



Zoals zorg bedoeld is...

Twaalf bestuurders over gepast gebruik van zorg

Zoals zorg bedoeld is...

Twaalf bestuurders over gepast gebruik van zorg

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Chrit van Ewijk, <i>DBC-Onderhoud</i>	6
Marcel Daniëls, <i>Orde van Medisch Specialisten</i>	8
André Rouvoet, <i>Zorgverzekeraars Nederland</i>	10
Column: Heleen Dupuis	12
Goed voorbeeld: Verspilling medicatie	14
Eitel Homan, <i>Nederlandse Zorgautoriteit</i>	16
Carin Littooi, <i>Landelijke Huisartsen Vereniging</i>	18
Rutger Jan van der Gaag, <i>KNMG</i>	20
Column: Emma Bruns	22
Goed voorbeeld: Verzorgend wassen	24
Henk Smid, <i>ZonMw</i>	26
Henk Bakker, <i>Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland</i>	28
Wilna Wind, <i>Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie</i>	30
Column: Johan Polder	32
Goed voorbeeld: Zorgstandaard COPD	34
Bert Boer, <i>Zorginstituut Nederland</i>	36
Wim van Harten, <i>Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen</i>	38
Gea Sijpkens, <i>ActiZ</i>	40

Voorwoord

In 2010 is een aantal partijen in de zorg bij elkaar gaan zitten om te kijken of de zorg beter kan zonder dat die duurder wordt: de ronde tafel *Gepast gebruik*. We zijn begonnen vanuit de filosofie dat elke partij het goede wil, maar dat zij los van elkaar te weinig gewicht in de schaal leggen om gepast gebruik van zorg te realiseren. De versnippering van verantwoordelijkheden is de grootste rem op gepast gebruik van zorg. Al in 2011 heeft dit geleid tot het eerste convenant *Gepast gebruik van zorg*.

Sindsdien is veel bereikt. Iedereen beseft inmiddels dat gepast gebruik leidt tot betere zorg voor hetzelfde geld.

En er zijn meer partijen aangeschoven aan de ronde tafel. Dit zijn vooral de partijen die in de praktijk het gepaste gebruik moeten realiseren: huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, instellingen. Deze uitbreiding willen we bevestigen met een nieuw convenant gepast gebruik, waarin het accent ligt op het identificeren en oplossen van structurele belemmeringen voor gepast gebruik.

In deze bundel geven bestuurders en directeuren van de deelnemende organisaties hun visie op gepast gebruik van zorg en onderstrepen zij de noodzaak ervan. Daarmee laten zij ook zien dat het geheel meer is dan de som der delen. Enkele voorbeelden illustreren dit.

Het verheugt me zeer dat zoveel partijen met het tekenen van het convenant het belang onderstrepen van gepast gebruik van zorg en dat zij bereid zijn zich actief in te zetten voor het terugdringen van onnodig zorggebruik.

Bert Boer
Voorzitter ronde tafel Gepast Gebruik

Ik wil complexe zaken eenvoudiger maken

Chrit van Ewijk | DBC-Onderhoud



Chrit van Ewijk is directeur van DBC-Onderhoud, de organisatie die de definities voor medisch-specialistische zorgprestaties maakt en hierover informatie verzamelt. DBC-O beheert een schat aan gegevens die van grote waarde zijn voor kwaliteitsmanagement en kostenbeheersing. Aanbieders, inkopers en consumenten kunnen er hun voordeel mee doen.

In de jaren tachtig was Van Ewijk onderzoeker voor een databank van de gezamenlijke Nederlandse ziekenhuizen. De eerste. Van Ewijk: 'We hadden de grootste computer van Europa. Met de data konden we praktijkvariatie, kwaliteitsverschillen en de patiëntenmix in beeld brengen en de ziekenhuizen met elkaar vergelijken.' Dat was zijn tijd ver vooruit. Van Ewijk: 'Ik wil complexe zaken eenvoudiger maken.'

Van Ewijk kent de zorg vanuit verschillende posities. Vóór hij begon bij DBC-O was hij directeur van een GGZ-instelling en dáárvoor directielid zorginkoop bij een verzekeraar. Over zijn werk als inkoper: 'Er was in het begin nauwelijks goede informatie beschikbaar. Men kocht vrijwel blind in. Zorgverzekeraars zagen alleen nota's binnenkomen. Hoe konden zij oordelen over de zin of de kwaliteit van de geboden zorg en hierover het gesprek met de aanbieder aangaan?'

'Gepast gebruik begint met het behandelplan dat de arts en de patiënt samen opstellen. Dat is individuele zorg op maat. Of iets gepaste zorg is, wordt bepaald in de spreekkamer. Daarnaast is er de discussie tussen de professionals onderling en de discussie tussen de professionals en het management.'

'Geen enkele professional wil de bemoeienis van buitenstaanders, maar hij wil zich wel kunnen spiegelen aan collega's,' merkt Van Ewijk op. Spiegelinformatie en praktijkvariatie mogen niet leiden tot overhaaste bestuurlijke ingrepen. Van Ewijk: 'Als je je bij gepast gebruik alleen laat leiden door de kosten, dan ga je de bietenbrug op. Maar ik wil wel dat men met elkaar gaat praten. Spiegelen hoeft niet bedreigend te zijn. Het hangt ervan af hoe je het doet. Het is mijn taak deze dialoog te organiseren en te voeden met objectieve, toetsbare en transparante informatie.'

Wie wil, kan bij DBC-O informatie uitvragen. DBC-O levert een aantal diensten die inzicht bieden in de geleverde zorgprestaties, zoals praktijkvariatieonderzoek, conversiemodellen en andere analyses op maat. Ook zet Van Ewijk zich ervoor in dat kennis wordt gedeeld via nascholing en training. 'De zorg ontwikkelt zich constant. Dat moet ook. Het systeem loopt daar per definitie op achter. Mensen zijn nu eenmaal inventiever dan systemen. Ik wil het systeem zo dicht mogelijk laten aansluiten op de praktijk. Er is altijd wel marge waaruit je een praktijkvernieuwing tijdelijk kan bekostigen, maar niet vijf jaar lang. Dan slijbt het dicht. Innovatie die duurer is, maar maatschappelijk beter, moet je kunnen registreren en tegen een hogere prijs kunnen declareren. Als gepast gebruik betekent: langer praten over het behandelplan, dan moet je die tijd ook belonen en in het systeem een kleine aanpassing maken. Daar waar het kan, kun je prikkels inbouwen. Dat kan op prijs, maar ook door de beschrijving van een zorgprestatie aan te passen.'

'Voor het convenant is het een grote stap vooruit dat de specialisten meedoen. *Now we're talking*. Eerst was het nog een beetje "hoog over": de overheidsinstanties hadden samen iets bedacht. Met de ziekenhuizen en specialisten erbij, hebben we de goede mensen aan tafel. Nu is het zaak de verbetercirkel rond te maken en te zorgen dat nieuwe inzichten ook echt tot ander gedrag leiden.'

Verschillende oplossingen voor hetzelfde probleem

Marcel Daniëls | Orde van Medisch Specialisten



Marcel Daniëls is bestuurslid bij de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en is voorzitter van de Raad Kwaliteit. De Orde is een nieuwe convenantpartij. Daniëls: 'Veel van de onderwerpen aan de ronde tafel betreffen het medisch specialistisch handelen. Dan is het logisch dat de OMS meedoet. Het convenant stimuleert specialisten telkens na te denken over wat gepast gebruik van zorg is voor de individuele patiënt en om hierover met hem het gesprek aan te gaan. Verre van kookboekgeneeskunde dus.'

'Vanuit doktersperspectief is gepast gebruik dus wat passend is bij de individuele patiënt. Het is heel goed mogelijk dat voor hetzelfde probleem verschillende oplossingen zijn.' Daniëls noemt, als cardioloog, stabiele angina pectoris als voorbeeld. Door een vernauwing van een kransslagader krijgt de patiënt bij inspanning pijn op de borst. Nog al eens vreest de patiënt, ten onrechte, dat dit de voorbode is van een hartinfarct. Daniëls: 'Het is zaak de patiënt goed te informeren. Bij lichte vormen kan je ervoor kiezen te dotteren. Je kan ook vragen hoeveel last de patiënt eigenlijk heeft. Als dat alleen bij het tennissen is, kan je ook stoppen met tennissen. Die keuze kan per persoon anders uitvallen. Het is nog niet gemakkelijk om bij een dergelijke keuze andere aspecten van gepaste zorg, zoals kosten van de behandeling, een plaats te geven.'

Om de keuzes in de spreekkamer voor zowel patiënt als arts te vergemakkelijken heeft de Orde, in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen en ZonMw, de campagne 'Verstandig Kiezen' gestart. De campagne focust op alle aspecten van het zorgproces rondom een specifieke aandoening. Bijvoorbeeld de lage rughernia. Ook is er aandacht voor het doelmatig voorschrijven van medicijnen, het duiden van praktijkvariatie en klinisch evaluatieonderzoek.

Daniëls: 'Er is in de medische wereld veel tot stand gekomen waarvoor nog geen wetenschappelijk bewijs is. Dat betekent niet dat onze huidige handelswijze per se verkeerd is, maar je mag wel de vraag stellen of die het meest effectief is.' Het klinisch evaluatieonderzoek richt zich precies op die vraag. Met de antwoorden uit alle bovenstaande pijlers van Verstandig Kiezen, aangevuld met gegevens uit klinische registraties, wordt een kwaliteitscirkel rondgemaakt: handelswijzen worden geëvalueerd, resultaten worden gemeten, de beschrijving van wat goede zorg is wordt op basis hiervan zo nodig aangepast, richtlijnen worden daarmee eenduidiger et cetera. Dit cyclische systeem moet vervolgens leiden tot kwaliteitsverbetering, inzicht in wat zinnige zorg is, en het resulteert naar alle verwachting ook in kostenbesparingen.

Het zijn turbulente tijden. De veranderingen zijn op de werkvloer bijna niet bij te houden, zegt Daniëls. Hij somt op: 'Registraties, doelmatig werken, *Shared Decision Making*, veranderingen in de opleiding, de wens tot meer transparantie in de uitkomst van zorg, kwaliteitsvisitaties, ziekenhuisfusies, de discussie over acute zorg... het gaat allemaal ontzettend rap.'

Tegelijkertijd ontstaat volgens Daniëls een nieuwe manier van denken, waar gepast gebruik van zorg deel van uitmaakt. 'Dat vraagt van de patiënt wel dat hij meer kennis heeft van de eigen aandoening. Je kan niet tegen de dokter zeggen: "Los het maar op". Want die zal vragen: "Wat vind je er zelf van? Welke behandeling past bij jou?". Er komt dus meer discussie en overleg in de spreekkamer, maar gelukkig op basis van een hoog informatieniveau. En dat maakt het werk van de arts zeker nóg boeiender.'

Met kwaliteit is een wereld te winnen

André Rouvoet | Zorgverzekeraars Nederland



Als voorzitter bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) staat André Rouvoet midden in het publieke debat over de houdbaarheid van toegankelijke, kwalitatief goede en betaalbare zorg. Rouvoet doet zijn werk “met hart en ziel”, zegt hij, net als zoveel andere mensen die hij heeft leren kennen in de zorg. ‘Ik zou dit werk niet doen als ik niet overtuigd was van de noodzaak. Dit is geen bestuurlijk kunstje.’

Verzekeraars opereren in een ingewikkeld belangenveld. Zo treden zij op in het belang van de verzekeren en dat van de patiënt. Daar zit een spanning tussen. Rouvoet: ‘De verzekerde wil minder premie betalen en de patiënt wil zorg van de hoogste kwaliteit, in de buurt en per direct.’

Rouvoet ziet nog voldoende draagvlak voor het solidariteitsbeginsel onder het zorgstelsel, mits verzekeren en patiënten ervan overtuigd zijn dat hun premiegeld goed wordt besteed. Rouvoet: ‘En daar komt gepast gebruik om de hoek kijken. Sommige mensen betalen duizenden euro’s aan zorgpremie en ze gaan misschien één keer per jaar naar de huisarts voor een consult van een tientje. Krijgt men het vermoeden dat er sprake is van fraude of massale verspilling, dan hoef je niet met solidariteit aan te komen.’

De verzekeraars worden volgens Rouvoet soms ten onrechte afgeschilderd als de boeman. Dat komt het debat niet ten goede, meent Rouvoet: ‘Ja, verzekeraars zitten op veel geld en hebben veel invloed. Daarom moet je hen kritisch volgen. Maar doe dat niet uit gestold wantrouwen of met een strategie van verdachtmakingen. Als je voortdurend de motieven van een speler die zijn wettelijke opdracht uitvoert ter discussie stelt, dan kun je niet meer argumenteren en stopt het gesprek.’

Hij legt uit waarom hij zijn handtekening zet onder het convenant. ‘Gepast gebruik is een van de beste manieren om kwaliteit te bevorderen en kosten te beheersen. Zo simpel is het eigenlijk. Het is geen bezuinigingsmaatregel. Iedereen profiteert ervan. De waarde van dit convenant is dat we juist niet kiezen voor pakketmaatregelen en een verhoging van het eigen risico. Dat is namelijk geen kostenbeheersing. De zorg wordt er niet goedkoper van. Bovendien ondermijnt het op lange termijn de solidariteit. Gepast gebruik is veel effectiever. Maar makkelijk is het niet.’

‘We staan nog aan het begin. Als we het nu goed doen, kijken we over twintig jaar terug op een periode waarin we pijnlijke keuzes hebben moeten maken, maar waarin we de zorg beter en kosteneffectiever hebben gemaakt.’

Dit convenant stelt kwaliteit centraal, vindt Rouvoet, en daarmee is een wereld te winnen: ‘Als je inzet op kosten, krijg je lagere kwaliteit. Als je inzet op kwaliteit, krijg je lagere kosten. Dat begint met transparantie. We weten eigenlijk nog heel weinig. Zo’n vijftig procent van de medisch-specialistische zorg is niet bewezen effectief. Dat betekent niet dat we maar wat aanrommelen. De verzekeraar kan die discussie aanjagen, maar kwaliteit is in eerste instantie iets dat wordt geformuleerd door de medisch professionals.’

Samen met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders én de minister hebben de zorgverzekeraars recent drie zorgakkoorden in de cure afgesloten, die moeten leiden tot afname van de kostengroei. Rouvoet: ‘Hoe doen we dat? Door te focussen op kwaliteit en op zinnige en zuinige zorg, door onnodige behandelingen te skippen, door een herinrichting van het zorglandschap en door ongewenste praktijkvariatie aan te pakken.’



Heleen Dupuis
Ethicus en lid Eerste Kamer

Gepaste zorg?

Sinds het rapport *Kiezen en Delen* van de commissie Dunning (1992) duikt in discussies over gezondheidszorg regelmatig de term ‘gepast gebruik’ of ‘gepaste zorg’ op. Gepast gebruik van zorg zou de sleutel zijn tot een beperking van de bestedingen van de gezondheidszorg. Want tot op de dag van vandaag groeien de zorgkosten veel harder dan de staatsinkomsten.

Wat is gepaste zorg? De commissie Dunning vond dat artsen verantwoordelijk zijn voor een “doelmatige en rechtvaardige verdeling van de middelen”. Ik citeer: “Vóór alles moet duidelijk zijn dat de mogelijkheden tot zorgverlening niet worden verspild. De commissie wil uitdrukkelijk het voortouw bij de vaststelling wat gepaste zorg is, aan de professiegeven”. Artsen mogen geen onnodige dingen doen en moeten rekening houden met het feit dat wat de ene patiënt krijgt, niet aan een ander kan worden besteed. Maar hoe kan een arts dit ooit overzien? En wat te denken over de zogenaamde *interdoktervariatie* (verschillen in handelen bij dezelfde klacht)?

De commissie deed de aanbeveling dat medisch professionals beslissingsprocedures opstellen voor “situaties waar de kans op medisch succes laag of praktisch nihil is”. Daarnaast is ontwikkeling van protocollen en standaarden noodzakelijk. Twintig jaar later is deze aansporing ruim opgevolgd. Er is een groot aantal standaarden, richtlijnen en protocollen. Over talloze behandelingen is consensus onder de beroepsgroep. Toch zijn de kosten blijven stijgen, de laatste tien jaar nog sneller dan daarvoor. Kennelijk is er meer aan de hand.

De visie van de commissie Dunning, dat vooral artsen een taak hebben bij een rechtvaardige verdeling van middelen, wordt tegenwoordig niet meer zo gezien. Het is gebleken dat de kosten zo niet worden beperkt.

De verantwoordelijkheid voor een rechtvaardige verdeling ligt niet alleen bij artsen. Om allerlei redenen kiezen artsen nog te vaak, al of niet onder druk van de patiënt, voor een niet bewezen werkzame behandeling. Bijvoorbeeld: het onnodig doorbehandelen in de oncologie in plaats van goede palliatieve zorg.

De patiënt kan misschien wat minder vragen, maar speelt geen grote rol. Een punt is wel dat hij geen idee heeft van de kosten van zorg. Uit onderzoek blijkt dat eigen betalingen een effectieve manier zijn om de vraag naar overbodige gezondheidszorg te beperken.

Soms lijkt een kostenbeperking in de gezondheidszorg verder weg dan ooit. Toch is er nu wel het besef dat de medische professie het niet alleen kan. Voor een rechtvaardige verdeling van middelen zijn alle partijen nodig. En natuurlijk wat meer eigen betalingen.



Verspilling medicatie

Betrokken partijen

V&VN, OMS, LHV, NPCF, KNMP

Meldpunten

Langs diverse kanalen worden burgers gevraagd om melding te doen van verspilling in de zorg. Dat levert interessant informatie op. Veel meldingen betreffen de verspilling van medicatie. Hierop is in juni 2013 het Actieprogramma Verspilling Medicatie gestart. De bevindingen en de voortgang van dit programma is ook besproken aan de ronde tafel Gepast Gebruik. Daar waar nodig hebben de deelnemende partijen het Actieprogramma in woord en daad bijgestaan.

Wat speelt er eigenlijk?

De meest gehoorde oorzaak voor verspilling is dat er medicijnen overblijven, deels omdat er teveel van wordt voorgeschreven, deels omdat de patiënt niet trouw is aan de voorgeschreven therapie. Ook worden oude medicijnen niet hergebruikt. Dat kan zinniger en zuiniger.

De oplossing

Er zijn talloze manieren waarop verspilling van medicatie kan worden teruggedrongen. Kort gezegd komt het neer op een meer doelmatige prescriptie, het bevorderen van therapietrouw en hergebruik van oude geneesmiddelen.

Zo zijn er enkele *quick fixes*. Bijvoorbeeld door duurdere medicijnen voor kortere periodes en dus in kleinere hoeveelheden uit te geven. Ander voorbeeld: er is een chip ontwikkeld die wordt aangebracht in de verpakking van een medicijn en die

registreert onder welke condities het is bewaard bij de patiënt of in een zorginstelling. Nog een aandachtspunt is dat thuismedicatie beter zou moeten aansluiting op medicatie in het ziekenhuis, of andersom. Dat zijn nu nog gescheiden werelden, waardoor medicijnen dubbel worden uitgegeven. Ook de medicatie in de laatste levensfase kan beter worden afgestemd op de eigenlijke noden en wensen van de patiënt.

Een oplossing die op langere termijn effect moet sorteren is het stimuleren van medicatiebeoordeling en therapietrouw. Een ander initiatief dat meer tijd nodig zal hebben is een brede publieke campagne met de oproep om niet-gebruikte geneesmiddelen terug te brengen naar de apotheek. Dat lijkt makkelijker dan het is. Bij grootschalige inname van oude medicijnen kunnen privacy en milieu-issues een belemmering vormen.

> Foto: Wekelijks wordt bij de Lloyds apotheek in Hillegom ongeveer 10 kg aan medicijnen ingeleverd. De medicijnen worden ontdaan van papierenverpakkingsmateriaal en van de etiketten waarop persoonlijke gegevens staan. De apotheek levert deze medicijnen vervolgens in bij de gemeente.

Declareer alleen wat je kunt uitleggen

Eitel Homan | Nederlandse Zorgautoriteit



De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vervult in het huidige zorgstelsel een cruciale rol. Als regulator bepaalt de NZa de kaders waarbinnen zorginkopers en zorgaanbieders kunnen onderhandelen over de te leveren zorg. Daartoe stelt de NZa onder meer de prestatie-structuur en de bijbehorende maximumtarieven vast. Als toezichthouder ziet de NZa toe of de verschillende marktpartijen wel opereren overeenkomstig de relevante wet- en regelgeving. Daarbij staat het publieke belang van betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg centraal.

Eitel Homan is lid van de Raad van Bestuur. Homan, van oorsprong wiskundige en econoom, was ook bestuurslid bij NZa's rechtsvoorganger CTZ. Hij is met de stelselwijzigingen meegegroeid in de rol van marktmeester zoals we die vandaag kennen. Hij spreekt erover met kennis van zaken en vanuit een sterke persoonlijke betrokkenheid.

NZa is een convenantpartij van het eerste uur. 'Vanzelfsprekend,' legt Homan uit. 'Gepast gebruik is een belangrijk onderdeel van onze taakopvatting. Toezicht en controle achteraf zullen altijd nodig blijven, maar het is beter om gepast gebruik aan de voorkant goed in te richten. Wanneer de medisch professional opereert binnen de gestelde kaders van de medische richtlijnen en zorgverzekeraars bij de zorginkoop hierop gerichte afspraken maken en spiegelinformatie geven, dan is dat een grote stap in de richting van gepast gebruik. Goede en scherpe medische richtlijnen en ook duidelijkheid over regelgeving zijn daarbij onontbeerlijk.'

Wat kan NZa betekenen op het gebied van gepast gebruik? Homan: 'De NZa heeft een systeemverantwoordelijkheid, wij zorgen bij de inrichting van zorgmarkten dat aanbieders geprikkeld worden om de juiste zorg te leveren. Daarvoor moeten de tarieven die wij vaststellen adequaat zijn en de prestaties mogen niet uitnodigen tot overproductie. Daarnaast moeten de afspraken tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder leiden tot de juiste prijs-kwaliteit verhouding. Aan de achterkant vormen dan controle en toezicht het sluitstuk. Als het systeem werkt, dan hoeft een professional zich nergens zorgen over te maken en kan hij zich primair op de zorg focussen.'

De NZa roept verzekeraars op om hun kennis van gepast gebruik meer bij de inkoop te betrekken en zorgaanbieders om te investeren in goede declaraties en facturaties. Gepast gebruik moet niet een te breed begrip worden, anders heeft het geen betekenis meer, vindt Homan. In zijn definitie van gepast gebruik spreekt hij van zorg die tot het basispakket hoort. Voor delen van de zorg gelden specifieke indicatievoorwaarden: de zorg wordt geleverd volgens het principe van *stepped care* en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Alleen dan kan de zorg ten laste worden gebracht van de risico-verevening.

Gepast gebruik is volgens Homan zeker niet de oplossing voor alle problemen. Hij is realistisch. 'Gepast gebruik is geen panacee voor de complexe problematiek van kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing. We moeten dus niet denken dat we er zijn. Ook met gepast gebruik zullen er nog steeds pijnlijke keuzes moeten worden gemaakt.'

En over twintig jaar? Homan hoopt dat hij tegen die tijd ergens in een schommelstoel zit te mijmeren. Maar hij is er zeker van dat de vragen waar we vandaag mee worstelen ook over twintig jaar nog actueel zijn. Voor wat betreft het speelveld voorspelt Homan dat er gepaste ruimte zal zijn voor invulling in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening. Maar hij weet zeker dat ook dan de regel zal gelden: "declareer alleen wat je kunt uitleggen".

Mensen zijn geen auto's

Carin Littooi | Landelijke Huisartsen Vereniging



‘Gepast gebruik? Huisartsen hebben het in de genen.’ Carin Littooi, zelf huisarts en sinds een half jaar landelijk bestuurder bij de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), zegt het met overtuiging. ‘Doelmatige zorg, de beste zorg tegen laagst mogelijke prijs, zinnige en zuinige zorg – dit is standaard in het werk van iedere huisarts. Huisartsen schrijven niet zomaar iets voor. Ze houden ervan om de zaken simpel te houden. Gepast gebruik is maatwerk. Ik denk dat iedere huisarts het credo deelt: “baat het niet, het schaadt altijd”.’

Sinds 1995 deelt Littooi met haar levenspartner een huisartsenpraktijk. De laatste jaren zijn haar bestuursactiviteiten meer tijd gaan vragen. Ze benadrukt dat haar passie voor het vak ook in haar bestuurswerk de voornaamste drijfveer vormt en dat ze zich “tot de laatste snik” inzet voor het behoud van de bijzondere positie van de huisarts, die, in haar woorden, het verschil maakt voor de Nederlandse gezondheidszorg. Littooi: ‘Voor huisartsen staan drie kernwaarden centraal: hun zorg is generalistisch, persoonsgericht en continu. Laten we die los, dan gaat het niet goed.’

‘Onze deelname aan het convenant is belangrijk, omdat huisartsen een onmisbare schakel zijn tussen alle andere partners, vooral in het samenspel met de tweede lijn. Huisartsen bouwen een langdurige vertrouwensrelatie op met de patiënt. Dat maakt dat je kan zeggen: “je denkt dat je een scan nodig hebt, maar is dat ook echt zo?”.’

Huisartsen zijn managers van verwachtingen. Littooi merkt op dat door de vergaande medicalisering een beeld is ontstaan dat met huidige stand van de technologie alles kan. ‘Maar mensen zijn geen auto's. Huisartsen gaan dat gesprek aan met de patiënt.’ Het convenant verdient wat dat betreft ook een publieke vertaling, vindt Littooi. ‘Mensen moeten inzien wat het belang is van gepast gebruik. De mensen moeten het thuis al bedenken. Ze moeten het zelf doen.’ Ze constateert dat hiervoor in de samenleving, maar ook onder haar eigen patiënten, steeds meer aandacht komt en ze noemt in het bijzonder de discussie over het einde van het leven. ‘Het verwachtingspatroon dat in de geneeskunde alles mogelijk is, dat zogenaamde verworven recht, daar zit een kentering in. Mensen lezen en praten erover. Dat is goed, want we dragen die verantwoordelijkheid met z'n allen.’

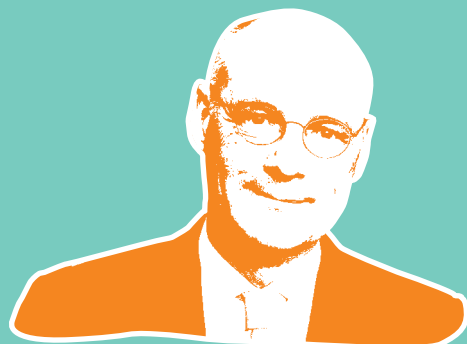
‘Zitten we in een tijdperk van veranderingen of is het een verandering van een tijdperk? Mensen realiseren zich dat alles wat ze hiervoor hadden, of dachten te kunnen krijgen, ter discussie staat. Dat geeft onzekerheid. Aan de andere kant is er technologisch meer mogelijk. We worden nog steeds ouder.’

‘Als huisarts ga je ook regelmatig het gesprek aan over het aanpassen van je dromen aan de levensfase waarin je zit. Op bepaalde momenten in je leven kun je niet alles meer doen wat je zou willen. Ik zou zelf best willen gaan backpacken in Australië, maar dat zit er gewoon niet meer in.’

Wat gebeurt er met de traditionele, solistische huisarts? Die zal volgens Littooi meer buurtgericht werken als onderdeel van een groter verband. Haar eigen praktijk vestigt zich binnenkort in een gezondheidscentrum, waarin ook de apotheek, fysiotherapeut, verloskundige en diëtist vertegenwoordigd zijn. Zo'n samenwerking moet wel passen in het concept van gepast gebruik, benadrukt Littooi. ‘Ik moet de eerste huisarts nog tegenkomen die gaat samenwerken om het samenwerken, of om het vergaderen. Het moet wel het patiëntbelang dienen.’

Samen beslissen over de noodzakelijke zorg

Rutger Jan van der Gaag | KNMG



Rutger Jan van der Gaag is voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Daarnaast houdt hij een uur of acht praktijk in de kinder- en jeugdpsychiatrie. 'Soms denk je als bestuurder: waar gaat het eigenlijk over? Doe een middag spreekuur, en je weet het weer.'

'De KNMG zet zich in voor verantwoorde medische zorg: dat patiënten krijgen wat ze nodig hebben, dat er goed naar ze geluisterd wordt en dat er aandacht is voor de maatschappelijke factoren die de ziekte beïnvloeden. Maar dat betekent ook: doelmatigheid en verantwoording afleggen over wat je doet. Daarom zetten wij onze handtekening onder het convenant. Gezamenlijk willen we leren de mechanismen achter ongepast gebruik te herkennen om zo gepast gebruik van zorg te bevorderen. Het onderwerp leeft, ook bij onze federatiepartners. Dat zie je terug in de visies van de huisartsen en de medisch specialisten.'

Van der Gaag vindt dat patiënt én medicus soms te makkelijk redeneren: "wat moet, dat kan". 'Een arts in Afrika die een ziekenhuis runt met duizenden patiënten en weinig middelen denkt goed na hoe hij die middelen inzet. In mijn middelbareschooltijd woonde ik in Frankrijk. Daar moest je de huisarts handje-contantje betalen. In mijn studententijd in Nederland vielen die kosten onder het ziekenfonds. Dat voelde alsof alles gratis was. Tijdens mijn coschappen werd nooit over kosten gesproken. En nog steeds, als iemand niet komt opdagen, zegt hij: "Dat maakt toch niet uit, u wordt toch betaald?" Dat klopt niet. Iemand anders had zijn plek kunnen innemen. En het is zonde van het geld. Gelukkig is er een kentering in dat denken. Doelmatigheid en verstandig kiezen zijn actuele thema's, in de artsenopleidingen en in de praktijk.'

Van der Gaag noemt een voorbeeld van ongepast gebruik. Toen hij stopte met zijn reguliere praktijk moest hij de dossiers afbouwen van patiënten die nog vier keer per jaar op controle kwamen. Desgevraagd gaven veel patiënten aan dat als er iets mis zou gaan, zij wel naar de huisarts zouden gaan. Plots besepte hij zich dat hij ze vier keer per jaar had laten vertellen dat het goed met ze ging. 'Het was er ingeslopen. Een onbewuste tredmolen. Met alle goede bedoelingen,' zegt hij erover. 'Maar waarom gaat het zo? Een reden is dat een patiënt bij wie het toch weer mis gaat, onderaan de wachtlijst belandt. Dat kan je toch anders regelen.'

Een goed voorbeeld van gepast gebruik noemt hij "Bed op recept". Hij legt uit hoe het werkt: 'Psychiatrisch patiënten die het bij tijd en wijle erg slecht hebben, krijgen een "strippenkaart" voor vijf opnames. Het gevolg van deze gedeelde verantwoordelijkheid is een bewuster gebruik van de zorg. Patiënten voelen zich serieus genomen en nemen deel in het proces.'

Opleiding, nascholing en professionele feedback spelen een belangrijke rol in het realiseren van gepast gebruik. Spiegelinformatie stelt de arts in staat kwalitatief goede en doelmatige zorg aan te bieden. Van der Gaag: 'Ook al wordt praktijkvariatie vaak als bedreigend gezien, het leidt ook tot waardevolle zelfreflectie.'

Van der Gaag hoopt dat we deze periode gaan zien als een kantelpunt waarin de arts van zijn sokkel is gestapt en naast de geëmancipeerde en goed geïnformeerde patiënt is gaan staan. 'Samen beslissen over de noodzakelijke zorg, dat is mijn streven.'



Emma Bruns
Arts-assistent chirurgie
en columnist

Achter twee glazen sinaasappelsap

Hij kijkt nors voor zich uit. Twee glazen sinaasappelsap staan voor zijn neus. Ze zijn halfleeg en vormen een muur tussen mij en hem. Eén maand geleden werd meneer B opgenomen. Na een auto-ongeluk in 2005 raakte hij tot zijn middel verlamd. Het had hem twee jaar gekost om in zijn rolstoel bijna even zelfstandig te worden als voorheen. Een schoolvoorbeeld van reïntegratie. Alleen, zonder het op te merken had hij de laatste weken een wond bij een drukplek op zijn bil gekregen. De ontlasting liep er bij elk bezoek aan de wc ongemerkt in. De wond raakte ontstoken. Binnen een week tijd werd hij opgenomen, er werd tijdelijk een stoma aangelegd en dagelijks werd het gapende gat in zijn bil verzorgd. Maar dit alles was niet de reden waarom meneer B zo nors keek.

Patiënt zijn is over het algemeen geen feest. Ondanks de beste bedoelingen lijkt het toch of de waas van de in het wit gehulde zorgverleners als aasgieren om je bed heen cirkelen. Op zoek naar zwakte, pijn en ellende die te verzorgen valt. Het recht om te kiezen hoe laat je opstaat, wat je eet en wat je aantrekt, zaken die menig mens als puber met hart en ziel veroverd heeft, worden je in één klap afgenomen. Je bent gedoemd tot afhankelijkheid van wildvreemden in witte jassen.

Ook geen feest zijn de financiële berichten over de zorg. In al onze liefdadigheid stevent het bedrijf 'Zorgend Nederland' in kamikazevaart af op een faillissement. Het is crisis en er moet bezuinigd worden.

Crisis. Interessant woord. Want als er één fenomeen is dat de afgelopen jaren tot een innovatieve cultuur heeft geleid, is het de crisis wel. Zoals Naomi Klein in haar boek "Shock Doctrine" beschrijft, is een symbolische aardbeving in onze portemonnee de beste voedingsbodem voor verandering. Nog nooit was het zo goedkoop vliegen, huizen kopen en logeren als nu. Wat hebben Vliegwinkel, Funda en AirBnB gedaan? Met behulp van technologie omzeilen ze het reisbureau, de makelaar en het hotel. Ze geven de consument de controle. En die laatste krijgt voor minder geld precies waar hij naar op zoek was. Een feest.

Meneer B kijkt nors omdat hij al twee weken tussen wal en schip valt. Om te herstellen moet hij naar een verpleeghuis. De combinatie 'stoma, dwarslaesie en wondzorg' is voor velen op papier echter onmogelijk. Hij wacht elke dag op een antwoord dat ik hem als zaalarts niet kan geven. En één ding is zeker: onzekerheid is vervelender dan slecht nieuws. Geneeskunde is observatie met kennis. Meneer B observeert zichzelf 95% van de tijd, ik slechts 5%. Door mijn positie heb ik 95% van de kennis, en hij slechts 5%. Maar wat als ik zou denken als de CEO van Funda? Wat als we meneer B de controle en de verantwoordelijkheid geven waar hij als mens recht op heeft. De kennis en de middelen om voor zichzelf te zorgen. Word ik dan even overbodig als de makelaar? Of delen we dan de kennis zoals zorg bedoeld is. Ik kijk naar de glazen sinaasappelsap. Ze lijken ineens halfvol. Meneer B kijkt nog steeds nors.



Verzorgend wassen

Betrokken partijen

ZonMw, LOC, V&VN, ActiZ, Zorgkantoren

Wat is het?

Verzorgend wassen is een techniek waarbij gewassen wordt met geïmpregneerde doekjes in plaats van met water en zeep, washandje en handdoek. De voordelen: het is beter voor de huid, het is minder pijnlijk en het is minder zwaar – ook voor de verzorgende. Bovendien, verzorgend wassen kost gemiddeld 65% van de traditionele wasbeurt. De kostenbesparing wordt geschat op 200 euro per cliënt per jaar.

In de zorginstellingen is het concept verzorgend wassen al redelijk gangbaar. In de thuiszorg niet. Er valt dus nog winst te boeken. Als de gehele thuiszorg en de intramurale zorg zouden overstappen op deze manier van wassen, dan levert dat een jaarlijkse besparing op van 60 miljoen euro.

De obstakels

Wat staat de overstap naar verzorgend wassen in de weg? De ronde tafel Gepast Gebruik heeft zich in aparte sessies over deze vraag gebogen en verschillende knelpunten geïdentificeerd. Die zijn terug te voeren tot twee obstakels.

Allereerst is er de begrotingssystematiek. Met name in de thuiszorg leidt tijdswinst onmiddellijk tot een vermindering van productie, lees: inkomsten. Ook kunnen thuiszorgorganisaties de materiaalkosten niet verrekenen. Er is dus een negatieve financiële prikkel.

Het tweede obstakel is meer cultureel van aard. Want onbekend maakt onbemind. Cliënten die al wel verzorgend gewassen worden, zijn unaniem enthousiast. Maar wie het niet kent, is negatief of wacht af.

De oplossing

Kwaliteit verdient beloning. De NZa heeft het daarom mogelijk gemaakt om in de onderhandelingen tussen aanbieder en verzekeraar een hoger tarief voor verzorgend wassen af te spreken. ZonMw heeft *business cases* laten ontwikkelen om verzekeraars te overtuigen van de kwaliteitsslag en de doelmatigheid van verzorgend wassen. En ActiZ verleent zorgaanbieders technische ondersteuning in het onderhandelingstraject. Er zit namelijk nog ruimte in het systeem die het mogelijk maakt om voor een meer kosteneffectieve behandeling een hoger tarief af te dingen. Daarnaast zijn er leermodules ontwikkeld in combinatie met een voorlichtingscampagne over de voordelen van verzorgend wassen.

Eén euro onderzoek leidt tot drie euro kostenbesparing

Henk Smid | ZonMw



ZonMw is een convenantpartij van eerste uur. ‘Logisch,’ vindt directeur Henk Smid, ‘we hebben een omvangrijk doelmatigheidsonderzoeksprogramma dat perfect aansluit op het gesprek over gepast gebruik.’

ZonMw en Zorginstituut Nederland werken nauw samen. Zorginstituut Nederland adviseert de minister over de financiering van nieuwe interventies. Stuit men daarbij op een kennishiaat, dan doet ZonMw het wetenschappelijk onderzoek. Is de financiering voorwaardelijk, dan agendeert ZonMw de onderzoeksvragen waarop binnen vier jaar het antwoord moet komen. Er bestaat dus een automatische verbinding tussen wetenschappelijk onderzoek en beleidsontwikkeling.

Smid: ‘Zorginstituut Nederland adviseert slechts over een klein deel van de interventies. Het merendeel zit gewoon in de dagelijkse medische routine. Als je daar zaken wil veranderen, moet je met de professionals afspraken maken.’ Daarom is ZonMw in gesprek met de wetenschappelijke verenigingen over de ontwikkeling van kennisagenda’s. Welk deel van het medisch handelen heeft onderbouwing nodig? ‘We praten nu met zeven wetenschappelijke verenigingen, hopelijk snel ook met de andere twintig.’

Smid is de eerste om te erkennen dat de zorgpraktijk weerbarstig is. Het is niet makkelijk om dingen te veranderen. Richtlijnen kun je aanpassen, maar dan moet je ze wel naleven. Nog moeilijker is het om de organisatie van de zorg te veranderen. Toch kan hij talloze voorbeelden geven waar het wel lukt. ‘Wij willen natuurlijk meer dan alleen mooie wetenschappelijke publicaties. Het moet ook echt leiden tot praktijkverandering. Het doelmatigheidsonderzoek is een mooi mechanisme, waarbinnen de partijen zelf, aan het begin van het proces, hun onderzoeksvraag formuleren. Het ligt dus voor de hand dat zij het antwoord gaan toepassen in de praktijk. Dat leg je niet naast je neer.’ ‘Dit type onderzoek loont. Eén euro doelmatigheidsonderzoek leidt tot drie euro kostenbesparing. Mits de bevindingen worden toegepast in de praktijk. Het leidt tot een verbetering van de kwaliteit tegen een reductie van de kosten. Door doelmatiger te werken, voorkom je zware pakkettingrepen. De discussie over pakketverkleining verplaatst zich dan naar de vraag hoe de partijen zelf de kosten kunnen beheersen. Dat moet je wel wetenschappelijk onderbouwen. En die onderbouwing kunnen wij nu leveren.’

Er is geld nodig om dit soort onderzoek te financieren. Smid: ‘Het is niet eens een principiële discussie, het is een kwestie van schaal. Die is budgettair van aard.’ Er zijn ook “aanjaagsubsidies” nodig om het kwaliteitsbeleid versneld te implementeren. Daarom pleit Smid ervoor om de beroepsgroepen die zich met dit soort onderzoek kwetsbaar opstellen, ook in staat te stellen om aanpassingen door te voeren uit de opbrengsten van de besparing.’

‘ZonMw wil de discussie naar voren halen door met wetenschappelijk onderzoek maximale doelmatigheidswinst te boeken. Dan hoeft het maatschappelijk debat niet op de spits te drijven op basis van incidenten. Zo kan je duurdere interventies blijven opvangen in het bestaande pakket. Dat is de opgave van de komende tien, twintig jaar.’ De “inverdieneffecten” zijn aanzienlijk. Smid spreekt van miljarden. Met die kostenreductie kan dure, effectieve zorg in het pakket blijven en zo blijft het stelsel stabiel. Hij wil het zelf nog meemaken. ‘Ik ga door tot m’n goste,’ grapt hij. ‘We staan nog maar aan het begin. ZonMw werkt aan de onderbouwing van al de veranderingen die we nu doormaken. Komende jaren gaan we oogsten. Dat is een enorme uitdaging.’

Aan creativiteit geen gebrek

Henk Bakker | Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland



Henk Bakker is voorzitter van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Waarom hij zijn handtekening onder het convenant zet? 'Omdat verpleegkundigen en verzorgenden zich actief inzetten voor een bewuste en verantwoorde omgang met de middelen die hen ter beschikking zijn gesteld.' Bakker deelt de maatschappelijke zorg over de almaar toenemende zorgkosten. Hij is ervan overtuigd dat verpleegkundigen en verzorgenden een cruciale rol kunnen spelen als het erom gaat die kosten te beheersen.

'Er zijn zo'n vierhonderdduizend beroepsbeoefenaren in de zorg werkzaam in het land. Die krijgen dagelijks te maken met alle aspecten van gepast gebruik. Zij zijn goed in staat om afwegingen te maken op het gebied van efficiëntie en doelmatigheid. Daarom doet V&VN mee aan die tafels waar over dit soort thema's gesproken wordt.'

'Eigenlijk praten we al lang over gepast gebruik. Soms tuimelen de initiatieven over elkaar heen. Het is interessant wat in Den Haag gebeurt, maar veel interessanter is wat mensen op de werkvloer met elkaar bereiken om met het beschikbare geld betere zorg te leveren.' Bakker zet zich ervoor in dat verpleegkundigen en verzorgenden actief worden betrokken bij inhoudelijke afwegingen in de zorg. 'Je ziet dat nog veel ideeën aan de oppervlakte blijven. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben hun eerste focus op de patiënt. Daar werken ze dag en nacht aan, maar ze zijn ook bereid om op allerlei manieren mee te denken. Dan moeten ze wel serieus worden genomen. Hun stem moet doorklinken in het beleid.' Bijvoorbeeld op het terrein van doelmatig medicijngebruik, de aanschaf van nieuwe ziekenhuisbedden of de ruimtelijke invulling van een nieuwbouwproject. Dit vergt, aldus Bakker, het herstel van het verpleegkundig leiderschap in instellingen, een leiderschap dat gevoelig is voor wat er in de zorg gebeurt. Bakker: 'Een zichtbare vertegenwoordiging van verpleegkundigen in de top van de organisatie. De verpleegkundige adviesraden kunnen hieraan een bijdrage leveren.'

'Aan opleidingsniveau en creativiteit is geen gebrek,' weet Bakker. 'Het potentieel is hoog. Overigens zie je dat ook bij de wijkverpleegkundigen. Zij nemen nieuwe posities in binnen de nieuwe afspraken rondom de langdurige zorg. Er liggen enorme kansen voor gepast gebruik wanneer de wijkverpleegkundige straks meer preventieve taken krijgt'

'De verpleegkundige is als een tolk in de relatie tussen patiënt en specialist. Hij voert niet klakkeloos uit, maar denkt ook actief mee. Hij treedt niet in de autonomie van de specialist, wel helpt hij om vast te stellen of de behandeling ook passend is. Diagnostiek en behandeling blijven het domein van de specialist. Maar de gemaakte keuzes moeten wel passen binnen de protocollen. Het is goed om elkaar daarover door te vragen.'

'Gepast gebruik zal altijd een thema blijven. We maken nu enkele ingrijpende stelselwijzigingen door. De impact is groot; in de langdurige zorg, in de segmentering van de ziekenhuizen, in de reorganisatie van spoedeisende hulp, enzovoorts. Er staat veel op stapel, of het is al in uitvoering. Het zorglandschap gaat er echt anders uitzien. Dit zijn de cruciale jaren, waarvan we straks de vruchten plukken. Een nieuw paradigma dat zal moeten ingroeien in de samenleving, waarin ook burgers de verantwoordelijkheid dragen voor ziekte en gezondheid. De patiënt zal een bewuste keuze moeten kunnen maken. Waar krijgt hij de beste zorg, voor de beste prijs en zo gepast mogelijk? Dat bewustzijn zijn we nu aan het ontwikkelen. Het debat over gepast gebruik draagt daaraan bij.'

Hou je mensen dom, dan nemen ze geen verstandige beslissingen

Wilna Wind | Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie



‘Gepast gebruik begint met goede zorg,’ zegt Wilna Wind, directeur van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). ‘Maar goede zorg is wat anders dan veel zorg. Zorg moet passen bij de individuele patiënt. Niet te veel en niet te weinig. Patiënten willen ook niet altijd hetzelfde. Iemand die in laatste fase van zijn leven zit, heeft vaak een ander gesprek met de dokter dan iemand van jonge leeftijd.’

‘De kosten spelen ook een rol. We zijn allemaal voor een solidair systeem. Daarom is het van belang dat er goed en gepast met ons geld wordt omgegaan. Ik bestrijd het beeld dat patiënten altijd zo veel en zo duur mogelijk zouden willen.’

‘De kracht van dit convenant is dat we het samen doen,’ benadrukt Wind. De NPCF en de Orde van Medisch Specialisten werken bijvoorbeeld samen op het gebied van *Shared Decision Making*. Het doel is dat de patiënt en de arts samen beslissen welke behandeling of medicatie het beste past bij de medische conditie en de wensen van de patiënt.

Uit een meldactie van de NPCF blijkt dat patiënten inderdaad meer regie willen hebben over het eigen behandeltraject. Ze willen weten welke behandelopties er bestaan, welke resultaten er te verwachten zijn en wat de risico's zijn. Hierover willen zij een eerlijk gesprek met de arts. Zeker ook in de laatste levensfase is dit van groot belang, aldus Wind: ‘Je kan heel oud worden tegenwoordig, maar je wil ook kwaliteit van leven en fatsoenlijk doodgaan. We krijgen vaak de melding: “Hadden we geweten wat voor ellende deze behandeling zou opleveren, dan hadden we het niet gedaan”.’

Samen beslissen gaat niet vanzelf. De obstakels liggen volgens Wind deels in de bekostiging. Bijvoorbeeld dat een regulier consult of een behandeling wel wordt vergoed, maar een goed gesprek niet. Deels is het ook wennen aan de nieuwe verhoudingen tussen arts en patiënt. Overigens is er op dat vlak nog veel werk te verzetten. In de driehoek patiënt-dokter-verzekeraar is de emancipatie van de patiënt volgens Wind nog lang niet volbracht.

Om samen te kunnen beslissen is het vooral van belang dat de patiënt goed geïnformeerd wordt. Wind: ‘Als je mensen dom houdt, zullen ze ook geen verstandige beslissingen nemen.’ Zij pleit daarom voor meer transparantie op behandeluitkomsten en praktijkvariëteit. Wind: ‘De ene dokter opereert meer dan de ander. Vaak weten ziekenhuizen het niet eens. Die verschillen hoeven niet onmiddellijk slecht te zijn, maar je moet dat beeld wel scherp krijgen.’ De NPCF werkt daarom aan een Zorgatlas waarin zorggebruik, kwaliteit en kosten inzichtelijk worden gemaakt.

En wat betreft de kosten, willen patiënten eigenlijk wel weten wat hun behandeling kost? Wind, resoluut: ‘Ja, natuurlijk! Juist als je die informatie niet deelt, ontstaan er misverstanden en negatieve beeldvorming. Uiteraard zal zo'n rekening weer nieuwe vragen oproepen, maar zoals het nu is – dat mensen echt geen idee hebben van de kosten – ondermijnt het draagvlak voor het stelsel en de bereidheid bij de patiënt om zelf verantwoordelijkheid te nemen.’

Van de talloze grote uitdagingen in de zorgsector wordt Wind soms bezorgd, maar ook enthousiast. ‘We werken in een prachtige tijd. Juist omdat er nog zo veel staat te gebeuren. Dat maakt het leuk.’



Johan Polder
Gezondheidseconoom

De Wet van Nee

“Met passen en meten wordt de meeste tijd versleten.” Maar in de gezondheidszorg is dat niet gebruikelijk. Nou ja, misschien wel met meten. Want meten is weten. En als het over gezondheid en ziekte gaat willen we alles weten. Zelfs als de patiënt er niet beter van wordt.

Maar met passen moet je zeker de tijd niet verslijten. Want ‘time is money’. En minder passen is meer ‘money’. Zelfs als de patiënt er niet beter van wordt.

Maar wie niet past, levert ongepaste zorg.

Een wonderlijke combinatie van woorden, trouwens, ‘zorg leveren.’ Het lijkt of ze zomaar zijn weggelopen uit het hoofdstuk ‘Supply Side Economics’ van een willekeurig leerboek economie. Vraag en aanbod. En dan denk je natuurlijk meteen aan de Wet van Say: “Elk aanbod schept zijn eigen vraag.”

Maar, gaat het in de zorg niet veel meer om vraag en antwoord? “Dokter, ik ben zo bang. Voor pijn, voor de dood. De eeuwigheid vliegt me zo aan. En hoe moet het toch met mijn kinderen?” Is een monoklonaal antilichaam hier het passende antwoord? “Dokter, ik ben zo ongerust. Ik wil gedotterd worden, en ik heb ook al zo lang premie betaald.” Zouden stents, met of zonder coating, hier een passend antwoord zijn? Elk aanbod schept natuurlijk zijn eigen antwoord. Maar toch, aanbod kan ook geen antwoord zijn, en een antwoord geen aanbod.

En wie niet antwoordt, levert onverantwoorde zorg.

Lever je zorg, of verleen je zorg? In de zorglevering regeren de economische wetten van vraag en aanbod met ijzeren discipline. Maar in de zorgverlening zien we professionals die dienend reageren met passende antwoorden op gepaste en ongepaste vragen. “Nee,” kan zo’n passend en verantwoord antwoord zijn, maar desondanks is ‘nee-verkopen’ nog niet zo ver doorgedrongen in de gezondheidszorg van elke dag. Want ‘nee’ is niet zo goed voor je portemonnee. Zelfs niet als de patiënt er beter van wordt.

In de langdurige zorg wordt de indicatiestelling in een rap tempo gedecentraliseerd naar de keukentafel. Want dat lijkt een prima plek voor een goed gesprek te zijn. Voor vragen en antwoorden. Voor kijken en luisteren. Misschien is zo’n tafel, rond of vierkant, ook wel een idee voor de curatieve zorg. Of struikelen we dan straks overal en op alle niveaus over de keukentafels, en klotst het kijk- en luistergeld tegen de plinten op? Omdat de Wet van Say toch sterker is dan de Wet van Nee?

Medisch handelen op deze tweesprong heeft baat bij een kosteneffectief meet-snoer. Wie de schoen past...



Zorgstandaard COPD

Sommige ziekten hebben een hoge maatschappelijke ziektelast. Hiermee wordt het aantal gezonde levensjaren aangeduid dat in de maatschappij door een ziekte verloren gaat. Het gaat vaak om chronische ziekten die op termijn ingrijpende gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven van de patiënt. Bij de behandeling van de aandoening is meestal een complexe keten van zorgverleners betrokken.

Een voorbeeld van zo'n aandoening is COPD. In Nederland lijden zo'n driehonderdvijftigduizend mensen aan een chronische longziekte onder deze noemer. De verwachting is dat dit aantal de komende jaren nog flink zal toenemen, tot ruim een half miljoen. Patiënten met een dergelijke aandoening leven gemiddeld zeven jaar korter dan gezonde mensen. COPD staat op plek zeven van de lijst aandoeningen met de hoogste maatschappelijke ziektelast.

Gepast gebruik is een kwestie van kwaliteit en van goede organisatie. Zorgstandaarden spelen daarbij een belangrijke rol. In een zorgstandaard is exact geformuleerd wat kwalitatieve zorg is. Als zorg volgens die standaard wordt geleverd, is er sprake van gepast gebruik.

Zorgprofessionals, patiënten en zorgverzekeraars hebben voor verschillende ziektebeelden al tal van standaarden, richtlijnen, protocollen en kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Zorginstituut Nederland stelt zich tot doel deze kennis te bundelen en hier ordening in aan te brengen. De zorgstandaard COPD geldt hiervoor als een modelstandaard.

De Zorgstandaard COPD is ontwikkeld onder regie van Long Alliantie Nederland. De standaard omvat een samenhangende set richtlijnen voor zorgverleners uit de zorgdisciplines die betrokken zijn bij de diagnostiek, de behandeling en de preventie van COPD. Op basis van de richtlijnen zijn ook kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die zorgverzekeraars hanteren als leidraad bij de inkoop van ketenzorg.

Van de Zorgstandaard COPD bestaat ook een toegankelijke patiëntenversie. Zorgverleners én patiënten weten dus precies aan welke kwaliteitsnorm de behandeling moet voldoen. Maar dat gaat niet vanzelf. Om de zorgstandaard succesvol te implementeren in het zorgproces en de kwaliteitsnormen die erin zijn geformuleerd ook écht te laten leiden, is een gerichte voorlichtingscampagne nodig.

> Foto: Mensen kunnen met een app op hun smartphone en met een opzetstukje de fijnstofconcentratie meten.

Alle winden waaien uit de goede hoek

Bert Boer | Zorginstituut Nederland



Al als huisarts raakte Bert Boer steeds meer geïnteresseerd in de grotere systeemvragen van de Nederlandse gezondheidszorg. Zo verzette hij op zijn achtendertigste de bakens en werd hij medisch adviseur bij de Ziekenfondsraad, een rechtsvoorganger van Zorginstituut Nederland, waar hij tegenwoordig bestuurslid is. Onlangs is Bert Boer benoemd als bijzonder hoogleraar Pakketbeheer aan de Erasmus Universiteit. Wie hem vraagt naar zijn vakgebied kan rekenen op een enthousiast hoorcollege.

In vijftig jaar heeft Boer het zorgstelsel ingrijpend zien veranderen, maar in het pakketbeheer is de centrale vraag nog altijd dezelfde: doen we de goede dingen in het pakket? Boer: 'Tegenwoordig stellen we ook de vraag: voor wie doen we het? Welke verhouding tussen kosten en effecten is aanvaardbaar voor welke patiënt? Toen was de vraag of nieuwe technologieën als harttransplantaties in het pakket vielen. Wat kostte het eigenlijk? En was het de kosten waard? Het was het begin van discussie over kosteneffectiviteit.' Een medische interventie moet dus zin hebben. Gepast gebruik is dan ook een belangrijke rol gaan spelen in het pakketbeheer, dat volgens Boer "meer indicatie-gebonden" is geworden.

Boer: 'Ik stuur niet op rigoureuze, kosten-gedreven pakketingrepen, maar op gepast gebruik. Dat doe je door zuivere indicaties te definiëren en interventies selectief toe te passen, dus alleen als de interventie een meerwaarde heeft. Mijn agenda is niet kosten-beheersing maar kwaliteit.'

'Je kunt natuurlijk bezuinigen door dingen uit het pakket te halen, maar dat is niet het oogmerk van pakketbeheer. Het gaat erom de goede dingen te verzekeren. Toch zijn de kosten wel een argument. Als Nederlanders verplicht zijn om zich te verzekeren, dan moet de overheid de burger garanderen dat die gelden goed besteed worden.'

Gepast gebruik gebeurt volgens Boer in de spreekkamer. Boer beschrijft de "kwaliteitscirkel" waarbinnen gepast gebruik het best tot stand komt. Allereerst onderzoekt de beroepsgroep, in samenspraak met patiënten en verzekeraars, wat gepast is en wat ongepast. Dat vertaalt zich in een aantal indicatiecriteria die tenslotte zijn weerslag krijgen in zorgstandaarden of richtlijnen. Volgende stap is om de standaard te implementeren in de praktijk. En tenslotte moet er op worden toegezien of de indicatiediscipline is gevolgd en of de behandeling effect heeft gehad. Maar hoe doe je dat?

Boer benadrukt dat het vooral een kwestie is van samenwerken en wederzijds vertrouwen. De kwaliteitscirkel werkt het best als de controle en evaluatiemechanismen zijn ingebed in "het primaire proces". Daarmee bedoelt hij de artspraktijk of de maatschap. Daarnaast noemt Boer de kwaliteitscommissie van een ziekenhuis, de geneeskundige inspectie en de verzekeraar als andere partijen die toezien op de kwaliteit van de geleverde zorg.

Boer: 'Ik zie het liefst een klein aantal indicatoren, die bij voorkeur afkomstig zijn uit het primaire proces. De broninformatie komt dan uit het zorgproces. En ze moeten valide zijn, ze moeten aangeven wat je wil weten. Bovendien gelden de indicatoren niet per ziekenhuis of artspraktijk, maar voor een ziektebeeld of zorgcircuit. We kantelen daarmee de informatie-uitvraag.'

'Ons zorgstelsel is alleen houdbaar als we het systeem niet uit zijn voegen laten barsten. Daarom moeten we de beschikbare middelen doelmatig inzetten. Er is een goede beweging ingezet. Men realiseert zich nu dat we de kosten beter met gepast gebruik kunnen beheersen dan met grove pakketingrepen. Alle winden waaien uit de goede hoek.'

Zet de aanbieder niet meteen in de hoek

Wim van Harten | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Wim van Harten is bestuurslid bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). De NVZ is nieuw aan de ronde tafel Gepast Gebruik. De ziekenhuizen onderstrepen het belang van gepast gebruik. Tegelijkertijd weten zij nog niet exact hoe ze ermee om willen gaan. De NVZ stelt zich ten doel het juiste klimaat te scheppen voor de discussie over gepast gebruik. Daarom brengt Van Harten graag enkele nuances aan.

Gepast gebruik laat zich moeilijk definiëren. Dat komt volgens Van Harten omdat je er op verschillende manieren naar kan kijken: ‘Op macroniveau bepalen we welke zorg passend is bij een indicatie. Dat is dan gepast gebruik. We toetsen zo goed mogelijk of iedereen zich daar aan houdt en streven naar zo min mogelijk variatie. Maar in de spreekkamer is gepast gebruik een totaal andere beleving, vooral als het de zorg betreft aan iemand die dicht bij je staat. De maatschappelijke definitie van gepast gebruik doet er dan minder toe.’

‘Het is de kunst om dit soort abstracte discussies te laten aansluiten op de praktijk. Lukt dat niet, dan gaat de politieke of bureaucratische werkelijkheid met de praktijk op de loop.’ Van Harten noemt in dit verband het thema van de zorg in de laatste levensfase. ‘Men kijkt naar publicaties uit de VS over *Informed Decision Making*, en wat dat kan betekenen voor de benutting van medische voorzieningen aan het einde van het leven. Het is de vraag of de Amerikaanse gezondheidszorg, die zo sterk geconcentreerd is op medicatie en medische interventies, ten voorbeeld gesteld kan worden. Nederland is in Europa een van de laagste gebruikers van curatieve gezondheidszorg. De enorme kostenbesparingen die voorspeld worden met *Informed Decision Making* in de laatste levensfase, die moet ik nog zien. Er is heus wat te winnen, maar niet in die mate.’

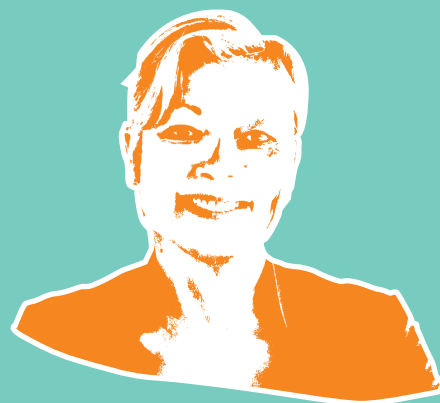
Van Harten staat stil bij de discussie over praktijkvariatie. Hij maant allereerst tot kalmte: ‘Ga bij praktijkvariatie niet meteen moord en brand schreeuwen. De kunst is om er iets beters van te maken. Dan moet je niet eerst mensen in de hoek zetten en vervolgens vragen om een prettig gesprek. Doe het op een constructieve manier. Praktijkvariatie bestaat overal, in alle zorgsystemen. Er zijn geen eenduidige verklaringen, maar het heeft wel degelijk zin om het gesprek aan te gaan. Dat leidt niet zonder meer tot een kostenbesparing, want ook onder-diagnostiek en onder-behandeling moet gecompenseerd worden. Uiteindelijk zal het zeker tot besparingen leiden, daarvan ben ik overtuigd.’

Tot slot noemt Van Harten twee voorbeelden uit het veld die volgens hem een grote bijdrage leveren aan kwaliteitsverbetering en gepast gebruik: de normering van de Stichting Oncologische Samenwerking, die bepaalt waaraan een ziekenhuis moet voldoen om de meest voorkomende vormen van kanker te kunnen behandelen, en de DICA-registraties, die inzicht bieden in de kwaliteit van zorg.

‘We gaan tijden tegemoet die economisch veel guurder zullen zijn,’ aldus de NVZ-bestuurder: ‘De financiële kaders worden macro gezien weliswaar nog steeds ruimer, maar de zorgvraag wordt zo groot, dat het aanvoelt als krappere. We gaan misschien nog wel 30-50% meer uitgeven voor we over vijftien jaar aan een absoluut uitgavenplafond zitten. De beslissingen zullen geleidelijk scherper en harder worden. Ik zie het als een persoonlijke uitdaging om de organisatie en het systeem daarop voor te bereiden.’

Je moet creatief zijn, dat is het leuke van deze tijd

Gea Sijpkens | ActiZ



Gea Sijpkens is bestuurslid bij ActiZ, de brancheorganisatie voor zorgondernemers die actief zijn op het gebied van ouderen en chronisch zieken, kraamzorg en jeugdgezondheid. Sijpkens is ook bestuurder van een verzorgingshuis. Er gebeurt veel in haar branche. Verzorgingshuizen sluiten. De financiële marges worden krappere. Ouderen blijven langer thuis wonen, waardoor de gemiddelde zorgwaarde van cliënten aanzienlijk toeneemt.

Sijpkens: 'Hoe bereiden wij ons voor op een zekere toekomst, waarin de mensen die het nodig hebben gewoon bij ons terecht kunnen? Welke zorg moeten wij organiseren als mensen inderdaad langer thuis blijven wonen? Iemand met een minder complexe zorgvraag krijgt niet meer een *all-inclusive* pakket. Je moet kijken naar constructies waarbij de hotelmatige kosten voor eigen rekening komen en de zorguren voor rekening van de verzekering.'

Tegen die achtergrond vindt Sijpkens het "boeiend en nuttig" om aan te schuiven bij de ronde tafel Gepast Gebruik. 'Alles wat helpt een zachte landing te bezorgen, is van harte welkom. Wij moeten blijven innoveren en daarvoor is het van belang dat de partijen elkaar makkelijk vinden. We leren van elkaar. Dat helpt ons nieuwe bruggen te bouwen en nieuwe wegen te vinden.'

De deelnemers aan de ronde tafel bespreken casussen die aanzienlijke kostenbesparingen kunnen opleveren, maar die desondanks nog niet zijn opgepikt. Sijpkens: 'Daar kan ik me oprecht over verbazen. Als het zo voor de hand ligt, waarom lossen we het dan niet op?! Zo kijk ik ook naar mijn eigen organisatie. Want iedereen kan voor zichzelf legitieme redenen aanvoeren waarom een kans blijft liggen. Dat kunnen regels zijn of gebrek aan financiering. Maar soms zit men gewoon vast in oude patronen. Die moet je durven loslaten.'

'Gepast gebruik is in de care lastig te definiëren, omdat het gaat over kwaliteit van leven. De toetsingsmechanismes zijn ingewikkeld. Wij zijn ook geen grootgebruikers van dure technologie, dus als je winst wil boeken op het gebied van gepast gebruik moet je het zoeken in procesoptimalisaties en innovaties.'

Sijpkens herkent zich niet in het beeld dat de ouderenzorg systematisch zou worden afgebroken. 'We zitten met een stelsel uit de jaren zestig voor zogenaamde onverzekerbare risico's. Maar oud worden is geen onverzekerbaar risico. Iedereen weet dat hij oud wordt. En als je de media moet geloven, leven we nu in een walhalla. Dat is ook niet waar. We hebben eenzaamheid georganiseerd. We hebben mensen losgeweekt van hun eigen wortels. In plaats van de primaire relaties te betrekken bij het zorgproces, hebben we veel zaken in rechten en aanspraken vertaald. Het is daarom ook een discussie over waarden. Waar staan wij voor in deze maatschappij?'

'Ik hoop dat we over jaar of twintig kunnen vaststellen dat we er beter van zijn geworden en dat het heel gewoon is om elkaar te vragen om een boodschap te doen.' Want volgens Sijpkens zal hoe dan ook een beroep worden gedaan op "de eigen regie" en "het informele netwerk" van de patiënt.

Toch zal er in de vraag van ouderen in wezen weinig veranderen, meent Sijpkens. 'De basisbehoefte blijft hetzelfde: veiligheid, afroepbare zorg en een gezellig leefklimaat. De veranderingen zijn voor een deel bordjes verhangen. De titel verzorgingshuis verdwijnt, maar beschutte, verzorgende woonvormen blijven bestaan. Alleen met meer variëteit en nieuwe betaalwijzen. Je moet creatief zijn. Dat is het leuke van deze tijd.'

Colofon

april 2014

Interviews: Aldus Loos

Fotografie: Marijniz (foto Henk Smid)

Hollandse Hoogte (Cynthia Boll, Ger Loeffen en Marcel van den Bergh)

Dit is een publicatie van Zorginstituut Nederland ter gelegenheid van de ondertekening van het tweede convenant *Gepast gebruik van zorg*. Dit convenant is op 24 april 2014 ondertekend door de volgende twaalf organisaties:



