor verpleegkundigen en prima leiderschap – zich te kenmerken door lagere sterftecijfers[68 69] en ook lagere kosten.[70] Goed opgeleide en voldoende aanwezige verpleegkundigen verlagen de sterftecijfers van ziekenhuispatiënten ook in Europa, zo blijkt uit een vergelijkende studie.[71]

Bestsellerauteur Kellerman schreef het boek *The End of Leadership*.[72] Zij benadrukt dat respect voor gezagsdragers niet meer bestaat. Zij bespreekt uitgebreid de functie van *follower*, dat is degene die geleid wordt. Die accepteert alleen opdrachten van de leidinggevende, zo schrijft Kellerman op p. 79 van haar schitterend boek, zolang deze laatste zich aan afspraken houdt, redelijk eerlijk is en redelijk competent. Door het goede voorbeeld te geven met eigen werkzaamheden creëert de leiding een cultuur om kwaliteit van zorg te verbeteren.

Auteur Ham, met veel kennis van en ervaring met leiderschap in de Engelse National Health Service, werkt dit leiderschap verder uit op basis van tal van studies.[73] Hij benadrukt de relatie tussen gedreven zorgprofessionals en goede kwaliteit van zorg met de uitdrukking: *happy staff means happy patients*. Professionals worden happy door continuïteit in het coachend leiderschap, organisatorische stabiliteit en consistentie in de verschillende doelstellingen van het ziekenhuis. Ham pleit ervoor dat ziekenhuizen ambitieuze doelen stellen en het al dan niet bereiken daarvan meten. Voor de leiding is het aanbieden van training en scholing aan de ziekenhuisprofessionals een belangrijk middel om die doelen te halen. Ham is voorstander van gedeeld leiderschap met veel verantwoordelijkheden op de werkvloer. Hij wijst centraal leiderschap zoals bij grote commerciële concerns af: daarvoor zijn ziekenhuizen te complex.

Graag neem ik de aanbevelingen van Ham over voor Nederlandse ziekenhuizen. Ik wijs er nogmaals op dat in de Verenigde Staten ziekenhuisorganisaties met een zeer hoge kwaliteit zoals Cleveland Clinics, Virginia Mason Medical Center Seattle, Kaiser Permanente, Mayo Clinics en de Veteran's Administration steevast worden geleid door artsen in een faciliterende rol (zie ook paragraaf 16.3). In Nederland zijn artsen *in the lead* in de universitaire medische centra, het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam en het ziekenhuis Bronovo te Den Haag. In enkele ziekenhuizen wordt anno 2014 bediscussieerd of stafbesturen van ziekenhuizen moeten samengaan met raden van bestuur.

16.6 SAVE LIVES AND COSTS

Save lives and costs. Met deze hoopvolle uitdrukking introduceerde president Obama bij zijn herverkiezing de Affordable Care Act. De hiervoor genoemde Magneetziekenhuizen tonen aan dat dit kan. In deze ziekenhuizen zijn het kwaliteitsbeleid en het financieel beleid geïntegreerd. De doelstellingen van beide sluiten op elkaar aan. De triple-aimdoelen zoals in hoofdstuk 1 beschreven, vormen een uitwerking van deze geïntegreerde aanpak. Voorstanders van dit save-lives-and-costsbeleid in ziekenhuizen zijn oud-hoofdinspecteur Wim Schellekens en oud-minister Ab Klink getuige een recent artikel.[74] Overtuigd door de goede resultaten van de triple aimaanpak en van de Magneetziekenhuizen sluit ik mij aan bij hun pleidooien. Immers, de voorbereiding van kwaliteitsbeleid lijkt op die van financieel beleid. Wat planning- en controlcyclus heet bij financiële managers, heet PDCA-cyclus bij kwaliteitsmanagers. Tegenwoordig is in bijna alle ziekenhuizen(NVZ en NFU) de begroting een van de onderdelen van het jaarprogramma waarin ook te ondernemen kwaliteitsprojecten en te starten innovaties naar voren komen. Bij het evalueren van beide beleidsvormen toont de balance score card financiële en kwaliteitsindicatoren in onderlinge samenhang.[75] [76]

Voor de komende jaren is er ook voor ziekenhuizen gemiddeld nauwelijks financiële groei mogelijk en er vindt ook geen krimp plaats. Hoofdstuk 1 biedt de argumentatie voor dit uitgangspunt van dit boek. Dit betekent voor ziekenhuizen een grote ommekeer, gewend aan groei als zij waren. Er gaat dan in de instellingen een gevoel van schaarste ontstaan, ook al wordt er niet echt bezuinigd. Maar omdat het aantal patiënten intussen wel toeneemt, neemt het schaarstegevoel bij de zorgprofessionals toe. Is het mogelijk in zo'n context toch goed gemotiveerd en zonder burn-out diensten en goederen aan te bieden? Academische economen in de jaren dertig en zestig van de vorige eeuw hebben hierover nagedacht. In 1982 vatte ik hun literatuur samen.[77] Afbeelding 16.5 toont in trefwoorden hun gedachtegoed. De toelichting op deze afbeelding komt hierna als intermezzo aan de orde. Daarna gaat het betoog verder over ziekenhuizen in een context van schaarste.

1.	Financieel kader gaat vooraf aan begroting
2.	Onder druk wordt alles vloeibaar
3.	Iedereen is saver en spender
4.	De metafoor van het zwalkende schip gaat op
5.	Conflictminimalisering leidt tot kaasschaafmethode
6.	Bezuinigen is rouwverwerking
7.	De trap veeg je schoon van boven naar beneden
8.	Bij eb worden wrakken zichtbaar
9.	Risico van afwentelen en eigen toko's
10.	Daily routine drives out planning

Afbeelding 16.5. Kenmerken van beleid bij schaarste
Bron: zie tekst.

In juli 2011 sloten het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de koepels van ziekenhuizen een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord.[78] Voor ziekenhuizen ging een maximale structurele groei van 2,5 procent voor de jaren 2012 tot en met 2015 gelden. In het akkoord staan ook afspraken om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verder te verbeteren, zoals vermindering van de praktijkvariatie, spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties en betere informatievoorziening. Het percentage van 2,5 ging als referentiekader fungeren voor de ziekenhuisbesturen. Dit akkoord is een voorbeeld van financiële kaderstelling voordat begrotingen tot stand komen (punt 1 in afbeelding 16.5). Het was een gebrekkig voorstel, maar het was dan ook de eerste keer dat zoiets tot stand kwam. Het gebrekkige is dat de Orde van Medisch Specialisten het akkoord niet ondertekende. Verder hielden de zorgverzekeraars zich niet aan de 2,5 procent zoals door hun koepel was afgesproken. Zij gingen veelal onder de genoemde 2,5 procent zitten.

Bij schaarste wordt meestal geknabbeld aan professionele normen, zo merkten Nederlandse economen in de jaren dertig op. Zij hadden het hierbij over de productienormen die in de jaren twintig waren gaan gelden onder invloed van het *scientific management* van Taylor. Door de schaarste werden die normen verlaten onder het motto: onder druk wordt alles vloeibaar (punt 2 in afbeelding 16.5).

Wildawsky is een Amerikaanse beleidsonderzoeker die zijn gehele carrière het begroten door particuliere bedrijven en overheidsinstanties bestudeerde. Hij stelde er een theorie over op in de jaren zestig die leidde tot zijn magnum opus in 1986.[79] Ik neem uit die theorie twee onderdelen over. Ten eerste merkte hij op dat elke leidinggevende zowel *spender* is als *saver* (punt 3 in afbeelding 16.5). De spender wil een zo hoog mogelijke begroting en de saver een zo laag mogelijke. Afdelingshoofden zijn bijvoorbeeld savers ten opzichte van hun zorgprofessionals en spenders ten opzichte van hun bazen, bijvoorbeeld het clusterhoofd. Zelfs de minister van Volksgezondheid is zowel spender (ten opzichte van de minister van Financiën) als saver (in het hoofdlijnenakkoord met de ziekenhuizen). Deze visie houdt in dat niet alleen zorgverzekeraars savers zijn in de zorgverlening, maar ook spenders ten opzichte van de regering. Zij krijgen thans zowel van VWS als van raden van bestuur de zwarte piet toegespeeld: zij moeten oppassen dat zij niet de enige boodschappers van slecht nieuws over bezuinigingen in de zorg zijn. Boodschappers van slecht nieuws zijn immers nogal eens onthoofd. Wildawsky wijst erop dat na verloop van jaren spenders en savers op elkaar gaan lijken: ze nemen elkaars normen over. Ook de econoom Galbraith wijst erop dat er vertrouwde relaties ontstaan tussen savers en spenders, en breder gezien tussen controleurs en gecontroleerden zoals tussen douaniers en smokkelaars. Als econoom in opleiding kreeg ikzelf van mijn hoogleraren Haccou en Van der Schroeff te horen dat de bedrijfsleiding om de paar jaar moet centraliseren en decentraliseren. Later leerde ik van medewerkers van accountantskantoor Deloitte de metafoor van het zwalkende schip (punt 4 in afbeelding 16.5) om te nauwe relaties tussen spenders en savers te voorkomen. Wellicht zijn we anno 2014 toe – en dat hoop ik ook – aan andere relaties dan de marktwerking in 2006 beoogde. Nu zou weer een periode mogen beginnen van openheid en respect tussen spenders en savers in de ziekenhuiszorg ter afsluiting van een achtjarige periode van confrontatie en vijanddenken.

Wildawsky stelt ook vast dat begrotingen veelal beginnen met doelmaximalisatie; de begroting krijgt een plaats in de langetermijnvisie van de instelling. Helemaal aan het einde van het begrotingsproces komt dan bij ervaren schaarste meestal de kaasschaaf-

methode (punt 5 in afbeelding 16.5) aan de orde: alle afdelingen van een ziekenhuis krimpen (of groeien) dan met een even groot percentage. Met Wildawsky wijs ik deze beleidsarme vorm van begroten af. Maar zegt Wildawsky – en ik met hem – de saver die conflicten wil minimaliseren tussen diverse spenders ontkomt soms niet aan het pondsgewijze, door spenders als eerlijk ervaren, verdelen van de schaarste.

Bij een overgang van financiële groei naar een periode van schaarste (en nog sterker bij een periode van plotselinge bezuinigingen ten gevolge van wetswijzigingen of disruptieve innovaties) verandert het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en ontstaan bij leiding en medewerkers van het ziekenhuis perioden van rouw (punt 6 in afbeelding 16.5). Afscheid nemen en verdriet verwerken staan dan centraal. De gedachten gaan nog niet uit naar opnieuw beginnen, de tering naar de nering zetten en het herformuleren van de missie. De beste reactie van de saver in een periode waar spenders rouwen, is de acceptatie daarvan en zich daarbij te baseren op de vijf fasen van rouwverwerking van Kübler Ross: ontkenning, woede, marchanderen, depressie en aanvaarding.[80] Pas in de vijfde fase is er weer aandacht voor de lange termijn van het ziekenhuis. Het is de kunst van het leidinggeven om de eerste vier fasen zo kort mogelijk te houden en bijtijds te onderkennen wanneer de laatste fase is aangebroken.

Wil de leiding vertrouwen wekken na de bezuinigingen, dan geeft zij een goed voorbeeld door in eerste instantie op haar eigen omvang, inkomen en stafondersteuning te bezuinigen. Economen benoemen dat als 'een trap veeg je schoon van boven naar beneden' (punt 7 in afbeelding 16.5). Hieronder vallen ook het terugdringen van de overheadkosten door in eerste instantie te bezuinigen op managementlagen, aantal vestigingen, leegloop door te ruime roostering en manifeste ondoelmatigheden. Dit laatste is bekend via de metafoor 'bij eb worden wrakken zichtbaar' (punt 8 in afbeelding 16.5).

De begrotingseconomen uit de jaren dertig signaleerden bij toenemende schaarste reeds drie vormen van riskant gedrag. Het eerste verschijnsel heet tegenwoordig afwentelen van de schaarste (punt 9 in afbeelding 16.5). Dat doet een specialist die door beddengebrek een patiënt te vroeg ontslaat naar de eerste lijn. Bij toenemende schaarste bestaat er een risico op afwentelen en het beschermen van alleen de eigen toko's. In de jaren dertig sprak men van het gevaar van een sfeer van particularisme. Een ander gevaar bij toenemende schaarste is dat alle aandacht uitgaat naar het heden van het ziekenhuis en dat de toekomst uit het zicht verdwijnt. Tijdens een studiereis door de Verenigde Staten pikte ik het gezegde op van *daily routine drives out planning* (punt 10 in afbeelding 16.4).

Deze tien punten over financieel beleid bij schaarste zouden mijns inziens een basis voor beleid van ziekenhuizen en gedragscodes voor leidinggevenden moeten vormen om disruptieve innovaties op te vangen binnen de eigen organisatie en niet te verdwijnen zoals reisbureaus en videotheken. Wat dat beleid moet zijn, komt aan de orde in de volgende paragraaf.

16.7 ZIEKENHUISWEZEN, BEREID JE VOOR OP DISRUPTIEVE INNOVATIES

Christensen en ook Topol (zie paragraaf 16.4) onderscheiden drie disruptieve (ontwrichtende) innovaties die het functioneren van bestaande ziekenhuizen bedreigen:

1 De diagnostiek verdwijnt uit het algemene ziekenhuis naar de eerste en derde lijn.
2 Zelfstandige focusklinieken gericht op grote series ingrepen nemen een groot deel van de electieve ingrepen over.

3 De zorg aan mensen met chronische aandoeningen gaat over naar netwerken waarin medisch specialisten slechts een adviserende en ondersteunende rol spelen.

Deze kostenbesparende innovaties gaan zich snel verspreiden, aldus Christensen, indien tegelijk financiële innovatie plaatsvindt. Daardoor ontstaat er een gunstig verdienmodel voor deze innovaties. Er is, zoals de Amerikanen zeggen, een businesscase. Ik ben het met Christensen eens dat vroeg of laat deze disruptieve innovaties, gesteund door financiële innovaties, gaan optreden. Zijn heldere boek en de in Nederland reeds bestaande voorbeelden zoals het Oogziekenhuis Rotterdam (een focuskliniek) en het

Een focuskliniek biedt een heupvervanging aan in dagbehandeling en met uitstekende kwaliteit. De zorgverzekeraars bieden patiënten een gunstige businesscase aan als zij hun heup daar laten vervangen. Ze kopen niet selectief in, maar hanteren het principe van shared savings: patiënten ontvangen 1.000 euro als zij daarvoor kiezen. De zorgverzekeraar verdient op de ingreep 4.000 euro. Want de focuskliniek is gemiddeld 5.000 euro per heupvervanging goedkoper dan een gebruikelijk ziekenhuis. Via telemedicine en afspraken met de eerste lijn regelt de kliniek de nacontroles. De diagnostiek ter voorbereiding van de heupvervanging vindt grotendeels in de eerste lijn plaats en voor een klein deel in de focuskliniek.

Zorgverzekeraars identificeren een uitstekende en goedkope kliniek voor reumapatiënten in het oosten van het land. De kliniek is onderdeel van een groot ziekenhuis. Zij stimuleren mensen met reuma om zich daar te laten diagnosticeren en behandelen. De kliniek heeft een helpdesk voor huisartsen ten behoeve van hun diagnostiek. Zij heeft voor de huisartsen ook een online decision support system (DSS) dat huisartsen adviseert bij hun diagnostiek en bij hun keuze van voor te schrijven geneesmiddelen. Dat DSS is gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur en op eigen analyses van big data. Patiënten kunnen via telemedicine hun reumatologen raadplegen binnen vier uur. Een koeriersdienst brengt geprikt bloed ter analysering naar de kliniek en als dat niet kan naar een huisartsenlaboratorium. Patiënten die naar die kliniek gaan, krijgen het aanbod lid te worden van een netwerk voor onderlinge contacten. Zij ontvangen een reductie op hun nominale premie omdat ze lid zijn van dat netwerk. Daarbij stellen zorgverzekeraars als eis dat zij één keer per jaar een gratis cursus van één dag volgen over hun aandoening en het omgaan daarmee.

Een grote oncologische kliniek in de Randstad biedt huisartsen en patiënten ondersteuning aan via het internet bij het stellen van de diagnose. Komen beiden er niet uit, dan neemt de kliniek de verdere diagnostiek over. De kliniek ontvangt hiervoor een aparte vergoeding. Is de diagnose eenmaal gesteld, dan biedt deze kliniek een keuzehulp aan de patiënt aan. Die kan dan de behandeling voortzetten in een van de ziekenhuizen waarmee de kliniek samenwerkt. De kliniek doet zelf geen eenvoudige oncologische ingrepen. Het behandelende ziekenhuis hanteert een tarief waarin de kosten voor de diagnostiek niet zijn inbegrepen.

Afbeelding 16.6. Drie voorbeelden van disruptieve innovaties
Bron: zie tekst.

ParkinsonNet hebben mij daarvan overtuigd. Ook de internationaal alom erkende best practice Kaiser Permanente overtuigde mij.[81]

Hoe ziekenhuizen zich het beste kunnen voorbereiden op deze disruptieve innovaties, beantwoord ik met behulp van drie voorbeelden in afbeelding 16.6.

Thans werken ziekenhuizen veelal met een beperkt aantal resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) met duaal management. De RVE-leiding stuurt een cluster- of divisie aan en integreert kwaliteits- en kostenbeleid zoals beschreven in paragraaf 16.4 en 16.5. Iedere RVE ervaart de dreiging dat disruptieve innovaties in één keer of binnen enkele jaren een groot deel van de inkomsten weghalen. Zo bedreigt de focus factory (zie afbeelding 16.6) de heupvervanging van de chirurgische RVE, de reumakliniek de kleine specialismen en de oncologische kliniek de RVE interne geneeskunde. De omgeving en toekomst van deze RVE's worden meer onzeker door deze disruptieve innovaties. De raad van bestuur van het ziekenhuis bereidt zich hierop voor door de RVE-leiding ook inzicht te geven in de DBC-inkomsten. Want RVE's overzien hun deelmarkt het beste en kunnen dan bijtijds inspelen op komende innovaties. Als in 2015 alle DBC-inkomsten voor ziekenhuis en medisch specialisten gaan lopen via de raad van bestuur is deze toerekening van inkomsten gemakkelijk uit te voeren.

Ziekenhuizen worden dan een soort Albert-Heijnorganisatie met bedrijfsleiders (cluster managers) met een eigen verlies- en winstrekening. De RVE's zijn dan beter voorbereid op disruptieve innovaties.

De RVE's kunnen zich nog beter op externe ontwikkelingen voorbereiden als zij zich richten op specifieke doelgroepen van patiënten. Afbeelding 16.7 toont een indeling van RVE's van een groot ziekenhuis naar zes doelgroepen en niet naar behandelend specialisme zoals gebruikelijk.

Het is een voorbeeld: een klein ziekenhuis heeft wellicht slechts vier RVE's. In wezen is deze indeling naar doelgroepen een indeling naar clusters van zorgpaden die op elkaar aansluiten. Omdat de te verwachten grote innovaties (zie afbeelding 16.6) vooral logistiek van aard zijn, levert deze indeling naar doelgroepen en clusters van zorgpaden meer ervaring op met logistiek management. Ziekenhuizen zijn dan beter voorbereid om logistieke innovaties te initiëren of externe innovaties ten behoeve van hun doelgroep te ondersteunen.

Anno 2014 zijn ziekenhuizen niet voorbereid op de hier genoemde disruptieve innovaties. Ze houden zich vooral bezig met fusies. Die leiden af van innovaties en van het leggen van relaties met andere partijen dan ziekenhuizen. Medisch specialisten van één

- Zwangeren, jonge ouders en kinderen
- Mensen met acute gezondheidsproblemen
- Mensen met kanker
- Mensen met behoefte aan zorg op afspraak ofwel electieve zorg
- Mensen met een of meer chronische aandoeningen
- Mensen met psychische- en verslavingsproblemen

Afbeelding 16.7. Indeling van een groot ziekenhuis in RVE's naar doelgroepen van patiënten
Bron: zie tekst.

discipline zijn vaak bezig met het voorbereiden van regionale maatschappen. Zij hopen hierdoor hun status van zelfstandig beroepsbeoefenaar te behouden en hun marktpositie te versterken. Ook van dit streven gaat geen zorginnovatie uit. Verder blijven ziekenhuizen slechts in beperkte mate geautomatiseerd.[82] Weinig ziekenhuizen zijn anno 2014 in staat met een ander ziekenhuis via het internet te communiceren, wat wel belangrijk is om een disruptieve innovatie te pareren. Wat ik mis als alternatief voor de fusies zijn de lichtere samenwerkingsvormen zoals coöperaties in onder meer Twente en rond Den Haag, waarbij alleen strategische taakverdelingen aan de orde zijn. Verder zouden ziekenhuizen meer gezamenlijke dochterbedrijven (met outsourcing naar particuliere bedrijven) kunnen opzetten voor bijvoorbeeld facilitair management, gemeenschappelijke inkoop van (dure) medicatie en apparatuur, digitalisering en scholing van medewerkers.

Wellicht geldt voor ziekenhuizen met hun goede kwaliteit van zorg en hun grote reputatie de wet van de remmende voorsprong. De historicus Jan Romein introduceerde deze term in 1937 om aan te geven dat bloeiende bedrijfstakken verdwenen omdat ze niet bijtijds overstapten op nieuwe technologie.[83] Hij wees op de fabricage van linnen met weefgetouwen die al eeuwen zo plaatsvond in de stad Leiden. Die verdween volledig omdat de leiding aldaar de handmachines niet wilde vervangen door machines die op stoom werkten. Ook wees hij op het verdwijnen van de Verenigde Oost-Indische Compagnie die haar zeilschepen niet wenste te vervangen door stoomboten. De eerdergenoemde Christensen en Topol presenteren vergelijkbare voorbeelden uit een meer recent verleden. Ik hoop maar dat hun inzichten en ook die uit dit boek ertoe leiden dat die remmende voorsprong de ziekenhuizen niet in de weg gaat zitten. Dat vereist dat ziekenhuisleidingen en specialisten de dreiging van disruptieve innovaties serieus gaan nemen en daarover een visie ontwikkelen. Zo'n (eigen) visie houdt strategische keuzen voor en tegen een bepaald zorgaanbod in, wat weer afhangt van de omvang van het ziekenhuis en de ligging in het land. Zijn die keuzes eenmaal gemaakt, dan kunnen raden van bestuur via methoden van verandermanagement hun organisaties een disruptiebestendige toekomst bieden. Dat verandermanagement komt aan de orde in het volgende (slot)hoofdstuk. Want al die innovaties die in dit en de vorige hoofdstukken aan de orde kwamen, vereisen dat type management.

16.8 ALLE BEVINDINGEN OP EEN RIJ

Paragraaf 16.1 bevat statistische gegevens over Nederlandse en buitenlandse ziekenhuizen. De voornaamste bevindingen zijn:

1 In 2032 telt Nederland bij ongewijzigd beleid 64 ziekenhuizen.
2 De meeste ziekenhuizen maken winst, de productiviteit stijgt jaarlijks, slechts weinig ziekenhuismedewerkers zijn arts (9 procent) en een minderheid van de medisch specialisten (43,1 procent) is volledig vrij gevestigd.
3 Nederland heeft met 1,0 een gering aantal specialisten per 1.000 inwoners in 2009 (Duitsland 2,1, België 1,8).[84] Het aantal ziekenhuisbedden is eveneens laag: 2,8 per 1.000 inwoners in 2009 terwijl bijvoorbeeld Duitsland 5,7 bedden per 1.000 inwoners heeft. Ook met het aantal opnamen en de gemiddelde ligduur scoort Nederland laag.
4 De overlevingskans bij kanker is laag ten opzichte van andere landen.

Paragraaf 16.2 gaat over de invoering van DBC's.

5 De ontwikkeling van DBC's startte in 1993 en duurt nog steeds voort.
6 Alleen een financieel kader vooraf beteugelt de kosten van ziekenhuiszorg. Dit is nodig ongeacht de wijze van bekostiging.
7 De betekenis van de DBC's zit hem niet in de betere kostenbeheersing. Wel biedt de clustering van verrichtingen in DBC's een beter inzicht in ziekenhuisprestaties dan de vroegere budgetparameters.
8 Het DBC-systeem is uniek in de wereld omdat deze ook poliklinische handelingen omvat.
9 Nederlandse specialisten hebben geen aparte tarieven om te adviseren (en niet te behandelen) aan bijvoorbeeld een huisarts. Dat remt transmurale samenwerking af.
10 Het is financieel aantrekkelijk voor een specialist om een DBC te openen die tot behandelen leidt. Een gesprek voeren met een ernstige kankerpatiënt dat leidt tot afzien van behandeling is financieel minder aantrekkelijk.

Paragraaf 16.3 behandelt negen theoretische modellen (zie afbeelding 16.3) om het functioneren van ziekenhuizen te begrijpen. De belangrijkste conclusies zijn:

11 De theoretische modellen zijn allemaal relevant en sluiten elkaar niet uit. Ze benadrukken één of meer aspecten van het functioneren.
12 Bij elke theoretisch model past een specifieke cultuur.
13 Het invoeren van een zorginnovatie vereist het spelen en rekening houden met al deze modellen.

Paragraaf 16.4 gaat over disruptieve (ontwrichtende) innovaties. De volgende aspecten zijn belangrijk:

14 De econoom Schumpeter wees in 1942 op het verschijnsel dat om de vijftig jaar grote innovaties de samenleving ingrijpend veranderen. Hij spreekt van creatieve destructie. Thans is de uitvinding van de computer en het internet zo'n grote innovatie.
15 Digitalisering van de informatieopslag en -verzending leidt volgens auteur Topol tot vier grote veranderingen: a. Het wordt mogelijk om met behulp van sensoren binnen en buiten het lichaam continu het functioneren van het lichaam te meten. b. Het wordt mogelijk alle genen van een individu digitaal op te slaan. c. Digitalisering maakt veel preciezere beeldvorming van organen en nanologische interventies mogelijk. d. Een elektronisch gezondheidsdossier waarvan patiënten eigenaar zijn, wordt mogelijk.
16 Bedrijfskundig gezien bestaan volgens auteurs Christensen en collega's ziekenhuizen uit drie soorten bedrijven: a. solution shops, b. bedrijven die waarde vermeerderen, en c. bedrijven die netwerken faciliteren voor mensen met een chronische aandoening. Elk van deze drie bedrijven heeft behoefte aan een eigen verdienmodel.
17 Digitalisering en het internet bieden voor elk van deze drie bedrijven innovatieve mogelijkheden die ziekenhuizen kunnen ontwrichten. Deze innovaties kunnen zich verspreiden indien zorgverzekeraars en overheid de bekostiging innoveren.

De belangrijkste bevindingen van paragraaf 16.5 over het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen zijn:

18 De wereldberoemde Amerikaanse rapporten *To Err is Human* (1999) en *Crossing the Quality Chasm* (2001) leidden in de navolgende jaren niet tot een wereldwijde kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg.

19 Op een aantal aspecten (pijnbestrijding en bejegening) verbeterde de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg wel en op andere aspecten niet (eigen inbreng, nazorg bij medicijngebruik).
20 In 2004 loopt 5,7 procent van de in Nederland opgenomen patiënten zorggerelateerde schade op. In 2008 was dit percentage 8,0 en in 2012 7,1 procent.
21 CBS-onderzoekers Ploemacher en collega's constateren dat de gestandaardiseerde sterftecijfers van de ziekenhuizen over de periode 2005-2010 daalden met 27,7 procent. Zij hebben geen duidelijke verklaring hiervoor: de daling kan liggen aan een beter kwaliteitsbeleid, aan betere registratie en aan een ander opname- en ontslagbeleid.
22 Drie factoren hebben invloed op de kwaliteit van ziekenhuiszorg: a. de transparantie, b. de mate van kwaliteitsborging, en c. het leiderschap van het ziekenhuis. Vooral de laatste factor heeft invloed.

Paragraaf 16.6 gaat in op het financiële beleid van ziekenhuizen.
23 Financieel beleid dat zowel levens als kosten bespaart, is mogelijk zo bewijzen de Amerikaanse Magneetziekenhuizen.
24 In bijna alle ziekenhuizen vormt de begroting een van de onderdelen van het jaarprogramma waarin ook te ontwikkelen kwaliteitsprojecten en te starten innovaties naar voren komen.
25 Voor de komende jaren is er voor ziekenhuizen geen financiële groei mogelijk. Dit betekent voor ziekenhuizen een grote ommekeer.
26 Financieel beleid bij schaarste start met het aangeven van een financieel kader waarbinnen ontwikkelingen moeten plaatsvinden. Afbeelding 16.5 bevat nog negen andere kenmerken van financieel beleid bij schaarste.
27 Bij doelmaximalisatie krijgt de jaarbegroting een plaats in de langetermijnvisie van de instelling. Bij interne conflictminimalisatie is dat niet het geval en wordt de kaasschaafmethode toegepast.

Paragraaf 16.7 gaat over de voorbereiding door ziekenhuizen op disruptieve innovaties.
28 Ziekenhuizen kunnen zich hierop voorbereiden door resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) inzicht te bieden in de DBC-inkomsten. Zij worden dan bedrijven binnen een groter concern met eigen inkomsten en uitgaven zoals filialen van Albert Heijn dat zijn binnen hun concern.
29 De RVE's kunnen zich nog beter op externe ontwikkelingen voorbereiden als zij zich richten op specifieke doelgroepen van patiënten. Afbeelding 16.6 toont een indeling van RVE's van een groot ziekenhuis naar zes doelgroepen en niet, zoals gebruikelijk, naar behandelend specialisme.
30 Wellicht geldt voor ziekenhuizen met hun goede kwaliteit van zorg en hun grote reputatie de wet van de remmende voorsprong. De historicus Jan Romein introduceerde deze term in 1937 om aan te geven dat bloeiende bedrijfstakken zijn verdwenen omdat ze niet bijtijds overstapten op een nieuwe technologie. Door het serieus nemen van die nieuwe technologie, visieontwikkeling en verandermanagement kunnen ziekenhuizen de disruptie overleven.

WORDEN DE TRIPLE-AIMDOELEN BEREIKT?

Centraal in dit boek staat de vraag of een betere gezondheid, een hogere kwaliteit van zorg en gelijkblijvende kosten mogelijk zijn in de komende jaren. Hier volgt wat dit hoofdstuk aan de beantwoording bijdraagt.

Vorige hoofdstukken boden reeds inzicht in tal van innovaties waarin ziekenhuizen een rol spelen. Dat zijn de hoofdstukken 4 over geboortezorg, 8 over zorg aan mensen met chronische aandoeningen en 9 over oncologische zorg. In hoofdstuk 14 over spoedzorg en 15 over electieve zorg kwamen eveneens belangrijke innovaties in ziekenhuizen aan bod. Al die innovaties bieden kansen op een betere gezondheid van patiënten en een hogere kwaliteit van zorg bij gelijkblijvende kosten. Dit hoofdstuk voegde de disruptieve innovaties hieraan toe. Ook deze kunnen de genoemde triple-aimdoelstellingen bevorderen. Vanzelfsprekend is dat niet, zo leert de geschiedenis. Want de innovaties kunnen ook leiden tot ontwrichting, dat wil zeggen tot faillissementen van ziekenhuizen of drastische afslankingen. Als dat gebeurt, gaan bestaande kennis en routines verloren, wordt kapitaal vernietigd, stijgt de werkloosheid en gaan de kosten van uitkeringen omhoog. Vooral in kleinere gemeenten met veelal kleinere ziekenhuizen komt de disruptie dan hard aan. Immers voor deze instellingen is het moeilijker om te investeren in informatietechnologie en te voldoen aan de hoger wordende eisen voor kwaliteit en financieel beleid.

Om disruptieve innovaties te absorberen binnen bestaande ziekenhuislocaties is regie nodig op regionaal niveau. Want dan kan het ene ziekenhuis uitgroeien tot een focuskliniek, het andere tot een diagnostisch derdelijnscentrum en weer een andere instelling tot een centrum voor medische advisering over een aantal chronische aandoeningen. Het ligt voor de hand deze regionale regie vooral bij de zorgverzekeraars te leggen. In het volgende hoofdstuk ga ik hier nader op in.

Daarnaast is er verandermanagement nodig binnen de instellingen om patiënten en zorgprofessionals mee te krijgen met inhoudelijke en financiële innovaties. Indien beide (regionale regie en verandermanagement) lukken, leveren disruptieve innovaties een bijdrage aan de triple-aimdoelen en anders niet. Het volgende hoofdstuk, het slothoofdstuk, gaat in op de theorie en praktijk van beide.

Met dank aan Hein Abeln, bestuursadviseur en partner Twynstra Gudde en Ingeborg van Dijke, arts en senior beleidsmedewerker van DBC Onderhoud voor hun feedback op een eerdere versie van dit hoofdstuk.

17

TRIPLE AIM, COCREATIE EN HET CAPPUCCINOMODEL

Dit hoofdstuk gaat over het ontwikkelen en verspreiden van de innovaties en andere voorstellen uit de vorige hoofdstukken. Hierbij speelt het cappuccinomodel een grote rol. Van dit model kwam vanaf hoofdstuk 5 steeds een ander aspect aan de orde. Paragraaf 17.1 biedt een samenvattend overzicht van al die aspecten, waarbij ik terugverwijs naar uitgebreidere teksten in eerdere paragrafen. Daarna komen het ontwikkelen en evalueren van zorginnovaties aan de orde (paragraaf 17.2). Hoe kun je geslaagde innovaties verspreiden? Deze vraag is het onderwerp van paragraaf 17.3. In de vorige hoofdstukken kwamen niet alleen zorginnovaties aan de orde, maar ook structuurwijzigingen. Daarvoor is verandermanagement nodig. Dat komt in paragraaf 17.4 aan bod. Dit boek behandelt samenhangende preventie en zorg per doelgroep: ieder hoofdstuk gaat over een andere doelgroep. Om die samenhang te realiseren, is per doelgroep een regiovisie en een ketenregisseur nodig. Paragraaf 17.5 gaat hierop in. Een financieel kader van gelijkblijvende kosten leidt tot de vraag of dure behandelingen met weinig effect mogelijk moeten blijven. Mijn antwoord daarop staat in paragraaf 17.6. Alle bevindingen in dit hoofdstuk staan op een rij in paragraaf 17.7. Dit hoofdstuk en daarmee dit boek, eindigt met paragraaf 17.8, dat wil zeggen met een korte beantwoording van de centrale vraag van dit boek: zijn betere gezondheid en hogere kwaliteit van zorg mogelijk voor hetzelfde geld?

17.1 HET CAPPUCCINOMODEL EN SIMULTANE INNOVATIE

Het cappuccinomodel is bekostiging op basis van drie tarieven. Ten eerste bevat het een abonnementstarief per jaar en per patiënt. Ten tweede is er een laag volumetarief, bijvoorbeeld van 9 euro per consult zoals bij huisartsen. Ten derde bevat het een innovatietarief ter bekostiging van de invoering van innovaties. Voor het abonnementstarief bestaan verschillende synoniemen zoals inschrijftarief, populatiegebonden bekostiging, *bundled payments*, keten-DBC's, geïntegreerde bekostiging en regiobudget. In paragraaf 1.4 kwamen de theoretische voordelen van het cappuccinomodel naar voren. Ik herhaal: het abonnementstarief zet de motor af om meer te produceren, dat wil zeggen de betaling per verrichting is dan grotendeels verdwenen. Binnen een abonnementstarief worden niet-ingrijpen, luisteren en kijken net zo goed betaald als wel ingrijpen. Ten tweede bevordert dit tarief de continuïteit in persoon. Want wie een abonnementstarief heeft, wisselt niet zo snel van zorgverlener als bij een betaling per verrichting. Ten derde kunnen zorgaanbieders binnen die bekostiging dure bestaande zorg makkelijker vervangen door even goede nieuwe vormen van zorg. Het lage volumetarief bevordert de productiviteit, werkt wachtlijsten tegen en reduceert overheadkosten.

Aspect	Aan de orde in paragraaf	Verkorte weergave van voorbeeld
1. Bestuurlijke inrichting	5.5	VSV van verloskundigen en gynaecologen ontvangt de tariefinkomsten en verdelen die op basis van gewerkte uren
2. Multidisciplinaire wijkteams	6.5	Het team ontvangt populatiegebonden bekostiging op basis van wijkkenmerken
3. Shared savings	7.9; 11.8; 13.7; 14.6	Door betere medicatieveiligheid besparen apotheekhoudenden op kosten van spoedopnamen. Zij mogen x% van de besparingen opnieuw aanwenden voor farmaceutische zorg
4. Individueel zorgplan bij mensen met chronische aandoeningen	8.6; 9.9	Dit plan bepaalt de hoogte van de keten-DBC voor de zorg die voortvloeit uit dit plan
5. Gezamenlijk inkopen van zorgverzekeraars en gemeenten	9.9	Beide inkopers stemmen eerst gezamenlijk af bij wie en welke ouderenzorg zij inkopen voor de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wmo
6. Financieel kader voor lange termijn	10.9	Aanbieders van oncologisch zorg werken samen in een regionaal netwerk. Zij formuleren beleid binnen het financieel kader van gelijkblijvende kosten
7. Budget impact analyse en comparative health research	10.9	Verschillende opties van oncologische zorg (preventie, screening, protonenbestraling, personalized medicine worden tegen elkaar afgewogen voordat netwerken prioriteiten stellen
8. Routine outcome monitoring (ROM)	11.8	Dankzij het ROMmen in de geestelijke gezondheidszorg wordt het op termijn mogelijk na te gaan of betere gezondheid en hogere kwaliteit van zorg bij gelijkblijvende kosten worden bereikt
9. Toegangsregulering	11.8	Vanwege het abonnementstarief kan deze regulering in de geestelijke gezondheidszorg plaatsvinden zonder financiële belangen van zorgprofessionals waarnaar verwezen wordt
10. Intersectorale samenwerking	12.5	Dankzij het abonnementstarief en het innovatietarief kan de verslavingszorg makkelijker samenwerken met de geestelijke gezondheidszorg rond patiënten met een dubbele diagnose
11. Abonnementstarief voor patiënten met multimorbiditeit	13.7	Openbare apothekers hanteren een abonnementstarief ten behoeve van patiënten met een chronische aandoening en/of met meer dan vijf voorgeschreven geneesmiddelen. Zij zijn tevens dossierhouder
12. Beschikbaarheid van zorgaanbieders	14.6	Voor spoedzorg geldt een regiobudget op basis van aantal inwoners en oppervlakte van de te bedienen regio
13. Wachtlijsten voor electieve zorg	15.7	Een laag volumetarief gaat wachtlijstvorming tegen
14. Financieel macrokader	15.7	Dankzij vertaling van een meerjarig financieel kader naar ziekenhuiskaders zijn kosten beter te beheersen dan zonder een macrokader
15. Disruptieve innovaties	16.2	Dankzij het innovatietarief kunnen ziekenhuizen zich voorbereiden op ontvlechting en op disruptieve innovaties
16. Wettelijke mogelijkheden	16.2	Het cappuccinomodel is zonder wetswijziging mogelijk
17. Simultane innovatie	17.1	Innovatie van 1. zorgverlening, 2. ICT en 3. bekostiging vinden tegelijk en in samenhang plaats

Afbeelding 17.1. Aspecten en voorbeelden van het cappuccinomodel en de paragrafen waarin zij aan bod kwamen. Toelichting: zie tekst.

Vanuit de gedragseconomie is bekend dat geringe financiële prikkels voldoende zijn om gewenst gedrag van zorgprofessionals en patiënten uit te lokken. Dit is het winkelkarretjesargument: voor 50 eurocent brengen klanten de boodschappenkar terug naar opstelplaatsen van de supermarkt. Zij laten deze niet in de wijk slingeren. Daarom zit in het cappuccinomodel een laag volumetarief. Het derde tarief, het innovatietarief, heeft drie voordelen boven bekostiging zonder zo'n tarief. Ten eerste inspireert volgens de gedragseconomie een duidelijk zichtbaar tarief de zorginnovatie. Ten tweede toonde Christensen in zijn wereldberoemde bestseller *The Innovator's Prescription* aan dat verspreiding van een innovatie pas slaagt indien deze gepaard gaat met een innovatief verdienmodel ofwel een businesscase. Ten derde hadden ziekenhuizen gunstige ervaringen met het financieren van innovaties uit hun lokale productiegebonden toeslag van 3 procent die gold tot en met het jaar 2012. De hoogte van dit tarief binnen het cappuccinomodel hangt af van de innovatieagenda die instellingen en zorgverzekeraars hebben afgesproken. In de praktijk bedraagt dit tarief een paar procent van het abonnementstarief.

In de hoofdstukken 5 tot en met 9 – na de preventiehoofdstukken 2 tot en met 4 – heb ik steeds aspecten van dit model uitgediept. De aspecten, de paragrafen en gebruikte voorbeelden staan vermeld in afbeelding 17.1.

Op één na kwamen alle aspecten in deze afbeelding reeds aan de orde. Voor een toelichting verwijs ik naar de genoemde paragrafen. Nog niet aan de orde kwam het laatste aspect: de simultane innovatie van zorg, ICT en bekostiging. In 2010 bracht Kaiser Permanente het boek *Connected for Health* uit over de gelijktijdige innovatie van zorg en ICT.[1] Medewerkers van deze organisatie beschrijven daarin de mislukking van separate innovatie van beide. Product- en procesinnovaties kwamen eerst niet van de grond door beperkte communicatie via het internet. Want nieuwe zorgproducten vereisen goede digitale verslaglegging om tijdige bijsturing mogelijk te maken. Procesinnovaties betreffen vaak taakherschikking, zorgpaden en decision-supportsystemen. Bij alle drie is uitgebreide softwareondersteuning noodzaak. Maar aparte ontwikkeling van ICT leidde bij Kaiser Permanente tot softwaresystemen die in de zorgpraktijk niet te hanteren waren. In 2006 besloot de organisatie tot een geïntegreerde innovatie van zorg en ICT. Dat verliep uiteindelijk uitstekend. Vandaag de dag hoort Kaiser Permanente dankzij deze aanpak tot de beste en goedkoopste zorgaanbieders van de Verenigde Staten. Kaiser Permanente is een voorbeeld voor de thans in de Verenigde Staten overal in ontwikkeling zijnde affordable care organisations. Het boek inspireerde mij om innovatie van zorg en ICT simultaan op te pakken. Overigens komt ICT-expert Huysman tot vergelijkbare bevindingen voor Nederlandse ziekenhuizen.[2]

Christensen en collega's publiceerden in 2009 hun boek *The Innovator's Prescription*.[3] Het kwam reeds uitgebreid in paragraaf 16.4 aan de orde. Zij pleiten voor simultane innovatie van zorg en bekostiging. Zij benadrukken dat innovaties veelal leiden tot andere in- en uitgaande geldstromen en een andere definiëring van te leveren prestaties. Hun boek was aanleiding om in mijn eigen boek te pleiten voor simultane innovatie van zorg, ICT en bekostiging. Hiermee zeg ik niet dat aparte zorginnovatie altijd mislukt. Maar zonder ICT-vernieuwing dreigt extra registratiedruk omdat reeds opgeslagen informatie niet opnieuw te gebruiken is. Verder dreigt stuurloosheid omdat data te laat of niet-compleet beschikbaar komen vanwege gebrekkige softwareondersteuning. En als zorginnovatie niet parallel loopt met innovatie van de bekostiging, dreigt geldgebrek of kan bespaard geld niet worden gesubstitueerd naar de zorginnovatie. Het gelijktijdig

en samenhangend innoveren van zorg, ICT en bekostiging draagt daarom het meeste bij aan het realiseren van de triple-aimdoelen: a. een betere gezondheid, b. een hogere kwaliteit van zorg, en c. het gelijkhouden van de kosten.

Met dit pleidooi voor simultane innovatie van zorg, ICT en het cappuccinomodel eindigt deze paragraaf. Hoe innovaties te ontwikkelen en te verspreiden? Die vraag komt in de volgende paragraaf aan de orde.

17.2 HET ONTWIKKELEN EN EVALUEREN VAN ZORGINNOVATIES

In de voorafgaande hoofdstukken passeerden veel zorginnovaties de revue: gemiddeld zo'n negen per hoofdstuk voor een specifieke doelgroep van patiënten met te vermijden of reeds bestaande gezondheidsproblemen. Hoofdstuk 1 biedt een theoretische indeling in product-, proces- en systeeminnovaties. De eerstgenoemde innovaties betreffen preventieve interventies in het verleden (hoofdstuk 1) en in de toekomst (hoofdstuk 3 en 4). In hoofdstuk 5 tot en met 15 komen per doelgroep patiënten interventies aan de orde op het terrein van screening, diagnostiek, behandeling en nazorg. De procesinnovaties gaan in alle hoofdstukken over taakherschikking van professionals naar patiënten en van artsen naar andere professionals. Ze betreffen ook taakherschikking van de tweede lijn naar de eerste lijn en van mens naar computer. Ook komen in vrijwel alle hoofdstukken e-health en digitale informatie-uitwisseling tussen patiënten en professionals en tussen professionals onderling als voorname procesinnovaties naar voren. De systeeminnovaties betroffen het ontwerpen van a. nieuwe organisatorische verbanden tussen professionals, b. nieuwe geïntegreerde, digitale informatiesystemen, en c. nieuwe betaalsystemen. Het cappuccinomodel met zijn drie verschillende financiële prikkels komt in hoofdstuk 5 voor het eerst naar voren als systeeminnovatie en keert terug in alle hoofdstukken daarna.

In de Nederlandse praktijk bestaan vele innovaties die niet tot verspreiding komen. Om dit verschijnsel te duiden valt in paragraaf 8.5 de term pilotitis. De Nederlandse gezondheidszorg lijdt aan te veel pilotprojecten, aan pilotitis dus. Het beleidsprobleem dat daarom in deze paragraaf aan bod komt is hoe geslaagde innovaties te identificeren die beantwoorden aan de drie triple-aimdoelen zoals omschreven in hoofdstuk 1: een

1.	Bewustwording dat er een probleem bestaat
2.	Literatuur- en documentenstudie naar reeds elders ontwikkelde innovaties
3.	Ontwerpen van de innovatie
4.	Het ontwerpen van de eerste businesscase
5.	Simuleren van de innovatie
6.	Uitvoeren pilot bij enkele patiënten
7.	Uitvoeren pilot bij enkele werksettings
8.	Evalueren van de pilot op de drie doelstellingen van Triple Aim
9.	Verduurzaming van de geslaagde innovatie

Afbeelding 17.2. Negen fases om te komen tot een geslaagde zorginnovatie
Toelichting: zie tekst.

betere gezondheid, een hogere kwaliteit van zorg en gelijkblijvende kosten. In paragraaf 17.3 volgen aansluitend enkele suggesties om dergelijke geslaagde innovaties sneller te verspreiden.

In 1991 definieerden ondergetekende en Van Londen zorginnovatie als een door bestaande organisaties bewust gekozen verandering in het aanbod van zorg met als doel de kwaliteit en/of de doelmatigheid van de zorgverlening te verbeteren (zie ook paragraaf 1.5).[4] Afbeelding 17.2 toont fases in de ontwikkeling van een zorginnovatie. Deze indeling kwam tot stand op basis van literatuurstudie en eigen ervaring door veertig jaar evalueren van zorginnovaties.

Een valkuil voor een innovator is enthousiast te zijn over een innovatie, maar niet te weten welk probleem de innovatie in de eigen werkomgeving moet oplossen. Dat enthousiasme kan ontstaan na het lezen van een artikel, een studiereis naar een andere werksetting of een cursus bij een expert. Daarom geldt als eerste fase (zie afbeelding 17.2) om een geslaagde innovatie tot stand te brengen dat men zich ervan bewust wordt dat er een probleem is. Dat kan naar voren komen uit een kwaliteitsregistratie, een managementoverleg, een intervisiebijeenkomst van professionals of het kan blijken uit een enquête onder patiënten. Een speurtocht op het internet naar artikelen, rapporten en documenten over reeds elders gerealiseerde en bewezen innovaties vormt de tweede ontwikkelingsfase. Twee onderzoeksgroepen gaven in 2013 onafhankelijk van elkaar aan dat zo'n literatuurreview door innovatoren in het veld kan worden gedaan en niet voorbehouden is aan wetenschappelijke onderzoekers.[5] De speurtocht kan leiden tot de conclusie dat de beoogde innovatie nog nergens bestaat: er is sprake van een wereldpremière als deze van start gaat. In dat geval is wetenschappelijke evaluatie een vereiste. De literatuurreview kan ook leiden tot de conclusie dat de innovatie elders in het binnen- of buitenland reeds functioneert: er is sprake van een première, voor het eerst in dit theater. Ook kan het zijn dat de innovatie jaren geleden heeft bestaan: dit heet een reprise in de theaterwereld. Dat is bijvoorbeeld het geval bij de herintroductie van de wijkverpleegkundige in 2015.

Indien de innovatie elders reeds bestaat of vroeger bestond, kan volstaan worden met het aanpassen daarvan aan de eigen werksituatie. De innovatoren kunnen onderzoeksresultaten, overtuigingskracht en expertise van elders benutten om de eigen innovatie te ontwikkelen. Zo heb ik zelf de afgelopen jaren menige innovatieve groep verwezen naar Gesundenes Kinzigstal in Zuid-Duitsland en aangeraden om het aldaar ontwikkelde concept van shared savings te gebruiken in eigen kring.

De derde fase in afbeelding 17.2 betreft het aanpassen van de reeds bestaande innovatie of het geheel nieuw ontwerpen van de innovatie, bij voorkeur door cocreatie en met inbreng vanaf het eerste begin van zorgverzekeraars, patiëntvertegenwoordigers en andere belanghebbenden. Dan is er sprake van een geringer afbreukrisico in een latere fase. De vierde fase houdt het maken van de businesscase in. Een goed hulpmiddel hierbij is de canvas-businesscasemethode.[5] Hierbij schildert een breed samengestelde innovatieve groep (cocreatie) soms letterlijk op canvas (daarom de naam!) tegelijkertijd alle aspecten die het canvas-businesscasemodel onderscheidt. Aspecten betreffen bijvoorbeeld de te realiseren meerwaarde, de doelgroep en de manier van bekostigen. Een tweede hulpmiddel is het bepalen van de *social returns on investment* (SROI's) ofwel de in geld uitgedrukte maatschappelijke meerwaarde van de innovatie. Een voorbeeld hiervan is de SROI-berekening van Vital Valley van het preventieconsult van huisartsen. Deze organisatie berekende dat 1 euro besteed aan dit consult 2,4 euro oplevert aan in

geld uitgedrukte baten zoals minder ziekteverzuim, minder arbeidsongeschiktheid en minder zorgkosten.[6]

In de vijfde fase is sprake van simulatie van de innovatie, die dan al is ontworpen in termen van stroomschema's en verdelingen van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en activiteiten. Het simuleren kan gebeuren in bijeenkomsten aan de hand van een casus waarin de oude en de nieuwe situatie worden vergeleken. Op deze manier is ook een risico-inventarisatie vooraf te doen. Dit is een van de pijlers van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS, zie paragraaf 16.5). Veel ziekenhuizen passen deze prospectieve risico-inventarisatie toe bij innovaties zoals het ontwerpen van zorgpaden. Geavanceerder is het werken met *serious gaming*[7] en met *system dynamic modelling*[8]. Deze laatste is vooral interessant bij keteninnovaties, maar vereist wel de aanwezigheid van een gezamenlijke database van het bestaande zorgaanbod van de gehele keten.

In fase 6 en 7 vindt uitvoering plaats van de innovatie. Eerst in een kleine setting en daarna tegelijk op verschillende locaties. Het is aan te bevelen om te kiezen voor een locatie met enthousiaste *early adaptors* en voor een minder gemotiveerde afdeling. Indien de innovatie in de laatste werksetting ook gunstige resultaten oplevert, is dat een krachtig argument bij de verdere verspreiding. Als dat niet zo is, dan is verspreiding uit den boze. Laat duidelijk zijn: niet elke innovatie is ook een verbetering. Over het evalueren van zorginnovaties (fase 8 in afbeelding 17.2) heeft ondergetekende samen met collega's een hoofdstuk geschreven in het *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Kortheidshalve verwijs ik nu daarnaar.[9] Ook verwijs ik naar publicaties van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg[10] en van Bossuyt en Besselink[11]. Shojania[12] schreef een helder betoog over het probleem dat veldonderzoek geen evidentie van effecten oplevert en dat de uitkomsten van randomized clinical trials niet zonder meer in de dagelijkse praktijk gelden. Hier volsta ik met de vaststelling dat de evaluatie een antwoord moet opleveren op vier vragen:

1 Wat is de theoretische onderbouwing voor de werkzaamheid?
2 Werkte de innovatie volgens het ontworpen model?
3 Welke meerwaarde leverde de innovatie op voor het bereiken van de triple-aimdoelstellingen?
4 Klopt de in fase 4 gemaakte businesscase?

Universitaire medische centra zouden hun onderzoekscapaciteit meer moeten richten op het medeontwerpen en evalueren van simultane innovaties. Dat is mijn pleidooi en ook dat van enkele Amerikaanse collega's.[13]

In fase 9 verliest de geslaagde innovatie haar vernieuwende status: zij wordt *care as usual*. Er vindt dan verduurzaming plaats. De innovatie is geen project meer, maar onderdeel van de bestaande kwaliteitsprocessen en betaal-, ICT- en organisatorische systemen. De verspreiding van de innovatie naar andere afdelingen, instellingen en regio's kan beginnen. Ik ga er hierbij van uit dat de innovatie, veelal gefinancierd met publiek geld, leidt tot een gevoel van trots in de organisatie en de bereidheid tot actieve verspreiding. Zij vormt geen onderdeel van bedrijfsgeheimen en van een gesloten, afgeschermde cultuur. Ik merk ten slotte op dat, gelet op mijn eigen ervaring, de negen fases elkaar niet altijd opvolgen, maar soms gelijktijdig verlopen en (net als bij de canvasmethode) steeds weer aan de orde komen in het ontwikkelingsproces.

17.3 HOE GESLAAGDE INNOVATIES TE VERSPREIDEN?

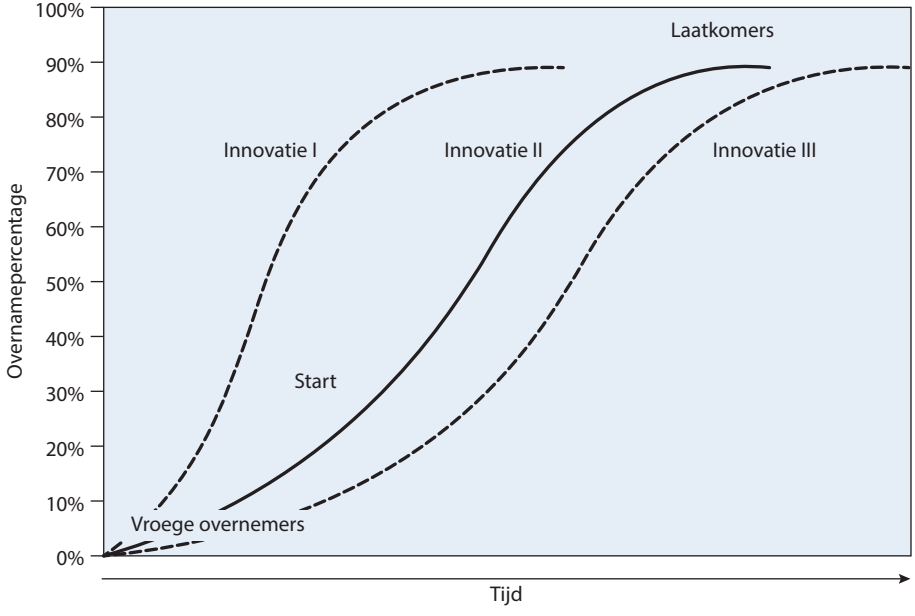
Theoretisch kenmerk van wat voor innovatie dan ook is dat deze klein begint en zich daarna geleidelijk verspreidt volgens de verspreidingscurve van Rogers[14] (afbeelding 17.3, zie ook paragraaf 1.5).

In deze afbeelding verspreidt innovatie 1 zich sneller dan innovatie 3. De curve heeft een S-vorm. In het begin zijn er weinig zorgaanbieders en zorgverzekeraars die de innovatie overnemen: zij zijn vroege overnemers (*early adopters*).

Daarna is er een grote groep, zeg maar het peloton, dat de kat uit de boom heeft gekeken maar na een bepaalde fase – bij het bereiken van het *tipping point*[15] – de innovatie massaal overneemt. Ten slotte blijft er een kleine groep laatkomers over (*late adopters*) die de innovatie later invoert. Zeventien jaar is de gemiddelde duur die een productinnovatie nodig heeft om te komen tot 100 procent verspreiding in de Amerikaanse gezondheidszorg, zo leert een overzichtsstudie uit 2000.[16]

INNOVATIES VERSPREIDEN ZICH SNEL EN LANGZAAM

In hoofdstuk 3 kwamen vier succesvolle innovaties van geïntegreerde preventie aan de orde: B.Slim in Amersfoort, Overvecht Gezond in Utrecht, Hartslag Limburg in Zuid-Limburg en het programma van de Weight Watchers voor mensen met overgewicht. Ze bestaan al een aantal jaren, verminderen het lichaamsgewicht, functioneren op basis van een theoretisch model en verlagen de kosten. Toch verspreiden deze innovaties zich nauwelijks. In hoofdstuk 5 over geboortezorg kwam het initiatief van de thuiszorg voor risicozwangeren aan de orde. Dit is eveneens een innovatie die meer gezondheid, betere kwaliteit en kostenbesparingen biedt. Ook deze innovatie verspreidde zich slechts



Afbeelding 17.3. De theoretische verspreiding van innovaties
Bron: Deze afbeelding is gebaseerd op E.M. Rogers, *Diffusion of innovations*, New York: Free Press, 2003 (5th edition) (eerste druk 1962).

in geringe mate. Tien jaar na de gunstige resultaten van deze thuiszorg boden maar zo'n twintig ziekenhuizen dit zorgaanbod. In andere hoofdstukken kwamen innovaties naar voren die zich binnen enkele jaren snel verspreidden over geheel Nederland. Het eerste voorbeeld betreft de ziekenhuistransferpunten genoemd in hoofdstuk 15. Binnen enkele jaren hadden vrijwel alle ziekenhuizen zo'n punt, nadat enkele goede voorbeelden tot stand waren gekomen zoals in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Ook de huisartsenposten, genoemd in hoofdstuk 14, vormden een snelle innovatie. Vele volgden het goede voorbeeld van Nijmegen. Binnen enkele jaren ontstond een dekkend netwerk van huisartsenposten in Nederland. Het derde voorbeeld van snelle verspreiding vormen de zorggroepen voor mensen met chronische aandoeningen. Ze kwamen aan de orde in hoofdstuk 8. Vrijwel alle huisartsen gingen binnen enkele jaren aan deze zorggroepen deelnemen.

Waarom verspreiden sommige innovaties zich nauwelijks en andere snel? In 2005 identificeerde ondergetekende tien theorieën om de verspreidingssnelheid te verklaren.[17] Een kort en geactualiseerd antwoord op deze vraag volgt hierna.

De eerder geciteerde Rogers verklaart de verspreidingssnelheid van innovaties uit kenmerken van de innovatie. Hij onderscheidt vijf kenmerken met invloed op de verspreidingssnelheid. Afbeelding 17.4 somt deze kenmerken op en bevat voorbeelden ter toelichting van de langzame verspreiding van geïntegreerde preventie versus de snelle verspreiding van huisartsenposten.

De aanwezigheid van een goede bekostiging (kenmerk 1) voor de huisartsenposten heeft de verspreiding van deze voorzieningen enorm versneld. Dat gegeven heeft mij ertoe gebracht om in dit boek te pleiten voor het cappuccinomodel. Ten eerste vond tegelijk met de zorginnovatie (huisartsenpost) ook een financiële innovatie (bekostiging) plaats. Daar komt bij dat deze posten een bekostiging ontvingen op basis van kenmerken van hun verzorgingsgebied en ook hun productie. Dat maakte het mogelijk om via de nieuwe tarieven een relatief voordeel te creëren om een huisartsenpost te beginnen ofwel, abstracter gezegd, om de innovatie over te nemen. Het gebrek aan inpasbaarheid (kenmerk 2) speelt niet alleen bij geïntegreerde preventie, maar ook bij innovaties gericht op zelfmanagement door mensen met chronische aandoeningen. Zij zijn het niet gewend om dat te doen. De complexiteit van innovaties (kenmerk 3) komt vooral aan de orde bij keteninnovaties waarbij meer dan één zorgaanbieder is betrokken. Die zijn moeilijker te realiseren dan een innovatie binnen één organisatie, zoals de introductie van bijvoorbeeld physician assistants in ziekenhuizen. De testbaarheid of schaalbaarheid (kenmerk 4) maakt systeeminnovaties moeilijk te realiseren. Zo is één elektronisch patiëntendossier voor de eerste lijn moeilijk te organiseren: dit is niet eerst op buurtniveau uit te testen. De zichtbaarheid (kenmerk 5) van een innovatie is ten slotte ook van grote betekenis voor een snelle verspreiding. Excursies, masterclasses, congressen en mond-tot-mondreclame doen hier goed werk.

Orlandini c.s. komen in 1990 tot een uitbreiding van de theorie van Rogers.[18] Zij geven aan dat het verspreidingsproces in iedere fase kan stagneren. Ten eerste kan de innovatie ineffectief zijn. Ten tweede kan de kennisverspreiding te beperkt zijn. Ten derde kan de adoptie door de doelgroep fout gaan: men raakt niet overtuigd door de relatieve voordelen. Ten vierde kan het misgaan met de implementatie: die komt niet op gang. Ten vijfde kan het misgaan met het onderhouden van de innovatie. Onderdelen ervan worden bijvoorbeeld wegbezuinigd. De innovatie dooft dan geleidelijk uit. Orlandi en zijn collega's geven aan dat elke innovator reeds bij het ontwerpen rekening moet houden met deze vijf stagnerende factoren.

1. Het relatieve voordeel: de mate waarin een gebruiker een innovatie als voordelig beschouwt
Geïntegreerde preventie: geen betaling voor de inzet van zorgprofessionals.
Huisartsenposten: bekostiging van huisartsenposten beschikbaar. Huisartsen hoefden minder diensten te gaan draaien buiten kantooruren dankzij de huisartsenposten. Ziekenhuizen boden graag locaties aan.
2. De inpasbaarheid: de mate waarin een innovatie overeenstemt met bestaande waarden, ervaringen en werkprocessen van potentiële gebruikers
Geïntegreerde preventie: zorgprofessionals zijn niet gewend om te participeren in preventieve wijkgerichte interventies.
Huisartsenposten: het huisartsenwerk veranderde niet. Alleen de locatie en organisatie van de NAW-zorg veranderde.
3. De complexiteit: de mate waarin een innovatie gemakkelijk te begrijpen en te gebruiken is
Geïntegreerde preventie: er bestonden geen bestaande samenwerkingsverbanden waarop GGD-professionals en huisartsen konden terugvallen.
Huisartsenposten: huisartsen kenden al waarneemregelingen. Organisatorisch waren de huisartsenposten niet zo nieuw.
4. De testbaarheid: de mate waarin een innovatie door een gebruiker eerst op kleine schaal en beperkt te gebruiken is
Geïntegreerde preventie: de innovatie betrof in een keer een gehele stad, een stadsdeel of regio. Kleinschalig uitproberen was er niet bij.
Huisartsenposten: huisartsen sloten zich geleidelijk aan bij de huisartsenposten.
5. De zichtbaarheid: de mate waarin de innovatie zichtbaar is voor derden
Geïntegreerde preventie: af en toe zichtbaar in foto's met enthousiaste, bewegende wijkbewoners.
Huisartsenposten: goed zichtbaar in vakbladen en massamedia met nieuwe panden op ziekenhuisterreinen.

Afbeelding 17.4. Vijf kenmerken van zorginnovaties met invloed op de verspreidingssnelheid
Bron: E.M. Rogers, *Diffusion of innovations*, New York: Free Press, 2003 (5th edition) (eerste druk 1962).

VERHOGING VAN DE VERSPREIDINGSSNELHEID, JA DAT KAN

In 2002 verscheen een boek over 21 zorginnovaties in Nederland. Ondergetekende en collega's vormden daarvan de redactie en ontwikkelden een eigen theorie die de verschillen in verspreidingssnelheid tussen die 21 voorbeelden kan verklaren. Wij onderscheidden 9 factoren die de verspreidingssnelheid verhogen (afbeelding 17.5).

Gemiddeld waren bij elk van de 21 innovaties 4 van de 9 factoren aanwezig. Innovaties die meer factoren bevatten, hadden gemiddeld genomen een hogere verspreidingssnelheid.

De theorieën van Rogers, Orlandini en collega's alsmede van mijzelf en collega's vul-

1.	Een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en taken van professionals die met de innovatie gaan werken
2.	Voldoende educatieprogramma's voor professionals die de innovatie gaan overnemen
3.	Adequate softwareprogramma's om de innovatie te ondersteunen
4.	Voldoende publiciteit over de bewezen innovatie
5.	Adequate bekostiging van de innovatie
6.	De juiste schaalgrootte voor het verzorgingsgebied van de innovatie
7.	Voldoende professionele vrijheid om de innovatie al dan niet over te nemen
8.	Snelle besluitvorming bij raden van bestuur, zorgverzekeraars en overheid om de innovatie over te nemen en te faciliteren
9.	De inbedding van de innovatie in een systeem van kwaliteitsborging

Afbeelding 17.5. Negen factoren met een gunstige invloed op de verspreidingssnelheid van reeds bewezen zorginnovaties
Bron: G. Schrijvers et al., *Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie*, Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002.

len elkaar aan en bijten elkaar niet. In aanvulling op de conclusies van het genoemde boek uit 2002 en de achtergrondstudie uit 2005 voor de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg volgt hier een tiende factor die van belang is voor de verspreiding van zorginnovaties: de competenties bij zorgorganisaties en financiers om verandermanagement toe te passen. Deze competenties zijn ook van belang bij het herinrichten van de eigen organisatie zoals het ontvlechten van het eigen ziekenhuis (hoofdstuk 16), het herverdelen van taken tussen organisaties zoals bij de zorg voor mensen met chronische aandoeningen (hoofdstuk 8), het aangaan van samenwerkingsverbanden in de geboortezorg (hoofdstuk 5), het herordenen van oncologische zorg (hoofdstuk 10) en van geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 11). Ook het invoeren van één digitaal informatiesysteem vereist veel verandermanagement. Paragraaf 17.4 gaat nader in op theorieën en modellen van verandermanagement.

17.4 VERANDERMANAGEMENT: HET MOEILIJKSTE DAT ER BESTAAT[19]

Ommoord in Rotterdam en Overvecht in Utrecht behoorden in de jaren zeventig van de vorige eeuw tot de eerste wijken waar gezondheidscentra tot stand kwamen. Het waren toen nieuwbouwwijken. Daar bestond geen weerstand van de aanwezige professionals en instellingen. Leidinggevenden kregen met bevlogenheid en enthousiaste verhalen gemeente en ziekenfondsen mee. Want er moest in die wijken toch eerstelijnszorg komen. Er bestond maatschappelijke urgentie. Later volgden vele nieuwe wijken en steden de voorbeelden in Ommoord en Overvecht: Nieuwegein, Zoetermeer, Purmerend, Lelystad, Almere, Stadshagen in Zwolle, Wateringseveld in Den Haag en Leidsche Rijn in Utrecht. In oude wijken kwamen gezondheidscentra nauwelijks van de grond. Zittende huisartsen hechtten aan hun eigen solistische praktijken, veelal een praktijk aan

huis. Bestaande posities en machtsverhoudingen stonden gezondheidscentra in de weg. Pas na 2006, toen de Zorgverzekeringswet de eerste lijn versterkte (zie paragraaf 7.1), kregen huisartsen en gemeenten een nieuwe impuls om de eerste lijn te versterken. In bestaande wijken zoals in Enschede, Nijkerk, Rotterdam (Feijenoord) en Houten ontstonden prachtige centra van waaruit vele disciplines geïntegreerde zorg en preventieve interventies gingen aanbieden.

Uit deze geschiedschrijving komt naar voren welke condities een veranderingsproces in een wijk, stad, regio of binnen een zorgorganisatie gunstig dan wel ongunstig beïnvloeden. Het aansturen van zo'n proces heet verandermanagement. Die aansturing bestaat uit het versterken van de invloed van de gunstige condities en het verminderen van de ongunstige.

Afbeelding 17.6 toont gunstige en ongunstige factoren voor veranderingsprocessen. Tussen haakjes staat steeds ter verduidelijking een voorbeeld van bovenstaande veranderingsprocessen in de eerste lijn.

Hieronder komen de acht factoren uit afbeelding 17.6 achtereenvolgens aan bod. Het is aan verandermanagers om medewerkers keer op keer te wijzen op de maatschappelijke urgentie (factor 1) van de verandering. Die urgentie kan stoelen op argumentatie over volksgezondheid, zoals het voorbeeld bij deze conditie illustreert. Urgentie kan ook ontstaan uit externe druk (bijvoorbeeld: de Inspectie eist veranderingen), maar ook die externe eis behoeft argumentatie vanuit de volksgezondheid. De maatschappelijke urgentie kan ook stoelen op financiële argumenten. De zorgverzekeraar of ge-

Gunstige condities:

1. De aanwezigheid van maatschappelijke of interne urgentie (er moeten in een nieuwbouwwijk voorzieningen komen voor eerstelijnszorg)
2. De aanwezigheid van een bevlogen en gedragen visie (multidisciplinair samenwerken in de eerste lijn heeft de toekomst)
3. De aanwezigheid van een stimulerend financieel kader (de Zorgverzekeringswet biedt huisartsen sinds 2006 een solide bron van inkomsten)
4. Werk volgt zorg

Ongunstige condities:

5. Gehechtheid bij professionals aan bestaande routines (huisartsen in oude wijken hechtten in de jaren zeventig van de vorige eeuw aan hun bestaande manier van werken, veelal vanuit solopraktijken)
6. Weerstand bij bestaande instellingen om taken af te staan (thuiszorgorganisaties wilden wijkverpleegkundigen niet detacheren in gezondheidscentra)
7. Bestaande (financiële) regelgeving belemmert het veranderingsproces (gezondheidscentra in nieuwe wijken hebben de eerste jaren grote financiële problemen omdat zorgverzekeraars aanloopkosten niet vergoeden)
8. Werk volgt zorg niet

Afbeelding 17.6. Gunstige en ongunstige factoren met invloed op veranderingsprocessen
Toelichting: zie tekst.

meente heeft minder geld beschikbaar voor de instelling. Of er dreigt een concurrent (een zelfstandig behandelcentrum?) een goedkoper en beter zorgaanbod te doen aan de financier, waardoor het eigen voortbestaan gevaar loopt. De afwezigheid van maatschappelijke urgentie (waarom moeten wij fuseren of waarom zouden wij van solopraktijken opgaan in gezondheidscentra?) leidt ertoe dat veel veranderingsprocessen mislukken. Een bevlogen visie die de organisatie beschrijft op een termijn van bijvoorbeeld vijf jaar (factor 2 in afbeelding 17.6) motiveert professionals en mobiliseert creativiteit van afdelingshoofden. Zo'n visie benadrukt de eigen identiteit van de organisatie, maakt de eigen kernwaarden expliciet, houdt keuzes in en verbindt de gehele organisatie. Verder geeft een visie de mogelijkheid om uitwerking ervan te delegeren: wat betekent deze visie voor jouw afdeling? Een visie motiveert medewerkers vooral indien de leiding van de organisatie er zelf naar handelt, uitdaagt en aangeeft wat het belang van de medewerkers is om deze visie te volgen (*What is in it for me?*). Deze verbinding met de zogeheten onderkant van de organisatie is een belangrijke succesfactor voor verandermanagement. Kim en Mauborgne, die de bestseller *Blue Ocean* schreven, spreken zelfs van een eerlijk proces dat nodig is tussen de top en de onderkant van de organisatie.[20] Als een visie alleen in slogans is geformuleerd, niet onderbouwd is met cijfers uit het verleden en geen maatschappelijke urgentie heeft, motiveert deze de medewerkers niet. Dan is de kans groot dat een veranderingsproces stukloopt. Of er ontstaat een hypocriete organisatie, zoals in hoofdstuk 16 vermeld, waarbij de visie doel a formuleert, het jaarprogramma uitgaat van doel b en de dagelijkse praktijk van doel c.

Een financieel kader voor de groei of de krimp van de organisatie op lange termijn is de derde factor in afbeelding 17.6 met invloed op veranderingsprocessen. Soms verwarren raden van bestuur van zorginstellingen en gemeentebesturen die de Wmo uitvoeren dit kader met de visie. Dan doen zij uitspraken als: ons beleidsdoel is x-procent bezuinigen. Dan verwachten zij alleen van zorgprofessionals dat zij productie draaien, binnen de begroting blijven en doen wat de bestuurders zeggen. Vroeg of laat komt dan de leiding in de problemen omdat wie kan vertrekken, vertrekt, het ziekteverzuim toeneemt en de kwaliteit van zorg vermindert. Veranderingsprocessen gericht op kwaliteitsverbetering en innovatie zijn dan kansloos.

De vierde en achtste factor in afbeelding 17.6 luiden: werk volgt zorg respectievelijk werk volgt zorg niet. Als de leiding vooraf aangeeft dat er geen gedwongen ontslagen vallen, maar dat het werk het opnieuw ingerichte zorgaanbod volgt, dan is verandermanagement gemakkelijk. Maar veranderingsprocessen gaan soms gepaard met gelijktijdige inkrimping van het personeelsbestand. Er is dan sprake van een bezuinigingsoperatie. Dan volgt het werk de zorg niet. Dan is er sprake van een ongunstige conditie. Vanuit de condities 4 en 8 redenerend is er veel voor te zeggen dat substitutie van zorg vanuit ziekenhuizen naar de eerste lijn plaatsvindt onder de conditie werk volgt zorg. Dat houdt in dat medewerkers van het ziekenhuis als eersten kunnen solliciteren op de nieuwe functies in de eerste lijn. Dat leidt tot een grotere kans van slagen van dit veranderingsproces, minder afvloeiingsregelingen en minder inwerkkosten voor nieuwe medewerkers in de eerste lijn.

Gehechtheid van professionals aan bestaande routines (factor 5 in afbeelding 17.6) kan een veranderingsproces tegenhouden. In hoofdstuk 11 over de geestelijke gezondheidszorg kwam naar voren dat psychiaters aarzelend staan tegenover e-mental health. Want screen-to-screencontact en mailcontact veranderen de dagelijkse routines van face-to-facecontacten ingrijpend. De vereiste gedragsverandering bij zorgprofessionals

en ook bij cliënten leidt ertoe dat veranderingsprocessen trager verlopen, ook al is het nieuwe systeem technisch op orde.

Handboeken over verandermanagement benadrukken vaak óf de structuurverandering van een organisatie óf de gedragsverandering van de medewerkers van de organisatie. Het in kleuren denken van De Caluwé en Vermaak[21], het ESH-model (evenwicht, samenhang en heterogeniteit) van Weggeman[22] en de veranderstrategieën van Kotter[23] benadrukken de structuurverandering als doel van verandermanagement. Zij komen met stappenplannen en aspectmodellen voor verandermanagement. Hun boeken zijn geschreven vanuit het perspectief van de manager. Quinn[24] en Covey[25] stellen de gedragsverandering bij medewerkers als centraal doel. Hun boeken zijn meer psychologisch en pedagogisch van aard. Zij benadrukken ook de kwaliteit van de communicatie tussen zorgprofessionals. Kalff en Uitslag, twee Nederlandse mediators, onderkennen communicatiemuren in organisaties.[26] In zes stappen geven zij aan waar het bij veranderingsprocessen mis kan gaan:

1 Gedacht is niet hetzelfde als gezegd.
2 Gezegd is niet hetzelfde als gehoord.
3 Gehoord is niet hetzelfde als begrepen.
4 Begrepen is niet hetzelfde als akkoord.
5 Akkoord is niet hetzelfde als toegepast.
6 Toegepast is niet hetzelfde als gecontinueerd.

Voor mij houdt verandermanagement zowel systeem- als gedragsverandering in. Het is onjuist om gehechtheid aan bestaande routines te verwarren met weerstand. Het loskomen van die gehechtheid en het vervangen door nieuwe bindingen en competenties is een rouwproces en een leerproces. Respect voor het verleden, scholing en helpdesks tijdens het veranderingsproces zijn cruciaal voor professionals om te onthechten en zich opnieuw te binden.

De aanwezigheid van weerstand is in afbeelding 17.6 de zesde factor met invloed op veranderingsprocessen. De weerstand kan komen vanuit de eigen organisatie: de ondernemingsraad of de medische staf is bijvoorbeeld tegen de beoogde verandering. De weerstand kan ook van buiten komen; de plaatselijke gemeenschap is bijvoorbeeld tegen de sluiting van de nevenvestiging van de zorginstelling. Bij weerstand gaat het om belangen die het veranderingsproces gaan schaden: de thuiszorgorganisatie die de zeggenschap grotendeels kwijtraakt over haar medewerkers indien zij deze detacheert in een gezondheidscentrum. Het omgaan met weerstanden vereist politieke competenties van de leiding van het veranderingsproces. Ik definieer deze competenties als:

1 het kunnen creëren van draagvlak voor de eigen visie;
2 het kunnen aangaan van een leidende alliantie van zoveel mogelijk onderdelen van de organisatie: *the coalition of the willing*;
3 het zo min mogelijk en zo laat mogelijk expliciet hanteren van macht ofwel het zwaaien met de portefeuille;
4 het kunnen tonen van respect voor andere opvattingen;
5 het integer kunnen onderhandelen over belangen;
6 het kunnen creëren van win-winsituaties;
7 het kunnen uitdragen van compromissen als consensus.

Ik benoem deze competenties niet vanuit beschikbare literatuur, maar vanuit mijn tien

jaar ervaring als politicus in de Utrechtse gemeenteraad. Weerstanden kunnen een enorme barrière vormen voor veranderingsprocessen en deze doen mislukken.

Als factor 7 in afbeelding 17.6 staat dat bestaande regelgeving veranderingsprocessen kan fnuiken of vertragen. Een voorbeeld hiervan voor startende gezondheidscentra staat daarbij vermeld. De negen proeftuinen van VWS zijn een voorbeeld van begin 2014.[27] Die dragen als gezamenlijke naam: Betere Zorg tegen Minder Kosten. Een jaar na de start, in april 2014, lopen deze projecten vast, ondanks gunstige businesscases voor het totaal van de zorgverlening, omdat bestaande financiële regelgeving verhindert om zorgaanbod te verplaatsen van ziekenhuis naar eerste lijn en van curatieve zorg naar preventieve interventies. Het is verder in deze projecten niet mogelijk om te schuiven tussen de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wmo.

De vaak aanwezige, ongunstige factoren voor veranderingsprocessen leiden ertoe dat vele daarvan mislukken, vertraagd doorgaan of slechts gedeeltelijk succes hebben. Don Berwick is de grote initiator van veranderingsprocessen in de Verenigde Staten. Deze bedenker van doorbraakprojecten en van de triple-aimaanpak schreef eind 2013 teleurgesteld over giftige politiek van weerstand biedende of van zwijgende professionele partijen die vele rationele en idealistische veranderingsprocessen ondermijnen.[28] Verandermanagement is het moeilijkste dat er bestaat.

17.5 REGIONALE SAMENWERKING STAAT AL SINDS 1901 OP DE AGENDA

Veel innovaties in dit boek kunnen slechts tot stand komen door veranderingsprocessen op regionaal niveau en door samenwerking tussen zorgaanbieders. Welke factoren hebben een gunstige invloed op regionale veranderingsprocessen? Deze vraag komt in deze paragraaf aan de orde. Allereerst volgt een historische terugblik op pogingen in Nederland om regionale samenwerking te stimuleren.

De nog steeds bestaande Gezondheidswet uit 1901 kwam tot stand om de samenwerking tussen lokale overheid en het veld te regelen bij het verspreiden van infectieziekten. Het veld droeg toen de naam van het particulier initiatief.[29 30] De oude teksten in deze wet doen denken aan het moderne cocreatie. Kort na de Tweede Wereldoorlog bestond een hernieuwd besef dat regionale samenwerking in de zorg van belang is. Dit leidde tot de oprichting van Provinciale Raden voor de Volksgezondheid (PRV) op basis van de sinds 1901 bestaande Gezondheidswet. Deze raden kenden commissies van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en adviseerden aan de provincies die planningsbevoegdheden hadden voor het zorgaanbod. De commissies functioneerden uitstekend als ontmoetingsplaats van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en als overlegplatform met het provinciebestuur. De raden zelf hadden weinig meerwaarde: zij fungeerden als doorgeefluik van de commissierapporten. In de jaren negentig van de vorige eeuw verviel de verplichting voor provincies om een PRV in stand te houden. Thans bestaan deze raden alleen nog in Noord-Brabant en Limburg.

In 1982 trachtte de overheid (met brede parlementaire steun) regionaal overleg in de zorg tot stand te brengen met de Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG) en het wetsontwerp Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM). Deze wetten gaven gemeentebesturen bevoegdheden om plannen te maken voor zorg en welzijn. Dit leverde een storm van protesten op bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De invoering kwam tot stilstand in 1987 toen de commissie Dekker haar voorstel deed om te komen tot marktwerking.

In 1990 kwam staatssecretaris Simons met de nota *Werken aan Zorgvernieuwing*.[31] Die bevatte het voorstel om te werken aan regiovisies, tot stand te brengen door drie partijen: zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In 1997 werden deze regiovisies in de Gezondheidswet verankerd. Elkaar opvolgende regiovisies in de provincies Utrecht en Gelderland over hetzelfde onderwerp werden steeds beter, zo nam ik waar als adviseur van deze provincies. De eerste editie was meestal een inventariserende nota die het bestaande zorgaanbod beschreef. De tweede golf regiovisies, meestal een paar jaar later, bevatte extrapolaties van demografische gegevens naar de toekomst. Nog weer latere visies bevatten prioriteiten. Wat opvalt is dat de ambities voor de regiovisies zoals beschreven door Lingen[32] lijken op die voor de triple-aimaanpak zoals naar voren komen in hoofdstuk 1 van dit boek. De provincies trokken de kar van deze regiovisies. Zij verloren tien jaar geleden de aandacht ervoor toen hun bevoegdheden voor planning van het zorgaanbod verdwenen. De totstandkoming in 2006 van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet toelating zorginstellingen en de Zorgverzekeringswet zette alle regionale samenwerking en provinciale betrokkenheid op een laag pitje.

En toch bleef sinds 2000 de regionale samenwerking zich tegen de verdrukking in verspreiden. Er kwamen meer regionale samenwerkingsverbanden rond oncologische zorg (hoofdstuk 10), traumazorg (hoofdstuk 14) en regionale overleggen acute zorg. Later volgden samenwerkingsverbanden rond jeugd(gezondheids)zorg (hoofdstuk 5 en 6) en zorg aan mensen met chronische aandoeningen (hoofdstuk 8). De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) kwam in 2007 tot stand (zie hoofdstuk 9) en legde verantwoordelijkheden voor maatschappelijke dienstverlening toch weer bij gemeenten, die veelal voor deze wet regionale samenwerkingsverbanden aangingen. Ook hier zien we regionale netwerken ontstaan. De trend van regionaal welzijnsbeleid zal zich per 1 januari 2015 versterkt voortzetten door de uitbreiding van de Wmo. In 2013 maakten zorgverzekeraars een begin met regionaal zorgbeleid voor ziekenhuizen. Zij kopen bijvoorbeeld spoedzorg en complexe zorg in die rekening houdt met de regionale context en samenwerking tussen ziekenhuizen.

Uit deze geschiedenis in vogelvlucht van regionale samenwerking komen de volgende bevindingen naar voren:

1. Regionale samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgvragers en lagere overheden heeft vanaf 1945 altijd op de beleidsagenda van de overheid gestaan.
2. Regionale samenwerkingsverbanden kwamen tot stand voor specifieke doelgroepen.
3. De schaal van regionale samenwerking verschilt per doelgroep. Die is bijvoorbeeld voor ouderenzorg kleiner dan voor traumazorg.
4. Terugblikkend zijn er in de praktijk meer ketenzorg en samenwerking tot stand gekomen dan in de beleidsretoriek van marktwerking en onderlinge concurrentie naar voren komt.

BESTUURDERS ZIJN VAN BETEKENIS IN DE KETENZORG, MAAR VERZAKEN SOMS HUN MISSIE

Veel van de zorginnovaties in de vorige hoofdstukken vereisen veranderingen in de zorgprocessen tussen zorgaanbieders, dat wil zeggen: veranderingen in de ketens en netwerken. Organisatiedeskundigen Kaats en Opheij bieden in hun dubbeldissertatie een ontluisterend beeld van het functioneren van bestuurders van zorginstellingen in

1.	Kan visie ontwikkelen op de toekomst van de zorg voor de specifieke doelgroep waarvoor het netwerk of de keten bestaat
2.	Kan samenwerkingspartners verleiden tot en binden aan ketenactiviteiten
3.	Is geschoold in verandermanagement en kan projectmatig denken en handelen
4.	Heeft ervaring met patiëntenlogistiek, ICT en financieringsregelingen binnen ketens en netwerken
5.	Is in staat om aanvullende financiële bronnen te mobiliseren binnen en buiten de keten voor zorginnovaties
6.	Spreekt de taal van de doelgroep waarvoor de keten of het netwerk bestaat

Afbeelding 17.7. De competenties van een ketenregisseur
Toelichting: deze afbeelding is gebaseerd op www.ketens-netwerken.nl.

ketens en netwerken.[33] Zij hielden diepte-interviews met tal van instellingsbestuurders. Rationele argumenten, zoals het nastreven van een betere gezondheid voor de eigen populatie, vormen slechts een beperkt deel van de beweegredenen om samen te werken in een keten. De bestuurders worden, aldus Kaats en Opheij, vooral gedreven door macht, de beste willen zijn, autonomie, een prestatie willen leveren, een persoonlijke klik met andere bestuurders, gezien willen worden en persoonlijke reputatie. De rationele argumenten komen vooral aan de orde op het podium, in externe stukken, interviews en speeches. Retoriek is daarom een belangrijke competentie van bestuurders in de samenwerking met andere instellingen.

Binnen de samenwerkingsverbanden komen drie rollen van bestuurders voor:

1 de strateeg die al dan niet openlijk een eigen agenda heeft;
2 de netwerker voor wie vooral het onderhouden van goede relaties geldt, maar die niet echt een eigen agenda heeft;
3 de procesregisseur die verantwoordelijkheidstoedeling, planning en ketenbegroting faciliteert, maar de keten niet echt inhoudelijk trekt.

Wat opvalt is dat bestuurders veel plezier in het samenwerken hebben. Zij zien het als een leuk spel, maar dat is het dan ook wel. De bevindingen van Kaats en Opheij herken ik niet altijd uit mijn eigen ervaring. Ik heb echt bevlogen bestuurders ontmoet met een open strategische agenda.

KETENREGISSEURS, JA GRAAG

Toch is het niet verstandig dat bestuurders zelf het verandermanagement binnen een keten trekken. Zij belanden dan in een rolconflict als belangenbehartiger van enerzijds de eigen organisatie en anderzijds het samenwerkingsverband. Daarom is het verstandig veranderingen in een keten te laten leiden door anderen, en wel door ketenregisseurs. Wat een ketenregisseur moet kunnen, staat vermeld in afbeelding 17.7.

Deze competenties maken het minder belangrijk uit welke kring de ketenregisseur voortkomt. In een netwerk voor zorg aan mensen met chronische aandoeningen kan dat een huisarts, een medisch specialist, een medisch adviseur van een zorgverzekeraar, de directeur van een zorggroep of een (oud-)wethouder zijn. Bij netwerken gericht op andere doelgroepen zijn dat weer andere type professionals. Belangrijk is dat de keten-

regisseur goed ligt bij alle netwerkpartners en handelt vanuit de visie op de doelgroep en de zorg die de doelgroep behoeft. Ik wijs dus af dat de ketenregisseur voortkomt en aangesteld is bij de zorgverzekeraar, het ziekenhuis of een andere zorgaanbieder. Dat leidt tot rolconflicten. Wel kan een zorgverzekeraar heel goed data ter beschikking stellen over zorggebruik ter reflectie tijdens de regionale samenwerking. Achmea/Agis geeft hierbij al jaren een goed voorbeeld.[34]

17.6 MOET ALLES WAT KAN?

Het cappuccinomodel gaat uit van een financieel macrokader dat in de komende jaren geen groei vertoont. Dat kader wordt dan via het abonnementstarief doorvertaald naar kaders ten behoeve van diverse doelgroepen van patiënten of burgers. Bij een financieel kader rijst de vraag: moet alles wat kan? Of concreter gezegd: mag het in dit boek bepleite financiële macrokader leiden tot het niet-behandelen van kankerpatienten met zeer dure geneesmiddelen indien daar slechts een korte levensduurverlening tegenover staat? Ik beantwoord deze vraag met enkele stellingen die ik daarna toelicht.

1. Zo lang er besparingen mogelijk zijn in de oncologische zorg is het onethisch om deze vraag met ja te beantwoorden. Want dat zou betekenen dat artsen behandeling weigeren, terwijl er door besparingen wel geld voor vrijgemaakt zou kunnen worden.
In paragrafen 10.6 en 10.7 over oncologische zorg en 15.3 over overdiagnose bleek dat besparingen mogelijk zijn bij: a. nacontroles die wetenschappelijk niet onderbouwd zijn, b. een lage bezettingsgraad van dure radiotherapeutische apparatuur, c. het doorbehandelen bij onvoldoende shared decision-making, en d. overdiagnostiek vanwege onvoldoende beslisbomen bij screening. 'Moet alles wat kan?' zou binnen deze bredere context beantwoord moeten worden.

2. *Aan de vraag 'moet alles wat kan?' gaat een andere vraag vooraf: moet je alles willen, wat kan?*
In paragraaf 10.8 en ook in paragraaf 13.5 over therapietrouw bij medicatie kwam shared decision-making aan de orde. Dit leidt ertoe dat patiënten vaker kiezen voor minder ingrijpende behandelingen. Patiënten blijken niet altijd alles te willen wat kan. Laat Nederland de vraag 'moet alles wat kan?' beantwoorden nadat shared decision-making praktijk is geworden in de oncologische zorg.

3. Het is onduidelijk of personalized medicine inderdaad leidt tot hogere kosten.
Het opkweken van *biologicals* die rekening houden met DNA-mutaties van kankerpatienten maakt personalized medicine mogelijk. Die biologicals gaan de kosten van de oncologische zorg verhogen én verlagen. Verlaging kan optreden indien chemokuren niet meer worden voorgeschreven aan patiënten met een ongeschikt DNA-patroon. Zo lang de economische consequenties van personalized medicine onduidelijk zijn, is het beantwoorden van de vraag 'moet alles, wat kan?' voorbarig.

4. Het op nationaal niveau inkopen van dure geneesmiddelen zoals in Nieuw-Zeeland en het reguleren van het voorschrijfgedrag zoals in Denemarken leidt tot lagere kosten omdat de nationale overheid dan onderhandelt met internationale farmaceutische bedrijven respectievelijk de betreffende medische beroepsgroepen. De overheid heeft een sterkere positie dan zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Voor een toelichting op deze stelling verwijs ik naar paragraaf 13.7. Laat Nederland de vraag 'moet alles wat kan?' pas beantwoorden als kosten van de dure geneesmiddelen via een soort rijksinkoopbureau op een zo laag mogelijk niveau zijn gebracht.

5. De KNMG *heeft het voortouw in het maatschappelijke debat over de vraag 'moet alles wat kan?'*
De afgelopen veertig jaar heeft de KNMG een uitstekende rol gespeeld bij het agenderen van de vraagstukken rond het levensbegin en -einde. Bij het levensbegin speelde de vraag wanneer abortus wel en niet is toegestaan. Bij het levenseinde ging het om condities waaronder euthanasie wettelijk wel en niet aanvaardbaar is. De vraag 'moet alles wat kan?' wordt een nieuwe ethische vraag. Terecht ontwijken politici de beantwoording van deze vraag. Eerst zijn de KNMG en andere professionele organisaties aan zet.

Zelf wil ik de vraag 'moet alles wat kan?' pas definitief beantwoorden na duidelijkheid over de onderwerpen in bovengenoemde vijf stellingen. Er zullen in de nabije toekomst in de massamedia wel casussen naar voren komen. Ik hoop dat beleidsmakers dan eerst kijken naar de betrouwbaarheid van de casus. Is er geen sprake van *wapperen met de lijkwade* om aan extra geld te komen? Indien de casus betrouwbaar blijkt en aan stelling 1 nog niet is voldaan, dan moeten zorgverzekeraars en overheid betalen. Dat is mijn antwoord voor de korte termijn.

17.7 DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN OP EEN RIJ

Paragraaf 17.1 vat het cappuccinomodel samen. De belangrijkste bevindingen zijn:

1 Het cappuccinomodel is bekostiging op basis van drie tarieven: een abonnementstarief, een laag volumetarief en een innovatietarief.
2 Voor het abonnementstarief bestaan verschillende synoniemen zoals inschrijftarief, populatiegebonden bekostiging, bundled payments, keten-DBC's, geïntegreerde bekostiging en regiobudget.
3 Aan het cappuccinomodel zijn zeventien aspecten te onderkennen. Deze staan (inclusief voorbeelden en de paragrafen waar ze aan bod komen) vermeld in afbeelding 17.1.
4 Simultane innovatie van zorg, ICT en bekostiging werkt beter voor het bereiken van de triple-aimdoelen dan innovatie van deze drie afzonderlijk.

Paragraaf 17.2 gaat over het ontwikkelen en evalueren van innovaties. De voornaamste punten:

5 Een zorginnovatie is een door bestaande organisaties bewust gekozen verandering in het aanbod van zorg met als doel de kwaliteit en/of de doelmatigheid van de zorgverlening te verbeteren.
6 Het ontwikkelen van een geslaagde innovatie verloopt in negen fases (afbeelding 17.2).
7 Niet elke innovatie is een verbetering.
8 Een evaluatie van een innovatie moet een antwoord opleveren op vier vragen: a. Wat is de theoretische onderbouwing voor de werkzaamheid? b. Werkt de innovatie volgens het ontworpen model? c. Welke meerwaarde levert de innovatie op aan het bereiken van de triple-aimdoelstellingen? d. Klopt de vooraf gemaakte businesscase?
9 Veldonderzoek levert geen effectevidentie op. Een randomized clinical trial levert geen evidentie op dat de uitkomsten ervan ook in de dagelijkse praktijk gelden.

Paragraaf 17.3 gaat over het verspreiden van geslaagde innovaties. De belangrijke punten zijn:

10 Een innovatie verspreidt zich volgens een S-curve (afbeelding17.3).
11 Sommige innovaties verspreiden zich langzaam en andere snel. Dat hangt af van vijf kenmerken van de innovatie (afbeelding 17.4). De door zorgprofessionals ervaren voordelen is een van die kenmerken. Inpasbaarheid in bestaande werkprocessen is een ander kenmerk.
12 Er zijn negen factoren met een gunstige invloed op de verspreidingssnelheid van innovaties. Een heldere nieuwe taakverdeling van verantwoordelijkheden en taken over zorgprofessionals is een belangrijke factor. De aanwezigheid van voldoende programma's om professionals te scholen in het omgaan met de innovatie is een andere.

Paragraaf 17.4 behandelt het verandermanagement. Leerpunten zijn de volgende.

13 Verandermanagement is het aansturen van een organisatieverandering door gunstige condities daarvoor te versterken en ongunstige te verminderen.
14 Er zijn vier gunstige en vier ongunstige condities te onderkennen bij organisatieverandering (afbeelding 17.6). Gunstig zijn bijvoorbeeld de aanwezigheid van maatschappelijke of interne urgentie en ook de aanwezigheid van een bevlogen en gedragen visie. Ongunstige condities vormen onder andere gehechtheid aan bestaande routines bij zorgprofessionals en weerstanden binnen en buiten de organisatie.
15 Handboeken over verandermanagement benadrukken vaak óf de structuurverandering van een organisatie óf de gedragsverandering van de medewerkers van de organisatie. Voor mij houdt verandermanagement zowel systeem- als gedragsverandering in.
16 Het is onjuist om gehechtheid aan bestaande routines te verwarren met weerstand. Bij weerstand gaat het om belangen die door het veranderingsproces worden geschaad. Het omgaan met weerstanden vereist politieke competenties van de leiding van het veranderingsproces, zoals het creëren van draagvlak voor de eigen visie en het aangaan van een leidende alliantie van zoveel mogelijk onderdelen van de organisatie: *the coalition of the willing*.

Paragraaf 17.5 gaat over regionale samenwerking en zorginnovatie. De belangrijkste bevindingen zijn:

17 Regionale samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgvragers en lagere overheden heeft sinds 1945 steeds op de beleidsagenda van de overheid gestaan.
18 Regionale samenwerkingsverbanden kwamen tot stand voor specifieke doelgroepen. De schaal van regionale samenwerking verschilt per doelgroep die zorgaanbieders bedienen. Die is bijvoorbeeld voor ouderenzorg kleiner dan voor traumazorg.
19 In de praktijk van de laatste jaren zijn meer ketenzorg en samenwerking tot stand gekomen dan in de beleidsretoriek van marktwerking en onderlinge concurrentie naar voren komt.
20 Bij regionale samenwerking kunnen bestuurders van zorgorganisaties en zorgverzekeraars drie rollen aannemen: a. de strateeg die al dan niet openlijk een eigen agenda heeft, b. de netwerker voor wie vooral het onderhouden van goede relaties geldt, maar die geen eigen agenda heeft, c. de procesregisseur die verantwoordelijk-

heidstoedeling, planning en ketenbegroting faciliteert, maar de keten niet echt inhoudelijk trekt.

21 Het is niet verstandig dat bestuurders zelf het verandermanagement binnen een keten voor hun rekening nemen. Zij belanden dan in een rolconflict van belangenbehartiger van enerzijds de eigen organisatie en anderzijds het samenwerkingsverband. Daarom is het verstandig veranderingen in een keten te laten leiden door anderen, en wel door ketenregisseurs.

22 Ketenregisseurs beschikken over zes competenties. Belangrijk zijn onder meer het kunnen ontwikkelen van visie op de toekomst van de keten en het kunnen verleiden van samenwerkingspartners tot ketenactiviteiten.

23 Een zorgverzekeraar kan heel goed data ter beschikking stellen over zorggebruik ter reflectie op de regionale samenwerking.

Paragraaf 17.6 gaat over de vraag 'moet alles wat kan?'. De belangrijkste bevindingen zijn:

24 Zo lang er besparingen mogelijk zijn in de oncologische zorg is het onethisch om de vraag 'moet alles wat kan?' met nee te beantwoorden.

25 Nederland moet de vraag 'moet alles wat kan?' beantwoorden nadat shared decision-making praktijk is geworden in de oncologische zorg.

26 Het is onduidelijk of personalized medicine inderdaad tot hogere kosten leidt.

27 Het op nationaal niveau inkopen van dure geneesmiddelen zoals in Nieuw-Zeeland en het reguleren van het voorschrijfgedrag zoals in Denemarken leiden tot lagere kosten.

28 De KNMG heeft het voortouw in het maatschappelijke debat over de vraag 'moet alles wat kan?'

29 In de nabije toekomst zijn in de massamedia casussen te verwachten rond de vraag 'moet alles wat kan?' Indien de casus betrouwbaar blijkt en besparingen op oncologische zorg nog mogelijk zijn, moeten zorgverzekeraars en overheid betalen.

17.8 ZORGINNOVATIE VOLGENS HET CAPPUCCINOMODEL: DE CONCLUSIE

Stel dat...

1 alle partijen in de Nederlandse gezondheidszorg uitgaan van de volgende tripleaimdoelstellingen voor het gezondheidsbeleid: een betere gezondheid, een hogere kwaliteit van zorg en het gelijkhouden van de kosten (hoofdstuk 1);

2 geïntegreerde preventieve interventies en fiscale gezondheidspolitiek plaatsvinden zoals beschreven in de hoofdstukken 2 tot en met 4;

3 zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in cocreatie de zorginnovaties invoeren zoals bepleit in de hoofdstukken 2 tot en met 17;

4 alle zorginstellingen en zorgprofessionals geld ontvangen en zorgverzekeraars geld betalen volgens het cappuccinomodel: een hoog abonnementstarief, een laag volumetarief en een laag innovatietarief;

5 alle partijen in de zorg rekening houden bij toepassing van het cappuccinomodel met de aspecten genoemd in afbeelding 17.1;

6 gerealiseerde besparingen door zorgprofessionals en zorgaanbieders voor een deel opnieuw aan te wenden zijn voor preventieve interventies (shared savings) zoals per sector bepleit in hoofdstuk 5 tot en met 15;

7 ziekenhuizen een kwaliteits- en financieel beleid voeren zoals beschreven in hoofdstuk 16 en dat zij de aankomende disruptieve innovaties het hoofd weten te bieden;
8 zorginnovaties worden ontwikkeld en geëvalueerd zoals beschreven in paragraaf 17.1;
9 verspreiding daarvan plaatsvindt zoals aangegeven in paragraaf 17.2;
10 leidinggevenden in staat zijn tot verandermanagement zoals aan de orde kwam in paragraaf 17.3;
11 ketenregisseurs met de competenties genoemd in afbeelding 17.6 leidinggeven aan ketens en netwerken;
12 de vraag 'moet alles wat kan?' in een brede context wordt beantwoord zoals beschreven in paragraaf 17.6...

... zijn dan een betere gezondheid en een hogere kwaliteit van zorg mogelijk voor hetzelfde geld?

Ja, dat kan, zo luidt mijn uiteindelijke antwoord. Een andere fiscale gezondheidspolitiek, het vervangen van verrichtingentarieven door abonnementstarieven, het verschuiven van zorg uit het ziekenhuis naar de eerste lijn, het stimuleren van zelfmanagement bij mensen met chronische aandoeningen, verhoging van medicatieveiligheid en therapietrouw en de samenwerking binnen regionale ketens en netwerken leveren alle de financiële ruimte op om kostenverhogingen op te vangen. Want ook kostenverhogingen komen eraan omdat het aantal ouderen met multimorbiditeit, het aantal mensen met chronische aandoeningen en het aantal kankerpatiënten toeneemt. De voornoemde besparingen bieden de financiële ruimte om deze groei op te vangen.

JA MAAR...

Toch, zit er in mijn antwoord een ja maar... Onduidelijk is of er draagvlak bestaat voor elk van de opgesomde veronderstellingen. Willen alle partijen wel de zorgkosten in de komende jaren op het niveau van 2014 houden? Wil het parlement wel fiscale gezondheidspolitiek? En zo zijn er bij elk van de twaalf veronderstellingen wel vragen te stellen over de realiteitswaarde ervan.

Bij mij vechten twee inschattingen met elkaar over de kansen om de twaalf veronderstellingen te realiseren. De eerste is dat zorgbeleid gebaseerd is op de waan van de dag, op het laatste door de massamedia belichte incident en de vrees voor zetelverlies van de regerende partijen die daarom uitvoeren wat de bevolking op korte termijn wil of lijkt te willen. Wetenschappelijke inzichten en analytisch rationalisme zijn in deze zienswijze niet aan de orde: de dagelijks routine en tredmolens zijn de maat der dingen. Gevoelens zijn belangrijker dan feiten en theorieën. Vanuit deze zienswijze lukt het niet om de twaalf veronderstellingen te realiseren.

De tweede inschatting is gebaseerd op een terugblik op het zorgbeleid. Te beginnen met de beschrijvingen van de zes succesvolle preventieve interventies vanaf 1850 in hoofdstuk 2. Waarom zouden overgewicht, kanker, alcoholisme en chronische aandoeningen niet terug te dringen zijn zoals in het verleden ook infectieziekten en kindersterfte zijn bestreden? Sinds de jaren zestig van de vorige eeuw is het binnen de zorg gelukt om huisartsen en eerste lijn aanzienlijk te versterken. Waarom zou dat niet door kunnen gaan? En wat is de ouderenzorg verbeterd met haar veel grotere aanbod van flexibele zorgvormen! Bij de ernstigste somatische aandoeningen is thans thuiszorg

mogelijk. En dan de ziekenhuizen. Hun doelmatigheid is in de afgelopen decennia aanmerkelijk toegenomen dankzij ligduurverkorting en dagbehandelingen. Vanuit dit historische perspectief bekeken, ben ik positief over de realisatiekansen van de twaalf genoemde veronderstellingen. Ook al ben ik af en toe wanhopig over het collectief falen in kwaliteitsbeleid (paragraaf 16.5), de grote invloed van incidenten en het gebrek aan missie bij sommige bestuurders en politici. Als dit boek bijdraagt aan het realiseren van een duurzame, zich steeds verbeterende gezondheidszorg voor hetzelfde geld, dan heeft het aan zijn doel beantwoord.

18

NAWOORD: EEN ECONOOM DOET TOEKOMSTVOORSPELLINGEN VOOR DE ZORG

Astronomen kunnen decennia van tevoren een zonsverduistering voorspellen. Hun voorspellingen komen altijd uit. Economen – ik hoor daar ook bij – zijn daar niet goed in. Zo waren er nauwelijks economen die de financiële crisis hebben voorspeld. Nu, achteraf, verschijnen vele publicaties waarin economen de crisis verklaren. Een ander voorbeeld: in de zorg heeft geen enkele econoom voorspeld dat de inkomsten van ziekenhuizen in 2014 minder groeien dan in de jaren daarvoor. Nu trachten economen die groeireductie te verklaren. Ze komen er niet uit. Zelf denk ik dat het komt door het financiële macrokader dat sinds 2013 geldt.

Een wetenschappelijke theorie is beter als die kan voorspellen en niet alleen verklaart. Daarom zijn vele theorieën van astronomen beter dan die van economen. De theorieën en modellen in de afgelopen zeventien hoofdstukken krijgen meerwaarde als zij de toekomstige werkelijkheid bij ongewijzigd beleid kunnen voorspellen. Ik ga dat hieronder proberen, ook al besef ik dat mijn ervaring, analogieën met andere sectoren en intuïtie meespelen bij het maken van de voorspellingen. Let wel: mijn voorspellingen zijn geen *wishfull thinking*. Wat ik wil, is zorginnovatie volgens het in dit boek geïntroduceerde cappuccinomodel.

Ik weet niet zeker of mijn voorspellingen uitkomen. Daarom neem ik mij voor om bij een eventuele nieuwe druk van dit boek dit nawoord te herschrijven. Dan ga ik uitleggen waarom ik er eventueel naast zat. Komt er geen nieuwe druk, dan herschrijf ik dit nawoord periodiek op mijn website www.guusschrijvers.nl. Graag nodig ik de lezers uit om met mij mee te denken. Ben je het niet eens met wat hieronder gaat komen, reageer dan op de website in de rubriek *Reacties op het nawoord?*.

In het najaar van 2014, rond het moment dat dit boek uitkomt, zitten zo'n twaalf belangrijke gezondheidsdossiers in de pijplijn van regering en parlement. Zorgverzekeraars, gemeenten, zorginstellingen en zorgprofessionals zijn momenteel druk bezig met de implementatie daarvan of met verzet hiertegen. Afbeelding 18.1 geeft een opsomming van de voorspellingen die ik bij deze dossiers doe.

Hieronder volgt een toelichting op die voorspellingen.

1. Voor ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en eerste lijn blijft een financieel kader gelden.

Marktwerking leidt niet tot kostenverlaging. Dat blijkt uit de twee dissertaties die aan de orde kwamen in paragraaf 16.2. Ik verwacht dat regering en parlement hiervan hebben geleerd. Ik voorspel dat het financieel kader tot in lengte van jaren gehandhaafd

1.	Voor ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en eerste lijn blijft een financieel kader gelden
2.	Het consulttarief voor huisartsen verdwijnt niet
3.	Er komen veel wijkverpleegkundigen bij vanaf 2015. Dit gebeurt met weinig visie
4.	Alle jeugdzorg gaat over naar gemeenten maar zonder inhoudelijke innovaties
5.	Substitutie van tweede lijn naar eerste lijn gaat verder met boter-bij-de-visbeleid
6.	Opnieuw hervorming van de basis-ggz
7.	De acute-zorgketen integreert langzaam verder
8.	Selectief inkoopbeleid: rijkere mensen kiezen voor een restitutiepolis
9.	Negen proeftuinen proberen populatiegebonden bekostiging met shared savings uit en slagen daar niet in
10.	Het eigen risico stijgt alleen trendmatig
11.	Medisch specialisten komen niet in dienstverband en ontvangen wel een gedifferentieerde honorering gebaseerd op beschikbaarheid (abonnement) met aanvullend prikkels voor productie en kwaliteit
12.	Winst uitkeren aan investeerders gaat alleen gebeuren bij ontvlechting van ziekenhuizen

Afbeelding 18.1. Mijn voorspellingen bij twaalf actuele gezondheidsdossiers

blijft. Ook verwacht ik dat door het gehanteerde financiële kader de kostenontwikkeling van ziekenhuizen in 2014 en latere jaren aanzienlijk gaat dalen. De groei van 2012 naar 2013 bedroeg nog 4,9 procent.[1] Er was geen sprake van een trendbreuk ten opzichte van eerdere jaren. Ik voorspel dat die trendbreuk wel optreedt in de kostengroei in 2014. Deze wordt nog eens versterkt nu zorgverzekeraars een eventueel surplus op begrote ziekenhuiskosten niet meer kunnen afwentelen naar het Zorgverzekeringsfonds via de zogeheten risicoverevening.

2. Het consulttarief voor huisartsen verdwijnt niet.
Eind december kwam de NZA met een consultatiedocument over de bekostiging van huisartsenzorg vanaf 2017.[2] De NZA pleit ervoor om het consulttarief af te schaffen. Want de NZA ziet als nadelen dat dit tarief huisartsen weerhoudt van overleg met andere professionals en van preventie. Mijn voorspelling is dat deze afschaffing geen kans maakt. Immers, de NZA biedt geen wetenschappelijke onderbouwing voor de genoemde nadelen. Vanuit de gedragseconomie (paragraaf 1.1) is wel bekend dat zichtbare betalingen mensen prikkelen tot prestaties. Wellicht dat de definitie van het consult wordt verruimd. Dan gaat het preventieconsult (zie paragraaf 3.3) eronder vallen.

3. Er komen vanaf 2015 veel wijkverpleegkundigen bij. Dit gebeurt met weinig visie.
Ik voorspel dat dit doorgaat. Want dit biedt de regering de mogelijkheid van haar imago af te komen dat ze alleen maar bezuinigt op de ouderenzorg. Ik verwacht wel een machtsstrijd over twee vragen. De eerste vraag luidt: wie wordt de werkgever van deze

professionals? Gemeenten, gezondheidscentra, thuiszorgorganisaties? Of gaan zij maatschappen vormen net zoals huisartsen hebben? Of komt er een golf aan van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers)? De tweede vraag betreft het team waarin zij gaan functioneren: in het sociale wijkteam? In eerstelijnsteams? In teams voor ouderenzorg? Ik verwacht dat lokaal gekozen oplossingen meer met de schaarste van nu te maken hebben bij gemeenten en zorgaanbieders dan met visie op de toekomst. Ik baseer die verwachting op een van de tien nadelen van financieel beleid bij schaarste (zie paragraaf 10.3). Dat nadeel is dat bij toenemende schaarste alle aandacht uitgaat naar het heden en de toekomst uit het zicht verdwijnt.

4. Alle jeugdzorg gaat over naar gemeenten maar zonder inhoudelijke innovaties.
Dit gaat door. Het parlement heeft de Jeugdwet immers al aangenomen. Niet te verwachten is dat er in de komende jaren inhoudelijke integratie tot stand komt. De doelstelling daarvan is zo fraai verwoord met het motto: één gezin, één plan, één regie (paragraaf 6.3). Vanwege de talrijke bestuurlijke open einden (wie mag dat ene plan vaststellen? Wie gaat dat betalen?) zijn geen inhoudelijke innovaties te verwachten. Deze voorspelling baseer ik op de ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg over de periode 1995-2005. Toen fuseerden tal van Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg's) met algemene psychiatrische ziekenhuizen. Inhoudelijke integratie vond toen niet plaats (zie paragraaf 11.4).

5. Substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn gaat verder met boter-bij-de-visbeleid.
De toenemende schaarste in ziekenhuizen, het sterk reduceren van psychiatrische 24-uursvoorzieningen en de strengere toegangsregulering tot de ouderenzorg gaan tot substitutie naar de eerste lijn leiden (zie paragraaf 7.2). Een van de tien kenmerken van financieel beleid bij schaarste vormt de afwenteling zonder overleg van schaarste naar andere zorgaanbieders. Ik verwacht dat dit gaat gebeuren. Er komt dan een boter-bij-de-visbeleid tot stand zoals dat ook in 2000 door minister Borst is geïntroduceerd (zie paragraaf 15.4).

6. Opnieuw hervorming van de basis-ggz.
Per 1 januari 2014 kwam de basis-ggz tot stand. Onduidelijk bleven de verwijscriteria naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en de relatie met de eerste lijn (zie paragraaf 11.7). Mijn voorspelling is dat er daarom een nieuwe hervorming van de basis-ggz gaat komen over één tot twee jaar. Die is dan gericht op het oplossen van deze twee onduidelijkheden.

7. De acute-zorgketen integreert langzaam verder.
Het aanbod van spoedzorg is verkokerd. Ambulancezorg, huisartsenposten, spoedeisende-hulpafdelingen, traumacentra en regionale overleggen acute zorg hebben alle hun eigen regelgeving, financiering, besturen, regio's en belangenbehartigers (zie paragraaf 14.2). Ik verwacht daarom geen doorbraken in de komende jaren om te komen tot taakherschikking tussen de verschillende zorgaanbieders en bijvoorbeeld integratie van het spoedzorgaanbod in de nachten. Het zal een geleidelijke ontwikkeling blijven. Ook de taakconcentratie van SEH's zoals zorgverzekeraars beogen (zie paragraaf 14.2), hoe zinvol ook, gaat niet of nauwelijks lukken vanwege vele weerstanden.

8. Selectief inkoopbeleid: rijkere mensen kiezen voor restitutiepolis.
Grote ophef veroorzaakte in 2014 de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (zie paragraaf 16.2). Mijn voorspelling is dat vele rijkere Nederlanders overgaan tot het sluiten van een duurdere restitutiepolis. Zij behouden dan de volledige vrije artsenkeuze. De vroegere tweedeling van particuliere en fondspatiënten komt dan in een andere gedaante weer terug. Nederland is zo terug bij af.

9. Negen proeftuinen proberen populatiegebonden bekostiging met shared savings uit en slagen daar niet in.
De proeftuinen kwamen reeds aan bod in paragraaf 7.9. Zij beogen betere zorg tegen lagere kosten te realiseren. Regionale betrokkenen zijn enthousiast. In wezen proberen zij een systeeminnovatie uit die in Kinzigstal (Duitsland) reeds is gelukt (paragraaf 7.9). De randvoorwaarden voor het succes aldaar zijn: a. een collectieve ambitie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, b. een grote betrokkenheid van verzekeraars, c. een geavanceerde zorg-ICT, d. zorgafspraken tussen de eerste lijn en ziekenhuizen, e. de aanwezigheid van moderne preventieve interventies, en f. goed leiderschap. Deze zijn in de proeftuinen niet alle beschikbaar. Ik voorspel dat de proeftuinen het succes van Kinzigstal niet herhalen.

10. Het eigen risico stijgt alleen trendmatig.
Het eigen risico voor verzekerden bedroeg in 2014 per verzekerde 360 euro. Het effect hiervan op het zorggebruik is niet duidelijk, aldus een Kamerbrief van 2 juli 2014 op basis van enkele onderzoeken.[3] Zelf zie ik over de laatste jaren geen beperking van de kostengroei ontstaan voor de ziekenhuizen. De kosten stegen in 2013 nog even snel, ondanks een aanzienlijk hoger eigen risico dan in eerdere jaren. Dat betekent dat het eigen risico als beleidsinstrument voor de zorg (als remgeld dat een betere afweging stimuleert bij de patiënt om al dan niet tot zorggebruik over te gaan) niet functioneerde. Wat dan resteert zijn ideologische overwegingen om het eigen risico te verhogen (de overheid moet per se kleiner). Daarvan gaat weinig overtuigingskracht uit binnen en buiten het parlement. Ik voorspel daarom dat dit eigen risico niet verder omhooggaat.

11. Medisch specialisten komen niet in dienstverband.
Vanaf 1 januari 2015 ontvangen ziekenhuizen alle inkomsten uit DBC's inclusief het honorarium voor vrij gevestigde medische specialisten. Zij sluiten daarna contracten met maatschappen van medisch specialisten over betaling van hun werk. Specialisten worden dus kort gezegd onderaannemers (zie paragraaf 16.2). Logisch lijkt dat specialisten dan op grote schaal in loondienst komen van de ziekenhuizen. Hoe wenselijk ook, ik verwacht niet dat dit gaat gebeuren. Want het omzetten van bestaande bv's van specialisten naar dienstverbanden is een enorme fiscale en juridische klus. Dat lukt niet in enkele jaren.

12. Winst uitkeren aan investeerders gaat alleen gebeuren bij ontvlechting van ziekenhuizen.
Ik voorspel dat de wetswijziging[4 5] die dit mogelijk maakt in de komende jaren geen invloed heeft op het functioneren en de eigendomsverhoudingen van ziekenhuizen. Daarvoor is eerst ontvlechting nodig zoals beschreven in paragraaf 16.7. Hierbij krijgen resultaatverantwoordelijke eenheden (RVE's) een eigen verlies- en winstrekening. Die biedt inzicht aan potentiële investeerders in de ziekenhuisfuncties waarin zij wel en niet rendabel kunnen investeren.

TEN SLOTTE

Nogmaals: hierboven staan niet mijn voorkeuren of afwijzingen van opvattingen uit de betreffende beleidsdossiers. Ik baseer deze voorspellingen op theorieën en modellen van de gezondheidseconomie. Ben je het met deze voorspellingen eens of juist niet? Stuur een reactie naar www.guusschrijvers.nl/reactiesopnawoord. Weet wel dat die reactie openbaar wordt. Ik publiceer alleen als je naam en functie onder de reactie staan.