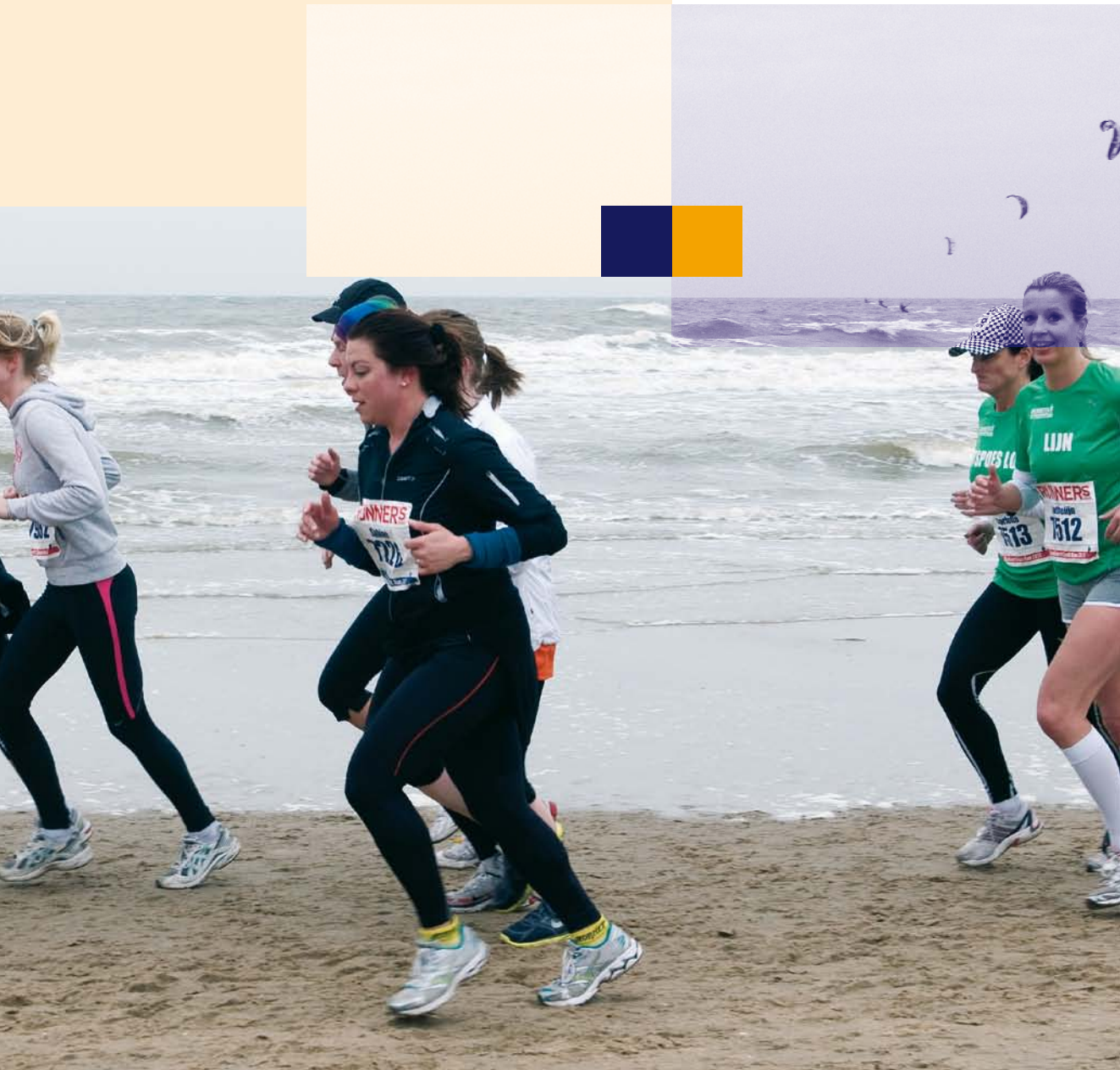




Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Moderne patiëntenzorg in Nederland: acht jaar later

Achtergrondstudie



RVZ raad in gezondheidszorg

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

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

Leden

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

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

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Moderne patiëntenzorg in Nederland: acht jaar later

Achtergrondstudie

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid
en Zorg ten behoeve van de debatreks Nieuwe Ordeningen

Den Haag, april 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Druk: Koninklijke Broese en Peereboom B.V.
Uitgave: 2010
ISBN: 978-90-5732-222-8

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van publicatienummer 10/08

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Moderne Patiëntenzorg: acht jaar later	5
Samenvatting	5
1 Inleiding	11
1.1 Moderne patiëntenzorg in Nederland	11
1.2 Factoren voor snelle verspreiding	12
1.3 Leeswijzer	14
2 Nieuwe methoden van zorgverlening	15
2.1 Neonatale gehoorsscreening: van experiment tot standaardzorg voor alle pasgeborenen	15
2.2 Fysiotherapie in de eerste lijn voor vrouwen met incontinentieklachten: droog op eigen kracht	18
2.3 Behandeling en zorg van risicozwangeren thuis	23
2.4 Implementatie van laparoscopische chirurgie in Nederland	26
3 Standaardisering van bestaande zorg	31
3.1 Een cataractstraat voor Rotterdamse oogpatiënten: bedrijfsmatig, persoonlijk en hoge kwaliteit	31
3.2 Joint Care voor orthopediepatiënten in Den Bosch: patiënten en partners helpen elkaar.	34
3.3 De mammapoli in Delft: van vraag tot antwoord in één ochtend	37
4 Ketenzorg	41
4.1 Van consultatiebureauzuster tot nurse practitioner in de integrale reumazorg in Groningen: de ontwikkeling van een duizendpoot	41
4.2 Geïntegreerde diabeteszorg in de regio Gorinchem: continu, overzichtelijk en doelmatig	46
4.3 Geïntegreerde zorg aan COPD-patiënten in de Utrechtse regio: leven met meer lucht in Utrecht	49
4.4 Transmuraal zorgmodel voor patiënten met een beroerte in de regio Heuvelland: op tijd, effectief en gewenst.	52
4.5 Geïntegreerde psychogeriatrische zorg in Den Haag: een verpleeghuis van 160 bedden wordt overbodig	57
5 Nieuwe structuren voor zorgaanbod in de eerste lijn en transmuraal	62
5.1 Een huisartsenpost in Nijmegen: lastenverlichting en kwaliteit	62
5.2 Transmurale zorg in de regio Midden-Twente: van ziekenhuis naar thuiszorg zonder hobbels	66
5.3 Samenhangende zorg in Almere: een continue proeftuin voor zorginnovaties	69

6	Structuren voor multidisciplinaire werken door medisch specialisten en verpleegkundigen	74
6.1	Multidisciplinaire zorg aan patiënten met vaatziekten: meer samenhang, meer preventie en voor de patiënt meer kwaliteit	74
6.2	Transmurale zorg voor de patiënt met kanker in de regio-Arnhem: meer kansen dan bedreigingen	78
6.3	Dordtse traumazorg: ketenzorg op maat bij ongevallen en rampen	81
6.4	Samenhangend beleid voor spoedeisende ziekenhuisopnames in Eindhoven en wijde omgeving: nooit meer opnamestops	85
7	Nieuwe publieke infrastructuren	89
7.1	De landelijke vaccinatiecampagne tegen meningokokken C: van consternatie tot slagvaardige campagne	89
7.2	Het Leidsche Rijn Gezondheids Project: zorgvernieuwing toetsen met dagelijks verzamelde gegevens	93
8	Discussie	98
8.1	Inleiding	98
8.2	Bewezen verbeteringen vinden te traag ingang	99
8.3	Belemmerende factoren	102
8.4	The innovator's prescription	104
8.5	Organisatie en financiering van de zorg	106
8.6	Belemmerende wetgeving	109
8.7	Hoe zou het beter kunnen?	111
9	Conclusie	117
	Noten	118
	Overzicht publicaties RVZ	123

Moderne Patiëntenzorg: acht jaar later

Samenvatting

Ten behoeve van de discussie zijn vier oplossingsrichtingen geformuleerd, die een snellere invoering van bewezen verbeteringen kunnen bevorderen:

1. Ontkoppel voorbehouden handelingen en beroepen.
2. Neem up-to-date evidence based richtlijnen als basis voor zowel het medisch handelen, het toezicht, de aanspraken in het kader van de zorgverzekering en de financiering ('Richtlijn Gefinancierde Zorg', RGZ).
3. Pas de Wet Marktordening Gezondheidszorg aan: laat de eis dat vooraf een tarief vastgesteld moet worden, vervallen.
4. Breid het B-segment uit en flexibiliseer honoreringscomponent in A-segment.

In deze achtergrondstudie, die is verricht in het kader van de debatreeks Nieuwe Ordeningen, wordt nagegaan wat er geworden is van de 21 vernieuwende initiatieven die beschreven zijn in het boek van Schrijvers et al. uit 2002, getiteld 'Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie.' De initiatieven golden als voorbeelden van hoe de zorg beter en/of efficiënter kon. Ze zijn in zes clusters gegroepeerd: nieuwe methoden van zorgverlening, standaardisering van bestaande zorg, ketenzorg, nieuwe structuren voor zorgaanbod in de eerste lijn en transmuraal, structuren voor multidisciplinair werken en tot slot het cluster nieuwe publieke infrastructuur. Kernvraag in het boek was: "Waarom worden innovaties in de zorg zo traag ingevoerd, trager dan in andere sectoren." Hierbij werd verwezen naar Amerikaans onderzoek, waaruit bleek dat het gemiddeld zo'n 17 jaar duurt voordat "een voortreffelijk nieuwe aanpak algemeen goed is".

Nu, acht jaar later, kan de vraag gesteld worden of de initiatieven inderdaad als voorbeeld hebben gediend en breed in Nederland zijn ingevoerd. De constatering is dat dit voor het overgrote deel van de initiatieven het geval is. Dat is niet verwonderlijk, aangezien de auteurs gekozen hadden voor projecten die al door hun 'pioniersfase' heen waren en eigenlijk niet meer konden mislukken. Dit neemt niet weg dat voor de bredere verspreiding van de initiatieven verschillende obstakels bestaan en dat het inderdaad jaren duurt.

Bij dit laatste dient opgemerkt te worden dat er een onderscheid gemaakt is tussen een vernieuwing, nieuwe aanpak, innovatie en een bewezen verbetering. Niet elke vernieuwing behoeft een verbetering te zijn en zeker in de gezondheidszorg moet op wetenschappelijke wijze gekeken worden of het een daadwerkelijke verbetering is. Er zijn legio voorbeelden van behandelingen, van aderlaten tot operaties bij lage rugpijn, die, toen ze voor het eerst werden toegepast, per definitie vernieuwingen waren en waarvan men veronderstelde dat het ook verbeteringen waren, maar dit uiteindelijk niet bleken te zijn. Het wetenschappelijk aantonen dat iets een bewezen verbetering is, kost tijd.

Echter, als iets eenmaal een bewezen verbetering is, dan moet het zo snel mogelijk breed ingevoerd worden. In de zorg gaat het echter, zoals eerder vermeld, traag. Uit deze studie komt naar voren dat de wijze van financiering uitermate belangrijk is en dat in het B-segment, waar zorgverleners en zorgverzekeraars vrij kunnen onderhandelen over de prijs, het volume en de kwaliteit van de zorg, met name de Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) voor dynamiek hebben gezorgd. Uitbreiding van het B-segment wordt dan ook als optie genoemd om de invoering van kosteneffectieve verbeteringen te bevorderen.

Een belangrijke, zo niet de belangrijkste prikkel voor het snel invoeren van bewezen verbeteringen is dat degene die zich de moeite getroost deze in te voeren, hier ook voordelen van ondervindt. Wet- en regelgeving werken hier vaak belemmerend. Veel genoemd zijn de schotten in de financiering, zowel tussen sectoren als er binnen, waardoor de kosten in het ene compartiment vallen en de baten in het andere.

In deze studie kwamen drie belemmeringen specifiek naar voren, namelijk de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en het DBC-systeem.

Op basis van de Wet BIG mag een aantal handelingen, de zogenoemde voorbehouden handelingen alleen door of in opdracht van bepaalde beroepsgroepen, met name artsen, uitgevoerd worden. Het gaat hierbij om handelingen met, volgens de wetgever, grote gezondheidsrisico's, zoals operaties, injecties etc. Het stellen van een diagnose is overigens geen voorbehouden handeling. In veel van de beschreven casus komt taakherschikking voor: verrichtingen die voorheen door artsen werden gedaan, worden nu door bijvoorbeeld nurse practitioners cq. verpleegkundig specialisten, verricht. Voor het zelfstandig verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen moet de wet hen expliciet deze bevoegdheden geven. Inmiddels is het aantal beroepsgroepen dat specifieke voorbehouden handelingen mag verrichten wel wat verruimd, maar het is een moeizaam en tijdrovend proces. De koppeling tussen beroepen en voorbehouden handelingen is in het verleden vanuit kwaliteitsoogpunt gelegd, maar waar het uiteindelijk om gaat, is dat iemand bekwaam is om een bepaalde handeling te verrichten. De koppeling aan een bepaald beroep garandeert dit geenszins en werkt verstarrend. Als oplossingsrichting wordt in deze studie voorgesteld om de koppeling dan ook los te laten en de bekwaamheid middels kwaliteitsborgingsystemen door middel van certificering en kwaliteitsmonitoring, zoals bijvoorbeeld in de industrie gebeurt, te regelen.

De Wet marktordening schrijft voor dat eerst een tarief vastgesteld moet zijn, alvorens een dienst door een zorgaanbieder verleend mag worden, ook al is dat een dienst buiten het kader van de Zorgverzekeringswet. Dit belem-

mert vernieuwende initiatieven. Als voorbeeld kan de SOS-arts genoemd worden, die niet aan de slag mag, omdat er geen tarief vastgesteld wordt. Als oplossingsrichting wordt dan ook in deze studie voorgesteld deze eis te laten vervallen.

Het financieringssysteem op basis van Diagnose BehandelCombinaties (DBC's) werkt ook belemmerend op de snelle invoering van bewezen verbeteringen. Er is één prijs voor het gehele traject dat de patiënt aflegt. Diagnose en behandeling zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Vanuit kwaliteits- en/of doelmatigheidoverwegingen kan het evenwel soms wenselijk zijn om diagnose en behandeling te scheiden. Stel dat een ziekenhuis zeer innovatief is op het gebied van bepaalde diagnostiek en dat uit deze diagnostiek voortvloeit dat er een operatie nodig is waar een andere zorgaanbieder in gespecialiseerd is. De zorgverzekeraar kan in die situatie geen onderdelen van een DBC bij verschillende aanbieders inkopen cq. zelf DBC's samenstellen.

DBC's geven ook problemen op het terrein van zelfmanagement. De patiënt verricht daarbij een aantal taken, bijvoorbeeld het bepalen van het bloed-glucose of creatininegehalte in het bloed. Enerzijds zijn er extra kosten in de vorm van de benodigde apparatuur, anderzijds zijn er ook besparingen zoals minder consulten. Deze besparingen kunnen echter door de zorgverzekeraar niet verzilverd worden, aangezien het honorariumbedrag voor de medisch specialist in de DBC in het A-segment vastligt en niet onderhandelbaar is. De vaste honoreringscomponent geeft ook problemen bij taakherschikking. Als taken door een verpleegkundige worden overgenomen van de medisch specialist, dan verandert de honorariumcomponent niet, terwijl er wel de extra arbeidskosten van de verpleegkundige zijn. In situaties waarin de artsen niet in loondienst zijn, kost taakherschikking het ziekenhuis alleen maar geld. Als oplossingsrichting wordt in deze studie voorgesteld de honoreringscomponent in het A-segment te flexibiliseren.

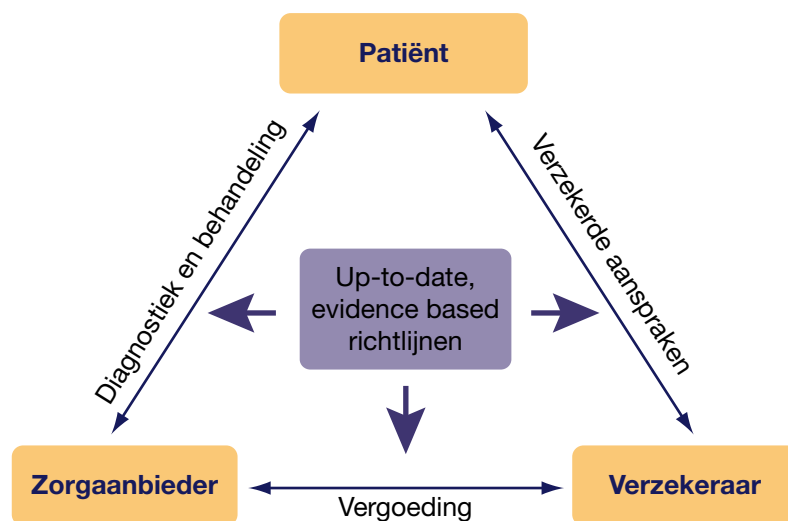
Veel van de bewezen verbeteringen in de zorg liggen op het terrein van de samenwerking tussen zorgverleners. Het DBC-systeem blijkt hiervoor onvoldoende intrinsieke prikkels te bieden, getuige het feit dat hiervoor keten-DBC's nodig zijn. Voor elke keten moet een aparte DBC gecreëerd worden, een tijdrovende en omslachtige manier van zorgbekostiging.

Een laatste probleem met DBC's is dat ze slecht medisch herkenbaar zijn, omdat gegroepeerd is op basis van kosten- en werklasthomogeniteit. De medisch specialist heeft hier al moeite mee, de patiënt zeker. Illustratief waren de soms tien maal hogere rekeningen die patiënten ontvingen na de invoering van het DBC-systeem voor simpele controlebezoeken. Anderzijds zullen er ook rekeningen zijn die laag zijn in relatie tot wat er daadwerkelijk aan de patiënt geleverd is.

Dit leidt tot een merkwaardige vorm van 'inter-patiëntensolidariteit' in relatie tot het verplichte eigen risico in de zorgverzekering: een patiënt die bijvoorbeeld alleen een simpele jaarlijkse controle bij de oogarts heeft en verder geen zorgkosten, moet de rekening geheel zelf betalen en betaalt als het ware een deel van de rekening van een zwaardere patiënt met dezelfde DBC. Door de DBC-systematiek is er een afgedwongen solidariteit, waarbij 'lichte' patiënten extra betalen ten behoeve van 'zwaardere', maar gezonden niets extra bij hoeven te dragen.

Als oplossingsrichting voor de financiering wordt in deze studie voorgesteld om het DBC-systeem om te vormen naar een systeem waarin richtlijnen centraal staan. Richtlijnen vormen hierbij niet alleen de basis voor het medisch handelen, inclusief de kwaliteitsborging, maar ook voor de verstrekkingen uit het basispakket en voor de financiering (zie figuur 1).

Figuur 1: richtlijnen centraal



Het verzekerde pakket wordt hierbij omschreven in termen van een verzameling van geautoriseerde richtlijnen. De patiënt heeft dan recht op behandeling volgens een richtlijn die betrekking heeft op zijn gezondheidsprobleem. De zorgverlener krijgt vergoed op basis van de richtlijn. Verrichtingen die volgens de richtlijn niet geïndiceerd zijn, worden niet vergoed.

Om een innovatieve zorg te stimuleren, is het belangrijk dat de richtlijnen evidence based en up-to-date zijn. Als bewezen verbeteringen snel in een richtlijn worden opgenomen, waardoor obsoleete diagnostiek en behandeling niet meer worden vergoed, ontstaat een sterke prikkel om de bewezen verbeteringen snel in te voeren. De richtlijnen moeten ook zoveel mogelijk in termen van resultaat, outcome based, geformuleerd worden: het resultaat

moet gehaald worden, maar de wijze waarop moet zoveel mogelijk vrij gelaten worden. Daarnaast moet ook kosteneffectiviteit meegenomen worden.

Vervolgens is het aan partijen in het veld - patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars - om zelf invulling te geven aan resultaat en prijs. Het systeem biedt ruime mogelijkheden voor (proces)innovatie, zelfmanagement en taakherstelling binnen het kader van de richtlijn.

Cruciaal in dit systeem is de kwaliteit van de richtlijnen. Er worden hoge eisen gesteld aan de opstellers van richtlijnen, maar zeker ook aan de kwaliteitsbewaking. Voor de ontwikkeling kan gedacht worden aan een organisatie analoog aan het National Institute for Clinical Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk.

1 Inleiding

1.1 Moderne patiëntenzorg in Nederland

In oktober 2002 zag het boek van Schrijvers, Oudendijk, De Vries en Hageman, getiteld ‘Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie’ het daglicht.¹ Niet minder dan 51 auteurs beschreven 21 vernieuwende initiatieven in de zorg als voorbeeld hoe het anders kan, hoe de zorg beter en/of efficiënter gemaakt kan worden. De bedoeling van het boek was om kennis die op dat moment bestond, kennis over hoe moderne patiëntenzorg tot stand komt, breed om te zetten in actie.

In het boek vroegen de schrijvers zich af, waarom innovaties in de zorg zo traag worden ingevoerd, trager dan in veel andere sectoren, zoals de electronicsector. Dit gold niet alleen voor Nederland. Uit onderzoek in de Verenigde Staten (VS) was gebleken dat het gemiddeld zo’n zeventien jaar duurt, voordat een bewezen verbetering ook daadwerkelijk breed in de zorg wordt toegepast.²

Het is dan ook interessant na te gaan wat er acht jaar later, geworden is van de projecten uit het boek. Volgens het hiervoor genoemde onderzoek is acht jaar nog te kort voor een eindbeoordeling, maar er kan toch al wel een goede indruk verkregen worden. Zijn er projecten die een stille dood gestorven zijn of hebben ze reeds brede navolging gekregen? En wat zijn de factoren die van invloed zijn (geweest) op het huidige resultaat? Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het hier om zorgvuldig geselecteerde projecten ging, zoals de auteurs aangaven: ‘Het moest gaan om projecten die al een tijd bestonden en waarover wetenschappelijk onderzoek beschikbaar was, kortom, om projecten die hun innovatieve waarde al ruimschoots in de praktijk hadden bewezen. Verder was van belang dat de voorbeelden goed structureel ingebed waren en dat ze niet aan het risico van conflicten en opheffing onderhevig waren.’ Alle projecten zijn al door hun ‘pioniersfase’ heen en kunnen, volgens de auteurs, eigenlijk niet meer mislukken.

In deze achtergrondstudie ten behoeve van de debatreeks Nieuwe Ordeningen worden de projecten beschreven. Allereerst wordt de oorspronkelijke opzet zoals die in het boek is beschreven kort weergegeven. De onderliggende kern van de innovatie wordt in een kadertekst aangegeven. Vervolgens wordt gezien wat er binnen het project zelf is gebeurd en of de innovatie, al dan niet in gewijzigde vorm, voet aan de grond heeft gekregen in de zorg.

Deze informatie is weliswaar interessant, maar vanuit beleids oogpunt is de tweede vraag belangrijker: ‘Waarom is het ene project meer succesvol dan de ander.’ In het boek geven de auteurs van een project weliswaar belemmerende en bevorderende factoren aan, maar voor een vergelijking is het wenselijk

van een vast referentiekader uit te gaan. In het advies Van weten naar doen³ geeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een twaalfstal factoren aan die van belang zijn voor een snelle verspreiding van innovaties. Deze kunnen goed als referentiekader dienen. In de volgende paragraaf wordt die besproken.

1.2 Factoren voor snelle verspreiding

De twaalf factoren die voor een snelle verspreiding van innovaties belangrijk zijn, kunnen geclusterd worden naar kenmerken van de innovatie, kenmerken van de toepasser en kenmerken van het zorgsysteem.

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: Hoe groter de voordelen van de innovatie boven de bestaande praktijk zijn, des te sneller de innovatie ingang zal vinden. Het besluit om een innovatie toe te passen wordt beïnvloed door de mate waarin de potentiële gebruiker ervan in staat is te beoordelen of de voordelen van de innovatie groter zijn dan de risico's en in hoeverre de innovatie een verbetering van de bestaande werkwijze is.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Hoe groter de mogelijkheden om zonder totaal commitment de innovatie uit te proberen en hoe kleiner de daarbij benodigde investeringen zijn, des te beter de kansen voor de adoptie en de verspreiding van de innovatie zijn. Door uit te proberen kunnen potentiële toepassers hun onzekerheid over de risico's en over de voordelen verminderen. Persoonlijke ervaring kan belangrijker zijn dan elders verkregen bewijs. In hoeverre dit mogelijk is, is afhankelijk van de aard van de innovatie. Zo is voor een kijkoperatie uitgebreide scholing nodig. Een dergelijke innovatie leent zich dus niet voor uitproberen. Hetzelfde geldt voor innovaties waarvoor grote investeringen nodig zijn (in dergelijke gevallen kan soms wel gebruik gemaakt worden van demonstratieopstellingen elders). Ook innovaties die ingebed zijn in andere systemen, bijvoorbeeld organisatorische structuren of informatiesystemen vragen zoveel aanpassing van die systemen dat ze moeilijk stand alone uitgeprobeerd kunnen worden.
3. *Zichtbaarheid*: Hoe beter potentiële gebruikers van een innovatie de adoptie van deze innovatie door hun collega's kunnen zien, des te groter is de kans op verspreiding. Wanneer voor anderen goed te zien is dat de functionaliteit of het resultaat verbetert, zullen zij de innovatie eerder overnemen.
4. *Compatibiliteit*: Hoe beter een innovatie aansluit op bestaande systemen en structuren des te groter is de kans op adoptie en verspreiding van de innovatie. Zo verloopt de verspreiding van een nieuwe technologie die voortbouwt op een in gebruik zijnde technologie in het algemeen sneller dan die van een geheel nieuwe technologie. Zo verliep de verspreiding van de röntgentechnologie langzamer dan die van CT en MRI.

5. *Reinvention*: Bepaalde innovaties zijn relatief stabiel; andere ontwikkelen zich snel en worden gaandeweg door hun toepassers aangepast. In het algemeen stimuleert 're-inventing' de adoptie van een innovatie. Soms leidt een marginale lokale aanpassing van een innovatie tot toepassing.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: De wijze waarop over een innovatie gecommuniceerd wordt, beïnvloedt de snelheid en het patroon van de verspreiding van de innovatie. Medische specialisten/hoogleraren in academische centra waren en zijn in belangrijke mate opinion leaders voor medische technische innovaties. Het internet heeft voor een nieuw communicatiekanaal gezorgd. Medische informatie is nu in principe voor iedereen toegankelijk. Deze ontwikkeling heeft er in combinatie met de aandacht die de pers besteedt aan innovaties in de zorg en de toegenomen eigen verantwoordelijkheid van consumenten toe geleid dat goed geïnformeerde patiënten eisen gaan stellen aan hun behandeling.
7. *Homogene groepen*: Innovaties verspreiden zich sneller tussen homogene groepen (personen/organisaties met dezelfde karakteristieken) dan tussen heterogene groepen.
8. *Opinionleaders*: Personen wier mening gerespecteerd wordt c.q. waarnaar geluisterd wordt door anderen, beïnvloeden de snelheid van verspreiding in hoge mate. Een innovatie kan dus sneller verspreid worden wanneer men weet wie de opinieleiders op het betreffende gebied zijn; hen vervolgens te informeren en ervan te overtuigen de innovatie toe te passen en daarmee 'early adopter' te worden.
9. *Cultuur*: Normen, rollen en sociale netwerken: innovaties worden gevormd door de regels, formele hiërarchieën en informele communicatiemechanismen die bestaan binnen de sociale systemen waarin ze zich verspreiden. Gedragsnormen en verwachtingen over hun rol beïnvloeden professionals tot het al dan niet overnemen van een innovatie. Bekend is dat verschillen in de toepassing van bepaalde medisch-specialistische verrichtingen samenhangen met de plaats waar de medisch specialist zijn opleiding heeft genoten. Ook is de hiërarchie waarin bijvoorbeeld medisch specialisten werken in hoge mate bepalend voor de snelheid waarmee innovaties toegepast worden. Daarnaast kunnen richtlijnen, opgesteld door medisch wetenschappelijke verenigingen, mede bepalen of een innovatie toegepast wordt of niet. Verder kunnen innovaties statusverhogend, maar ook statusverlagend zijn.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: Wanneer een innovatie niet in de bestaande financiële kaders past, bijvoorbeeld omdat deze (nog) niet in het verzekerde pakket is opgenomen of omdat de baten bij een andere actor liggen dan bij degene die investeert, wordt de verspreiding van die innovatie bemoeilijkt.

11. *Infrastructuur*: De aanwezigheid van een infrastructuur of andere technologieën die samenhangen met een innovatie bepalen mede de snelheid waarmee een (technologische) innovatie geadopteerd wordt. Een bekend voorbeeld is de faxmachine die snelle verspreiding kende omdat deze technologie gebruik maakt van het bestaande net van telefoonlijnen. Binnen de zorg bouwde de MRI-technologie voort op dezelfde infrastructuur die voor de display van CT-scans werd gebruikt.
12. *Competitie*: Meer competitie leidt tot snellere adoptie van bewezen verbeteringen.

1.3 Leeswijzer

De projecten in het boek zijn in deelgebieden gegroepeerd. Deze indeling wordt gevolgd, waarbij per hoofdstuk een deelgebied wordt besproken. In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op een aantal gesignaleerde belemmeringen voor de snelle invoering van bewezen verbeteringen in de zorg en wordt de vraag gesteld: 'Hoe zou het beter kunnen'. Zoals in de inleiding is aangegeven, is deze achtergrondstudie ten behoeve van de debatreeks Nieuwe Ordeningen. Voor de discussie wordt een aantal mogelijke oplossingsrichtingen geformuleerd.

2 Nieuwe methoden van zorgverlening

2.1 Neonatale gehoorscreening: van experiment tot standaardzorg voor alle pasgeborenen

In 1991 is er apparatuur op de markt gekomen waarmee al in de eerste levensdagen vastgesteld kan worden of een kind een aangeboren gehoorverlies heeft. Dit gebeurt via de 'automated auditory brainstem response' (AABR). Hierbij wordt gebruik gemaakt van electroencefalografie (EEG), waarvoor elektroden op het hoofdje worden aangebracht.

Als het oor een toon hoort, dan reageren de hersenen hierop met kleine elektrische spanningen, die via elektroden op het hoofd gemeten kunnen worden.

Kern van de innovatie: Bij het 'klassieke' gehooronderzoek moet de proefpersoon aangeven of hij of zij een bepaald geluid hoort. Pasgeborenen kunnen dit niet. Bij de nieuwe onderzoeksmethode is de medewerking van de proefpersoon niet nodig, waardoor ook bij pasgeborenen het gehoor getest kan worden.

Als gehoorsverlies snel wordt behandeld, voor de leeftijd van 6 maanden, meestal met een gehoorapparaat, dan heeft dit een gunstig effect op de ontwikkeling van het kind.

Pasgeborenen die op een neonatale intensive-care unit (NICU) verblijven zijn vooral at risk en een neonatale gehoorscreening op een NICU met de betreffende apparatuur liet in 1993 gunstige resultaten zien.⁴ Een implementatiestudie ingediend door de Isala klinieken en TNO-PG werd begin 1998 gehonoreerd door het toenmalige Preventiefonds, thans ZonMw, en eind 1998 werd gestart met de studie in zeven van de tien NICU's in Nederland. Vanaf 2001 werd de screening in alle tien NICU's uitgevoerd.

Situatie na 2002

Na de succesvolle implementatiefase die van 1998 tot eind 2002 liep is de gehoorscreening vanaf 2003 standaard in alle NICU's met als doel vóór de leeftijd van 3 maanden een gehoorverlies van meer dan 40dB op te sporen en indien deze gevonden wordt, behandeling vóór de leeftijd van 6 maanden te starten. De screeningsresultaten worden landelijk verzameld. De Isala klinieken en TNO Kwaliteit van Leven bewaken het screeningsprogramma. TBO bewaakt of de NICU's tijdig en volledig de gegevens aanleveren en levert hen spiegelinformatie. Jaarlijks worden ca. 4000 pasgeborenen gescreend. Gemiddeld 60 van hen blijken aan beide oren doof of slechthorend te zijn.⁵

In hun bijdrage in het boek pleitten de auteurs voor een uitbreiding van het AABR-gehoorscreeningsprogramma naar alle pasgeborenen. Dit heeft inmiddels plaatsgevonden, alhoewel in eerste instantie gebruik gemaakt wordt van een andere methode, namelijk de oto-akustische-emissiemethode (OAE-methode). Met een kleine gevoelige microfoon in de gehoorgang wordt het geluid gemeten dat een (intact) slakkenhuis produceert. (zie figuur 2).

Figuur 2: OAE-gehoortest



Deze methode is eenvoudiger, goedkoper en gebruiksvriendelijker, maar test de gehoorketen slechts tot en met het slakkenhuis en niet de gehoorszenuw en hersenkernen, zoals de AABR-methode wel doet. Voor een eerste screening bij gezonde pasgeborenen voldoet de methode evenwel goed.

De landelijke gehoorscreening van pasgeborenen - neonatale gehoorscreening - is tussen 2002 en 2006 ingevoerd. Deze invoering werd aangestuurd door de Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind (NSDSK). De evaluatie werd in samenwerking met TNO Kwaliteit van Leven uitgevoerd. Sinds 2008 voert het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CVB) van het RIVM de regie over het programma

De OAE-test wordt uitgevoerd door de Jeugdgezondheidszorg, meestal in combinatie met de hiehprik tussen de vierde en zevende dag na de geboorte. Als de testuitslag niet goed is, wordt een week later opnieuw getest. Is ook deze uitslag niet goed, dan wordt een AABR-test uitgevoerd. Als de uitslag van deze test eveneens niet goed is, wordt verwezen naar een Audiologisch

Centrum. Pasgeborenen die op een NICU verblijven vallen buiten de landelijke screening. Zij worden op de NICU gescreend.

Analyse van de innovatie ‘neonatale gehoorscreening’ op basis van ‘de twaalf factoren’.

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde:* Het voordeel van de AABR en OAE-methode is evident: de medewerking van de proefpersoon is niet nodig en kan daarom bij pasgeborenen gebruikt worden.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen:* De innovatie is gemakkelijk uit te proberen, simpelweg het apparaat aanschaffen en gebruiken. Er is weinig scholing voor nodig.
3. *Zichtbaarheid:* De innovatie is gemakkelijk aan anderen te tonen.
4. *Compatibiliteit:* Het afnemen van een EEG (bij de AABR-methode) past binnen de werkwijze op een NICU. De OAE-methode was wel nieuw voor de Jeugdgezondheidszorg, maar wel gemakkelijk in te passen in het bestaande structuur van de hielprik.
5. *Reinvention:* Omdat de OAE-methode eenvoudiger is dan de AABR-methode, bevorderde die de adoptie door de Jeugdgezondheidszorg.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie:* De innovatie werd academisch geïnitieerd. Alle onderzoeken werden gedegen opgezet en in wetenschappelijke tijdschriften gepubliceerd.
7. *Homogene groepen:* Zowel de NICU's als de Jeugdgezondheidszorg zijn vrij homogene groepen.
8. *Opinionleaders:* Zoals hiervoor vermeld, werd de innovatie op academisch niveau geïnitieerd.
9. *Cultuur:* Binnen de NICU's heerst een vrij ‘technische cultuur’, waar de innovatie goed bij past. De kern van de Jeugdgezondheidszorg is preventie. Binnen deze cultuur past gehoorscreening.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid:* De innovatie is goed inpasbaar binnen zowel de financiering van de NICU's als de Jeugdgezondheidszorg. Door het gedegen onderzoek konden partijen zoals het CVZ overtuigd worden.
11. *Infrastructuur:* Deze was reeds aanwezig: de NICU's en de infrastructuur voor de hielprikken.
12. *Competitie:* Van competitie tussen verschillende partijen lijkt weinig sprake te zijn.

Conclusie

Deze innovatie scoort hoog op de twaalf faciliterende factoren voor een snelle invoering. Dus terwijl eigenlijk vrijwel alle lichten voor deze innovatie

op groen stonden, heeft het toch nog 15 jaar geduurd - van het verschijnen van het AABR-apparaat in 1991 op de markt tot 2006 wanneer in heel Nederland neonatale gehoorscreening plaatsvindt.

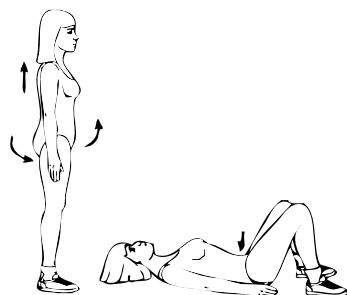
2.2 Fysiotherapie in de eerste lijn voor vrouwen met incontinentieklachten: droog op eigen kracht

Ongewild urineverlies komt frequent voor: naar schatting 500.000 tot 800.000 vrouwen in Nederland hebben er last van. Er zijn verschillende vormen. Bij de zogenaamde stress-incontinentie treedt het urineverlies op bij drukverhoging in de buik bij fysieke inspanning. Oorzaak is vaak een verslapping van de bekkenbodem waardoor de urinebuis niet goed dichtgedrukt wordt. Een andere oorzaak is een overactieve blaas, waarbij de blaaspier onwillekeurig samentrekt. Dit kan leiden tot frequent toiletgebruik, nachtelijk urineverlies en/of het niet tijdig kunnen bereiken van het toilet (aandrang of urge-incontinentie).

Een overactieve blaas kan met medicijnen 'rustiger' gemaakt worden. Stress-incontinentie kan operatief behandeld worden, klassiek is de operatie volgens Burch waarbij de blaashals wordt opgehangen aan de bindweefselbanden achter het schaambeentje. Een minder ingrijpende operatie is het aanbrengen van een kunststof bandje rond de urinebuis. Ook spuit men wel een kunststof materiaal in naast de urinebuis om deze meer dicht te drukken.

Al deze behandelingen zijn vrij ingrijpend. Veel vrouwen 'leerden dan ook leven' met hun klachten. Er werden wel oefeningen aanbevolen, zoals het zgn. streepjes- of stippeltjesplassen, waarbij de urine tijdens het plassen steeds even wordt opgehouden. Deze oefeningen vergrootten het probleem eerder dan dat ze het verkleinden.

Op een gegeven moment lukte het een fysiotherapeut, die zelf last had van ongewild urineverlies, om van haar klachten af te komen door gerichte oefeningen van de bekkenbodemspieren.



Kern van de innovatie: De patiënt worden oefeningen geleerd om zelf de bekkenbodemspieren te versterken in plaats van technische methoden zoals electrostimulatie, biofeedback, medicatie of operaties.

In Gezondheidscentrum De Kroonsteen in Malden ontstond er interesse in deze methode en in 1991 werd met steun van zorgverzekeraars CZ en VGZ een driejarige pilotstudie verricht naar groepsgewijze oefentherapie voor vrouwen met incontinentieklachten. De resultaten waren zeer bemoedigend.⁶

Naar aanleiding hiervan gaf de Ziekenfondsraad in 1994 opdracht aan het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen voor een onderzoek naar de effecten van zowel individuele als groepsgewijze oefentherapie. Dit 'Project Oefentherapie voor Vrouwen met Incontinentieklachten' (PROVIN) was een samenwerkingsproject tussen huisartsen en fysiotherapeuten. De huisarts stelde de diagnose stress-, urge- of gemengde incontinentie op basis van de anamnese van de patiënt. Urineonderzoek werd verricht om oorzaken zoals blaasonsteking, overloopblaas of tumoren op te sporen.

De behandeling bestond uit:

- Voorlichting over de bouw en functies van de bekkenbodemspieren en blaas.
- Oefeningen voor blaas en bekkenbodemspieren om bewust spanning en ontspanning te leren voelen en zo weer controle te krijgen over de bekkenbodem.

De resultaten van het project waren positief: Individuele en groepsgewijze oefentherapie bleken beide even effectief: 60% had minder klachten en het welbevinden was toegenomen. Bij 95 van de 530 vrouwen die incontinentiemateriaal gebruikten voor de training nam de hoeveelheid af: van gemiddeld 13 stuks per week naar minder dan 6 stuks per week, meer dan een halvering van de kosten.

De scholing van fysiotherapeuten vergt twee dagen. In 2002 hadden ruim 700 fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck in Nederland de cursus gevolgd.

De verwachting in 2002 was, dat deze groep zou zorgen voor de invoering van de methode in een groot aantal locaties en zou leiden tot meer algemene bekendheid. 'Het landelijk netwerk geschoolde therapeuten vormt een grote, al geplogde akker waarin slechts gezaaid hoeft te worden om straks een grote oogst binnen te halen.' Verder zou de overheid met name de quotering voor fysiotherapie moeten versoepelen zodat het initiatiefnemers mogelijk wordt gemaakt om het verder in het land uit te dragen.

Situatie na 2002

In 1998 had de Ziekenfondsraad reeds positief geoordeeld over de effectiviteit van de bekkenbodemoefentherapie. Op dat moment vielen de eerste 9 behandelingen voor fysiotherapie nog onder de Ziekenfondswet. Vanaf 2004 werd alleen fysiotherapie voor chronische patiënten vanaf 10 behandelingen vergoed.

Dat de praktijk weerbarstig is, toont het rapport 'Urine-incontinentie bij volwassenen', dat het CVZ in 2003 uitbracht. Hierin werd geconstateerd dat het zorgproces bij urine-incontinentie ondoelmatig is. Om dat zorgproces te verbeteren, stelde het CVZ in 2004 de Deskundigencommissie Incontinentie in.

In haar eindrapportage stelde deze commissie vast dat de belangrijkste problemen bij de urine-incontinentiezorg te maken hebben met 3 aspecten: de toegang tot de zorg, de invulling van het zorgverzekeringspakket en de informatievoorziening. Specifiek ten aanzien van de bekkenbodemspieroefeningen heeft de commissie aanbevolen de instructie niet over te laten aan de huisarts, maar de patiënt door te verwijzen naar een gespecialiseerde fysiotherapeut: de bekkenfysiotherapeut. Interessant is te vermelden dat bekkenfysiotherapeuten na hun opleiding fysiotherapie een aanvullende opleiding hebben gevolgd van minimaal 3 jaar. (In het PROVIN-project werd zoals hiervoor vermeld, uitgegaan van een cursus van 2 dagen. Het werkgebied van de bekkenfysiotherapeut is echter veel breder). Voorgesteld werd bekkenfysiotherapie op te nemen in de basisverzekering. Voorlichting door de huisarts viel wel onder de basisverzekering, het is immers huisartsenzorg, maar bekkenfysiotherapie gegeven door een fysiotherapeut niet. Overigens vielen andere, bijvoorbeeld medicamenteuze operatieve behandelingen en incontinentiemateriaal wel onder de basisverzekering.

Alles afwegende concludeerde het CVZ in 2006 dat bekkenfysiotherapie de eerst aangewezen behandelmethodede is voor urine-incontinentie en stelde voor het op te nemen in de basisverzekering.

Uiteindelijk is er wat vergoeding van bekkenfysiotherapie betreft weinig veranderd sinds 1994: anno 2009 wordt bekkenfysiotherapie tot de leeftijd van 18 jaar vergoed voor maximaal 2 maal 9 zittingen binnen de basisverzekering. Meer behandelingen alleen bij aandoeningen die op een speciale lijst staan (bijlage 1 besluit ZV). Voor oudere patiënten, en daar gaat het hier om, geldt dat het alleen bij aandoeningen op de lijst wordt vergoed, met uitzondering van de eerste 9 behandelingen.

In 2007 is er een 'Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Incontinentie voor urine, afgekort LESA' opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Het geeft richtlijnen voor de samenwerking van huisartsen en fysiotherapeuten bij het verlenen

van zorg aan patiënten met urine-incontinentie. De huisarts stelt de diagnose. In geval van stressincontinentie is oefentherapie in de vorm van bekkenbodemspieroefeningen het eerst aangewezen. Bij urgency-incontinentie is blaastraining de behandeling van eerste keuze, waarbij ter ondersteuning ook medicatie voorgeschreven kan worden. Daarnaast kan in plaats van blaastraining ook elektrostimulatie worden toegepast. De richtlijn laat vrij of de huisarts de behandeling start of direct doorverwijst naar een fysiotherapeut. Ook kan verwezen worden naar een incontinentieverpleegkundige. Indien de huisarts de behandeling start en de patiënt er na instructie niet in slaagt om de juiste spieren aan te spannen of te ontspannen, is verwijzing naar een fysiotherapeut geïndiceerd.

Sinds 2006 is de fysiotherapeut direct, dus zonder verwijzing van een arts, toegankelijk. Als de patiënt direct naar de fysiotherapeut gaat, geeft de richtlijn aan dat de fysiotherapeut eerst over de medische gegevens van de patiënt dient te beschikken om er zeker van te zijn dat andere oorzaken, zoals een urineweginfectie, zijn uitgesloten. Dit kan door de patiënt naar de huisarts te verwijzen of, met toestemming van de patiënt, te overleggen met de huisarts.

Analyse van de innovatie 'bekkenfysiotherapie' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

13. *Meerwaarde*: Een Cochrane review in 2006 gaf aan dat de therapie effectief is (overigens met een grote variatie).
14. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Voor fysiotherapeuten is er een drempel: Zij moeten eerst een cursus volgen van twee dagen. Voor de huisarts is er geen drempel. Deze is vrij om instructie aan de patiënt te geven.
15. *Zichtbaarheid*: De zichtbaarheid is een probleem, zowel wat de aandoening betreft als de behandeling. Urine-incontinentie is een taboe-onderwerp en de aandoening is niet 'aan de buitenkant te zien'. De oefeningen zijn uiteraard wel goed zichtbaar, maar het resultaat slechts indirect via het relaas van de patiënt.
16. *Compatibiliteit*: De innovatie is goed compatibel met de kennis en kunde van de fysiotherapeut.
17. *Reinvention*: feitelijk was deze innovatie een reinvention cq. vereenvoudiging van reeds bestaande oefentherapieën met bijvoorbeeld biofeedback of elektrostimulatie.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

18. *Communicatie*: Dit is wel een probleem. Zoals hiervoor gezegd is het een onderwerp dat wat in de taboesfeer zit en door het grote publiek niet als een levensbedreigend probleem wordt gezien. Het is dan ook moeilijk de krantenkoppen te halen.

19. *Homogene groepen*: De fysiotherapeuten vormen weliswaar een homogene groep, maar incontinentieproblematiek behoort wel tot het terrein van verschillende zorgverleners, zoals de huisarts en medisch specialisten, zoals gynaecoloog, uroloog, neuroloog, revalidatiearts. Het veld is verdeeld.
20. *Opinionleaders*: Bij deze innovatie zijn geen echte opinionleaders te onderkennen.
21. *Cultuur*: Het blijkt lastig voor de innovatie binnen de bestaande (sub)culturen van de verschillende zorgverleners voet aan de grond te krijgen. Tekenend is de aanbeveling van de Deskundigencommissie Incontinentie in 2006 om de niet-effectieve behandelmethodes met oestrogenen niet langer voor te schrijven en te schrappen uit de NHG-standaard.

Kenmerken van het zorgsysteem

22. *Financiële inpasbaarheid*: In beginsel is de behandeling gemakkelijk in het systeem in te passen, maar het voorgaande heeft laten zien dat de praktijk weerbarstiger is.
23. *Infrastructuur*: Er is een goede infrastructuur aanwezig in de vorm van de gevestigde fysiotherapeuten.
24. *Competitie*: De landelijke afspraak LESA geeft aan, dat verschillende zorgaanbieders de behandeling aan kunnen bieden: de huisarts, de fysiotherapeut met extra scholing, de bekkenfysiotherapeut en de incontinentieverpleegkundige.

Conclusie

In 1991 is er gestart met de innovatie voor de behandeling van urine-incontinentie die heel simpel en low-tech is: bekkenbodemoefeningen. De innovatie is initieel opgepakt door de fysiotherapeuten, in de vorm van extra scholing of opname in het curriculum van gespecialiseerde bekkenfysiotherapeuten.

Met de landelijke afspraak - LESA - in 2007, dus zestien jaar later, is de innovatie in de 'normale zorgverlening' opgenomen. Wel is er een verschil in vergoeding: als de instructies voor de bekkenbodemoefeningen door de huisarts worden gegeven, vallen zij binnen de basisverzekering. Worden deze oefeningen door de fysiotherapeut gegeven, dan geldt deze vergoeding in de regel niet.

2.3 Behandeling en zorg van risicozwangeren thuis

Normaliter bewaken de verloskundige of gynaecoloog een zwangerschap ambulantly: periodiek komt de zwangere voor controle. Soms is er extra controle nodig, bijvoorbeeld omdat het kind niet goed groeit in de baarmoeder, een te hoge bloeddruk bij de zwangere of voortijdig vruchtwaterverlies. Indien extra, dagelijkse controles nodig zijn, werd de zwangere in het verleden opgenomen in het ziekenhuis. Deze lag dan vaak weken in het ziekenhuis waarbij 'slechts' dagelijks onderzoek werd verricht, zoals urine- en bloedonderzoek, bloeddruk zwangere, hartslag baby en samentrekkingen baarmoeder (cardiotocogram, CTG) gemeten worden. Een veel genoemde aanvullende reden was 'de heilzame rust' in het ziekenhuis. Bij dit laatste vallen wel kanttekeningen te plaatsen en in het Academisch ziekenhuis Utrecht, thans UMC Utrecht, rees begin jaren negentig de vraag of het niet mogelijk was om de controles dagelijks thuis te doen.

Kern van de innovatie: Onderzoeken bij zwangeren en het kind, zoals bloeddruk, bloed- en urineonderzoek, CTG, in de thuissituatie verrichten, zodat een ziekenhuisopname wordt voorkomen of uitgesteld.



Samen met het St. Elisabeth Ziekenhuis en voormalige Maria Ziekenhuis, beide te Tilburg, werd een projectvoorstel ingediend bij de toenmalige Commissie ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad, dat in maart 1992 werd goedgekeurd. Het doel van het onderzoek was driedelig:

- Nagaan of thuisbehandeling van de geselecteerde risicozwangeren mogelijk was en tot een significante afname leidt van het aantal opnamedagen in het ziekenhuis, zonder dat in medisch opzicht de uitkomst voor moeder en kind in negatieve zin verandert.
- Nagaan hoe tevreden of ontevreden zwangeren met deze zorg zijn.
- Nagaan in hoeverre de kosten van deze zorg zich verhouden in vergelijking met de kosten van een ziekenhuisopname.

De deelnemers werden gerandomiseerd in twee groepen verdeeld: de ene groep kreeg de behandeling thuis en de controlegroep in het ziekenhuis.

De resultaten van het onderzoek waren eind 1995 beschikbaar, maar het duurde tot eind 1996 alvorens de beoordelingscommissie instemde met de conclusies:

- Thuisbehandeling reduceerde het aantal opnamedagen van 13,3 naar 3,2 en er was geen negatief effect op de afloop van de zwangerschap voor moeder en kind.
- De tevredenheid van de thuiszorggroep was groter dan van de controlegroep.
- De kosten per zorgdag waren aanzienlijk lager: de geïndexeerde kosteneffectiviteitsratio bedroeg € 0,56 in het AZU, € 0,64 in het St. Elisabeth Ziekenhuis en € 0,66 in het Maria Ziekenhuis.

Berekend werd dat ca. 25% van de zwangeren met een indicatie voor ziekenhuisopname voor deze ziekenhuisverplaatste zorg in aanmerking kwamen. Een structurele vergoeding ontbrak evenwel.

In 1998 gaf de minister van VWS aan dat geïntegreerde thuiszorg bij risicozwangeren voor vergoeding via de ziektekostenverzekering in aanmerking kwam. In 2002 hadden een aantal andere ziekenhuizen, zoals het AMC, samen met het OLVG in Amsterdam, het Beatrix ziekenhuis te Gorinchem en het Westfries Gasthuis in Hoorn, al dan niet samen met thuiszorginstaties, een infrastructuur voor deze zorg gecreëerd. Het Sint Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, Medisch Spectrum Twente in Enschede en LUMC begonnen ermee.

Situatie na 2002

Alhoewel er tot op heden geen structurele vergoeding voor thuismonitoring van risicozwangeren bestaat, bieden vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland thans deze mogelijkheid. De financiering komt meestal tot stand door onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Thuismonitoring is vanuit kostenperspectief uiteraard zeer interessant voor verzekeraars.

In de meeste gevallen is het zo georganiseerd dat een gespecialiseerd verpleegkundige thuis komt o.a. met laptop en meetapparatuur. Zij kan verschillende onderzoeken doen, zoals bloeddruk meten, bloedafname, urineonderzoek of een cardiocogram maken. De resultaten worden veelal direct via de telefoon doorgegeven en wordt de situatie beoordeeld.

Analyse van de innovatie 'Behandeling en zorg van risicozwangeren thuis' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde is duidelijk aangetoond: Dezelfde kwaliteit van thuisbehandeling als in het ziekenhuis, hogere tevredenheid van de zwangeren en lagere kosten.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Er is geen hoge drempel voor het uitproberen. De benodigde apparatuur, zoals bloeddrukmeter, cardiocograaf etc. is reeds in het ziekenhuis voorhanden.
3. *Zichtbaarheid*: De zichtbaarheid is groot.
4. *Compatibiliteit*: Deze is hoog. Er worden immers dezelfde onderzoeken gedaan in het ziekenhuis door dezelfde verpleegkundigen.
5. *Reinvention*: Iedere zorgaanbieder kan de zorg thuis op zijn eigen wijze geven, passend binnen zijn organisatiestructuur.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: De toepassing is geïnitieerd in een academische setting. Het werd wetenschappelijk aangepakt, met een onderzoeks- en controle-groep, zodat er snel valide resultaten bekend waren.
7. *Homogene groepen*: De gynaecologen/verloskundigen die de zaak in gang moeten zetten vormen een homogene groep.
8. *Opinionleaders*: Zoals vermeld werd het project geïnitieerd in een academische setting met een wetenschappelijke aanpak.
9. *Cultuur*: De thuisbehandeling past in de innovatieve cultuur van de verloskunde/gynaecologie, mede gestimuleerd door de jonge en veelal mondige 'patiënten'.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: Hoewel er geen structurele vergoeding is, zijn de financiële voordelen zo groot, dat verzekeraars en ziekenhuizen vrijwel altijd tot creatieve oplossingen komen om deze zorg te financieren.
11. *Infrastructuur*: Thuiszorg vereist wel een andere organisatie en infrastructuur dan in het ziekenhuis. Vandaar dat een aantal ziekenhuizen allianties met thuiszorgorganisaties aangegaan is.
12. *Competitie*: Zoals eerder vermeld, zijn de patiënten over het algemeen jong en mondig. Op het internet is gemakkelijk informatie te vinden of een bepaald ziekenhuis thuisbehandeling aanbiedt. Dit levert een sterke competitieve prikkel op.

Conclusie

In 1992 werd gestart met de proef. In 2002 boden een handvol ziekenhuizen de thuisbehandeling aan, terwijl het anno 2009 min of meer gemeengoed is geworden.

2.4 Implementatie van laparoscopische chirurgie in Nederland

Bij een ‘gewone’ operatie moet de huid en het onderliggend weefsel doorgesneden worden om bij het te opereren orgaan te komen. Zo moet bij een open hartoperatie het borstbeen doorgezaagd worden om bij het hart te kunnen komen. Bij een darmoperatie moet een vrij grote snede in de buik gemaakt worden.

Bij laparoscopische of minimaal invasieve chirurgie probeert men de operatiewond zo klein mogelijk te houden, waardoor de patiënt sneller kan herstellen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een circa 40 cm lange en circa 1 cm dikke kijkbuis, de laparoscoop, die via een kleine snede in bijvoorbeeld de buikholte wordt gebracht. Aan of in de buis zit een videocamera en via een monitor kan de chirurg in de buik kijken. Via enkele kleine sneden kunnen allerlei instrumenten ingebracht worden waarmee geopereerd kan worden: weefsel doornemen, hechten etc..



Het inspecteren van lichaamsholten met een kijkbuis werd al aan het eind van de negentiende eeuw toegepast, maar pas in de jaren vijftig van de vorige eeuw werden er ook operaties uitgevoerd, met name door gynaecologen voor eenvoudige ingrepen, zoals sterilisaties. In 1910 had een Zweedse chirurg reeds een kijkoperatie uitgevoerd, maar deze methode kreeg geen navolging, omdat bij het inbrengen van de buis gemakkelijk door de darmen geprikt kon worden, met als gevolg een (toen vaak dodelijk) buikvliesontsteking. Hierbij hield de operateur de scoop vast en keek er rechtstreeks door, zodat hij maar één hand beschikbaar had. Door de koppeling van een videocamera aan de scoop kon het beeld door een assistent verzorgd worden en had de chirurg beide handen vrij om te opereren.

Kern van de innovatie: door het beschikbaar komen van kleine videocamera's op de laparoscopie, kon op een beeldscherm meegekeken worden. Daardoor kon een assistent de scoop vasthouden en had de chirurg beide handen vrij om instrumenten te bedienen.

In 1989 zorgden de Franse chirurgen Mouret, Dubois en Perissat voor een doorbraak met hun presentatie van de techniek voor een laparoscopische galblaasverwijdering.⁸ De techniek verspreidde zich vervolgens explosief en in de loop van tien jaar zijn voor vrijwel elk orgaan in de buikholte laparoscopische behandelingen ontwikkeld.

De laparoscopische galblaaschirurgie bereikte Nederland al snel. In 1990 werd het al beschreven in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Maar het bleef ook bij de galblaasoperatie. In zijn oratie in 2001 gaf Bonjer aan dat Nederland sterk achterbleef, bijvoorbeeld voor wat betreft laparoscopische blindedarmverwijderingen, liesbreukoperaties en dikkedarmchirurgie. Als verklaringen werden genoemd de conservatieve houding van de Nederlandse chirurgen en de volgzame opstelling van hun patiënten. Daarnaast werd als oorzaak het gebrek aan concurrentie in Nederland genoemd. In bijvoorbeeld België en Duitsland konden patiënten met de voeten stemmen. Verder was de zorg gebudgetteerd en waren ziekenhuizen gebonden aan productieafspraken. Laparoscopische operaties duren in het algemeen iets langer en zijn dus per ingreep duurder.

In het boek 'Moderne patiëntenzorg in Nederland' geven de auteurs aan dat in 2002 de laparoscopische chirurgie van een hype is uitgegroeid tot een volwassen operatietechniek. Jonge chirurgen worden opgeleid in de techniek en zullen deze verspreiden over Nederland. In 2002 is ook de Nederlandse Vereniging van Endoscopische Chirurgie opgericht.

Situatie na 2002

De laparoscopische chirurgie heeft na 2002 een grote vlucht genomen. Steeds meer operaties kunnen laparoscopisch of minimaal invasief verricht worden. De ontwikkelingen om operaties nog minder invasief te maken staan niet stil. Een nieuwe techniek is om de laparoscopische instrumenten

niet via 3 of 4 openingen in het lichaam binnen te brengen, maar via 1 onder de navel. Dit betekent dat er in plaats van 3, er maar 1 klein litteken is. Nog een stap verder is de transluminale chirurgie. Hierbij worden de instrumenten door de slokdarm via een opening in de maagwand in de buikholte gebracht. Op deze wijze kan bijvoorbeeld de galblaas verwijderd worden via de slokdarm en de mond. Bij een dergelijke operatie ontstaat er geen uitwendig litteken.

De populariteit van laparoscopische chirurgie heeft evenwel ook zijn schaduwkanten. In november 2007 publiceerde de Inspectie voor de Volksgezondheid het rapport 'Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat'. In de publicatie werd verslag gedaan van een tweejarig inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van de laparoscopische operaties ten aanzien van de patiëntveiligheid. Aanleiding van het onderzoek waren verontrustende meldingen van ernstige complicaties die opgetreden waren bij relatief jonge patiënten. Opmerkelijk is dat de helft van de complicaties ontstaat bij het maken van de opening voor het inbrengen van de laparoscoop. Zoals eerder vermeld, was de reden dat de kijkoperatie van een Zweedse chirurg in 1910 geen navolging kreeg, het gevaar van darmp perforatie. Anno 2009 blijkt dit gevaar kennelijk nog steeds reëel.

De Inspectie constateerde een aantal tekortkomingen in de kwaliteitsborging en eiste dat ziekenhuizen per maart 2008 een plan van aanpak klaar dienden te hebben en dat de uitvoering vanaf juli 2008 zou worden gecontroleerd. De Inspectie eiste o.a. de invoering van een kwaliteitsborging (eventueel door certificering) van basisvaardigheden van laparoscopisten.

Begin 2009 bracht de Nederlandse Vereniging voor Endoscopische Chirurgie samen met de Werkgroep Endoscopische Chirurgie van de Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie, een subvereniging van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, een plan van aanpak en beleid uit voor minimaal invasieve chirurgie naar aanleiding van het Inspectierapport. Het is een richtinggevend advies voor de aanpak van de door de Inspectie gesignaleerde problemen.

Analyse van de innovatie 'laparoscopische chirurgie' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De voordelen van laparoscopische chirurgie zijn: een sneller herstel van de patiënt, afname postoperatieve pijn en minder kans op complicaties als wondinfecties en wondbreuken. Daarnaast is er een cosmetisch voordeel: 3 kleine sneetjes van 5 à 10 mm in plaats van 5 tot 35 cm bij conventionele operaties.

2. *Mogelijkheid tot uitproberen:* Er zijn gemakkelijke leeromgevingen - simulatoren - te ontwikkelen, waarin 'droog geoefend' kan worden.
3. *Zichtbaarheid:* De laparoscopische techniek is goed zichtbaar voor anderen. De videobeelden van de operatie kunnen gemakkelijk vastgelegd worden en aan een breed publiek getoond worden.
4. *Compatibiliteit:* De operaties kunnen in beginsel in gewone operatiekamers uitgevoerd worden. Wel is er speciaal instrumentarium nodig, maar de benodigde investeringen zijn niet erg hoog. Wel is er veel inspanning van de chirurg nodig. Deze moet zich immers een nieuwe operatietechniek eigen maken. Voor een simpele galblaasverwijdering is een voorafgaande training van zo'n 100 uur nodig. Inmiddels hebben veel chirurgen in hun opleiding de benodigde vaardigheden geleerd.
5. *Reinvention:* Dit speelt niet zo'n grote rol, aangezien de benodigde apparatuur door fabrikanten klaar voor gebruik wordt geleverd.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie:* Binnen de chirurgen is face-to-face communicatie, congressen etc. belangrijk. Daarnaast spelen leveranciers van laparoscopische apparatuur een belangrijke rol. Communicatie naar het brede publiek is vrij eenvoudig. Zo kunnen in medische televisieprogramma's video-opnamen van operaties getoond worden.
7. *Homogene groepen:* De chirurgen vormen een vrij homogene beroepsgroep.
8. *Opinionleaders:* In de beginfase hebben enkele enthousiaste en invloedrijke pleitbezorgers van deze nieuwe operatietechniek gezorgd voor opleidingsmogelijkheden en wetenschappelijk onderzoek.
9. *Cultuur:* De laparoscopische operatietechniek past minder bij de 'heroïsche' cultuur van met name de buikchirurgie: met een grote snede de organen blootleggen en ze met de handen vast te pakken, er in te snijden etc. Laparoscopische operaties zijn 'afstandelijker', alles gaat indirect via een videocamera en instrumenten.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid:* Ten tijde van het systeem van budgettering was er het probleem dat het budget gebaseerd was op aantallen operaties. De opnameduur nam weliswaar af, maar de chirurg was langer bezig en kreeg dit niet vergoed. Met de invoering van de DBC-systematiek en het onderbrengen van een aantal ingrepen in het B-segment, waarover ziekenhuis en zorgverzekeraar vrij kunnen onderhandelen, is dit probleem grotendeels opgelost.
11. *Infrastructuur:* Er is geen specifieke infrastructuur nodig. De laparoscopische operaties kunnen in een gewone operatiekamer plaatsvinden.
12. *Competitie:* Inhoudelijk is er competitie, bijvoorbeeld om een ingreep zo minimaal invasief mogelijk te doen. Financieel is er ook competitie, met name in het B-segment.

Conclusie

Eind jaren tachtig van de vorige eeuw zorgden een aantal Franse chirurgen voor een doorbraak met hun laparoscopische galblaasverwijdering. In 1990 kwam deze operatie naar Nederland. Daar bleef het hoofdzakelijk bij tot begin deze eeuw, terwijl er al veel meer mogelijk was. Daarna is het in een stroomversnelling terecht gekomen. Anno 2009 kan gesteld worden dat de laparoscopische chirurgie in Nederland na een trage start de achterstand heeft ingelopen en deze zich inmiddels een vaste plaats in de gezondheidszorg heeft verworven.

3 Standaardisering van bestaande zorg

3.1 Een cataractstraat voor Rotterdamse oogpatiënten: bedrijfsmatig, persoonlijk en hoge kwaliteit

Cataract of grijze staar is een aandoening van het oog, waarbij de ooglens troebel is geworden. Het gezichtsvermogen neemt hierdoor sterk af. De overgrote meerderheid van de patiënten zijn ouder, vandaar ook de naam ouderdomstaar. Vrijwel iedereen krijgt op oudere leeftijd cataract. Met de toenemende vergrijzing neemt ook de vraag naar deze operatie toe. Het is thans de meest voorkomende ingreep. In de periode van 1996 tot 1999 steeg het aantal van 67.810 tot 84.360. In 2005 bedroeg dit aantal ca. 140.000.



Dagbehandeling is mogelijk geworden door de introductie van nieuwe operatietechnieken en het beschikbaar komen van vouwbare lenzen. Tot in de jaren 70 werd de intracapsulaire cataractextractie techniek gebruikt, waarbij het hoornvlies langs de rand over 180 graden werd opengesneden en de lens met lenskapsel en al uit het oog werd gehaald. De patiënt kreeg daarna een contactlens. Met de komst van de extracapsulaire techniek, waarbij alleen de lens werd verwijderd, waarbij het lenskapsel intact bleef, kon een kunstlens geïmplant worden. Hiervoor was nog wel een ongeveer 10 mm lange snede langs de rand van het hoornvlies nodig. Dit veranderde met de komst van de phako-emulsificatie, waarbij de lens met ultrageluid wordt verpulverd en weggezogen. De snede voor het inbrengen van de lens kon kleiner worden (3,2 mm) met de komst van de opvouwbare lens. Deze wordt in opgevouwen toestand ingebracht, waarna die zich in het lenskapsel ontvouwt. De kleine snede hoeft in het algemeen niet gehecht te worden. Nadeel van

de extracapsulaire verwijderingen is de grote kans op nastaar, maar met de komst van de ND-YAG-laser kon dit gemakkelijk behandeld worden.

Het voortbestaan van het Oogziekenhuis Rotterdam, opgericht in 1874, als zelfstandig ziekenhuis, stond begin jaren negentig van de vorige eeuw ter discussie. Het overheidsbeleid was gericht op schaalvergroting waarin geen plaats leek voor kleine en categorale ziekenhuizen. Het Oogziekenhuis legde zich hierbij echter niet neer en koos ervoor zich te profileren als center of excellence. In dit kader werd een dagcentrumconcept voor staaroperaties, een cataractstraat, ontwikkeld. Tot dan toe was het gebruikelijk om de patiënt meerdere dagen in het ziekenhuis op te nemen. Een projectteam kreeg de opdracht een klantgeoriënteerd, efficiënt systeem op te zetten, waarbij gebruik werd gemaakt van ideeën uit de procesindustrie en waarbij de traditionele OK-opzet werd losgelaten.

Kern van de innovatie: Het verrichten van staaroperaties op gestandaardiseerde wijze in een speciaal dagbehandelingscentrum, nadat technologische ontwikkelingen dagbehandeling mogelijk hadden gemaakt.

De cataractstraat

Het Oogziekenhuis Rotterdam deed inspiratie voor de cataractstraat op in een privé-oogkliniek in Nice. Bij de opzet werd uitgegaan van volledige standaardisatie van het productieproces. Patiënten werden op basis van een classificatie van de American Association of Anesthesiology in 1 van de 5 risicogroepen ingedeeld. De lage risicogroepen kwamen in aanmerking voor operatie in het dagcentrum. Er wordt alleen gebruik gemaakt van phaco-emulsificatie, instrumenten en apparatuur zijn, net als de routing van de patiënt, gestandaardiseerd. Daarnaast werd iedere operatie op video vastgelegd. De procedure was als volgt. Als een patiënt een staaroperatie moet ondergaan, dan wordt hij of zij verwezen naar de intakeverpleegkundige, die de patiënt voorlichting geeft en de operatie plant. Op de dag van de operatie melden patiënt en (verplichte) begeleider zich één uur voor de operatie in de ontvangstruimte. Patiënt en begeleider verkleden zich en worden door een verpleegkundige ontvangen. De patiënt krijgt oogdruppels toegediend. Daarna gaat de patiënt op een trolley liggen en krijgt een verdovingsinjectie achter de oogbol van de anesthesist. De oogarts haalt na een kwartier de patiënt persoonlijk op en rijdt de trolley, die als OK-tafel wordt gebruikt de operatiekamer in. Na de operatie krijgt de patiënt koffie en verlaat, met een controleafspraak na een uur het centrum.

Het gehele concept is eerst 3 maanden getest in een leegstaand voormalig OK-complex. Daarna is dit complex verbouwd tot het dagcentrum met twee operatiekamers, waarna in 1992 met drie oogartsen werd gestart.

In hun bijdrage aan het boek schetsen de auteurs de problemen die zij ondervonden met de financiering. In die tijd bestond er het budgetstelsel,

waarbij de vergoeding voor dagverpleging in categoriale ziekenhuizen f. 9,34 was. Daarnaast waren er restricties aan de productiegroei. Pas na jaren van onderhandelen met het toenmalig College Tarieven Gezondheidszorg, de voorganger van de huidige NZa, werd uiteindelijk het budget- en vergoedingsstelsel aangepast.

Situatie na 2002

Voor wat de financiering betreft is er inmiddels veel veranderd. Staaroperaties bevinden zich in het B-segment en zorgverzekeraars kunnen ze bij verschillende aanbieders inkopen. Ook een aantal privé-klinieken in de vorm van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) bieden staaroperaties aan.

Vrijwel alle staaroperaties in Nederland worden tegenwoordig in dagbehandeling uitgevoerd. Inhoudelijk wordt de operatie nog steeds verbeterd, met name wat de patiëntvriendelijkheid betreft. Een aantal jaren geleden is er nog wel een discussie geweest binnen de oogartsen over de wijze van verdoving van het oog. Zoals in het voorgaande is vermeld, kreeg de patiënt een injectie achter de oogbol. Daardoor bewoog het oog niet meer, was er geen pijnsensatie en geen zicht. Deze injectie was onplezierig voor de patiënt en werd ook als eng ervaren. Met name ZBC's gingen over tot het verdoven met behulp van oogdruppels. Een bijkomend voordeel is dat het minder kans op complicaties geeft voor wat de verdoving betreft, zodat ook patiënten met hogere risico's in dagbehandeling kunnen worden geopereerd. Het bezwaar van een aantal oogartsen was dat de oogspieren hierdoor niet uitgeschakeld werden en het oog dus nog kon bewegen, wat de kwaliteit niet ten goede zou komen. Uiteindelijk bleek deze vrees ongegrond en thans is verdoving met oogdruppels de gangbare methode.

Analyse van de innovatie 'Een cataractstraat voor Rotterdamse oogpatiënten' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde van de innovatie is een grotere patiëntvriendelijkheid, gecombineerd met een doelmatige zorgverlening in termen van hoge kwaliteit tegen lage kosten in vergelijking met de toen gebruikelijke ziekenhuisopname.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Het op geprotocolleerde, gesystematiseerde wijze behandelen, kan in beginsel vrij gemakkelijk uitgetoet worden. Het vereist een andere organisatie van de zorg.
3. *Zichtbaarheid*: Dagbehandeling versus een ziekenhuisopname is uiteraard goed zichtbaar. De noodzakelijke organisatorische veranderingen die daarachter schuilen zijn evenwel minder goed zichtbaar voor een buitenstaander.
4. *Compatibiliteit*: De innovatie is in beginsel goed inpasbaar er vanuit gaande dat bij de behandeling in een klinische setting ook gebruik wordt

gemaakt van phako-emulsificatie en de benodigde apparatuur dus in huis is.

5. *Reinvention*: De innovatie leent zich hier goed voor. Het gaat om organisatorische veranderingen die op de lokale situatie aangepast kunnen worden.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: De innovatie werd snel opgepikt door de media. De grote patiëntvriendelijkheid is een goed 'selling point' in de media.
7. *Homogene groepen*: Bij de oogheelkunde is sprake van een homogene groep van medisch specialisten.
8. *Opinionleaders*: Het oogziekenhuis was het enige zelfstandige ziekenhuis met een belangrijke opleidingsfunctie. Het kan dan ook als een opinion-leader gezien worden.
9. *Cultuur*: De oogheelkunde is vrij technologisch georiënteerd en nieuwe operatietechnieken etc. worden vrij snel opgepakt. Voor organisatorische veranderingen ligt dit lastiger.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: In het toen geldende financieringssysteem was de innovatie niet goed inpasbaar (f. 9,34 per dagverpleging).
11. *Infrastructuur*: De innovatie vereist een andere infrastructuur. Gebouwen moeten aangepast worden aan de andere werkwijze.
12. *Competitie*: Binnen de oogzorg bestaat competitie, o.a. in de vorm van zelfstandige behandelklinieken. De opname van staaroperaties in het B-segment hebben de competitie versterkt.

Conclusie

In 1992 startte het Oogziekenhuis Rotterdam met cataractoperaties in de vorm van een dagbehandelingscentrum. Inmiddels worden vrijwel alle staaroperaties in Nederland poliklinisch uitgevoerd. Wat enkele decennia geleden een ingrijpende operatie was, is thans een relatief eenvoudige routine-ingreep geworden.

3.2 Joint Care voor orthopediepatiënten in Den Bosch: patiënten en partners helpen elkaar.

Net als bij de cataractstraat is het doel bij deze innovatie de gehele behandeling te standaardiseren en te protocolleren, maar het gaat verder. Het betreft hier gewrichtsvervangende chirurgie, zoals een kunstheup. De basis werd gelegd door de orthopedisch chirurg John. P. Barrett in de vorm van het Amerikaanse Joint Ventures project. In 1997 startte een werkgroep van de afdeling orthopedie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis te Den Bosch samen met de firma Ortomed met de aanpassing van het Amerikaanse programma voor de Nederlandse situatie. De toenemende patiëntendruk met lange wachtlijst-

ten en beddenreductiemaatregelen van de overheid waren aanleiding voor het Jeroen Bosch Ziekenhuis om de doelmatigheid te verbeteren.



Kern van de innovatie: Nieuwe wijze van organiseren van de zorg rond totale heup- en knie vervangende operaties, waarbij twee elementen vooral vernieuwend zijn: de transmurale aanpak en het gebruik maken van groepsprocessen, resulterend in een meer dan halvering van de ligduur in het ziekenhuis.

Het programma, met als geregistreerd handelsmerk Joint Care, is als een kwaliteitssysteem opgezet en heeft een aantal basisprincipes:

- Standaardisatie en protocollering. De gehele behandeling, van preoperatief in de thuisituatie tot en met de postoperatieve situatie thuis is multidisciplinair gestandaardiseerd. Met alle betrokken zorgverleners, zowel intra- als extramuraal, wordt één zorgprotocol afgesproken voor de totale heupvervanging en één voor totale knie vervanging. Transmurale samenwerking is belangrijk.
- De patiënten worden als niet-ziekten beschouwd. Zij verblijven in het ziekenhuis dan ook in een 'huiskamersfeer' in plaats van op een 'ziekenzaal'.
- Patiënteducatie. Voor de operatie worden de patiënt en coach voorbereid via video's, folders en een voorlichtingsmiddag. De intake vindt bij patiënten thuis plaats door de thuiszorg. Verder is er preoperatieve fysiotherapie, waar voorlichting en training wordt gegeven.
- Groepsdynamica. Een belangrijk onderdeel van het programma is het gebruik van groepsdynamische processen: patiënten gaan groepsgewijs

door het proces. De patiënt brengt zijn tijd in het ziekenhuis door met lotgenoten, waarbij men elkaar kan ondersteunen en stimuleren in het herstelproces. Daarnaast worden ze ondersteund door een 'buddy'. Dit kan de partner of een ander naaste van de patiënt zijn. Deze coach weet uiteindelijk alles van het behandelingsprotocol en het wel en wee van de patiënt en kan de patiënt in de thuissituatie verder begeleiden.

Er werd gestart met een pilotproject in 1998 met 40 patiënten. Deze groep werd vergeleken met een controlegroep van eveneens 40 patiënten. De opnameduur bij een totale heupprothese kon van gemiddeld 17 dagen teruggebracht worden tot 7,3 dagen. Voor een totale knieprothese ging de ligduur van 11,8 naar 6,9 dagen. Er werd geen verschil gevonden tussen beide groepen in complicaties en de tevredenheid bij de Joint Care groep was beduidend hoger dan de controlegroep. De conclusie die uit het pilotproject getrokken werd: "Goed geïnformeerde, preoperatief gescreende en getrainde kandidaten voor een knie- of heupvervangende operatie kunnen vijf dagen na operatie, veilig en tevreden met ontslag. Een langer verblijf in het ziekenhuis heeft geen meerwaarde voor de patiënt."

Op grond van de pilot werd besloten alle patiënten volgens het Joint Care programma te behandelen.

Situatie na 2002

Zoals in het voorgaande is aangegeven, is de innovatie als een product, een kwaliteitssysteem met de merknaam Joint Care, ontwikkeld. Thans wordt dit product door de firma Biomet op de markt gebracht en "het verschaft de kennis en richtlijnen ten aanzien van de ontwikkeling van standaarden, protocollen en groepsdynamica, patiëntenvoorlichtingsmaterialen en transmurale zorg in het kader van het zorgproces rondom de totale heup- en kniepatiënt", aldus de leverancier.

Voor wat de financiering betreft: heup- en knievervangende operaties bevinden zich thans in het B-segment. Inmiddels hebben ruim dertig instellingen het product aangeschaft cq. voeren hun gewrichtsvervangende operaties volgens dit programma uit.

Analyse van de innovatie 'Joint Care' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De innovatie levert gelijkwaardige of zelfs nog betere zorg tegen lagere kosten t.g.v. een meer dan halvering van de ligduur in het ziekenhuis.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Deze mogelijkheid is aanwezig. Er kan net zoals in het Jeroen Bosch Ziekenhuis met een pilot gestart worden.

3. *Zichtbaarheid*: Het resultaat is zichtbaar in termen van ligduur en patiëntensatisfactie.
4. *Compatibiliteit*: De kern van de innovatie bestaat uit een andere organisatie van de zorg. In die zin is de compatibiliteit laag.
5. *Reinvention*: De mogelijkheid tot reinvention is aanwezig. Inpassen van het programma is maatwerk.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving:

6. *Communicatie*: De meerwaarde van de innovatie kan gemakkelijk gecommuniceerd worden.
7. *Homogene groepen*: Bij de transmurale zorg zijn verschillende hulpverleners uit de eerste en tweede lijn betrokken. Het is dus een heterogene groep.
8. *Opinionleaders*: Het Jeroen Bosch is geen academisch centrum en heeft in dit opzicht een achterstand.
9. *Cultuur*: Zoals opgemerkt zijn er verschillende hulpverleners vanuit de eerste en tweede lijn met elk hun eigen cultuur bij betrokken.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: De innovatie is goed inpasbaar binnen het financiële systeem.
11. *Infrastructuur*: Er wordt gebruik gemaakt van bestaande infrastructuren, zoals het ziekenhuis en de thuiszorg.
12. *Competitie*: Zeker door de opname van de heup- en knieervangende operaties in het B-segment is het competitie-element aanwezig.

Conclusie

In 1997 startte het Jeroen Bosch Ziekenhuis met het Joint Care programma. Anno 2009 passen circa een derde van de ziekenhuizen in Nederland dit specifieke programma toe. Veel andere ziekenhuizen hebben een soortgelijke aanpak met groepsdynamiek van patiënten die een heupoperatie moeten ondergaan. Gesteld kan worden dat deze aanpak, al dan niet onder de naam joint care, breed ingang heeft gevonden.

3.3 De mammapoli in Delft: van vraag tot antwoord in één ochtend

In vrijwel alle ziekenhuizen in Nederland was het tot in de jaren negentig van de vorige eeuw gebruikelijk dat patiënten ‘met een knobbeltje in de borst’ na een bezoek aan de huisarts in eerste instantie gezien werden door de algemeen chirurg op de polikliniek. Er werd dan een afspraak gemaakt voor een röntgenfoto - mammogram en in een aantal gevallen voor het wegnemen van wat tumorweefsel voor nader onderzoek (cytologische punctie). De onderzoeken werden vervolgens beoordeeld door de röntgenoloog resp. patholoog. Voordat de diagnose was gesteld gingen er al snel een aantal weken en ziekenhuisbezoeken voorbij.

Kern van de innovatie: het diagnostisch proces rond borstkanker organiseren rond de patiënt en niet rond de zorgverlener



Dit moet beter kunnen vond het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft in 1994. Op dat moment werd hier de methode van het Integraal Kwaliteitsmanagement (IKM) gehanteerd. Deze methode is afgeleid van het in het bedrijfsleven gehanteerde 'Total Quality Management' en uitgangspunt is het organiseren van zorgprocessen rond de patiënt in plaats van rond de zorgverlener. Het poliklinische traject werd opnieuw vormgegeven met als randvoorwaarden dat iedere nieuwe patiënt binnen 3 dagen op de poli terecht moest kunnen en de diagnose in 1 ochtend gesteld is.

Dit resulteerde in de mammapoli die op 3 ochtenden per week werd gehouden, waar een nieuwe patiënt eerst wordt gezien door een chirurg. Daarna gaat zij (en soms hij, want ook bij mannen komt, zij het minder frequent, borstkanker voor) met een begeleidingformulier waarop de chirurg de bevindingen heeft vastgelegd, naar de afdeling radiologie voor een mammogram en/of echogram. De resultaten worden direct beoordeeld door de radioloog en de patiënt(e) gaat met de foto's en het verslag terug naar de chirurg, die al dan niet besluit voor een punctie, die afhankelijk van de locatie van de tumor door de chirurg of, onder geleide van echografie, door de radioloog wordt verricht. Per buizenpost gaat het weefsel naar de patholoog die het direct beoordeelt en de uitslag aan de chirurg doorbelt. De chirurg bespreekt de resultaten met de patiënt(e) en stelt eventueel een behandelplan voor. De patiënt(e) kan indien wenselijk nog gezien worden door een radiotherapeut of een internist-oncoloog. Verder is er een gesprek met de oncologieverpleegkundige en wordt in geval van een operatie een operatiedatum afgesproken. Ook de huisarts wordt schriftelijk of mondeling geïnformeerd. Dit alles vindt in één ochtend plaats.

In het kader van het Integraal Kwaliteitsmanagement werd het gehele proces gemonitord. In 1995 kon 86% van de patiënten binnen 3 dagen op de poli terecht. In 2001 was dit 60% (80% werd binnen 6 dagen gezien). In 1995 kreeg 97% van de patiënten op de ochtend van hun bezoek de diagnose en het behandelplan. In 2001 was dit 95,5%. Uiteraard is de kwaliteit van de diagnosestelling belangrijk cq. het belangrijkste. Over de jaren heen ligt het percentage kwaadaardige afwijkingen dat daadwerkelijk bij de operatie wordt gevonden tussen de 70 en 80%. (Over het aantal fout negatieve diagnoses zijn geen gegevens beschikbaar).

In 1996 won het Reinier de Graaf Gasthuis de Europese Golden Helix Quality Award, waardoor de mammapoli ruime bekendheid kreeg in

Nederland. In het boek van Schrijvers et al. geven de auteurs aan dat dit niet automatisch betekende dat het voorbeeld brede navolging kreeg in Nederland. Naast het 'not-invented here'-syndroom noemen zij ook de belemmerende regelgeving, financiering, honorering en bureaucratie. Door de wijze van financiering, het toenmalige budgetstelsel, ging de mammapoli bijna ten onder aan haar eigen succes, aangezien meer productie niet tot meer budget of honorering leidde.

Situatie na 2002

De auteurs gaven aan dat de verbreiding in Nederland van de innovatie niet snel ging. Toch hebben op dit moment de meeste ziekenhuizen in Nederland een mammapoli, soms in het kader van een sneldiagnostiekpolikliniek.

Aan het proces is door de ziekenhuizen verschillend invulling gegeven. Zo komt bij het ene ziekenhuis de patiënt eerst bij de mammacareverpleegkundige. Dit is een gespecialiseerde verpleegkundige, nurse practitioner met een tweejarige masteropleiding, die de anamnese afneemt en de patiënt onderzoekt en de vervolgonderzoeken bepaalt, zoals mammografie, echografie en punctie. Bij het andere ziekenhuis komt de patiënt eerst bij de chirurg en bij weer een ander ziekenhuis wordt eerst een mammogram gemaakt.

Ook de duur van de diagnostiek verschilt per mammapoli. In het Reinier de Graaf Gasthuis was het een halve dag, bij andere poli's is het 1 dag en bij sommige is het 3 dagen en moet de patiënt 3 keer terugkomen: de eerste dag worden de onderzoeken verricht, de tweede dag worden de uitslagen besproken met de chirurg en wordt een behandelplan opgesteld en de derde dag vindt eventueel een gesprek plaats met de mammaverpleegkundige en ingeval van aanvullende medicatie en/of chemotherapie met de internist-oncoloog. Deze herhaalt het besprokene en gaat dieper in op de consequenties voor het dagelijks functioneren etc..

In november 2009 heeft de werkgroep indicatorenset Mammacarcinoom onder eindverantwoordelijkheid van de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen een set externe kwaliteitsindicatoren opgesteld. Deze indicatoren maken het mogelijk voor patiënten een afgewogen keuze te maken van wie zij welke zorg af willen nemen en zorgverzekeraars kunnen ze gebruiken voor hun zorginkoop. Het is dan ook voor ziekenhuizen van belang dat ze goed scoren op de indicatoren. Een aantal indicatoren heeft betrekking op de diagnostiek, zoals welke diagnostische onderzoeken op de eerste dag plaatsvinden en of de uitslag ervan ook standaard op de eerste dag aan de patiënt wordt medegedeeld. Van de histologische of stereotactische punctie moet aangegeven worden of ze op de eerste dag worden uitgevoerd en of de uitslag op dezelfde dag dan wel binnen vijf werkdagen aan de patiënt worden medegedeeld. Daarnaast moet er aangegeven worden of de coördinatie en afstemming van de zorg al dan niet door een mammaverpleegkundige wordt geregeld.

Analyse van de innovatie 'Mammapoli' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde:* De meerwaarde kan vooral gevonden worden in betere service naar de patiënt. In plaats van een aantal dagen of weken in onzekerheid te verkeren, wordt de diagnose snel gesteld.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen:* De innovatie is een procesinnovatie: anders organiseren van de zorg, hetgeen vrij gemakkelijk uitgetoet kan worden.
3. *Zichtbaarheid:* Het resultaat is, zeker voor de patiënt, duidelijk zichtbaar.
4. *Compatibiliteit:* De kern van de innovatie is een andere organisatie van de zorg. In die zin is de comptabiliteit laag.
5. *Reinventie:* Dit is goed mogelijk. De verschillende invullingen die ziekenhuizen eraan gegeven hebben, illustreert dit.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie:* De meerwaarde van de innovatie kan gemakkelijk gecommuniceerd worden.
7. *Homogene groepen:* De kern van de innovatie is dat verschillende hulpverleners nauw met elkaar samenwerken. De groep is dus niet homogeen.
8. *Opinionleaders:* Het Reinier de Graaf Gasthuis is geen academisch centrum en heeft in dit opzicht een achterstand.
9. *Cultuur:* Het merendeel van de hulpverleners, zoals chirurgen, radiologen, oncoloog-internisten, zijn medisch specialist en hebben een gedeelde gezamenlijke cultuur. Dit geldt minder voor de mammacareverpleegkundige.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid:* De innovatie is goed inpasbaar in het huidige financiële systeem.
11. *Infrastructuur:* Er wordt gebruik gemaakt van de bestaande infrastructuur, de polikliek.
12. *Competitie:* Er is geen echte competitie. Patiënten gaan veelal naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Misschien dat het zichtbare zorg initiatief hier verandering in gaat brengen.

Conclusie

Het initiatief van het Reinier de Graaf Gasthuis uit 1994 voor een Mammapoli, waar in korte tijd de diagnose wel of geen borstkanker wordt gesteld, heeft anno 2009 in Nederland brede navolging gekregen. Althans qua naamgeving, want de invulling en tijdsduur die nodig is voor de diagnose verschilt per ziekenhuis. De toepassing van de indicatorenster Mammacarcinoom zal dit inzichtelijk maken. Verwacht mag worden dat de toepassing van de indicatorenset de invoering van innovaties als de mammapoli zal bevorderen.

4 Ketenzorg

4.1 Van consultatiebureaazuster tot nurse practitioner in de integrale reumazorg in Groningen: de ontwikkeling van een duizendpoot

Reuma is een verzamelnaam voor een groot aantal, meer dan honderd, verschillende aandoeningen van het bewegingsapparaat, die in drie groepen ingedeeld worden: ontstekingsreuma, met als belangrijkste kenmerk ontstekingen van de gewrichten, met als bekendste voorbeeld de ‘klassieke’ reumatoïde artritis, artrose en wekedelenreuma, waarbij er klachten zijn van spieren, pezen en banden.



Het zijn chronische, invaliderende aandoeningen, waar nog geen genezing voor bestaat. De effecten op het dagelijks functioneren kunnen groot zijn en brengt allerlei problemen met zich mee, niet alleen op medische gebieden, maar ook psychisch en sociaalgebied, bijvoorbeeld uitkeringen e.d.. Dit vraagt niet alleen om medische, maar ook om psychosociale begeleiding.

In Groningen worden al sinds de Tweede Wereldoorlog verpleegkundigen ingezet om patiënten te ondersteunen in de gevolgen van hun aandoening. In de jaren vijftig werkten vanuit reumaconsultatiebureaus, van kruisverenigingen en later vanuit de Provinciale kruisvereniging, reumaverpleegkundigen. Zij ondersteunden de patiënten en gezinsleden tijdens ziekenhuisopnamen, consulten op de polikliniek, brachten huisbezoeken en gaven

advies over de woonomgeving en de benodigde hulpmiddelen etc.. In de jaren zeventig trad er een verschuiving op van deze specialistische zorg van reumaverpleegkundigen naar de generalistische, door wijkverpleegkundigen geleverde zorg. De reumaverpleegkundigen kregen een ondersteunende rol. Met de opheffing van de provinciale kruisverenigingen ging deze expertise voor een groot deel verloren.

Kern van de innovatie: verpleegkundige gespecialiseerd in de medische en psychosociale begeleiding van patiënten met reuma

Om dit gemis op te vangen werd in 1989 een verpleegkundige, die zich exclusief met de reumazorg zou gaan bezighouden, aangesteld. Deze ontwikkeling ging niet onopgemerkt voorbij. Er werden verschillende rapporten uitgebracht over nut en noodzaak van reumaconsulenten, die de basis vormden voor een taakomschrijving van de functie van reumaconsulent.^{9,10}

Terzelfder tijd kwam de toenmalige Commissie Chronisch Zieken met het experiment Coördinatiecentra Chronisch Zieken. In Groningen werd dit aangehaakt aan het Academisch Ziekenhuis Groningen (thans Universitair Medisch Centrum Groningen, UMCG). De reumaconsulenten uit de regio werden hieraan verbonden.

Mede door inspanningen van Reumapatiëntenverenigingen werden op veel plaatsen in Nederland verpleegkundig reumaconsulenten aangesteld. Anno 2002 waren er tachtig reumaverpleegkundigen actief. In 1991 werd de beroepsvereniging 'Nederlandse Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Reumatologie' (NVVVR) opgericht en spoedig daarna kwam er een specifieke opleiding reumatologie tot stand in samenwerking met de Stichting Specifieke Scholing voor Verpleegkundigen.

Naast de reumaconsulent is er eind jaren negentig de ontwikkeling gekomen van de Nurse Practitioner op dit terrein. Door de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg, de 'Wet BIG' uit 1997, ontstond de mogelijkheid dat verpleegkundigen handelingen mochten verrichten die voorheen alleen door artsen uitgevoerd mochten worden.

Reumatologie was één van de eerste specialismen waarvoor binnen het Academisch Ziekenhuis Groningen een nurse practitioner werd opgeleid. Binnen deze klinische setting neemt de nurse practitioner taken over van de zaalarts en draagt zorg voor de dagelijkse medische zorg van opgenomen patiënten, onder supervisie van de medisch specialist. Daarnaast worden taken van de polikliniek arts overgenomen, met name bij een groep patiënten die volgens een protocol worden behandeld.

Het werkterrein van de nurse practitioner en reumaconsulent hebben een verschillende focus. Bij de eerste ligt die bij de ziekte zelf, het ziekteproces

en de behandeling. Bij de tweede ligt de focus meer bij de gevolgen van de ziekte. Maar er is ook overlap. In het boek van Schrijvers et al. geven de auteurs dat ook aan. De komende tijd zal leren hoe beide functies zich gaan ontwikkelen en of de functies van nurse practitioner en verpleegkundig consulent wellicht samensmelten in een functie die verschillende accenten heeft.

De auteurs geven ook een aantal stimulerende en belemmerende factoren voor de opkomst van de verpleegkundig reumaconsulent aan. Stimulerend was het landelijk politiek draagvlak bij de start en de rol van patiëntenorganisaties. Remmend waren de snelle wijzigingen in de overheidsregulering, zoals de opheffing van de kruisverenigingen, waarna het initiatief sinds 1990 afwisselend bij de thuiszorg en het ziekenhuis kwam te liggen. Een echte integratie van eerste- en tweedelijnszorg is niet van de grond gekomen doordat niet duidelijk was hoe deze transmurale activiteit gefinancierd moest worden. Daarnaast kende de Wet Tarieven Gezondheidszorg geen tarief voor gespecialiseerde verpleegkundige consultatie.

Situatie na 2002

Reeds in 1997 toonde onderzoek aan dat patiënten die door een reuma-verpleegkundige werden begeleid minder pijn hadden, meer kennis over hun ziekte hadden en tevredener waren dan patiënten die enkel door de reumatoloog werden behandeld.¹¹ In later onderzoek werd dit nogmaals bevestigd. De zorg door reumaverpleegkundigen bleek effectief en de toevoeging van verpleegkundige zorg aan de zorg van de reumatoloog resulteerde in een positief effect op pijn, gewrichtsstijfheid, depressie, angst en kennis over de ziekte.¹²

Inmiddels wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen de benamingen reumaconsulent, verpleegkundige reumazorg, nurse practitioner reumatologie etc., maar wordt de term reumaverpleegkundige gebruikt.

De beroepsgroep heeft zich ook geprofessionaliseerd. De NVVVR vond onderdak als sectie binnen de Nederlandse Vereniging van Reumatologie (NVR). Oorspronkelijk is dit de beroepsvereniging van reumatologen. Dit zijn ook de enige 'echte leden' van de vereniging. Paramedici, zoals de reuma-verpleegkundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten zijn 'buitengewone leden'. Inmiddels hebben deze paramedici zich verenigd in de divisie Nederlandse Health Professionals in de Reumatologie (NHPR) binnen de NVR.

De reumaverpleegkundige heeft een vaste plaats verworven in de zorgverlening. Op een enkele na, beschikken de ziekenhuizen over een reumaverpleegkundige met een eigen spreekuur binnen de polikliniek.

In de richtlijn Diagnostiek en behandeling van reumatoïde artritis (2009) heeft de reumaverpleegkundige een prominente plaats.

In paragraaf 3.3 is het project Zichtbare Zorg genoemd, waarbinnen kwaliteitsindicatoren worden ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken voor patiënten, zorgverzekeraars en toezichthouders. In september 2009 heeft de werkgroep indicatorenset Reumatoïde artritis onder eindverantwoordelijkheid van de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen een set externe kwaliteitsindicatoren voor deze aandoening opgesteld. De reumaverpleegkundige vormt hierbij een integraal onderdeel van het behandelteam en de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de reumaverpleegkundige is dan ook één van de indicatoren. Ook wordt gevraagd of er een vast aanspreekpunt is, en zo ja wie, zoals reumatoloog, reumaverpleegkundige. In het document wordt wel als mogelijkheid tot verbetering genoemd de taakverdeling tussen de reumatoloog en de reumaverpleegkundige.

Analyse van de innovatie 'Van consultatiebureau tot nurse practitioner in de integrale reumazorg in Groningen' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde van de reumaverpleegkundige is in onderzoek aangetoond.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Deze is aanwezig. Men zou een reumaverpleegkundige op tijdelijke basis aan kunnen nemen.
3. *Zichtbaarheid*: De reumaverpleegkundige is zichtbaar voor zorgverleners en patiënten.
4. *Compatibiliteit*: Belangrijk is het afstemmen van de werkzaamheden met anderen, met name de reumatoloog. Dit is niet altijd gemakkelijk.
5. *Reinventie*: Deze mogelijkheid is aanwezig en sluit aan bij het vorige punt. Aan de samenwerking met anderen en de afstemming van werkzaamheden kan op verschillende wijzen vorm gegeven worden.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: De innovatie is gemakkelijk te communiceren.
7. *Homogene groepen*: Bij de behandeling van reumatische aandoeningen zijn veel verschillende hulpverleners betrokken, zoals reumatoloog, reumaverpleegkundige, fysiotherapeut en maatschappelijk werker. De homogeniteit is dan ook vrij laag. De homogeniteit binnen de groep reumaverpleegkundigen is even groot, met een eigen beroepsorganisatie en kwaliteitsregister.
8. *Opinionleaders*: Er zijn geen duidelijke opinionleaders te onderscheiden.
9. *Cultuur*: Binnen de zorg is er vaak een eilandencultuur, terwijl bij deze innovatie samenwerking cruciaal is.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: De inzet van een reumaverpleegkundige in het ziekenhuis is meestal wel mogelijk. In de thuiszorg is dit veel moeilijker.

11. *Infrastructuur*: De infrastructuur in termen van organisatie van de zorg moet aangepast worden om de reumaverpleegkundige een plaats te kunnen geven.
12. *Competitie*: Er zijn overlappingen met de werkzaamheden van bijvoorbeeld reumatologen en maatschappelijk werkenden. Dit kan tot een zekere competitie leiden.

Conclusie

Het gaat hier om een innovatie die al een lange geschiedenis kent en zijn oorsprong vindt in de reumaconsultatiebureaus uit de jaren vijftig in de vorige eeuw. Het was eigenlijk een voorbeeld van ketenzorg *avant la lettre*. In deze zin kan de moderne reumaverpleegkundige gezien worden als een reinvention. Inmiddels heeft de reumaverpleegkundige zich een vaste plaats in de zorg verworven.

4.2 Geïntegreerde diabeteszorg in de regio Gorinchem: continu, overzichtelijk en doelmatig

Diabetes mellitus of suikerziekte is een aandoening waarbij er een tekort is aan het hormoon insuline. Het wordt aangemaakt door de betacellen in de eilandjes van Langerhans in de alvleesklier en stimuleert de opname van glucose door de lichaamscellen waardoor het glucosegehalte in het bloed, bloedsuiker, daalt. Bij diabetes is het bloedsuikergehalte te hoog. Er worden twee typen van diabetes onderscheiden: type-1 en type-2. Bij type-1 produceert de alvleesklier onvoldoende insuline door afsterven van betacellen. Bij type-2 reageert het lichaam onvoldoende op insuline. Een belangrijke risicofactor bij het ontstaan van type-2 diabetes is overgewicht en weinig lichaamsbeweging.



De aandoening kan behandeld worden met verschillende soorten medicijnen, bijvoorbeeld die de insulineproductie in de alvleesklier stimuleren of door toediening van insuline via injecties of insulinepompjes. Bij de preventie en behandeling van diabetes type-2 is leefstijlverandering belangrijk: afvallen en meer bewegen.

Diabetes is een groot gezondheidsprobleem. Met name de toename van diabetes type-2 bij jongeren baart grote zorgen. Volgens cijfers van de Nederlandse Diabetesfederatie zijn er momenteel meer dan 15.000 jongeren met diabetes,

die naar verwachting 10 tot 20 jaar korter leven ten gevolge van hun aandoening. In totaal hebben naar schatting iets minder dan 1 miljoen mensen in Nederland diabetes, waarvan ca. 250.000 zonder het te weten. Voor 2025 wordt een totaal aantal van 1,3 miljoen verwacht, een toename van 35% in 15 jaar.¹³

De regulering van de suikerspiegel speelt nauw en de kunstmatige regulering met medicijnen is helaas niet zo nauwkeurig als in de 'natuurlijke situatie'. Bij diabetes, ook als deze goed behandeld wordt, kunnen allerlei complicaties optreden zoals van het oog (retinopathie) dat tot blindheid kan leiden,

de nieren (nefropathie), diabetische voet, wat uiteindelijk tot de noodzaak van amputatie kan leiden en hart- en vaatziekten.

Een goede controle van de patiënt op al deze genoemde complicaties is nodig. Hierbij zijn veel verschillende zorgverleners betrokken: internisten, huisartsen, diabetesverpleegkundigen, diëtisten, dokterassistenten en podotherapeuten.

Een goede afstemming en samenwerking tussen al deze hulpverleners is belangrijk voor een goede diabeteszorg ter voorkoming en vroegtijdige behandeling van complicaties.

Kern van de innovatie: Samenwerking van de verschillende zorgverleners die bij de diabeteszorg betrokken zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Hieraan schort(te) het in de praktijk nogal eens aan en in 1994 startte op initiatief van het Beatrixziekenhuis, thans onderdeel Rivas Zorggroep, samen met elf huisartsen in de regio Leerdam een pilotproject voor geïntegreerde diabeteszorg. Het project werd gefinancierd uit een door het ziekenhuis ingesteld zorginnovatiefonds. Een wetenschappelijke evaluatie gaf aan dat de bloedsuikerwaarden van de patiënten in de pilot beter waren. Ook de patiënttevredenheid was groter.¹⁴

Na de succesvolle pilot werd in 1996 het project Eerstelijns Diabeteszorg gestart. Binnen het project werden de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende hulpverleners benoemd. De huisarts droeg de verantwoordelijkheid voor de medische indicatie en de behandeling, alsmede voor de coördinatie van de zorg en de educatie. Complicaties behandelde de huisarts zelf en als dat niet lukte werd de patiënt doorverwezen naar de internist. De praktijkassistenten van de huisartsen verzorgden tussentijdse controles. De diabetesverpleegkundigen verzorgden de groepseducatie, de jaarlijkse screening en het bijscholen van praktijkassistenten. Diëtisten waren betrokken bij het afnemen van voedingsanamneses en groepsvoorlichting. Een oogarts verzorgde de jaarlijkse screening op retinopathie. Het hoofd van de afdeling diabeteszorg van het Beatrixziekenhuis droeg de verantwoordelijkheid voor het budget, de coördinatie in de zorgketen en de personele inzet.

De financiering werd in eerste instantie gevonden in grijze productieafspraken met de zorgverzekeraar. Daarna werd het project gefinancierd uit de zgn. 2%-regeling zorgvernieuwing. Omdat dit niet aan de huisartsen kon worden toegewezen, werd het budget ondergebracht bij het hoofd van de afdeling Diabeteszorg van het ziekenhuis.

De situatie na 2002

De auteurs in het boek gaven aan dat het belangrijkste probleem, bij het project, lag in het ontbreken van een structurele financiering. Ten tijde van de beschrijving van het project, 2002, voeren zij op verzoek van het ministerie van VWS een eerste verkenning uit om te bezien in hoeverre de DBC-methodiek bruikbaar zou zijn om te komen tot een kostprijs voor deze vorm van zorg.

Inmiddels zijn we 8 jaar verder en is het DBC-systeem ingevoerd, maar de financiering van diabetesketenzorg is nog steeds niet structureel gefinancierd. Hier komt op korte termijn wel verandering in. In de brief van 13 juli 2009 aan de Tweede Kamer, kondigde de minister van VWS aan dat per 1 januari zgn. keten-DBC's voor vier chronische ziekten, COPD, diabetes, hartfalen en cardiovasculair risicomangement (CVR) komen. De keten-DBC's kennen een vrije prijs. De tarieven en prestaties die binnen de keten worden afgesproken zoals de vergoeding van deelnemende zorgprofessionals, zijn ook vrij. Niet alles binnen de keten-DBC's valt binnen de zorgverzekeringswet. Zo valt voor diabeteszorg het onderdeel fysiotherapie van de gecombineerde leefstijlinterventie en podotherapie geleverd door een podotherapeut er niet onder. Dit moet de patiënt zelf betalen of dit gaat via de aanvullende verzekering. Zorgverzekeraars, nog zorgaanbieders, zijn verplicht om vanaf 1 januari 2010 gebruik te maken van de mogelijkheid om keten-DBC's te contracteren.

Analyse van de innovatie 'Geïntegreerde diabeteszorg' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: Deze is in wetenschappelijke studies aangetoond.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Dit is heel goed mogelijk, de innovatie is in beginsel niets meer of minder dan samenwerken.
3. *Zichtbaarheid*: Het gaat om een organisatorische innovatie. Deze zijn voor buitenstaanders niet goed zichtbaar (maar voor de patiënt wel).
4. *Compatibiliteit*: Samenwerken betekent het afstemmen en aanpassen van de werkzaamheden aan die van anderen. Dit is niet altijd gemakkelijk.
5. *Reinvention*: De mogelijkheid hiertoe is groot. De samenwerking kan op verschillende wijze vorm gegeven worden, passend bij de lokale situatie.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: De innovatie is gemakkelijk te communiceren.
7. *Homogene groepen*: Er zijn veel verschillende hulpverleners bij betrokken. De homogeniteit is daardoor vrij laag.
8. *Opinionleaders*: Er zijn geen duidelijke opinionleaders te onderscheiden.

9. *Cultuur*: Binnen de zorg bestaat een eilandencultuur, terwijl het bij deze innovatie juist gaat om samen te werken.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: Zoals de casus heeft laten zien is dit heel lastig gebleken.
11. *Infrastructuur*: De verschillende onderdelen van de zorg zijn aanwezig, maar de innovatie betreft nu juist het creëren van een infrastructuur om samen te werken.
12. *Competitie*: Er is zeker sprake van competitie tussen verschillende zorgverleners hetgeen de samenwerking belemmert.

Conclusie

De innovatie is in beginsel zo simpel - samenwerken - dat men het eigenlijk geen innovatie zou mogen noemen maar het eerder als een vanzelfsprekendheid zou moeten kunnen zien. In de zorgsector is dit echter allerm minst het geval. Naast het probleem van de cultuur van individuele zorgverleners is er het probleem van de financiering en de (financiële) prikkels: wie in de keten heeft er financieel baat bij en wie niet bij samenwerking.

Het is afwachten hoe de nieuwe keten-DBC's, waaronder die voor de diabeteszorg straks 'in het veld vallen'. Zullen zorgaanbieders er onderling uitkomen over de verdeling van de vergoeding? Zullen de DBC's in grote getale door zorgaanbieders zullen (kunnen) worden gecontracteerd?

4.3 Geïntegreerde zorg aan COPD-patiënten in de Utrechtse regio: leven met meer lucht in Utrecht

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is een verzamelnaam voor longaandoeningen zoals chronische bronchitis en longemfyseem, ten gevolge van ontsteking en/of beschadiging van de longen. Oorzaak is meestal roken. COPD kent verschillende gradaties van ernst of fasen: licht, matig, ernstig of zeer ernstig, wat met longfunctieonderzoek gekwantificeerd kan worden.

Kern van de innovatie: Verbetering van de diagnostiek en behandeling van COPD door samenwerking tussen huisartsen, longartsen, laboratoria en paramedici.



In 1997 bracht het Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG, de NHG-standaard COPD en astma bij Volwassenen uit. De eerdere versie was uit 1992. De vraag was hoe de wetenschappelijke kennis in de praktijk te implementeren. Met name het vroeg diagnosticeren van de aandoening is belangrijk, omdat vroege behandeling betere resultaten oplevert. Een tweetal huisartsen, die in hun praktijk met dit probleem kampten, vonden een longarts bereid om mee te denken voor een oplossing. Er werd een kleinschalige pilot opgezet, waaraan een aantal huisartsen, een longarts, ziekenhuis en longfunctielaboratorium aan deelnamen met als doel de huisartsen te ondersteunen bij de diagnostiek van COPD. Er werden daarna vervolgprojecten voor een multidisciplinaire aanpak opgezet.

Met de komst van het Hart Longcentrum met een regionale maatschap van longartsen en met steun van de stichting Rhijnhuysen, een initiatief van het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein en het toenmalig Ziekenhuis Oudenrijn, thans Mesos Medisch Centrum te Utrecht, en zorgverzekeraar Agis, groeide het uit tot een regionaal project.

Uit een evaluatie van 473 patiënten die door de huisarts waren verwezen voor een longfunctieonderzoek, bleek het project zowel over- als onderbehandeling van patiënten met kortademigheidsklachten te verminderen.¹⁵ Dus het aantal terecht en adequaat behandelde patiënten steeg door het project.

In 2001 startte de voorbereidingen voor de implementatie van een nieuwe regionale multidisciplinaire richtlijn.

Situatie na 2002

De NHG-standaard COPD is inmiddels tweemaal herzien. De meest recente dateert uit 2007, waarbij er aparte richtlijnen voor COPD¹⁶ en astma zijn uitgebracht. Daarnaast is er in 2007, net als bij de in paragraaf 2.2 besproken onderwerp van urine-incontinentie, een Landelijke Eerstelijns Samenwerkings- afspraak COPD.¹⁷ Deze geeft aanbevelingen voor de samenwerking tussen huisartsen en paramedici bij de diagnostiek en begeleiding van COPD-patiënten en kunnen de basis vormen voor concrete werkafspraken op regionaal niveau. Afstemming met de tweede lijn, zoals longartsen en longverpleegkundigen vormen geen onderdeel van de afspraak.

Het samenwerkingsverband Rhijnhuizen, dat zoals eerder vermeld begonnen is als samenwerkingsverband tussen twee ziekenhuizen, is inmiddels uitgegroeid tot een samenwerkingsverband van 16 zorgaanbieders in de regio Utrecht en omvat naast de ziekenhuizen en eerstelijns ook ouderenzorg- en thuiszorgorganisaties. Het samenwerkingsverband concentreert zich op ketenprogramma's, niet alleen voor COPD maar ook voor bijvoorbeeld CVA, decubitus, dementie en hartfalen. De ketenzorg in de provincie Utrecht heeft daarmee een solide basis.

Voor wat de financiering betreft, in het voorgaande is de rol van de verzekeraar aangegeven in dit project. Voor de landelijke situatie kan aangesloten worden bij het vorige onderwerp de diabeteszorg. COPD is één van de vier chronische aandoeningen, naast diabetes, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement, waarvoor per 1 januari 2010 keten-DBC's beschikbaar zijn.

Analyse van de innovatie 'Geïntegreerde zorg aan COPD-patiënten in de Utrechtse regio' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde:* Deze is in het project aangetoond.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen:* Dit is heel goed mogelijk. Het gaat om (de wil tot) samenwerken.
3. *Zichtbaarheid:* Het is een organisatorische innovatie, die waarschijnlijk niet zo snel opvalt.
4. *Compatibiliteit:* Afstemmen en aanpassen van werkzaamheden aan die van anderen is vaak niet gemakkelijk.
5. *Reinvention:* De samenwerking kan op verschillende wijzen vorm gegeven worden, passend bij de lokale situatie.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie:* De innovatie is gemakkelijk te communiceren.
7. *Homogene groepen:* Er zijn veel verschillende hulpverleners bij betrokken. De homogeniteit is daardoor vrij laag.
8. *Opinionleaders:* Er zijn geen duidelijke opinionleaders te onderscheiden.

9. *Cultuur*: Binnen de zorg is er vaak sprake van een eilandenstructuur, wat samenwerking belemmert.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: Voor de komst van de keten-DBC's was dit lastig.
11. *Infrastructuur*: De verschillende onderdelen van de zorg zijn aanwezig, maar de innovatie betreft juist het creëren van een samenwerkingsinfrastructuur.
12. *Competitie*: Verschillende zorgverleners met deels overlappende takenpakketten kunnen tot een zekere mate van competitie leiden.

Conclusie

Net als bij de andere voorbeelden van ketenzorg lijkt het in beginsel simpel, enkel een kwestie van samenwerken. Dit zou een vanzelfsprekendheid moeten zijn, maar dat is het in de zorg, met een cultuur van individuele zorgverleners, allerm minst. Daarnaast werkt de financiering vaak niet mee: de kosten en baten in de keten vallen vaak op verschillende plaatsen.

Net als bij de diabetes keten-DBC's, is het afwachten of de keten-DBC's COPD een grote prikkel voor de stimulering van ketenzorg op dit terrein zal zijn.

4.4 Transmuraal zorgmodel voor patiënten met een beroerte in de regio Heuvelland: op tijd, effectief en gewenst.



Bij een beroerte of Cerebro Vasculair Accident (CVA) raakt een bloedvat in de hersenen verstopt of lekt het vat. In beide gevallen raakt hersenweefsel beschadigd. In het eerste geval spreekt men van een herseninfarct, in het tweede van een hersenbloeding. Het herseninfarct komt het meest frequent voor en in 80% van de gevallen komt dit door een bloedpropje in en/of dichtslibbing van een bloedvat.

Een CVA is een ernstige aandoening die vrij frequent voorkomt, ca. 40.000 keer per jaar. In 2004 overleden 11.000 patiënten. Van de patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen, overlijdt

15%, ca. 60% gaat naar huis, ca. 15% gaat naar een verpleeghuis en 8% naar een revalidatiecentrum¹⁸. Het is ingrijpend voor zowel de patiënt als zijn of haar omgeving. De gevolgen van een CVA zijn afhankelijk van de plaats en grootte van de beschadiging in de hersenen. Veel voorkomende symptomen zijn van een halfzijdige verlamming, halfzijdige uitval van het gezichtsveld, incontinentie, epilepsie, aandachts- en concentratiestoornissen, geheugenstoornissen, vermoeidheid, taal- en spraakstoornissen en karakterverandering.

In vroegere tijden kon er in de acute fase weinig gedaan worden, maar met het beschikbaar komen van krachtige bloedstolsteloplossende middelen, trombolytica, kwam hier verandering in. Snelle diagnostiek en behandeling is hierbij wel noodzakelijk. Allereerst dient er snel vastgesteld te worden of er sprake is van een infarct of bloeding. In het tweede geval is snelle behandeling, binnen 3 uur na ontstaan van de symptomen trombolytica, gewenst. Bij een bloeding mogen deze middelen niet gegeven worden, omdat ze de bloeding alleen maar verergeren.

In de revalidatiefase is het stimuleren van activiteit, beperken van de gevolgen van een beroerte en voorkómen van complicaties belangrijk. Verder is ondersteuning van patiënten en mantelzorgers van belang.

Bij de zorg voor CVA-patiënten zijn dan ook veel verschillende hulpverleners betrokken en medio de jaren 90 van de vorige eeuw werd het duidelijk dat de afstemming van de zorg een probleem was. Er werden kamervragen gesteld aan de toenmalig minister van VWS, mw. Borst. In haar brief aan de Tweede Kamer (1997)¹⁹ bevestigde zij dat gebrek aan afstemming en continuïteit in de zorg een veel gesignaleerd knelpunt was en bevestigde de waarde van zgn. stroke services. Twee jaar eerder, in 1995 was in Hoensbroek, in het Limburgse Heuvelland het coördinatiecentrum voor chronisch zieken onder de naam Synchron opgericht. Eén van de aandachtsgebieden betrof de zorg voor CVA-patiënten. Verschillende werkgroepen werden ingesteld, die later samengingen in de werkgroep 'Transmuraal Zorgmodel'. De doelstelling was een zorgmodel waarin alle zorg- en hulpverleningsmogelijkheden zijn geïntegreerd, gestructureerd, op elkaar afgestemd en in onderlinge samenhang verbonden.

Onder auspiciën van Synchron ontwikkelden de vakgroepen Huisartsgeneeskunde en Neurologie van de Universiteit Maastricht en het toenmalige Transmuraal en Diagnostisch Centrum van het Academisch Ziekenhuis Maastricht het Transmuraal zorgmodel CVA.

In het zorgmodel is het gehele zorgtraject geprotocolleerd beschreven. De huisarts verwijst de patiënt met een gestructureerde verwijsbrief, zo nodig met uiterste spoed naar de stroke unit in het ziekenhuis, alwaar indien mogelijk direct met trombolyse wordt gestart. Na 24-48 uur geeft het stroke team een prognose. Eens per week worden behandelplan en ontslagmogelijkheden

van de patiënten op de stroke unit besproken: naar huis, naar een verpleeghuis of revalidatiecentrum. Het zorgproces wordt intramuraal gecoördineerd door een verpleegkundige, de CVA-coördinator. In de thuissituatie is verdere, niet-klinische revalidatie in het ziekenhuis mogelijk, of door een thuiszorgteam onder coördinatie van een thuiszorgcoördinator of door individuele eerstelijns zorgverleners. In het verpleeghuis zijn speciale afdelingen voor observatie en revalidatie ingericht. Alle zorgverlening wordt vastgelegd in een transmuraal zorgdossier.

De evaluatie van het model na drie jaar leverde volgens de betrokken hulpverleners onder andere een verbetering van de interdisciplinaire informatie-uitwisseling, multidisciplinaire teambesprekingen, behandelingen transmurale verslaglegging op. In een vergelijkend onderzoek van Rosendal et al. bleek de patiënttevredenheid ook hoger.²⁰

De auteurs gaven aan dat er nog een aantal leerpunten waren, die resulteerden in een nieuw projectplan in 2002.²¹ Doel was onder andere integratie van de aanbevelingen van de Nederlandse Hartstichting in de brochure 'Revalidatie na een beroerte'.

Situatie na 2002

Op veel plaatsen in Nederland is de zorg voor patiënten met een CVA georganiseerd in een zorgketen, waarin meestal ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, thuiszorg en huisartsen participeren.

Het kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, CBO, bracht in 2008 de richtlijn Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte uit (Richtlijn Beroerte 2008) als opvolger van de Richtlijn Beroerte 2000. Hierin wordt aangegeven dat het besturen en borgen van CVA-zorgketens, en daarmee van goede zorg, gezien de organisatie van zorgketens, complex is. De vormgeving van de aansturing is nog sterk in ontwikkeling.

Het transmurale karakter van de CVA-zorg vraagt om een goede afstemming van de zorgprocessen en een goede informatie-uitwisseling. In de CBO-richtlijn wordt geconstateerd dat deze informatie-uitwisseling zich voornamelijk beperkt tot papier, e-mail of fax. In 2003 zijn er reeds landelijke specificaties voor een CVA-ketensysteem (CVA-KIS) opgesteld door het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ). In Delft, Rotterdam, Amsterdam en Nijmegen is getart met de implementaties van het CVA-KIS, maar vooralsnog is er nog nergens een werkend systeem. Andere initiatieven, zoals het Zorgnetwerk Midden-Brabant heeft een op internet, zgn. webbased, patiënt volgsysteem ontwikkeld dat ook in Maastricht is geïmplementeerd. Ook in Almere werkt de Stroke Service met een webgebaseerd dossier.

Het gaat bij ketenzorg uiteindelijk om betere resultaten te bereiken in termen van kwaliteit van leven van de patiënt.

Het hebben van een stroke unit betekent niet automatisch betere zorg. Toen er een bijzonder tarief voor CVA-zorg beschikbaar kwam om in verpleeghuizen een speciale observatie- en revalidatieafdeling vorm te geven, rezen de stroke units als paddestoelen uit de grond, maar de kwaliteit van een aantal daarvan was twijfelachtig. Sturing op indicatoren is dan ook belangrijk. Het Kennisnetwerk CVA Nederland heeft een set indicatoren gedefinieerd. Deze stemmen overeen met de indicatoren van de Nederlandse Vereniging voor neurologie.

De CVA-ketenzorg is per definitie multidisciplinair en echelonoverstijgend. De financiering is evenwel verbrokkeld. De DBC-systematiek is vooralsnog beperkt tot de tweedelijnszorg en medisch specialistische zorg. Uit de Evaluation of Dutch Interventions with Stroke Service Experiments (EDISSA-studie) bleek dat er allerlei kostenverschuivingen plaatsvonden. Alhoewel een stroke-unit bed in een ziekenhuis duurder was dan een gewoon bed, waren de ziekenhuiskosten lager door een afname van de verpleegduur. De kosten van het verpleeghuis, revalidatie-instelling of zorg thuis waren daarin tegen hoger. Per saldo was de ketenzorg ongeveer even duur, maar de kwaliteit van de zorg was hoger, evenals de patiënt- en hulpverlenertevredenheid.

In de richtlijn Beroerte 2008 wordt de transmurale DBC als mogelijke oplossing genoemd voor de financiële schotten. Hierbij wordt de DBC geopend bij opname in het ziekenhuis en afgesloten en gedeclareerd als de patiënt is uitbehandeld of overleden, waarna de DBC wordt verrekend tussen de ketenpartners. Hierbij worden wel twee vragen gesteld: wie voert namens de afzonderlijke ketenpartners de regie over de keten. In de richtlijn wordt voorgesteld dit bij de instellingen voor de vervolgzorg, dus verpleeghuizen, revalidatiecentra of thuiszorginstellingen. Echter bij opname in het ziekenhuis is nog niet bekend wat het uiteindelijke traject van de patiënt gaat worden: verpleeghuis, revalidatiecentrum of thuiszorg. De grenzen van wie voor welke vorm van zorg in aanmerking komt zijn niet heel scherp, zodat er een zekere concurrentie zou kunnen ontstaan. Het is dan de vraag of het wenselijk is de regie bij één van mogelijk concurrerende partijen te leggen. Een tweede vraag die in de richtlijn wordt gesteld is hoe het bedongen tarief voor de transmurale DBC tussen de ketenpartners moet worden verdeeld. Opgemerkt kan worden dat de problematiek nog complexer is, want naast zorgverzekeringswet en AWBZ spelen in de thuissituatie ook verstrekkingen vanuit de WMO een rol. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat een kwart tot een derde van de patiënten na ontslag uit een instelling huishoudelijke zorg nodig heeft.^{23, 24, 25} Het is de vraag of met één transmurale DBC kan worden volstaan voor de verschillende zorgtrajecten: verpleeghuis, revalidatiecentrum, thuissituatie.

Analyse van de innovatie 'Transmuraal zorgmodel voor patiënten met een beroerte' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

13. *Meerwaarde*: De meerwaarde van de ketenzorg is aangetoond: betere resultaten tegen dezelfde kosten.
14. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Het gaat om samenwerken, waarbij uitproberen goed mogelijk is.
15. *Zichtbaarheid*: Als de innovatie effectief is, verloopt de zorg 'gladjes' en is dan juist weinig zichtbaar.
16. *Compatibiliteit*: Werkprocessen moeten aangepast worden. In die zin is de compatibiliteit gering.
17. *Reinvention*: Er zijn goede mogelijkheden voor reinvention: de zorgketen kan aangepast worden aan de lokale omstandigheden.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

18. *Communicatie*: In beginsel is het heel eenvoudig de samenwerking op papier aan te geven, maar de communicatie in de praktijk is verre van eenvoudig. Het gaat om een complex proces van samenwerking tussen vele partijen.
19. *Homogene groepen*: Er zijn veel verschillende partijen bij betrokken. Er is dus geen sprake van homogene groepen.
20. *Opinionleaders*: Er zijn geen echt duidelijke opinionleaders.
21. *Cultuur*: Er is een 'eilandencultuur' die doorbroken moeten worden.

Kenmerken van het zorgsysteem

22. *Financiële inpasbaarheid*: De keten strekt zich over eerste- en tweede lijn, zorgverzekeringswet, AWBZ en WMO uit, met allerlei financiële schotten tot gevolg. De financiële inpasbaarheid is dan ook gering.
23. *Infrastructuur*: De verschillende onderdelen van de zorg zijn aanwezig, maar de innovatie betreft juist het creëren van een samenwerkingsinfrastructuur.
24. *Competitie*: De keten kent verschillende paden: verpleeghuis, revalidatie-instelling, thuissituatie en er kan een zekere mate van competitie optreden bij patiënten in het 'grensgebied'.

Conclusie

Bij de eerdere voorbeelden van ketenzorg is reeds aangegeven dat de innovatie in beginsel voor de hand ligt en simpel lijkt: samenwerken, maar dat is in de zorg, met een cultuur van individuele zorgverleners, niet eenvoudig. Daarnaast werkt de financiering vaak niet mee: de kosten en baten in de keten vallen vaak op verschillende plaatsen. Gesteld kan worden dat de zorg aan CVA-patiënten één van de meest complexe is, niet alleen zorginhoudelijk maar ook qua financiering. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het proces

van verbetering dat medio jaren negentig van de vorige eeuw in gang is gezet nog steeds, 15 jaar later, in volle gang is.

Voor wat de financiering betreft, op dit moment is er nog geen CVA-keten-DBC. Gelet op de eerder genoemde complexiteit is het wellicht wenselijk om eerst de resultaten van de diabetes en COPD-keten-DBC's - in vergelijking met CVA 'eenvoudige problematiek' - af te wachten.

4.5 Geïntegreerde psychogeriatrische zorg in Den Haag: een verpleeghuis van 160 bedden wordt overbodig

Door de vergrijzing, meer mensen worden oud en ook steeds ouder, neemt het aantal mensen met dementie sterk toe. Op dit moment zijn er ca. 270.000 mensen licht tot ernstig dement.²⁶ Het voorkomen van dementie stijgt sterk met de leeftijd: onder de 65-jaar is het 1%, boven de 80 jaar is ongeveer 30% dementerend.



Dementie is een verzameling van verschijnselen, zoals vergeetachtigheid, moeite met oriënteren, geen plannen kunnen maken, handelingen zoals aankleden niet meer uit kunnen voeren, taalstoornissen, verandering van karaktereigenschappen en gedragsstoornissen. Dementie is de onderliggende aandoening van het overgrote deel van psychogeriatrische patiënten.

De twee meest voorkomende vormen van dementie zijn de ziekte van Alzheimer (40-60%) en vasculaire dementie (10-15%). De oorzaak van de ziekte van Alzheimer is onbekend. Hersenweefsel sterft geleidelijk af en de ziekte leidt vanaf de eerste verschijnselen in 8 tot 13 jaar tot de dood. Er bestaat

geen effectieve genezing. Bij vasculaire dementie sterft hersenweefsel af meestal door kleine beroertes. Behandeling bestaat dan ook uit het trachten te voorkomen van nieuwe infarcten en behandelen van vasculaire risicofactoren.

Zoals vermeld is dementie een geleidelijke ziekte, waarbij er steeds meer hersenfuncties uit gaan vallen. Uiteindelijk is de patiënt meestal volkomen hulpbehoevend en is een opname in een verpleeghuis onvermijdelijk, maar in de eerste jaren kan de patiënt met ondersteuning nog thuis wonen. Deze thuisperiode kan 'opgerekt worden' door een goede organisatie van de benodigde complexe zorg door mantelzorgers en professionals.

In 1994 bestond er een groeiende wachtlijst van psychogeriatrische patiënten voor opname in het verpleeghuis in het Haagse stadsdeel Escamp. Er was een gevoel van onmacht bij de mantelzorgers en professionele hulpverleners. De zorg was verbrokkelend en afstemming ontbrak. Een aantal organisaties, Thuiszorg Den Haag, GGZ-instelling Riagg Zuidhage (thans onderdeel van Parnassia) en verpleeghuis Sammersbrug startte een project voor geïntegreerde psychogeriatrische zorg.

Doel van het project was het verbeteren van de kwaliteit van leven van psychogeriatrische patiënten en hun mantelzorgers in stadsdeel Escamp en was gericht op patiënten thuis met een indicatie voor opname in een verpleeghuis. De verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de zorg: totstandkoming, bewaking en bijstelling van een multidisciplinair zorgplan, bemiddeling en overdracht naar de verschillende instellingen werd gecentraliseerd in de vorm van een casemanager. Centraal stond de vraagbehoefte van de patiënt. De extra kosten die de casemanager met zich meebracht werd betaald door het regionale zorgkantoor uit de beschikbare middelen voor extramuralisering van de verpleeghuiszorg.

Kern van de innovatie: Een onafhankelijke functionaris - case manager - die de zorg voor dementerenden in de thuissituatie regelt.

Het project liep van mei 1995 tot mei 1996 en werd geëvalueerd door de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie (thans Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde) van de Universiteit Utrecht (thans UMC Utrecht). Het bleek dat de gezondheidstoestand van de dementerende patiënt weliswaar en onvermijdelijk achteruit was gegaan, maar de ervaren gezondheid van de centrale verzorgers cq. mantelzorgers verbeterde. Zij voelden zich ondersteund, waardoor opname in het verpleeghuis kon worden uitgesteld. Hierdoor kon een kostenbesparing tot 50% bereikt worden. Door de geleidelijke opbouw van professionele hulp en dagbegeleiding in het verpleeghuis was ook de acceptatie van een uiteindelijke opname groter. Niet alleen bij de mantelzorgers was de tevredenheid groter, ook bij met name thuiszorgmedewerkers, die niet meer het gevoel hadden er alleen voor te staan, maar konden terugvallen op de casemanager, die zo nodig

anderen inschakelde. Een probleem was wel dat de verschillende instellingen hun eigen patiëntenregistratiesysteem bleven gebruiken, waardoor een goed overzicht van de zorg niet gemakkelijk was.

Na het succes van het project, werd in 1997 besloten de ontwikkelde geïntegreerde zorg voort te zetten. Andere verpleeghuizen, ook in andere stadsdelen haakten aan en sinds 2001 was geïntegreerde zorg in de gehele Haagse regio beschikbaar: acht verpleeghuizen, drie thuiszorginstellingen en twee GGZ-instellingen boden de dienst aan gemiddeld 160 patiënten.

Als succesfactor van het slagen van het project noemen de auteurs het uitgangspunt van de zorgbehoefte van de patiënt centraal te stellen, waardoor domeindiscussies naar de achtergrond werden verdrongen en een onafhankelijke, niet aan één van de deelnemende instelling verbonden, casemanager. Als hobbels worden de schotten in de financiering genoemd. Cruciaal was de uiteindelijke medewerking van het zorgkantoor voor de financiering van de casemanager uit het extramurale verpleeghuisbudget.

Situatie na 2002

De auteurs van het Haagse project geven aan dat de verspreiding van 'best practices' over het land moeizaam blijkt. Als een oorzaak noemen ze de onbekendheid. Een andere is dat zorgverleners niet snel verbetering van anderen overnemen.

Toch is er intussen wel het een en ander veranderd. Op verschillende plaatsen in het land zijn initiatieven in de richting van casemanagement ondernomen. Hierbij wordt een verschillende terminologie gehanteerd, zoals zorgbegeleiders, dementieconsulenten en omtinkers (Fries).

In 2005 is het Landelijk Dementieprogramma van start gegaan, die uitgevoerd werd door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) (Het NIZW is in 2007 opgeheven en onderdelen zijn ondergebracht in een drietal organisaties: Movisie, Vilans en het Nederlands Jeugdinstituut), het CBO en Alzheimer Nederland. Doel is regioteams te faciliteren om verbetering aan te brengen in de zorg en dienstverlening. Casemanagement is daarbij een optie. In dit kader is in 2006 een exploratieve studie verricht²⁷ waarbij casemanagement in verschillende Nederlandse regio's zijn bekeken, zoals in Noord-Holland Noord, Zoetermeer, Delft, Haarlem, Eindhoven, Groningen en Tilburg. Uit het onderzoek komt naar voren dat casemanagement overal hoog gewaardeerd wordt door zowel hulpverleners als cliënten. Belemmerende factoren die worden genoemd zijn: de financiering van de casemanagers, contacten met huisartsen en organisaties die van het begin af aan niet bij het casemanagement betrokken zijn geweest, erkenning bij andere beroepsgroepen, met name wijkverpleegkundigen en ouderenconsulenten en wantrouwen als gevolg van concurrentie tussen aanbieders, met name als het casemanagement door één organisatie wordt aangeboden.

In maart 2008 is het programma Ketenzorg Dementie van start gegaan. Hierin werken Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, het ministerie van VWS en sinds 1 april 2009 Actiz, samen aan ‘het totstandbrengen van een structureel aanbod van samenhangende dementiezorg die aan sluit bij de behoeften en wensen van mensen met dementie en hun naasten.’²⁸ De doelstelling van de eerste fase van het programma (maart 2008 -februari 2009) was te komen tot een inkoopmodel voor ketenzorg en dit toe te passen bij de zorginkoop 2009 in een aantal koploperregio’s. In 2008 zijn er 16 koploperregio’s van start gegaan. Voor de zorginkoop door zorgkantoren is dit in 2010 verbreed tot alle zorgkantorregio’s. In haar toespraak op de bijeenkomst op 26 januari 2010 ‘Op weg naar samenhangende dementiezorg in heel Nederland’, zei staatssecretaris Bussemaker: “Casemanagement moet volgend jaar deel uitmaken van het totale aanbod van dementiezorg. Want mensen met dementie en hun nazaten hebben veel behoefte aan een vast persoon die kan bijstaan in alle fasen van het ziekteproces.” Met deze toezegging lijkt het financieringsprobleem van de casemanager opgelost.

Analyse van de innovatie ‘Geïntegreerde psychogeriatrische zorg in Den Haag’ op basis van ‘de twaalf factoren’

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde is aangetoond in termen van tevredenheid van zorgverleners en mantelzorgers en kostenbesparing door uitstel van verpleeghuisopname.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Het gaat om samenwerken, verschillende samenwerkingsvormen kunnen uitgetoond worden.
3. *Zichtbaarheid*: De casemanager is uiteraard zichtbaar, maar het effect van de werkzaamheden is minder zichtbaar en moet door onderzoek aangetoond worden.
4. *Compatibiliteit*: Op zich behoeven werkprocessen niet aangepast worden, het gaat meer om wanneer en hoe ze ingezet worden.
5. *Reinvention*: Er zijn goede mogelijkheden voor reinvention: de zorgketen kan aangepast worden aan de lokale omstandigheden.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: In feite bestaat het werk van de casemanager uit communiceren. Dit is wel een complex proces van samenwerking tussen vele partijen.
7. *Homogene groepen*: Er zijn veel verschillende partijen bij betrokken. Er is dus geen sprake van homogene groepen.
8. *Opinionleaders*: Er zijn geen echt duidelijke opinionleaders.
9. *Cultuur*: Er is een ‘eilandcultuur’ die doorbroken moet worden.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: De bekostiging van de casemanager is lange tijd een probleem geweest. Er was geen structurele financiering voor. De financiële inpasbaarheid is dan ook gering.
11. *Infrastructuur*: De verschillende onderdelen van de zorg zijn aanwezig, maar de innovatie betreft juist het creëren van een samenwerkingsinfrastructuur.
12. *Competitie*: De keten omvat verschillende organisaties: thuiszorg, verpleeghuis. Hier kan een zekere competitie tussen optreden. Verder is er competitie van partijen buiten de keten cq. partijen die niet van het begin af aan bij de keten betrokken zijn geweest, bijvoorbeeld de huisarts en wijkverpleegkundige.

Conclusie

Als het Haagse experiment met een casemanager in 1995 als startpunt genomen wordt, dan duurt het tot 2011, met de toezegging van de staatssecretaris voor structurele financiering die beschikbaar komt, zodat de innovatie breed ingevoerd kan worden.

5 Nieuwe structuren voor zorgaanbod in de eerste lijn en transmuraal

5.1 Een huisartsenpost in Nijmegen: lastenverlichting en kwaliteit

In de jaren negentig van de vorige eeuw bleken er problemen te bestaan bij de spoedeisende hulp, met name in de afstemming tussen huisartsen en de ambulancedienst in de regio Nijmegen. De Regionale Huisartsenvereniging stelde een commissie Kwaliteit Spoedeisende hulp in, waarin drie huisartsen en de directeur van de ambulancedienst zitting hadden.

De commissie kwam tot de conclusie dat de samenwerking tussen huisartsen en andere partijen onder druk stond door de geringe organisatorische en inhoudelijke samenhang tussen betrokken actoren: huisartsen, ambulancedienst en ziekenhuis, de zware werkbelasting en het gebrek aan ondersteuning van dienstdoende huisartsen. Daarbij kwamen maatschappelijke veranderingen, zoals het toenemende beslag op de huisartsenzorg buiten kantooruren en een toename van eisen en zelfs agressief gedrag van patiënten. Het voorstel was te komen tot een grootschalige huisartsenpost.



Belcentrale CHN

Kern van de innovatie: De huisartsenzorg buiten kantooruren concentreren in een grootschalige huisartsenpost.

Naar voorbeeld van Engeland en Denemarken werd er één centraal gelegen huisartsenpost opgericht. Op 1 april 1999 werd gestart met een belcentrale op de gezamenlijke meldkamer van de ambulancedienst en brandweer en werd een spreekuurpost gevestigd in een naastgelegen GGD-gebouw.

De Centrale Huisartsenpost Nijmegen (CHN) startte met vijf van de tien Nijmeegse huisartsenwaarneemgroepen met ca. 70.000 patiënten. In 2000, 2001 en 2002 sloten de rest van de stad en regio's rondom Nijmegen zich aan een kwam het totaal aantal aangesloten huisartsen op ruim 200 met meer dan 400.000 patiënten.

De belcentrale werd bemenst door doktersassistenten en verpleegkundigen. 50% van de hulpvragen kon door hen worden afgehandeld, met bijstand van een ter plekke aanwezige huisarts. Een consultarts bemenst de spreekkamer op de huisartsenpost. Verder is er een visitearts die patiënten thuis bezoekt, gereden door een professioneel chauffeur, die tevens kan ondersteunen bij bijvoorbeeld reanimatie.

De CHN is opgezet als een coöperatieve vereniging van huisartsen en wordt geleid door directeur ondersteund door een bureauorganisatie en leidinggevenden. Initieel werd het geheel gefinancierd uit abonnementsgelden van de aangesloten huisartsen, aangevuld met een kleine subsidie van de regionale zorgverzekeraars CZ en VGZ. De politiek besloot eind 2000 om groot-schalige Huisartsen Diensten Structuren (HDS) regulier te gaan financieren.

Situatie na 2002

Het fenomeen huisartsenpost verspreidde zich als een olievlek over het land. Medio 2003 was 90% van de huisartsen aangesloten bij een huisartsendienststructuur²⁹ en eind 2007 telde Nederland 57 HDS'en met 151 huisartsenposten (één HDS kan meerdere huisartsenposten exploiteren) en waren ca. 97% van de huisartsenpraktijken aangesloten bij een HDS.

De conclusie mag getrokken worden dat deze innovatie uitermate succesvol was. Immers waar alle voorgaande innovaties vele jaren nodig hadden om breed ingang te vinden, is de innovatie in een paar jaar gemeengoed.

Een belangrijke vraag is of deze succesvolle innovatie ook een bewezen verbetering is. In het boek van Schrijvers et al. melden de auteurs evaluatieonderzoeken, onder andere uitgevoerd in Almere. Daar bleek dat de huisarts buiten kantooruren 70% van de trauma's en 90% van de niet trauma's opvangt.³⁰ Gegevens van de CHN gaven aan dat de huisarts slechts bij 10% van de spreekuur- of visitecontacten patiënten doorverwijzen naar de SEH van het ziekenhuis en slechts in 2% de ambulancezorg inschakelt. De praktijkhoudende huisartsen zijn ook zeer tevreden over de huisartsenposten, omdat ze meer ondersteuning hebben tijdens de avond-, nacht- en weekend-

diensten en het aantal diensturen flink is afgenomen. Bovendien is het makkelijker om deze diensten te laten waarnemen.

De auteurs geven ook aan dat er nog het een en ander te verbeteren valt. Zo waarderen patiënten de rol van de huisarts in de spoedeisende hulp, maar zijn ontevreden over de organisatie van die hulpverlening.³¹ Verder hechten patiënten veel waarde aan de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van de spoedeisende hulp van het ziekenhuis, waar men altijd terecht kan.^{32, 33, 34} Hier komt de problematiek rond de spoedeisende hulp die ziekenhuizen en huisartsen, los van elkaar, leveren naar voren. Bij de term 'spoedeisende hulp' moet opgemerkt worden dat dit het doel van de zorgverlening is vanuit het aanbod, terwijl vanuit patiëntenperspectief de SEH van een ziekenhuis vaak oneigenlijk wordt gebruikt voor huisartsenzorg buiten kantooruren. Kennelijk sluit het aanbod van zorg niet goed aan bij de vraag. Zo worden zelfverwijzers naar de SEH doorverwezen naar de huisartsenpost die op afstand van het ziekenhuis ligt. Dit werkt veel wrevel en regelmatig ook agressie op.

Interessant is dat op sommige plaatsen in Nederland, zoals Boxmeer, wel een integratie van huisartsenpost en SEH heeft plaatsgevonden, althans wat locatie betreft. In Boxmeer zijn de HAP en SEH financieel en organisatorisch als aparte organisaties blijven bestaan. Patiënten die voorheen naar de HAP en zelfverwijzers die naar de SEH van het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer gingen, komen nu bij een gezamenlijk HAP-SEH-loket waar onder verantwoordelijkheid van de huisartsenpost, een doktersassistente of verpleegkundige triageert of het een HAP of SEH-patiënt betreft. Een groot deel van de zorgvraag kan afgedaan worden door de HAP.

De samenvoeging is dus in beginsel succesvol. Het betekent echter wel een grotere patiëntenstroom en daarmee grotere werkbelasting van de HAP. Daartegenover staat veel minder werk voor de SEH en daarmee kostenbesparing. Voor de huisartsen betekent deze vorm van samenwerking een toename in werkbelasting. Dat betreft zowel het aantal uren werk als de werklast per uur. Om de werkdruk te verlichten zijn waarnemend artsen ingezet. De huisartsen accepteerden enige toename van werkdruk onder voorwaarde dat deze extra werkzaamheden vergoed zouden worden tegen een voor hen acceptabel uurtarief van tachtig euro. Er is immers sprake van substitutie van zorg van tweede naar de eerste lijn. De NZa stemt echter niet in met dit tarief, waardoor voortzetting van het gezamenlijke HAP-SEH-loket onzeker is.³⁵

In dit kader kan ook de problematiek rond de SOS-arts in 2009 genoemd worden. Het is een organisatie naar Frans voorbeeld, waarbij iedereen 24 uur per dag met een centraal telefoonnummer een huisarts aan huis kan oproepen. Deze arts komt altijd, maar de patiënt moet dit consult geheel of gedeeltelijk zelf betalen, afhankelijk van zijn verzekering. In een NIPO-enquête kwam naar voren dat 86% van de ondervraagden positief stond

tegenover het initiatief om iets te doen aan de teruglopende bereidheid van huisartsen om huisbezoeken te verrichten en de slechte bereikbaarheid van huisartsen en huisartsenposten.³⁶ Het initiatief stuitte op verzet van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV).³⁷ De start van de dienst werd telkenmale vertraagd doordat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) steeds uitstel vroeg voor het vaststellen van een tarief. Op 5 maart 2010 berichtte de NZa niet op korte termijn een tarief vast te zullen stellen.³⁸ Zonder een tarief mag er geen zorg verleend worden, ook al valt deze niet binnen de basisverzekering.

De huisartsenzorgverlening is dan ook niet zonder kritiek. In het verleden is er regelmatig, ook in advies Acute zorg van de RVZ, voor gepleit om de huisartsenzorg buiten kantooruren (en wellicht ook binnen kantooruren voor specifieke patiëntengroepen) te integreren met de SEH van een ziekenhuis. Deze innovatie, die in elk geval in de ogen van patiënten een verbetering zou betekenen, komt minder snel van de grond. De consumentenbond heeft hier recent onderzoek naar gedaan. Alle 105 SEH's in Nederland werden aangeschreven. 41 Van de 75 ziekenhuizen die reageerden, gaven aan een huisartsenpost in het ziekenhuis te hebben. Hiervan hebben 15 een geïntegreerde HAP/SEH in de vorm van één spoedloket. 17 van de ziekenhuizen hebben een huisartsenpost op het ziekenhuisterrein. 11 Ziekenhuizen hebben een SEH-arts.³⁹

Analyse van de innovatie 'Een huisartsenpost in Nijmegen' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde:* De innovatie heeft duidelijke meerwaarde voor de deelnemende huisartsen: minder avond- en nacht- en weekenddiensten. Het aantal diensturen liep terug van gemiddeld 800 uur per jaar beschikbaar zijn naar 230 uur per jaar actief dienstdoen. De innovatie betekende ook een betere kwaliteit van zorg ten opzichte van de toen bestaande situatie.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen:* De innovatie vergt investeringen in een belcentrum en huisartsenpost. Dit beperkt de mogelijkheid tot uitproberen.
3. *Zichtbaarheid:* De zichtbaarheid is groot.
4. *Compatibiliteit:* De compatibiliteit voor de huisarts is groot: het is de centralering van de waarneemgroepen.
5. *Reinvention:* De opzet kan gemakkelijk aangepast worden aan de lokale situatie.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie:* De innovatie is gemakkelijk te communiceren.
7. *Homogene groepen:* Het is een zeer homogene groep: de huisartsen.

8. *Opinionleaders*: Er was geen duidelijke opinionleader in de vorm van één natuurlijk persoon, maar wel in de vorm van de commissie Kwaliteit Spoedeisende Hulp.
9. *Cultuur*: De huisartsencultuur is er een van het aanpakken van problemen.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: De kosten werden in eerste instantie betaald uit de abonnementsgelden van de patiënten en een kleine subsidie van twee verzekeraars. Voorheen moesten de artsen zelf veel vaker de nachtdiensten draaien, maar konden het nu 'inkopen'. In die zin was het financieel goed inpasbaar.
11. *Infrastructuur*: Er is een gebouw en organisatie nodig.
12. *Competitie*: Er is onder huisartsen weinig competitie.

Conclusie

Als naar de kenmerken van de innovatie wordt gekeken, is het niet verwonderlijk dat de innovatie snel ingang vond. De huisartsen, een homogene groep, hadden groot belang bij de huisartsenposten. Ze hoefden minder vaak avond-, nacht en weekenddiensten te draaien. De politiek honoreerde de innovatie heel snel, zodat het in enkele jaren gemeengoed in Nederland was.

Vanuit de optiek van de patiënt zou het wellicht wenselijker geweest zijn als er wat meer tijd was genomen om de huisartsenzorg buiten kantooruren te integreren met de SEH van het ziekenhuis, zodat de hulpvragende patiënt bij één loket terecht kan. Dit zou een echte verbetering van de zorgverlening geweest zijn, die nu voor een deel geblokkeerd is, doordat er geïnvesteerd is in zelfstandige huisartsenposten. Slechts 15 van de 75 ziekenhuizen die de enquête van de Consumentenbond invulden, gaven aan één spoedloket te hebben. Verder is het teleurstellend dat op een plaats waar deze integratie wel heeft plaatsgevonden, namelijk Boxmeer, dit dreigt te stranden op regelgeving cq. schotten in de financiering.

5.2 Transmurale zorg in de regio Midden-Twente: van ziekenhuis naar thuiszorg zonder hobbels

Begin jaren negentig namen het Streekziekenhuis Midden-Twente (SMT) en Thuiszorg Centraal Twente (later Carint en nu Carint-Reggeland Groep) in Hengelo, het initiatief om intensief samen te gaan werken op het terrein van transmurale zorg. Uitgangspunt daarbij was de zorg voor oncologie, diabetes en astma/COPD-patiënten zoveel mogelijk bij de patiënt thuis te laten plaatsvinden. In 1996 werd de samenwerking uitgebreid met de Regionale Huisartsen Vereniging, patiënten-consumentenplatform, verpleeg- en verzorgingshuizen en zorgverzekeraar.

Kern van de innovatie: Samenwerkingsverband ziekenhuis en thuiszorg voor de ontwikkeling van transmurale zorg.

In 1999 werd een volgende stap gezet in de vorm van een transmuraal samenwerkingsverband: De Zorgschakel. In 2002 omvatte de keten 8 bedrijfsonderdelen:

- Zotel. Dit zorghotel vormt de schakel voor patiënten die in het ziekenhuis uitbehandeld zijn, maar nog niet naar huis kunnen.
- Transferpunt. Logistiek centrum voor het regelen van de zorg na ontslag uit het ziekenhuis.
- Transmuraal Team voor het uitvoeren van behandelingen thuis.
- Bureau Zorginnovatie en Onderzoek. Hier worden nieuwe transmurale zorgketens ontwikkeld.
- Stuurgroep Transmurale Zorg. Deze bestaat uit bestuurders van de betrokken deelnemende organisaties. Hun taak is o.a. het zoeken naar oplossingen voor de financiering en creëren van draagvlak binnen de eigen organisaties.
- Begeleidingscommissies. Hier worden de eerste ideeën en concepten besproken. Een belangrijke taak is het creëren van draagvlak.
- Projectgroepen. Hier worden per patiëntengroep de ideeën uitgewerkt.
- Bestuur.

Uit eind 2002 waren er zorgketens ontwikkeld voor onder andere astma/COPD, diabetes, reuma, CVA, chronisch hartfalen, mammacarcinoom, psychogeriatrische patiënten met fracturen.

De eerste drie jaar werd het project door de zorgverzekeraar gefinancierd uit een innovatiebudget en daarna door de deelnemende instellingen. De bedrijfsonderdelen van de Zorgschakel worden uit een lappendeken van projectsubsidies, abonnementsgelden, AWBZ en zorgverzekeraar gefinancierd.

De auteurs noemen onder andere de schotten in de financiering tussen AWBZ en ziekenhuisfinanciering, de financiering van de huisartsenzorg, het budgetteringssysteem en honoreringssysteem van medisch specialisten, fiscale problematiek en starre bureaucratie in relatie tot de zorgvernieuwingregeling en regeling Flexizorg als belemmerende factoren voor de invoering van deze innovatie.

Situatie na 2002

Deze innovatie betreft een specifieke organisatorische invulling van transmurale ketenzorg. In de periode na 2002 is de combinatie van zorginnovatie door gespecialiseerde verpleegkundigen, medisch technische zorg in de thuisituatie, transfer en het Zotel voortgezet, maar deze bleek uiteindelijk niet (meer) levensvatbaar. Zowel interne zaken zoals cultuurverschillen en verschillende oriëntatie op de eerstelijnszorg alsmede externe factoren, met name de introductie van marktwerking in de zorg, hebben ertoe

geleid dat De Zorgschakel, dat inmiddels een samenwerkingsverband was van de Carint-Reggelandgroep en de Ziekenhuisgroep Twente, per 1 juli 2008 is beëindigd. De verschillende onderdelen zijn verdeeld over de Carint-Reggelandgroep (het transmurale team en huisbezoeken gespecialiseerde zorg) en de Ziekenhuisgroep Twente (Transferpunt, Zotel en verpleegkundige spreekuren).

Analyse van de innovatie ' Transmurale zorg in de regio Midden-Twente' op basis van 'de twaalf factoren'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde van ketenzorg is aangetoond: betere resultaten tegen dezelfde kosten. De meerwaarde van een aparte organisatie om dit te ontwikkelen is minder duidelijk.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: De kern is samenwerking, wat zich voor uitproberen leent.
3. *Zichtbaarheid*: De aparte organisatie is goed zichtbaar.
4. *Compatibiliteit*: Werkprocessen moeten aangepast worden. In die zin is de compatibiliteit gering.
5. *Reinvention*: Hier zijn goede mogelijkheden voor. In feite is deze innovatie een specifieke invulling cq. reinvention voor de ontwikkeling en implementatie van zorgketens.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: Er zijn verschillende partijen bij betrokken wat de communicatie lastiger maakt.
7. *Homogene groepen*: Er is geen sprake van homogene groepen.
8. *Opinionleaders*: Er zijn geen duidelijke opinionleaders.
9. *Cultuur*: De samenstellende organisaties hebben hun eigen cultuur.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: De ketens strekken zich per definitie over de eerste- en tweedelij uit (zorgverzekeringswet, AWBZ, WMO). De financiële inpasbaarheid is dan ook gering.
11. *Infrastructuur*: De innovatie betreft juist het creëren van een infrastructuur.
12. *Competitie*: De verschillende deelnemende organisaties kunnen deels conflicterende belangen hebben.

Conclusie

Dit is een voorbeeld van een innovatie, die uiteindelijk is vastgelopen door cultuurverschillen binnen de verschillende deelnemende organisaties en veranderende externe omstandigheden, met name de introductie van marktwerking in de zorg.

5.3 Samenhangende zorg in Almere: een continue proeftuin voor zorginnovaties

De IJsselmeerpolders waren oorspronkelijk voorzien als landbouwgrond, maar na de Tweede Wereldoorlog besloot men voor de snel groeiende bevolking van met name Amsterdam twee steden te ontwikkelen in de polders Oostelijk en Zuidelijk Flevoland, respectievelijk Lelystad en Almere. De eerste woningen in Almere werden opgeleverd in 1976 en in datzelfde jaar vestigde de eerste huisarts zich daar.

In het midden van de jaren zeventig van de vorige eeuw was er een politiek optimisme over de maakbaarheid van de samenleving. Daarnaast was er een planmatige benadering van de gezondheidszorg, waarbij vanuit een streven naar kostenbeheersing, de nadruk lag op de structuur van de zorg. Centraal in dit denken stond de huisarts als poortwachter. In die tijd was er ook een beweging van in eerste instantie huisartsen ontstaan, die zich inzetten voor een betere zorgverlening aan de patiënt door samen te werken onder één dak in een gezondheidscentrum en (over)productieprikkels door betaling per verrichting te vervangen door werken in loondienst.

Kern van de innovatie: geïntegreerde zorg in de wijk.

In Almere bestond de mogelijkheid om het gedachtegoed uit die tijd letterlijk op te bouwen. In 1979 opende dan ook het eerste gezondheidscentrum en in 1983 werd het gemeenschappelijk project van de centrale overheid en de gemeente Almere gestart: het Experiment Gezondheidszorg Almere. Het doel was het realiseren van een bestuurlijk, organisatorisch en functioneel samenhangend geheel van voorzieningen, afgestemd op de behoeften van de bevolking en van optimale kwaliteit, met als randvoorwaarde acceptabele kosten. De oplossing werd gezien in een goedgeorganiseerde en sterke eerstelijnszorg, waardoor minder ziekenhuisbedden nodig zouden zijn. Om perverse productieprikkels te voorkomen moesten allen hulpverleners, zowel in de eerste als tweede lijn in loondienst zijn. In 1988 werd de stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA) opgericht en in 1989 de stichting Delta voor ouderenzorg. In 1992 is het experiment geëindigd. Uit onderzoek bleek dat de kwaliteit van de zorg in Almere beter was dan elders tegen gelijke kosten.⁴⁰

De ontwikkelingen gingen echter door en in 1998 werd het transmuraal Zorgnetwerk Almere opgezet, een samenwerkingsverband tussen EVA, Delta en het Flevoziekenhuis.

In 2000 fuseerden EVA en Delta tot de Zorggroep Almere. Daarmee kwamen de verschillende voorzieningen op het terrein van de eerstelijnszorg en de intra- en semimurale zorg aan chronisch zieken en ouderen binnen één organisatorische structuur onder één regie met alle medewerkers in

loondienst. Op deze wijze kan een zorgcontinuüm gerealiseerd worden via wijkzorgnetten en ketenzorg.



Bij ketenzorg vormen de 'muren van instellingen en beroepsgroepen' niet langer de grenzen tussen voorzieningen, maar demarkeren protocolair handelen en onderlinge werkafspraken de stappen en fasen van het behandel- en zorgproces. Niet de verblijfplaats van de patiënt is leidend, maar de gewenste zorginhoud

aldus de auteurs. Thuis wat kan, intramuraal wat moet. Bij de gesignaleerde knelpunten geven de auteurs evenwel aan dat een belangrijke valkuil is om de zorgketen uitsluitend te baseren op inhoudelijke motieven. Er bestaan nog steeds cultuurverschillen en domeindenken bij beroepsgroepen en instellingen, waar rekening mee moet worden gehouden.

Een vraag die rijst is of de grootschalige organisatie en lokale zorgketens niet leiden tot een monopolie die de keuzevrijheid van de patiënt aantast. De auteurs stellen dat dit enerzijds waar is, in de zin dat het aantal zorgaanbieders in termen van organisaties afneemt, maar dat de keuze op het niveau van de individuele hulpverlener juist toeneemt. De patiënt heeft de keuze uit 6 tot 8 huisartsen per gezondheidscentrum of 20 tot 25 op stadsdeelniveau. De auteurs eindigen hun bijdrage met de vraag of de zorg in Almere ook beter is dan elders, zijn de inwoners gezonder, is de levensverwachting beter, de zuigelingensterfte minder etc.. Helaas moeten zij op dat moment (2002) het antwoord schuldig blijven.

Situatie na 2002

De integratie van zorg is ook na 2002 doorgegaan. Zo werd in 2003 de Archipel geopend. Dit is een Centrum voor wonen, zorg en welzijn en bestaat uit een gezondheidscentrum, een woonzorgcentrum, een dienstencentrum en café-restaurant. Het centrum levert zorg aan zo'n tienduizend bewoners van Almeerse Literatuurwijk en omgeving.

In 2008 werd een poliklinische apotheek, poli-apotheek de Brug, geopend in het ziekenhuis. Het is een initiatief van Zorggroep Almere en het Flevoziekenhuis. Patiënten met een recept van de specialist of na ontslag uit het ziekenhuis kunnen hun medicijnen snel in het ziekenhuis ophalen.

In hetzelfde jaar werd de spoedpost Almere geopend in het Flevoziekenhuis. Hier werken doktersassistenten, gespecialiseerde verpleegkundigen, (huis)artsen en medisch specialisten samen om 24 uur, 7 dagen in de week de juiste zorg te bieden. Voor EHBO en spoedrecepten kunnen patiënten tijdens kantooruren ook terecht bij hun eigen gezondheidscentrum.

In 2008 omvatte de Zorggroep Almere 23 gezondheidscentra, 2 gecombineerde verzorgings- en verpleeghuiscentra, 1 woonzorgcentrum en 1 gecombineerd gezondheids- en woonzorgcentrum.

De cruciale vraag, die zoals hiervoor vermeld de auteurs stelden, maar (nog) niet konden beantwoorden, is: is de geleverde zorg ook beter in termen van kwaliteit en/of kosten? Het antwoord hierop is niet eenduidig. Zo kost een patiënt met diabetes in Almere gemiddeld € 5000, terwijl het landelijk gemiddelde € 6800 bedraagt. Een hartpatiënt in Almere kost daarentegen € 8600 tegen landelijk € 1000. De zorgverzekeraar heeft berekend dat de gemiddelde Almeerder 20% goedkoper is dan de gemiddelde Nederlander, maar dat gewogen voor leeftijd, de kosten 3% hoger zijn. Het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen is hoger, maar van ziekenhuisvoorzieningen is lager en op het gebied van doelmatig voorschrijven staat Almere in Nederland op de tweede plaats.⁴¹ Al deze gegevens zeggen echter weinig als ze niet gereleerd worden aan de uiteindelijke gezondheidswinst die de zorgverlening oplevert in termen van vermindering van mortaliteit en morbiditeit.

Verspreiding van deze innovatie in Nederland

Kern van de innovatie is het bieden van integrale zorg in de wijk. Dit vereist een infrastructurele planning, die eigenlijk alleen bij nieuwe steden of wijken mogelijk is. Kansen lagen vooral bij nieuwe Vinex-wijken en bij stadvernieuwing. Uiteraard moet de politieke wil op gemeentelijk niveau aanwezig zijn voor deze aanpak, hetgeen afhankelijk is van de politieke verhoudingen. Deze kan in de loop van de tijd veranderen, waardoor de ontwikkeling op het ene moment wordt gestimuleerd en op een ander moment weer wordt afgeremd.

Sommige gemeenten kiezen voor een planmatige aanpak, zoals Amsterdam voor wat betreft IJburg, Utrecht bij Leidsche Rijn en Zwolle bij Stadshagen. Andere gemeenten kiezen voor een marktgerichte benadering. Zo heeft bijvoorbeeld Gemeente Tiel de beschikbare grond in het centrum in handen van projectontwikkelaars gegeven, waardoor het gezondheidscentrum aldaar 'verbannen' is naar een industrieterrein.

In IJburg, stadsdeel Zeeburg in Amsterdam, zijn in het Gezondheidscentrum Haveneiland onder één dak onder andere huisartsen, physician assistants, apotheek, thuiszorg, sociaal verpleegkundigen, verloskundigen, schoolgezondheidszorg, maatschappelijk werk, fysiotherapie, consultatiebureau, psychologen en psychiater ondergebracht. Daarnaast heeft het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis er een buitenpoli. Daarnaast zijn er vijf à zes zorgsteunpunten in ontwikkeling, waar verzorging en verpleging dicht bij de mensen wordt gebracht. Het is de bedoeling dat in de toekomst ook de buurtconciërge, de buurtregisseur van politie, een boodschappendienst en klussenhulp bij de zorgsteunpunten worden ondergebracht.

In de wijk Leidsche Rijn zijn 4 Julius Gezondheidscentra (Veldhuizen, Vleuterweide, Terwijde en Parkwijk). Deze centra werken samen met het Universitair Medisch Centrum Utrecht en het St. Antonius Ziekenhuis. Ook hier zijn onder één dak een veelheid aan disciplines beschikbaar, uiteraard huisartsenzorg, maatschappelijk werk, fysiotherapie, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, diëtisten etc., maar in bepaalde centra ook diensten als een consultatiebureau voor kinderen, een consultatiebureau voor ouderen, opvoedbureau GG&GD, een ouderenadviseur, psycholoog en psychosociaal team, schoolarts.

In het centrumgebied van Stadshagen in Zwolle is er een combinatiegebouw waarin een gezondheidscentrum (het Gezondheidshuis), een wijkdiensten-centrum en zorgappartementen zijn gehuisvest. Binnen het gezondheidscentrum zijn ook hier verschillende disciplines ondergebracht: de huisarts, nurse practitioner, praktijkverpleegkundige etc. De praktijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor de zorg van een aantal chronische aandoeningen, zoals COPD, diabetes en hart- en vaatziekten. De nurse practitioner heeft een eigen spreekuur voor veelvoorkomende klachten, zoals verkoudheid, hoesten, acute ooginfecties, rug- en gewrichtsklachten, huidafwijkingen, diarree, anticonceptie en kleine ongelukjes.

Gesteld kan worden dat veel van de hiervoor besproken en nog te bespreken innovaties op het terrein van geïntegreerde, transmurale, multidisciplinaire en ketenzorg in een of andere vorm ingang in de reguliere praktijk hebben gekregen in de besproken gezondheidscentra.

Analyse van de innovatie ‘ Samenhangende zorg in Almere’ op basis van ‘de twaalf factoren’

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: Evaluatie van het Experiment Gezondheidszorg Almere gaf aan dat de kwaliteit van de zorg beter was tegen gelijke kosten.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Die is aanwezig. Het heette niet voor niets Experiment Gezondheidszorg Almere, maar hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat het om een grootschalig project ging, waarvoor zowel bij de centrale als lokale overheid commitment bestond.
3. *Zichtbaarheid*: Het resultaat is goed zichtbaar in de vorm van gebouwen, de gezondheidscentra.
4. *Compatibiliteit*: De compatibiliteit is gering in termen van invoegen in een bestaande structuur. Het lukt dan ook alleen bij nieuwe steden en wijken, zoals Almere en Leidsche Rijn.
5. *Reinvention*: Deze mogelijkheid is zeker aanwezig. Zo hebben de projecten in Almere, Leidsche Rijn, IJburg etc. elk hun eigen invulling gekregen.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: De innovatie is gemakkelijk te communiceren. Het concept is eenvoudig en door iedereen gemakkelijk te begrijpen.
7. *Homogene groepen*: De kern is het bijeenbrengen van verschillende disciplines. De homogeniteit is dan ook gering.
8. *Opinionleaders*: In de beginfase hadden de projecten een duidelijke ideologische inslag met sterke opinionleaders.
9. *Cultuur*: Er was geen bestaande lokale cultuur, immers de stad bestond nog niet. Wel brachten de verschillende zorgaanbieders hun eigen cultuur mee. Een samenbindende factor was wel dat het project een sterke aantrekkingskracht had voor bevolgen zorgverleners.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: De innovatie omzeilde in het begin de financiële inpasbaar, door de steun van de centrale en lokale overheid.
11. *Infrastructuur*: Er bestond geen infrastructuur. De innovatie betrof juist het opzetten van een infrastructuur.
12. *Competitie*: Er was weinig competitie, simpelweg omdat er nog weinig concurrenten zich gevestigd hadden.

Conclusie

Dit is een innovatie die top-down, vanuit de centrale en lokale overheid in het kader van een specifieke visie en ideologie - de maakbaarheid van de samenleving - is ingevoerd. In tegenstelling tot veel, zo niet de meeste top-downbenaderingen, mag gesteld worden dat deze eigenlijk vrij succesvol geweest. Almere, maar ook Leidsche Rijn en de andere genoemde voorbeelden zijn broedkamers gebleken van allerlei zorgvernieuwingenprojecten. Maar ze hadden dan ook een voorsprong, want het is gemakkelijker om vanuit het begin samen te werken, dan vanuit een reeds bestaande infrastructuur van afzonderlijke zorgaanbieders cq. eilanden.

6 Structuren voor multidisciplinaire werken door medisch specialisten en verpleegkundigen

6.1 Multidisciplinaire zorg aan patiënten met vaatziekten: meer samenhang, meer preventie en voor de patiënt meer kwaliteit

Atherosclerose of aderverkalking is een aandoening van de bloedvaten - slagaders - waardoor deze vernauwd raken. Dit kan overal in het lichaam optreden. Indien dit in de kransslagader van het hart is, dan kan dit leiden tot pijn op de borst (angina pectoris) en bij een volledige afsluiting tot een hartinfarct waarbij een deel van de hartspier afsterft. Bij een vernauwing van de halslagader kunnen stolsels ontstaan, die kleine beroertes kunnen veroorzaken. De vernauwing kan ook optreden in de benen waarbij pijn bij lopen ontstaat. De atherosclerose kan ook de aorta in de buik aantasten en tot een verwijding ervan leiden (aneurisma van de abdominale aorta). Deze kan op een gegeven moment scheuren, met veelal dodelijke afloop.



Atherosclerose is een aandoening die zich niet beperkt tot één plaats in het lichaam. Het is dus van belang om behalve dat gedeelte dat klachten veroorzaakt, ook de andere delen van het lichaam te onderzoeken en om eventueel gevonden afwijkingen in een vroeg stadium te behandelen, waardoor klachten worden voorkomen.

Er zijn verschillende risicofactoren voor atherosclerose bekend, zoals diabetes mellitus, hyperlipidemie (hoog gehalte aan ongezonde vetten in het bloed), hoge bloeddruk en roken. Aanpak van deze risicofactoren kan het ontstaan en beloop van hart- en vaatziekten verlagen.

In 1996 werd in het UMC Utrecht onderzocht hoe de gangbare specialis-
tische praktijk was bij patiënten die verwezen waren naar het vaatcentrum
voor een vaatziekte of voor een risico hierop (vanwege hoge bloeddruk,
diabetes of hyperlipidemie). Nagegaan werd in hoeverre screening op risico-
factoren en atherosclerose elders in het lichaam plaatsvond. Bloedonderzoek
naar diabetes werd bij 35% van de vaatpatiënten gedaan en bij 81% van de
patiënten met hyperlipidemie of hypertensie. Bloedonderzoek naar hyper-
lipidemie werd bij 18% van de vaatpatiënten en bij 76% van de patiënten
met diabetes of hypertensie gedaan. Onderzoek naar een vernauwing van de
halsslagader of naar een aneurisma van de abdominale aorta werd bij minder
dan 6% van de vaatpatiënten gedaan.

Kern van de innovatie: Multidisciplinaire aanpak van preventie bij patiënten met perifere
vaatlidjen.

Naar aanleiding van deze resultaten werd gestart met het 'SMART-onder-
zoek', wat staat voor Second Manifestations of Arterial disease. Het betreft
een screeningsprogramma voor patiënten met een vaatlijden en patiënten
met sterk verhoogd risico door de aanwezigheid van risicofactoren.

De patiënten kregen een gestandaardiseerd onderzoek waarbij veel zaken
onderzocht worden. Naast bijvoorbeeld een ECG en bloedonderzoek werd
een echografie van de buik gemaakt voor het opsporen van een aneurisma,
duplexonderzoek naar vernauwing van de halsvaten. Verder werden een
aantal metingen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek verricht, zoals
bepaling van de nierlengte, de dikte van de wand van de halslagaders en de
hoeveelheid buikvet met behulp van echografie.

De uitslagen werden door het SMART-team verzameld en in een multi-
disciplinair overleg, waaraan een internist, vaatchirurg en cardioloog
deelnamen besproken, waarbij aanvullend advies werd gegeven gericht op
reductie van het risicoprofiel van de patiënt, bijvoorbeeld in de vorm van
leefstijladviezen en/of medicatie. De behandelend arts in het UMC Utrecht
en de huisarts van de patiënt werden van de bevindingen op de hoogte
gesteld.

Uiteindelijk is het onderzoek uitgegroeid tot een Vasculair preventie Pro-
gramma dat bestaat uit een zorgdeel, in de vorm van een multidisciplinaire
vaatpoli in het UMC Utrecht en een wetenschappelijk deel, het SMART-
onderzoek in engere zin.

Qua financiering merken de auteurs op dat deze dermate ingewikkeld is geworden dat een relatie tussen financiering en verleende zorg nauwelijks herkenbaar is. Financiële prikkels voor samenwerking ontbraken in het toen vigerende systeem.

Situatie na 2002

Het SMART-onderzoek is een langdurige studie die nog steeds loopt en inmiddels een veelheid aan wetenschappelijke artikelen heeft opgeleverd. Vanaf januari 2008 is binnen het Vasculair Preventieprogramma gestart met SMART-2. Ook deze screening wordt uitgevoerd met een zorginhoudelijk en wetenschappelijk motief. Het doel van SMART-2 is het beloop van atherosclerose en vasculaire risicofactoren in de tijd te bestuderen en de effecten van een eventuele eerdere behandeling te evalueren. De onderzoeksresultaten van SMART(-1) worden dan vergeleken met die van SMART-2. Daarnaast kan de effectiviteit van het multidisciplinair therapieadvies met behulp van nieuwe patiëntgegevens gecontroleerd worden.

De multidisciplinaire aanpak van vaatproblematiek is inmiddels door een aantal ziekenhuizen in Nederland opgepakt. Hierbij worden verschillende benamingen gebruikt. Het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven doopte in 2007 haar multidisciplinaire vaatpoli om in multidisciplinaire Vasculair-geneeskundige Poli (MVP). Het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen spreekt van een Vasculaire Preventiepoli. In een aantal ziekenhuizen zijn in het multidisciplinaire team ook vasculair verpleegkundigen actief.

Voor wat de inzet van vasculair verpleegkundigen is de aan het SMART-onderzoek gerelateerde VENUS-onderzoek interessant. In dit onderzoek werden patiënten in twee groepen verdeeld, waarbij de ene groep de standaardbehandeling kreeg en de tweede de standaardbehandeling plus begeleiding door een nurse practitioner cq. vasculair verpleegkundige. Na een jaar bleek de groep die door de nurse practitioner werd begeleid beter hun vasculaire risicofactoren te managen in termen van een lagere bloeddruk, lager cholesterolgehalte in het bloed en betere bodymass index, dan de controlegroep.

Het Nederlands Huisartsengenootschap heeft in 2003 de eerste herziening van de NHG-standaard Perifeer arterieel vaatlijden uitgebracht. Deze geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van deze patiëntengroep. In de richtlijn worden de indicaties aangegeven voor verwijzing naar '...zo mogelijk een multidisciplinair vaatteam en anders naar een vaatchirurg'. Het multidisciplinaire vaatteam heeft de voorkeur, maar men realiseert zich dat dit nog niet gemeengoed is in Nederland.

Wat de financiering betreft, ook het huidige DBC-systeem bevat weinig prikkels voor multidisciplinaire samenwerking.

Analyse van de innovatie 'Multidisciplinaire zorg aan patiënten met vaatziekten' op basis van 'de twaalf factoren':

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde van de aanpak is in wetenschappelijk onderzoek aangetoond.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: De innovatie is gemakkelijk uit te proberen.
3. *Zichtbaarheid*: Dat een aantal zorgverleners samenwerken is voor de buitenwereld niet zo goed zichtbaar.
4. *Compatibiliteit*: De werkzaamheden van de individuele zorgverleners verandert inhoudelijk niet veel. Nieuw is het overleg.
5. *Reinvention*: Deze is aanwezig. Het multidisciplinair overleg kan op verschillende manieren vorm gegeven worden, passend binnen de lokale situatie.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: Deze vindt voornamelijk plaats via wetenschappelijke artikelen.
7. *Homogene groepen*: Het team bestond initieel uit medisch specialisten van verschillende disciplines en deze vormen een vrij homogene groep. Met de intrede van nurse practitioners is de homogeniteit wat minder geworden.
8. *Opinionleaders*: De innovatie is ontwikkeld in een universitair centrum en wordt door een aantal hoogleraren uitgedragen.
9. *Cultuur*: In de medisch specialistische zorg is er nog veel sprake van een eilandencultuur, die de samenwerking belemmert.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: Dit is een lastig punt, want het gaat hier feitelijk om preventie die niet apart gedeclareerd kan worden.
11. *Infrastructuur*: De innovatie blijft in het algemeen binnen de muren van het ziekenhuis en is goed inpasbaar binnen de infrastructuur.
12. *Competitie*: Dit valt mee, de verschillende zorgverleners hebben elk hun eigen expertisegebied.

Conclusie

De multidisciplinaire zorg aan patiënten met vaatziekten, waar in 1996 in het UMC Utrecht een start mee is gemaakt, heeft inmiddels in een beperkt aantal ziekenhuizen ingang gevonden. Ook binnen het huidige financieringssysteem met DBC's ontbreken echte prikkels voor multidisciplinaire samenwerking.

6.2 Transmurale zorg voor de patiënt met kanker in de regio-Arnhem: meer kansen dan bedreigingen.

Eind jaren tachtig van de vorige eeuw was er een ziekenhuisfusiegolf, waaraan ook de drie ziekenhuizen in Arnhem, het St. Elisabeth Gasthuis, het Hervormd Diaconessenhuis en het Gemeenteziekenhuis, niet ontkwamen. Zij gingen in 1991 op in het Ziekenhuis Rijnstate. Fusies versterken vaak problemen binnen professionele organisaties, zoals onvoldoende afstemming en samenwerking tussen vakgroepen en vergroten spanningen samenhangend met de professionele autonomie. De vakgroep oncologie/hematologie richtte zich echter op de kansen die zo'n ziekenhuisfusie bood, namelijk het ontwikkelen van nieuwe zorgconcepten voor patiënten met kanker.



Kern van de innovatie: geïntegreerde, multidisciplinaire zorg voor patiënten met kanker.

In de periode 1990 - 1992 werd door de vakgroep een zorgvisie ontwikkeld.⁴² Begin jaren negentig werd verwacht dat met de zich in hoog tempo ontwikkelende informatietechnologie de patiënt mondiger en kritischer zou worden en dat zorg op maat een centraal thema zou gaan worden. De zorg moest de patiënt gaan volgen in plaats van omgekeerd. Rond diezelfde tijd bestond er binnen de verpleegkundige discipline een sterke wens tot professionalisering en differentiëring binnen het vakgebied.

Uiteindelijk werd gekozen voor een hooggespecialiseerde, multidisciplinaire en geïntegreerde afdeling oncologie/hematologie, bestaande uit een verpleegafdeling, dagbehandeling, polikliniek en een nog te ontwikkelen transmuraal deel, mogelijk voor palliatieve zorg. Binnen deze zorgketen rouleerden verpleegkundigen over de verschillende onderdelen. Hierdoor was er veel ruimte voor de ontwikkeling van persoonlijke ambities.

De visieontwikkeling bij de medisch specialisten lag complexer. Multi-disciplinair werken betekent dat de voor professionals kenmerkende een op een patiëntrelatie losgelaten moest worden en met andere vakgroepen, waaronder de verpleegkundigen, gedeeld zou moeten worden. Daarnaast betekent werken in een team meer overleg. Dit kost tijd en het stelt ook eisen aan communicatieve vaardigheden en het zich toetsbaar opstellen.

Een punt van discussie was ook de integratie van de snijdende en niet-snijdende vakgebieden op het terrein van de behandeling van kanker, met name voor wat de verpleegkundige zorg betreft. De oncologische kaakchirurgie nam het voortouw en toen dit succesvol bleek, volgden anderen, zoals de chirurgische, gynaecologische, urologische, KNO-, long- en neuro-oncologie en de radiotherapie.

Als positieve prikkel wordt het commitment van de Raad van Bestuur genoemd. Deze had een aantal speerpunten benoemd, waarvan de oncologie/hematologie er één was en had actief meegewerkt aan de visie- en strategieontwikkeling. Als negatieve invloed noemen de auteurs het overheidsbeleid in termen van het toenmalige structuur- en volumebeleid. Het beleid was onoverzichtelijk en onvoorspelbaar en de regelgeving verstikkend. De kwaliteitswetgeving werd daarentegen als positief ervaren, omdat kwaliteit binnen de zorgketen zich gemakkelijk laat toetsen.

De nieuwe zorgvisie werd in de periode 1992-1995 geïmplementeerd en was succesvol. In 1995 werd dit meegenomen naar de nieuwbouw van het ziekenhuis Rijnstate op de plaats van het oude Gemeenteziekenhuis.

De volgende stap was de integratie met de zorg buiten de muren van het ziekenhuis, de transmurale zorg. In eerste instantie gingen de gedachten uit naar ziekenhuisverplaatste zorg, zoals chemotherapie thuis, maar uiteindelijk werd gekozen voor palliatieve zorg in een netwerk, omdat dit voor de patiënt en diens naasten als belangrijkste werd gezien. Het netwerk palliatieve zorg regio Arnhem werd in 1998 gerealiseerd en bestond uit hospicebedden, (gespecialiseerde)thuiszorg, huisartsen en vrijwilligers. Het werd op projectbasis gefinancierd door een aantal organisaties: het Integraal Kankercentrum Oost te Nijmegen, het District op Orde project Groot Gelre te Elst, het ministerie van WVS en schenkingen. Later voegde zich daar een zorgverzekeraar bij.

De zorgketen werd in 1998 gevisiteerd,⁴³ waarbij de zorgcoördinatie in de keten en de deskundigheid als opvallend goed werden benoemd en ook de arbeidssatisfactie en ontplooiingsmogelijkheden werden positief bevonden. Negatief was het feit dat een zorgketendossier ontbrak, elke vakgroep hield zijn eigen dossier bij en onderlinge uniformiteit ontbrak.

De auteurs melden dat in de jaren 2000-2002 ruim dertig ziekenhuizen een bezoek aan het Rijnstate hebben gebracht om kennis te nemen van het nieuwe zorgmodel.

Situatie na 2002

Ook na de jaren tachtig van de vorige eeuw zijn de fusies van instellingen onverminderd doorgegaan. Eind 2001 gingen het ziekenhuis Rijnstate, de Kliniek Velp, Ziekenhuis Zevenaar en Verpleeghuis Zevenaar op in de Alysis Zorggroep. Zij werd daarmee één van de grootste zorgaanbieders van Nederland en is met bijna 6000 medewerkers de grootste werkgever van Arnhem en omgeving. De ketenzorg is niet meer beperkt tot de oncologie, maar strekt zich ook op andere terreinen uit, zoals een stroke unit en COPD-ketenzorg.

Over de verspreiding van keten en transmurale zorg binnen Nederland het volgende. In de casus in de hoofdstukken 4 en 5, waarin andere voorbeelden van keten en transmurale zorg zijn beschreven en geanalyseerd, is dit al aan de orde geweest.

Analyse van de innovatie 'Transmurale zorg voor de patiënt met kanker in de regio Arnhem'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde van de keten- en transmurale zorg is aangetoond, namelijk betere resultaten.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Het gaat om samenwerken, waarbij uitproberen goed mogelijk is.
3. *Zichtbaarheid*: Als de innovatie effectief is, verloopt de zorg 'gladjes' en is dan juist weinig zichtbaar.
4. *Comptabiliteit*: Werkprocessen moeten aangepast worden. In die zin is de comptabiliteit gering.
5. *Reinvention*: Er zijn goede mogelijkheden voor reinvention: de zorgketen kan aangepast worden aan de lokale omstandigheden.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: In beginsel is het heel eenvoudig de samenwerking op papier aan te geven, maar de communicatie in de praktijk is verre van eenvoudig. Het gaat om een complex proces van samenwerking tussen vele partijen.
7. *Homogene groepen*: Er zijn veel verschillende partijen bij betrokken. Er is dus geen sprake van homogene groepen.
8. *Opinionleaders*: Er zijn geen echt duidelijke opinionleaders.
9. *Cultuur*: Er is een 'eilandcultuur' die doorbroken moet worden.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: De keten strekt zich over eerste en tweede lijn, Zorgverzekeringswet, AWBZ en WMO uit, met allerlei financiële schotten tot gevolg. De financiële inpasbaarheid is dan ook gering.
11. *Infrastructuur*: De verschillende onderdelen van de zorg zijn aanwezig, maar de innovatie betreft juist het creëren van een samenwerkingsinfrastructuur.
12. *Competitie*: Bepaalde taken kunnen door verschillende professionals vervuld worden, bijvoorbeeld medisch specialist en nurse practitioner, zodat er een zekere competitie kan optreden.

Conclusie

Bij de eerdere voorbeelden van ketenzorg is reeds aangegeven dat de innovatie in beginsel voor de hand ligt en simpel lijkt: samenwerken. Maar dat is in de zorg, met een cultuur van individuele zorgverleners, niet eenvoudig. Daarnaast werkt de financiering vaak niet mee: de kosten en baten in de keten slaan vaak neer op verschillende plaatsen.

6.3 Dordtse traumazorg: ketenzorg op maat bij ongevallen en rampen.

Tot in de jaren negentig van de vorige eeuw was de traumazorg versnipperd. Elke zorgaanbieder - ambulancedienst, centrale meldpost ambulancevervoer (CPA), ziekenhuis - had zijn eigen protocollen voor het handelen. Zo ook in de regio Zuidwest-Nederland: voor de ambulancedienst bestonden acht verschillende protocollen. De patiënt met een trauma werd ter plaatse behandeld en naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht. Bij zeer grote ernstige en/of gecompliceerde ongevallen werd het lokale traumateam opgeroepen, maar dat bestond veelal uit de jongste arts-assistent.



Bij traumazorg in Nederland op landelijk bestuursniveau zijn twee ministeries betrokken, namelijk het ministerie van VWS en dat van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De eerste is verantwoordelijk voor de medische kant, de tweede voor politie en brandweer. In de nota 'Met zorg verbonden; naar een nieuwe structuur voor de ambulancezorg, traumazorg en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen' uit 1997 werd het gezamenlijk beleid uiteengezet. Kernpunten waren de totstandkoming van traumacentra en regionale ambulancevoorzieningen, met als uiteindelijke doel te komen tot een geïntegreerd systeem van traumazorg, waardoor de kwaliteit van de zorg zou toenemen in termen van minder dodelijke slachtoffers en minder blijvende invaliditeit. De kwaliteit van de zorg die in het eerste uur na een trauma wordt verleend, is bepalend voor de uitkomst: het gouden uur. De patiënt moet tijdig de juiste zorg ontvangen. Dit vergt een goede afstemming van de keten en het traumacentrum moest hier een centrale rol in gaan spelen.

In oktober 1998 zond de toenmalig minister Borst haar Beleidsvisie Traumazorg naar de Tweede Kamer. Hierin werden de taken en voorwaarden van een traumacentrum beschreven. Een jaar later wees zij tien ziekenhuizen aan die zich moesten ontwikkelen tot gespecialiseerde traumacentra.

In de regio Zuidwest Nederland, waarbij het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam een centrale rol vervult, werd de keten in kaart gebracht in tien stappen of onderdelen, die een patiënt die ernstig gewond raakt en naar het ziekenhuis wordt gebracht kan doorlopen. De eerste stap is de omstandershulp en alarmering via de Centrale Meldpost Ambulancevervoer (CPA). In stap 2 gaan de hulpdiensten naar de plek van het ongeval, waar de patiënt beoordeeld wordt (stap 3) en indien nodig acute hulp wordt verleend (stap 4). Vervolgens kan vervoer naar een ziekenhuis plaatsvinden (stap 5) met opvang op de Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) (stap 6). Een operatie kan nodig zijn (stap 7) en/of intensieve zorg (stap 8). Na 'gewone' verpleging (stap 9) kan nog poliklinische revalidatie nodig zijn (stap 10).

Bij elk van de stappen of onderdelen kunnen verschillende hulpverleners betrokken zijn: ambulancediensten, politie, huisartsen, gezondheidsdiensten etc.. Coördinatie van taken is dus uitermate belangrijk.

Zoals vermeld, speelt het Erasmus Medisch Centrum een centrale rol in Zuidwest-Nederland. Zij heeft een 24-uurs zorgtaak voor zwaargewonde patiënten en heeft daarvoor het Traumacentrum Zuidwest-Nederland opgericht. Het centrum heeft naast een coördinerende taak ook een functie als kenniscentrum en regionale traumaregistratie.

Halverwege de jaren negentig werden in de regio's Amsterdam en Rotterdam helicoptertraumateams (Mobiele Medische Teams - MMT's) opgezet. Deze werden door de ambulancediensten in eerste instantie als concurrenten gezien.

In 2001 ontwikkelden de Regionale ambulancediensten (RAV) Zuid-Holland-Zuid en Rotterdam-Rijnmond en het Traumacentrum een gezamenlijke visie ten aanzien van afspraken en onderlinge ondersteuning. De eerste praktische uitwerking was het regelen van de samenwerking op de plek van het ongeval tussen ambulancedienst en traumacentrum. Als bijvoorbeeld het MMT en de ambulance beide ter plaatse zijn, heeft de eerste ambulance de organisatorische leiding en de arts uit het MMT de medische.

Om wederzijdse acceptatie te verbeteren, maken ervaren ambulanceverpleegkundigen van de regionale ambulancediensten deel uit van het MMT en elke maand wordt een Trauma Audit Meeting gehouden aan de hand van praktijkervaringen.

De auteurs merken op dat anno 2002 veel is bereikt ten aanzien van de goede onderlinge verstandhouding, maar er wordt ook een aantal knelpunten gesignaleerd, zoals gaten in het bekostigingssysteem, teveel of in bepaalde gevallen juist te weinig regelgeving, onvoldoende geïntegreerd ministerieel beleid, waarbij de nadruk op rampenbestrijding te groot is, terwijl de dagelijkse zorg niet altijd gegarandeerd is. Zij vragen de overheid om een integraal beleid, niet alleen bij rampen en grootschalige ongevallen, maar juist voor de dagelijkse praktijk en om topdown de zorgketens voor spoedeisende zorg te blijven stimuleren.

Minister Borst had bij het aanwijzen van de gespecialiseerde traumacentra in 1999 aangegeven dat het functioneren ervan na twee jaar geëvalueerd moest worden. Dit onderzoek werd in 2001/2002 door het CVZ uitgevoerd. De conclusies waren niet positief. Een groot aantal zaken bleek niet goed geregeld te zijn.

Situatie na 2002

Het CVZ heeft in 2004 opnieuw een evaluatie naar het functioneren van de traumazorg verricht.⁴⁴ Het CVZ onderzocht of de beoogde regionale en landelijke netwerken daadwerkelijk tot stand zijn gebracht en in hoeverre de (landelijke) registratie is gerealiseerd. Verder is gekeken naar de stand van zaken rond de inzet van de Mobiele Medische Teams (MMT) en of er doelmatig is omgegaan met de ter beschikking gestelde financiële middelen. De conclusie was (opnieuw) vernietigend. Een citaat uit het persbericht van het CVZ op 21 februari 2005.⁴⁵

“Uit het nu gehouden onderzoek blijkt dat er, vijf jaar na de aanwijzing, nog steeds geen landelijk traumaregistratiesysteem operationeel is. De activiteiten die de traumacentra op dit gebied hebben ontwikkeld, zijn te omschrijven als

volstrekt onvoldoende. Ronduit verbijsterend noemt het CVZ de onduidelijkheid over de indeling van de traumaregio's. Al jaren geleden is afgesproken dat de grenzen van de traumaregio's parallel zouden moeten lopen met de grenzen van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). Nog steeds zijn er afwijkingen en bestaat er een voortdurende discussie over de indelingen, hetgeen de uitvoering van de zorg op zijn minst problematisch maakt. De afspraken die in 2002 werden gemaakt om gezamenlijk te komen tot de ontwikkeling van een landelijk en regionaal netwerk hebben nauwelijks tot iets geleid. Binnen de sector van de traumazorg ontbreekt het op dit moment aan overeenstemming over de vorm en inhoud van criteria voor de inzet van traumaheli's en MMT's. Een aantal traumacentra beschikt momenteel niet over een grondgebonden MMT (ambulancezorg)."

In april 2006 verscheen de tweede beleidsvisie voor de traumazorg, getiteld Beleidsvisie Traumazorg 2006- 2010. De minister concludeert dat er in de voorgaande jaren een stevige keten van goede traumazorg voor Nederland is opgezet. De vrijblijvendheid ten aanzien van de kwaliteit van de uitvoering en het bestaan van grote onderlinge verschillen in prestaties vindt hij echter ongewenst en dus pleit hij voor een betere onderlinge samenwerking, toepassing van standaarden en protocollen en het in volle omvang invoeren van en werken met het landelijk traumaregistratiesysteem.

Het UMC Utrecht heeft de kwaliteit van de traumazorg in de regio Utrecht onderzocht. De onderzoekers analyseerden daarvoor bijna zeventigduizend traumagevallen in twee periodes: tussen 1996 en 1998, toen er nog geen regionale traumazorg was en tussen 2003 en 2005 toen die er wel was. Uit het onderzoek bleek dat na de invoering een patiënt 16% minder kans heeft te overlijden als deze na een ongeluk in het ziekenhuis binnen gebracht wordt dan daarvoor. Zwaar gewonde patiënten worden daarbij naar een traumacentrum (level 1 ziekenhuis) gebracht, terwijl minder ernstige naar een level 2 of 3 ziekenhuis gaan. De patiënt wordt dus niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht, zoals vroeger het geval was, maar naar het ziekenhuis dat het best past bij de toestand van de patiënt.

In 2011 zal er opnieuw een evaluatie van de traumazorg in Nederland plaatsvinden. Dan zal bekend worden of de genoemde problemen inmiddels opgelost zijn.

Analyse van de innovatie 'Dordtse traumazorg: ketenzorg op maat bij ongevallen en rampen'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde van de ketenzorg is aangetoond. Er is een grotere overlevingskans van traumapatiënten.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Het gaat om samenwerken, waarbij uitproberen goed mogelijk is.
3. *Zichtbaarheid*: Als de innovatie effectief is, verloopt de zorg 'gladjes' en is dan juist weinig zichtbaar.
4. *Comptabiliteit*: Werkprocessen moeten aangepast worden. In die zin is de comptabiliteit gering.
5. *Reinvention*: Er zijn goede mogelijkheden voor reinvention. De zorgketen kan aangepast worden aan de lokale omstandigheden.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: In beginsel is het heel eenvoudig de samenwerking op papier aan te geven, maar de communicatie in de praktijk is verre van eenvoudig. Het gaat om een complex proces van samenwerking tussen vele partijen.
7. *Homogene groepen*: Er zijn veel verschillende partijen bij betrokken. Er is dus geen sprake van homogene groepen.
8. *Opinionleaders*: Er zijn geen echt duidelijke opinionleaders.
9. *Cultuur*: Er is een 'eilandencultuur' die doorbroken moet worden.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: De verschillende actoren hebben elk hun eigen financiering.
11. *Infrastructuur*: De verschillende onderdelen van de zorg zijn aanwezig, maar de innovatie betreft juist het creëren van een samenwerkingsinfrastructuur.
12. *Competitie*: In de casus komt duidelijk het competitieve element naar voren, bijvoorbeeld tussen ambulancediensten en MMT.

Conclusie

Bij de eerdere voorbeelden van ketenzorg is reeds aangegeven dat dergelijke innovaties in beginsel voor de hand liggen en simpel lijken: samenwerken. Maar dat is in de zorg niet eenvoudig. Bij de evaluatie van de traumazorg in 2004 bleek deze nog moeizaam te verlopen. Het is te hopen dat de evaluatie in 2011 een positief resultaat laat zien.

6.4 Samenhangend beleid voor spoedeisende ziekenhuisopnames in Eindhoven en wijde omgeving: nooit meer opnamestops

In de jaren negentig van de vorige eeuw werd de toegankelijkheid van zorg bedreigd door capaciteits- en beheersingsproblemen, wat zich uitte in wachtlijsten en opnamestops in ziekenhuizen. Deze wachtlijstproblematiek stond volop in de (politieke) belangstelling. Sinds 1997 werden extra financiële middelen ter beschikking gesteld voor het reduceren ervan, maar deze waren niet beschikbaar voor opnamestops in de acute zorg. Het ging hierbij om patiënten waarvoor na een behandeling op de Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) een acute opname noodzakelijk werd geacht.



Kern van de innovatie: Samenhangend beleid ten aanzien van spoedeisende ziekenhuisopnames in een regio

Vijf ziekenhuizen in de regio Zuidoost-Brabant - het Catharina Ziekenhuis en het Diaconessen Ziekenhuis in Eindhoven, het St. Joseph Ziekenhuis in Veldhoven, het St. Anna Ziekenhuis in Geldrop en het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond, die samenwerkten onder de naam Alliantie Ziekenhuizen Zuidoost-Brabant (AZZB) - besloten in 2001 om, in samenwerking met de universiteiten in Maastricht en Utrecht, de opnamestops te onderzoeken.

In de vijf ziekenhuizen werden opnamestops onderzocht op 28 verpleegafdelingen en de 5 SEH's voor vier specialismen: chirurgie, orthopedie, interne geneeskunde en longziekten.^{46,47} In de periode maart, april en mei 2001 waren er dagelijks opnamestops voor alle vier de specialismen, gemiddeld 10 per dag. Dit varieerde van sluiting van een afdeling tot een opnamestop voor een heel ziekenhuis. Op één van de vijf dagen is er op vier van de

vijf IC-afdelingen geen plaats. Eens in de twintig dagen is er nergens plaats voor intensive care-patiënten.

Nadere analyse leerde dat 1 op de 5 bedden niet voor de oorspronkelijke bestemming gebruikt werd. Deze waren of bezet door 'verkeerde bed patiënten' en patiënten die niet op de afdeling van het behandelend specialisme lagen of de bedden konden niet gebruikt worden, omdat ze gereserveerd of gesloten waren. Ruim een derde van de patiënten met een acute opname-indicatie is buiten het specialisme opgenomen. Door het grote aantal opnamestops op de vijf IC-afdelingen kon de traumaopvang in de regio niet gegarandeerd worden. Daarnaast ontbrak het aan noodzakelijke bedden capaciteit in geval van calamiteiten.

Er was een, niet met name genoemd, ziekenhuis, dat de minste opnamestops had en wel in staat was om acute patiënten op te nemen. Dit ziekenhuis had de meeste vrije bedden, de minste 'verkeerde-bedproblematiek, en vrijwel geen gesloten bedden. Verder had dit ziekenhuis het laagste aantal vacatures en zeer laag ziekteverzuim. Het had ook een aparte voorziening voor patiënten met een acute opname-indicatie en beschikte over een aparte afdeling voor verpleeghuiszorg. Dit geeft aan dat de wijze waarop de zorg georganiseerd is, van grote invloed is op de zorgverlening.

Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek werd in 2002 een grote werkconferentie georganiseerd, waarbij niet alleen Raden van Bestuur en medisch specialisten uit de ziekenhuizen, maar ook de ambulancezorg, huisartsen en zorgverzekeraars betrokken waren. Daar werd besloten dat totale regionale opnamestops niet meer voor mochten komen en dat elke acute patiënt binnen één van ziekenhuizen opgenomen moest kunnen worden. Daartoe werden twee werkgroepen ingesteld. De eerste hield zich bezig met de monitoring en evaluatie van opnamestops, de tweede met de intensive care. Een centrale website voor de regionale ziekenhuizen, huisartsen en ambulancedienst werd opgezet.

Situatie na 2002

De auteurs geven aan dat al in eind 2002 het aantal opnamestops in de regio afnam door een betere planning en afstemming tussen de ziekenhuizen. Daarnaast is, zoals in de vorige casus beschreven, de organisatie van de traumazorg in Nederland in die tijd ook veranderd. Zo is het St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg inmiddels aangewezen als traumacentrum.

Wachlijsten en opnamestops, niet alleen voor de acute zorg, waren eind jaren negentig van de vorige eeuw een groot probleem. In januari 2000 vond het Treekoverleg, vernoemd naar een bosgebied in de buurt van Amersfoort, plaats. Aan dit overleg namen de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Orde van Medisch Specialist, de Landelijke Huisartsenvereniging, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, de toenmalige brancheorganisatie van de verpleeg- en verzorgingshuizen

Arcaris, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Maatschappij voor Tandheelkunde, het Paramedisch Verband en Zorgverzekeraars Nederland deel. Deze partijen bereikten overeenstemming over streefnormen en maximale wachttijden voor niet-acute zorg, die per 1 januari 2003 gerealiseerd moesten zijn, bijvoorbeeld maximaal 3 dagen voor huisartsenzorg, maximaal 4 weken voor de medisch specialist en poliklinische behandeling en maximaal 7 weken voor een klinische behandeling. Veel verzekeraars nemen deze normen inmiddels mee in hun DBC-onderhandelingen met instellingen. In dit kader kan ook opgemerkt worden dat de wijziging in het bekostigingssysteem, waarbij er niet meer op basis van bezette bedden cq. ligdagen wordt gefinancierd, maar op basis van DBC's, ook heeft bijgedragen aan reductie van het beddentekort, voor zowel de acute als niet-acute zorg. Het is nu niet meer financieel lucratief bedden bezet te houden. Dit was ook een stimulans om steeds meer behandelingen poliklinisch te doen plaatsvinden en de duur van klinische opnamen te verkorten. De gemiddelde ligduur voor de acute zorg in de periode 2000-2005 is in Nederland sterker afgenomen dan in de meeste andere OECD-landen, maar ligt nog wel iets boven het OECD-gemiddelde.⁴⁸

Vanaf 2006 is het voor de patiënt mogelijk wachttijden van verschillende ziekenhuizen te zien op de website Kiesbeter.nl. Echter tot op heden staat er nog bij veel instellingen 'geen wachttijdinformatie'. De wachttijden zijn nog steeds een punt van zorg.⁴⁹ Eind 2009 onderzocht de Volkskant de wachttijden in de zorg. Het bleek dat er voor behandelingen in het B-segment, waarbinnen marktwerking en vrije prijzen gelden, de wachttijden relatief kort waren, maar voor die in het A-segment langer dan de officiële norm. Zo kon de wachttijd voor een complexe schouderoperatie oplopen tot langer dan een jaar, terwijl een eenvoudige knieoperatie binnen vier weken kan gebeuren.

Opnamestops voor acute zorg komen thans, gelukkig sporadisch voor. Als ze voorkomen is dat veelal aanleiding tot kamervragen, bijvoorbeeld naar aanleiding van de volledige opnamestop voor barende vrouwen met pathologie cq. acute problematiek in de ziekenhuizen in Vlissingen en Goes, waarbij betrokkenen is geadviseerd uit te wijken naar Terneuzen op 26 juni 2009.⁵⁰

Analyse van de innovatie 'Samenhangend beleid voor spoedeisende ziekenhuisopnamen in Eindhoven en wijde omgeving'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde van een samenhangend beleid voor ziekenhuisopnamen is aannemelijk; het aantal opnamestops nam af.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Het gaat om samenwerken, waarbij uitproberen goed mogelijk is.

3. *Zichtbaarheid*: Als de innovatie effectief is, zijn er minder opnamestops. De zorg verloopt dan ‘gladjes’ en is dan juist weinig zichtbaar.
4. *Compatibiliteit*: Werkprocessen moeten aangepast worden. In die zin is de compatibiliteit gering.
5. *Reinvention*: Er zijn goede mogelijkheden voor reinvention. De zorgketen kan aangepast worden aan de lokale omstandigheden.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: Het gaat om een complex proces van samenwerking tussen vele partijen.
7. *Homogene groepen*: Er zijn veel verschillende partijen bij betrokken. Er is dus geen sprake van homogene groepen.
8. *Opinionleaders*: Er zijn geen echt duidelijke opinionleaders.
9. *Cultuur*: Er is een ‘eilandencultuur’ die doorbroken moet worden.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: Het gaat hier om regulier gefinancierde zorg. De innovatie is dan ook goed inpasbaar.
11. *Infrastructuur*: De verschillende onderdelen van de zorg zijn aanwezig, maar de innovatie betreft juist het creëren van een samenhangend beleid.
12. *Competitie*: In beginsel zijn de ziekenhuizen concurrenten van elkaar, maar omdat de vraag naar zorg groter is dan het aanbod is deze niet echt aanwezig.

Conclusie

Het onderzoek naar de opnamestops voor de acute zorg in een vijftal ziekenhuizen in de regio Zuidoost-Brabant bracht een aantal problemen pregnant naar voren en gaf de aanzet voor een samenhangende aanpak, waardoor de opnamestops teruggedrongen konden worden. Voor wat de wachtlijsten in de zorg in zijn algemeenheid betreft, kan worden gesteld dat die thans voor behandelingen in het B-segment binnen de normen blijven, maar in het A-segment na al die jaren nog steeds problematisch zijn. Opnamestops voor de acute zorg komen gelukkig nog slechts sporadisch voor.

7 Nieuwe publieke infrastructuur

7.1 De landelijke vaccinatiedag tegen meningokokken C: van consternatie tot slagvaardige campagne.



Meningokokkenziekte wordt veroorzaakt door de meningokokbacterie (officiële naam: *Neisseria meningitidis*). Een infectie kan leiden tot hersenvliesontsteking (meningitis) of bloedvergiftiging (sepsis) met ernstige, vaak fatale gevolgen. In 20 tot 30% van de ziektegevallen zijn er ernstige, blijvende restverschijnselen, zoals motorische problemen, leer- en gedragsproblemen en verlies van lichaamsdelen, zoals handen en voeten. 10 tot 20% van de infecties heeft een dodelijke afloop. De ziekte kan zich zeer snel ontwikkelen: in zes tot twaalf uur kan een kerngezond mens hieraan sterven. In de meeste gevallen gaat het om jonge kinderen en adoles-

centen. Meningokokken zijn gevoelig voor antibiotica, maar omdat de ziekte zo snel verloopt, komt de behandeling vaak te laat.

Kern van de innovatie: Op korte termijn organiseren van een grootschalige vaccinatie.

Bacteriële hersenvliesontsteking wordt niet alleen door meningokokken veroorzaakt, maar ook door bijvoorbeeld *Haemophilus influenzae* type b (Hib). Hib is verantwoordelijk voor ca. 25% van de bacteriële hersenvliesontstekingen. Vooral kinderen onder de 5 jaar zijn kwetsbaar, met een sterfte van 5 tot 10%. In 1993 kregen ongeveer 700 kinderen jonger dan vijf jaar een ernstige Hib-infectie. In 1993 worden kinderen op de leeftijd van 2, 3, 4 en 11 maanden tegen Hib gevaccineerd. Hierdoor is het aantal sterfgevallen gedaald naar ongeveer 16 per jaar.⁵¹

De meningokokkenziekte kan door verschillende subgroepen van de meningokok worden veroorzaakt: groep A, B en C. In Nederland werd tot het begin van deze eeuw 80 tot 90 % van de meningokokken veroorzaakt door de meningokok B en 10 tot 15% door meningokok C. Sinds 2001 begon het aandeel van deze laatste groep sterk toe te nemen: in 2001 was het aandeel 38% en steeg in januari/februari 2002 tot 45%. Bovendien komt meningokokken C doorgaans in clusters voor, wat nog extra onrust veroorzaakt.⁵² Zo

werden in februari 2002 verhoogde aantallen gevallen in de Bommelerwaard en Rosmalen geconstateerd en in het dorp Soerendonk in Brabant overleden twee kinderen.

Er waren reeds een aantal jaren vaccins tegen verschillende meningokokken-subgroepen beschikbaar, maar deze boden slechts kort bescherming en bij jonge kinderen was de bescherming altijd onvoldoende. In 2001 kwamen vaccins beschikbaar die ook bij jonge kinderen effectief waren en langdurige bescherming boden.

Op 9 januari 2002 bracht de Gezondheidsraad het advies Algemene vaccinatie tegen meningokokken C en pneumococci uit. De raad adviseerde vaccinatie tegen meningokokken C en pneumokokken op zo kort mogelijke termijn. Door de uitbraak in februari 2002 besloot de minister van Volksgezondheid Borst tot een vaccinatie van alle Nederlandse jongeren tot 19 jaar. Zij vroeg de Landelijke Huisartsen Vereniging en GGD Nederland op 15 maart om een offerte voor een grootschalige spoedvaccinatie. De LHV diende geen offerte in, maar GGD Nederland bracht binnen twee weken offerte uit. Het voorstel bestond uit een decentrale organisatie en uitvoering door de GGD'en, aangevuld met een landelijke coördinatie door GGD Nederland in nauwe samenspraak met de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (LCI). De centrale coördinatie bestond uit onder andere het centraal afstemmen en afspreken van de communicatie, publieksvoorlichting en opstellen van eenduidige richtlijnen.

Op 9 april gaf de minister het groene licht. De campagne ging van start. Omdat er niet genoeg vaccins beschikbaar waren om alle kinderen op hetzelfde moment te vaccineren, werden eerst kinderen van 12 maanden tot en met 5 jaar en van 15 tot 19 jaar in de periode van 1 juni tot 17 juni gevaccineerd en in de periode van 2 september tot 15 oktober de kinderen van 6 tot 15 jaar. In totaal betrof het ca. 3 miljoen kinderen. De vaccinatiegraad bedroeg uiteindelijk ongeveer 92%. De kosten van de operatie waren ca. € 80 miljoen euro. Tijdens zo'n 1200 'prikdagen' werden 6500 medewerkers ingezet.

Situatie na 2002

De meningokokken-C-vaccinatie is in 2002 ook in het Rijksvaccinatieprogramma opgenomen en kinderen krijgen het vaccin als ze 14 maanden oud zijn, tegelijk met de BMR-prik (tegen bof, mazelen en rodehond).

Gesteld kan worden dat de landelijke vaccinatiecampagne tegen meningokokken C in 2002 een succes is geweest. In enkele maanden werd de doelgroep gevaccineerd met een vaccinatiegraad van meer dan 90%. Bij de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker liep het echter anders.

Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker

Aan baarmoederhalskanker ligt een infectie met het humaan papiloma virus (HPV) ten grondslag. Er bestaan meer dan 100 verschillende subtypen. Hiervan zijn er tenminste 13 kankerverwekkend, de zgn. hoogrisico-HPV-typen (hrHPV). De meerderheid van de vrouwen raakt tijdens het leven met hrHPV besmet, maar in de meeste gevallen zonder verschijnselen. In een aantal gevallen wordt de infectie echter chronisch en kunnen voorstadia van baarmoederhalskanker ontstaan, die vaak genezen, maar in een aantal gevallen resulteren in baarmoederhalskanker. Elk jaar krijgen in Nederland tussen de 600 en 700 vrouwen baarmoederhalskanker. Daarvan overlijden er 200 tot 250.

Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw bestaat er een screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker - het uitstrijkje - voor vrouwen tussen de 30 en 60 jaar. De sterfte aan baarmoederhalskanker is sinds de introductie van dit programma sterk gedaald. De helft van de 200 tot 250 vrouwen die jaarlijks aan baarmoederhalskanker overlijden heeft deelgenomen aan dit screeningsprogramma. Bij hen heeft de screening niet gewerkt.

Eind 2006 kwamen twee vaccins op de markt tegen HPV. Het ene is werkzaam tegen HPV typen 6, 11, 16 en 18, het andere alleen tegen 16 en 18. De typen 16 en 18 veroorzaken ca. 70% van alle gevallen van baarmoederhalskanker.

Op 1 april 2008 bracht de Gezondheidsraad het advies Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker uit. Geadviseerd werd de vaccinatie op te nemen in het Rijksvaccinatieprogramma en meisjes op de leeftijd van 12 jaar te vaccineren. Dit advies werd overgenomen door de minister. Daarnaast kwamen er inhaalvaccinaties voor meisjes van 13 tot en met 16.

Op 10 februari 2009 gingen de inhaalvaccinaties voor 13 tot en met 16-jarigen tegen HPV 16 en 18 van start. Ruim 380.000 meisjes kregen een uitnodiging. Deze was eenmalig. Het RIVM voerde de regie, coördineerde uitvoering en communicatie en bewaakte effectiviteit en veiligheid. De uitvoering vond plaats door thuiszorgorganisaties en GGD'en.

Het verloop van de vaccinatie verliep echter anders dan verwacht. In de eerste week van de vaccinatie was de opkomst 60%. Deze daalde in de tweede en derde week naar 47% respectievelijk 43%. Uiteindelijk heeft in 2009 45% van de doelgroep de volledige vaccinatie, drie prikken, voltooid. De regionale opkomst varieerde van 31 tot 61% en de opkomst bij Marokkaanse meisjes was 24%.⁵³ Daarop is besloten na 1 april 2010 de vaccinatie te herhalen. De vaccinatie is vervolgens uitgesteld vanwege de hierna te bespreken Mexicaanse griep. Uit de eerste landelijke opkomstcijfers van 28 april blijkt dat 53% van de meisjes de eerste vaccinatie heeft gehaald. Van de meisjes geboren in de periode 1993-1996 die vorig jaar nog niet (volledig)

gevaccineerd waren en die opnieuw een uitnodiging hadden gekregen kwam 16% alsnog.⁵⁴

Dit zijn geheel andere opkomstpercentages dan bij de eerder genoemde meningokokkenvaccinatie. Een belangrijke oorzaak is gelegen in de opkomst van de social media op het internet (web 2.0). Op veel sites zoals hyves vonden discussies plaats (bijvoorbeeld hpv-vaccin.hyver.nl, meldpunthpv.hyves.nl, vaccinatie.hyves.nl). Indianenverhalen over bijwerkingen van het vaccin deden de ronde. Een Amerikaanse vader zette een filmpje op Youtube met een waarschuwing tegen de vaccinatie. Hij claimde zijn dochter te hebben verloren door het vaccin. Maar ook vanuit wetenschappelijke hoek, in binnen- en buitenland, was er kritiek op de vaccinatie. In het Amerikaanse wetenschappelijk tijdschrift JAMA waren kritische artikelen verschenen^{55,56,57} alsmede in Medisch Contact.⁵⁸

De officiële website van het RIVM (www.prikenbescherm.nl/) kon daar niet tegenop. Inmiddels zijn web 2.0 modaliteiten in de website opgenomen, maar dit heeft kennelijk niet zoveel effect; de vaccinatiegraad blijft rond de 50% schommelen.

Meer informatie over de nieuwe maatschappelijke ontwikkeling waarbij burgers participeren in internetcommunities en de mogelijke effecten voor de gezondheidszorg is te vinden in het advies Gezondheid 2.0 van de RVZ.⁵⁹

Mexicaanse griep

In 2009 kwam de Mexicaanse griep, officieel Nieuwe Influenza A (H1N1) genoemd, opzetten en in juni 2009 besloot de minister van VWS om 34 miljoen doses vaccin te bestellen. In november 2009 ging de massale vaccinatie van ouderen, risicogroepen en kinderen tussen 6 maanden en 4 jaar van start.

Voor de vaccinatiecampagne voor de Mexicaanse griep, die de tweede week van november 2009 van start ging, trok de overheid lering uit het HPV-debâcle. Ook hier dreigde een negatieve campagne op internet te ontstaan met websites als prikmijmaarlek.nl en stopthevax.com en clips op Youtube. Indianenverhalen als dat er microchips bij de vaccinatie ingespoten zouden worden deden de ronde. De overheid richtte een informatiesite www.griep-pandemie.nl in en op weblogs en discussiefora werden banners geplaatst met verwijzingen naar deze site. Het uiteindelijke opkomstpercentage voor de griepvaccinatie lag op 72%. Na de zeer mild verlopen griep epidemie is er een discussie ontstaan over de invloed van de farmaceutische industrie op de besluitvorming ronde de vaccinatie. Zo richt de Raad van Europa een beschuldigende vinger naar de World Health Organisation en overheden.⁶⁰

Analyse van de innovatie 'Landelijke vaccinatiecampagne tegen meningokokken C'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde van de innovatie is duidelijk: minder invaliditeit en doden door meningokokkenziekte
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: De landelijke vaccinatiecampagne moet in een keer goed gaan.
3. *Zichtbaarheid*: De aandoening waartegen gevaccineerd werd was duidelijk zichtbaar, met name berichten in de media van kinderen die aan meningokokkenziekte overleden.
4. *Compatibiliteit*: De inhaalvaccinatie valt buiten het routine Rijksvaccinatieprogramma. De compatibiliteit is gering.
5. *Reinvention*: De wijze van organisatie kan aangepast worden aan de lokale omstandigheden.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: Het gaat om een complex proces van samenwerking tussen vele partijen.
7. *Homogene groepen*: Er zijn veel verschillende partijen bij betrokken, maar de belangrijkste actoren, de GGD'en vormen een homogene groep.
8. *Opinionleaders*: Er zijn opinionleaders in de vorm van hoogleraren en de Gezondheidsraad.
9. *Cultuur*: Binnen de GGD'en bestond in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma reeds een 'vaccinatiecultuur'.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: In eerste instantie was er onduidelijkheid over de financiering, maar dit werd opgelost.
11. *Infrastructuur*: De infrastructuur in de vorm van GGD Nederland en de lokale GGD'en was aanwezig.
12. *Competitie*: Deze was afwezig. Alleen GGD Nederland had offerte uitgebracht.

Conclusie

De vaccinatiecampagne voor de meningokokken C-vaccinatie in 2002 was een succes. Met name door de opkomst van de sociale media op het internet is het landschap echter sterk veranderd. De lage opkomst bij de HPV-vaccinatie was het eerste voorbeeld. Over de HPV-vaccinatie was in wetenschappelijke kring discussie, evenals over de noodzaak van de tweede griepvaccinatie. Verder is na de recente Mexicaanse griepvaccinatie, vooral internationaal, discussie ontstaan over de invloed van de farmaceutische industrie op het vaccinatiebeleid. Deze zaken worden door de sociale media snel opgepikt en ondermijnen het vertrouwen in de overheid. Dit terwijl dit vertrouwen cruciaal is voor het welslagen van vaccinatiecampagnes. Gesteld kan worden

dat door de opkomst van sociale media nieuwe vaccinatiecampagnes een stuk ingewikkelder zijn geworden.

7.2 Het Leidsche Rijn Gezondheidsproject: zorgvernieuwing toetsen met dagelijks verzamelde gegevens



Veel van de zorgverlening is vanuit wetenschappelijk perspectief nog weinig evidence based. Ook innovaties in de zorg zijn vaak

ingevoerd zonder voorafgaande empirische beoordeling van de effectiviteit, aldus de auteurs. Er is een paradox: enerzijds is er een tekort aan informatie, terwijl anderzijds in de routinezorg een enorme hoeveelheid gegevens worden gegenereerd. De kennis ligt feitelijk voor het oprapen en het Leidsche Rijn Gezondheidsproject (LRGP) is in het leven geroepen om dit daadwerkelijk te doen.

Kern van de innovatie: Wetenschappelijk onderzoek op basis van uit de dagelijkse zorgpraktijk verkregen gegevens, gekoppeld aan een aantal gezondheids- en andere kenmerken van deelnemers.

Het LRGP is een grootschalig en langlopend onderzoek naar de gezondheid en het gezondheidsverloop van de bewoners van de wijk Leidsche Rijn. In paragraaf 5.3 over de samenhangende zorg in Almere, zijn de gezondheidscentra in de nieuwe woonwijk Leidsche Rijn in Utrecht reeds kort besproken. Het project is een samenwerkingsverband tussen zorgaanbieders, met name de huisartsen van de gezondheidscentra, en het Julius Centrum van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Getracht wordt vragen te beantwoorden over de oorzaken van ziekte en factoren die de gezondheid beïnvloeden. Tevens biedt het de mogelijkheid om effecten van verschillende vormen van zorg en veranderingen in de organisatie van de zorg te beoordelen. Gegevens worden van verschillende informatiebronnen betrokken, zoals eerste lijn, jeugdgezondheidszorg, tweede lijn, revalidatie, verpleeg- en verzorgingshuizen.

Het vernieuwende van het project is dat er gebruik gemaakt wordt van gegevens die in het kader van de reguliere zorg worden verzameld. De patiënt hoeft niet frequent en actief aan apart wetenschappelijk onderzoek mee te doen. Los van het zorggebruik worden gegevens van de deelnemers geregistreerd, het zogeheten Individueel Gezondheids Profiel (IGP). Het gaat om de medische voorgeschiedenis, geneesmiddelengebruik en risicofactoren. Deze vormen het uitgangspunt voor een verdere follow-up op basis van de gegevens uit de routinezorg. Er zijn in Nederland nog andere langlopende gezondheidsonderzoeken, zoals het Erasmus Rotterdam Gezondheid Onderzoek (ERGO-onderzoek). Dit onderzoek ging in 1990 in de Rotterdamse

wijk Ommoord van start. Alle bewoners van 55 jaar en ouder werden benaderd voor deelname. Vanaf eind 2005 is de leeftijdsgrens op 45 jaar gesteld en doen ca. 15.000 mensen aan het onderzoek mee. Het verschil met het LRGP is dat er specifieke onderzoeken bij de deelnemers uitgevoerd worden, zoals een MRI-scan of meting van de oogdruk, terwijl het LRGP uitgaat van in de routinezorg verkregen gegevens. Wat dit betreft, is het LRGP uniek in Nederland.

Wereldwijd is er een aantal met het LRGP vergelijkbare projecten. Het meest bekend is de Framingham-studie.⁶¹ Sinds 1948 vindt in de plaats Framingham in de staat Massachusetts in de VS een bevolkingsonderzoek plaats naar hart- en vaatziekten en herseninfarcten. Het doel van de studie is om meer inzicht te krijgen in de factoren die leiden tot het krijgen van hart- en vaatziekten. De studie loopt nog steeds en is inmiddels uitgebreid naar andere delen van de VS. Het onderzoek heeft belangrijke resultaten opgeleverd. Zo werd in 1960 gevonden dat roken een verhoogd risico geeft op hart- en vaatziekten. In 1961 kwamen daar hoog cholesterolgehalte en hoge bloeddruk bij. In 1988 vond men dat een hoog HDL-cholesterolgehalte in het bloed het risico verminderde en in 1990 werd het homocysteïnegehalte in het bloed als mogelijke risicofactor aangemerkt. De indicatiestelling voor de behandeling van een verhoogd cholesterolgehalte in Nederland is grotendeels gebaseerd op de resultaten van de Framingham-studie.

Andere voorbeelden zijn de grote Health Maintenance Organistaties, zoals Kaiser Permanente en Puget Sound in de VS, die grote hoeveelheden gegevens verzamelen, onder andere over de waarde van geïntegreerde en transmurale zorg. De voorbeelden illustreren het grote belang van dergelijk onderzoek voor de verbetering van de zorgverlening.

Het LRGP is begonnen in 2000 met een pilot. Begin 2001 is gestart met de implementatiefase en het project bestaat organisatorisch uit twee organen: de projectgroep en de adviesraad. Hiernaast is een Commissie van Toezicht ingesteld die beoordeelt of onderzoeksvoorstellen voldoen aan de privacyregels van het project. De projectgroep is het centrale punt in de organisatie. Zij is verantwoordelijk voor de financiering en voor het aantrekken en uitvoeren van het onderzoek. Subsidiegevers zijn onder andere het ministerie van VWS, de Universiteit Utrecht, de Provincie Utrecht, ZonMw en het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Aan de gezondheidscentra is een research-verpleegkundig team toegevoegd dat zich bezighoudt met het Individueel Gezondheids Profiel, de gegevensverzameling en met kwaliteitsmanagement en patiëntencontacten ten behoeve van het onderzoek. In samenwerking met de huisartsen in de wijk worden nieuwe bewoners uitgenodigd voor deelname. Er bestaan structurele relaties met diverse vakgroepen van de Universiteit Utrecht, regionale ziekenhuizen en zorginstellingen, GG&GD Utrecht, het RIVM en het Trimbos Instituut.

Situatie na 2002

Op 3 september 2003 werd de 5000^{ste} deelnemer aan het project geselecteerd. Uiteindelijk zullen er ca. 80.000 mensen in Leidsche Rijn wonen en verwacht wordt dat zo'n 60% mee zal doen. Belangrijke onderzoeksthema's zijn luchtwegproblemen, infectieziekten, hart- en vaatziekten en psychische stoornissen.

Zo is er het 'Whisler-project', waarin gekeken wordt naar luchtwegproblemen bij pasgeborenen en kinderen. Nagegaan wordt of het mogelijk is te voorspellen welke gezonde baby's later ademhalingsproblemen krijgen.

Van recente datum is het Gewichtsprogramma Leidsche Rijn (GPLR). In de wijk bleken relatief veel mensen met overgewicht te wonen. Doel van het project is gewichtsreductie te bereiken en het risico op hart- en vaatziekten te verkleinen. Het is een multidisciplinair project van huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten met als uiteindelijk doel een evidence-based multidisciplinair protocol te ontwikkelen.

De auteurs merkten op dat voor het project een optimale ondersteuning door adequate informatietechnologie noodzakelijk is. In eerste instantie vond een deel van de procedures nog op papier plaats, maar inmiddels vormt het elektronisch medisch dossier van de huisarts, het huisartseninformatiesysteem (HIS), de kern van het zorgdossier. Ziekenhuizen en apothekers voegen hun eigen informatie aan het dossier toe en er zijn aansluitingen met registratiesystemen van thuiszorginstellingen en de GG&GD. De geanonimiseerde gegevens uit deze dossiers vormen een wetenschappelijke goudmijn voor onderzoekers.

Voor wat de verdere verspreiding van de innovatie in Nederland betreft, kan het antwoord kort zijn. Het LRGP was en is nog steeds uniek in Nederland. De reguliere zorg genereert dagelijks een grote hoeveelheid gegevens die ten behoeve van de individuele zorgverlening in zorgdossiers worden vastgelegd. Deze gegevens kunnen moeilijk voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt worden wegens het gebrek aan standaardisatie. De huisartsen leggen weliswaar vrijwel allemaal de gegevens vast in een elektronisch systeem, maar de HIS'en leggen de gegevens op een verschillende wijze vast. In ziekenhuizen worden veel gegevens nog op papier vastgelegd en ook daar zijn verschillende ziekenhuisinformatiesystemen in omloop en ontbreekt het aan standaardisatie.

Analyse van de innovatie 'Het Leidsche Rijn Gezondheidsproject'

Hierbij wordt de in paragraaf 1.2 vermelde opsomming gehanteerd:

Kenmerken van de innovatie

1. *Meerwaarde*: De meerwaarde van de innovatie is duidelijk. Zij levert waardevolle wetenschappelijke informatie op ten behoeve van evidence-based medicine.
2. *Mogelijkheid tot uitproberen*: Het is mogelijk om met een kleine pilot van start te gaan en dan uitbouwen
3. *Zichtbaarheid*: In de kern gaat het om gegevensverzameling en verwerking. Dit is weinig zichtbaar.
4. *Compatibiliteit*: De kern van de innovatie is juist om aan te sluiten bij de dagelijkse zorgverlening. In die zin is de compatibiliteit groot
5. *Reinventie*: De wijze van organisatie kan aangepast worden aan de lokale omstandigheden.

Kenmerken van de toepasser en zijn omgeving

6. *Communicatie*: Het gaat om een complex proces van samenwerking tussen vele partijen.
7. *Homogene groepen*: Er zijn veel verschillende partijen bij betrokken, maar de belangrijkste actoren, de huisartsen die het HIS bijhouden, vormen een homogene groep.
8. *Opinionleaders*: Er is een aantal hoogleraren die het project trekken. Er zijn dan ook duidelijke opinionleaders.
9. *Cultuur*: De innovatie past binnen de 'nieuwe cultuur' in de nieuwbouwwijk.

Kenmerken van het zorgsysteem

10. *Financiële inpasbaarheid*: Het gaat hier om wetenschappelijk onderzoek, waarvoor reguliere financieringskanalen, zoals ZonMw, bestaan.
11. *Infrastructuur*: De infrastructuur van de gezondheidscentra wordt letterlijk tegelijkertijd met de wijk gebouwd.
12. *Competitie*: Er is niet veel competitie, de huisartsen, die de spil in de informatievoorziening zijn, zijn een homogene groep.

Conclusie

Het Leidsche Rijn Gezondheidsproject is een geslaagde innovatie die tot de dag van vandaag loopt. Het was en is evenwel uniek in zijn soort in Nederland. Cruciaal voor de toepassing van de innovatie is de vastlegging van de gegevens die uit de dagelijkse zorgverlening voortvloeien op een gestandaardiseerde wijze in een elektronisch medisch dossier. Deze standaardisatie ontbreekt in de rest van Nederland, waardoor de beschreven innovatie geen brede ingang kan vinden. Een grote hoeveelheid voor de wetenschap waardevolle gegevens blijft hierdoor helaas onbereikbaar.

8 Discussie

8.1 Inleiding

Zoals in de inleiding in paragraaf 1.1 is aangegeven, was de kernvraag in het boek *Moderne patiëntenzorg in Nederland: waarom innovaties in de zorg zo traag worden ingevoerd*, trager dan in veel andere sectoren. Met innovatie wordt in deze context het invoeren van bewezen verbeteringen bedoeld, immers niet elke vernieuwing behoeft een verbetering te zijn. Hierbij werd het cijfer uit Amerikaans onderzoek aangehaald, namelijk dat het gemiddeld zo'n 17 jaar duurt voordat een bewezen verbetering ook daadwerkelijk breed in de zorg wordt toegepast. In het voorgaande is een aantal innovaties besproken en Nederland lijkt niet veel af te wijken van de VS. Ook hier duurt het een aanzienlijke tijd voordat een innovatie breed wordt toegepast.

Traagheid is een relatief begrip

Overigens gaat de toepassing van innovaties wel sneller dan vroeger. Zo ontdekte kapitein James Lancaster in 1601 bij een onbedoelde 'placebo controlled trail' dat citroensap scheurbuik kon voorkomen op lange zee-reizen en meldde dit aan de admiraliteit. Pas 194 jaar later, in 1795, stelde de Engelse marine een rantsoen citroensap voor zeelieden verplicht.

Het bewijzen dat een innovatie daadwerkelijk een verbetering is, vergt tijd

Bij de traagheid kunnen wel enkele kanttekeningen geplaatst worden. De eerste is de vraag wanneer een innovatie 'bewezen is'. Als voorbeeld kan de laparoscopische operatietechniek genoemd worden. Nederland liep vrij voraan bij het laparoscopisch verwijderen van galblazen, maar daarna stokte het en raakte Nederland achterop. Naast de geschetste financieringsproblemen was er voor een aantal operaties ook een inhoudelijk argument. Zo was er bijvoorbeeld de vrees dat bij laparoscopische operaties van dikkedarmkanker de kans op uitzaaiingen ten gevolge van versleping van kankercellen tijdens de operatie groter was dan bij een conventionele operatie. Uiteindelijk wees onderzoek uit dat deze vrees ongegrond was, maar dit onderzoek kost tijd. Het duurt immers minimaal 5 jaar als men de 5-jaarsoverleving wil vergelijken. Zeker in situaties waar bewezen goede behandelingen reeds beschikbaar zijn, is gedegen vergelijkend onderzoek van nieuwe behandelingen noodzakelijk en dit kost tijd.

Van één van de beschreven innovaties kan absoluut niet gezegd worden dat deze traag ingevoerd is: de huisartsenposten. Deze hebben in enkele jaren breed ingang gevonden in Nederland. Bij de analyse aan de hand van de twaalf factoren die innovatie bevorderen, wordt de reden van de snelheid duidelijk: er was een urgent probleem en de innovatie had een grote meerwaarde voor een homogene, krachtige en goed georganiseerde groep, namelijk de huisartsen. Zij kregen al snel de politiek mee en de brede invoering

van de huisartsenposten was een feit. In paragraaf 5.1 is aangegeven dat deze innovatie weliswaar een urgent probleem van de huisartsen oploste, namelijk de avond- en nachtdiensten, maar dat zij de oplossing van een vanuit oogpunt van de patiënt belangrijke problematiek van de spoedeisende zorg buiten kantooruren, eerder verder weg dan dichterbij bracht.

Daar waar veel van de beschreven innovaties gaan over het integreren van zorg, ging deze innovatie daar 'als een bulldozer' dwars overheen. Men kan dan ook de vraag stellen of de overheid zich niet te snel en ondoordacht heeft laten meeslepen zonder eerst goed na te gaan of de innovatie ook daadwerkelijk een verbetering is vanuit verschillende maatschappelijke perspectieven. En dus niet alleen gekeken heeft vanuit de zorgaanbieder, maar ook vanuit de patiënt en ook de zorgverzekeraar cq. de kosten van de zorg. Uiteraard kost zo'n afweging tijd, maar als daar uiteindelijk een betere oplossing, zoals een geïntegreerde (al dan niet spoedeisende) zorg buiten kantooruren, uit naar voren komt, dan is dit welbestede tijd. Met uitzondering van spoedeisende hulp zelf, geldt immers haastige spoed is zelden goed.

Andere sectoren doen het veel beter?

Een andere kanttekening betreft de aannahme dat innovaties in andere sectoren zoveel sneller gaan. Voor een aantal sectoren is dat zeker zo, zoals de electronica-sector, die Schrijvers et al. noemen. Door grote innovaties is bijvoorbeeld de prijs/prestatieverhouding van computers de afgelopen decennia enorm verbeterd. Hierbij dient men wel de aard van de producten in ogenschouw te nemen. Een fabrikant kan bijvoorbeeld gemakkelijk een nieuw computerprogramma, bijvoorbeeld een tekstverwerkingsprogramma, op de markt brengen. Als er fouten inzitten dan is dat voor de gebruiker vervelend, maar niet levensbedreigend. Het is zelfs zo dat fouten in producten in deze sector 'normaal' worden gevonden. Gebruikers accepteren lijdzaam dat 'het computersysteem uit de lucht is'. In de zorgsector, maar ook in andere sectoren, zoals de luchtvaart, is dit uiteraard onacceptabel. De computer in beademingsapparatuur mag niet tijdens een operatie vastlopen. Het heeft ook vrij lang geduurd, voordat de computer zijn intrede deed in vitale delen van de auto. Overigens blijkt de elektronica in de huidige generatie auto's nog vrij kwetsbaar te zijn. Het is ook niet verwonderlijk dat in de luchtvaart bijvoorbeeld nieuwe materialen voor vleugels van vliegtuigen niet snel ingevoerd worden. De innovatie moet eerst tot in den treure getest worden, want er hangen mensenlevens vanaf.

8.2 Bewezen verbeteringen vinden te traag ingang

De kern van de voorgaande kanttekeningen was dat het tijd kost om te bewijzen dat innovaties al dan niet een verbetering zijn en dat men deze tijd er ook voor moet nemen. Maar als er eenmaal voldoende bewijs is, dan zou de innovatie bij wijze van spreken morgen landelijk ingevoerd moeten zijn. Een

groot aantal van de beschreven innovaties zijn bewezen verbeteringen, maar deze vinden te traag ingang.

Zo bestaan behandelstraten - geprotocolleerde en gestandaardiseerde behandelingen in groot volume - al meer dan 60 jaar. Een bekend voorbeeld is het Shouldice Hernia Centre in Canada. Dit ziekenhuis, in 1945 opgericht door Edward Earle Shouldice, heeft zich vanaf het begin gespecialiseerd in liesbreuken. Thans worden er jaarlijks door 10 fulltime chirurgen 7000 operaties verricht. Echter pas in de jaren negentig van de vorige eeuw kwamen behandelstraten in Nederland in zwang.

Waarom is snelle(re) implementatie van bewezen innovatie cruciaal?

Men kan de vraag stellen, waarom al die haast? Is het dan van levensbelang? Het antwoord is ja. Patiënten hebben recht op goede zorg volgens de laatste stand van de wetenschap en techniek. De zorgbehoefte verandert, door de toenemende vergrijzing en betere behandelmogelijkheden van ziekten die vroeger dodelijk waren, neemt het aantal patiënten met chronische aandoeningen sterk toe. Veel van de beschreven casus hebben betrekking op de zorgverlening voor deze patiëntengroep. Door met name procesinnovaties kan niet alleen de kwaliteit van de zorg voor deze groep toenemen, maar kan ook de doelmatigheid van de zorg verbeterd worden. Betere kwaliteit tegen lagere kosten gaan vaak hand in hand.

Het kostenaspect is in de zorg niet onbelangrijk. Integendeel. In verschillende adviezen van de RVZ, zoals Uitgavenbeheer in de Gezondheidszorg,⁶² is aangegeven dat als de kosten in hetzelfde tempo blijven stijgen als in het verleden, de gezondheidszorg onbetaalbaar dreigt te worden. Om toch aan een groeiende en veranderende zorgbehoefte, o.a. door de vergrijzing, te kunnen voldoen, moet de zorg efficiënter worden, er moet geïnnoveerd worden. Een andere oplossing is er niet als we een brede basisverzekering in stand willen houden met een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg voor elke bestede euro.

Hoe kan de zorg beter en efficiënter?

Een betere en efficiëntere zorg kan op verschillende manieren worden bereikt. Allereerst kan getracht worden de zorgvraag te verminderen door het ontstaan van ziekten en aandoeningen te beïnvloeden: preventie. De mogelijkheden zijn legio, van nieuwe vaccins tot effectievere gedragsbeïnvloeding bij aandoeningen waarbij levensstijl een belangrijke factor is.

Een andere manier is het verminderen van chroniciteit. Ondanks alle medische vooruitgang, kunnen verreweg de meeste aandoeningen niet genezen worden. Patiënten met diabetes waren vroeger ten dode opgeschreven, maar met de beschikbare behandelingen kunnen zij thans een bijna normaal leven leiden. De ziekte kan echter (nog) niet genezen worden; patiënten moeten levenslang medicijnen gebruiken en regelmatig gecontroleerd worden. Zorg voor chronische aandoeningen maakt een belangrijk deel van de kosten van

de zorg uit. Juist de vooruitgang van de medische wetenschap en technologie is de oorzaak van een sterke toename van het aantal chronisch zieken, omdat de laatste stap - 'echte genezing' - nog ontbreekt. Gelet op de enorme toename van medisch-wetenschappelijke kennis, met name op het terrein van de genetica en de mogelijkheden van de biotechnologie, komt deze laatste stap steeds dichterbij.

Veel geld en inspanning kan worden bespaard door vermijdbare recidieven en nutteloze ingrepen cq. overbehandeling aan te pakken. In het RVZ-advies Gepaste Zorg uit 2004 is geconstateerd dat er grote verschillen zijn tussen regio's in Nederland die niet verklaard kunnen worden uit patiëntenkenmerken. Zo waren er in een regio 15 keer meer galblaasoperaties dan in een andere. Voor ziekenhuisopnamen voor lage rugpijn was er zelfs een verschil van 80 keer tussen de laagste en hoogste regio. De Gezondheidsraad constateerde in de publicatie Diagnostiek en behandeling van het lumbosacraal radiculair syndroom dat rugherniaoperaties in Nederland zes maal zo vaak als in Schotland en tweemaal zo vaak als in Zweden worden uitgevoerd. 'Gepast zorggebruik' kan worden bevorderd door het toepassen van evidence based richtlijnen door de zorgverleners.

Verder kan zorg efficiënter gemaakt worden door het vervangen van menselijke arbeid door machines. Dit kan gekoppeld worden aan het werk uit handen nemen van de zorgverlener door de patiënt in de vorm van zelfmanagement, bijvoorbeeld met behulp van gezondheid 2.0 toepassingen.

Zorg kan beter en efficiënter verleend worden door het anders te organiseren, waarbij de wijze waarop de zorg wordt verleend is aangepast op de karakteristieken van de desbetreffende zorg. In paragraaf 7.4, The innovator's prescription, wordt hier nader op ingegaan.

Tot slot kan de efficiëntie van de zorg verbeterd worden door het vervangen van duurdere arbeid door goedkopere. Dit kan door zorg in het buitenland in te kopen. Het prijsvoordeel van bijvoorbeeld hartoperaties en nieuwe heupen die uitgevoerd worden in hooggeclassificeerde ziekenhuizen in bijvoorbeeld Thailand, Singapore of Maleisië wordt op 45 - 50% geschat.⁶³ De patiënt moet hiervoor uiteraard wel naar het buitenland. Dit is anders bij bijvoorbeeld CT en MRI-scans. Hiervoor hoeft niemand te reizen. De scans kunnen in Nederland gemaakt worden en via het internet naar deskundigen waar ook ter wereld gestuurd worden ter beoordeling. Het is zelfs mogelijk een netwerk van deskundigen te creëren dat verschillende tijdzones bestrijkt, zodat op elk moment van de dag of nacht realtime onderzoeken op afstand kunnen worden verricht. Zo kan op ieder tijdstip van de dag een CT- of MRI-scan van bijvoorbeeld een acute patiënt met verdenking op blindedarmontsteking door een deskundige beoordeeld worden en kunnen onnodige operaties voorkomen worden.

Dichter bij huis kunnen bepaalde medische taken worden overgenomen door goedkopere arbeidskrachten, zoals nurse practitioners. In paragraaf 5.3 is het spreekuur van de nurse practitioner in Stadshagen genoemd. Deze taakherschikking kan tot grote kostenbesparingen leiden bij gelijkblijvende of zelfs hogere kwaliteit. In het in paragraaf 7.4 nader te bespreken boek van Christensen 'The innovator's Prescription: A disruptive Solution for Health-care' wordt het voorbeeld gegeven van de MinuteClinic. Dit is de grootste keten in de Verenigde Staten van 'nurse-run-clinics' door verpleegkundigen bemenste eerstelijnszorg. De door hen geleverde zorg is ongeveer 55% goedkoper dan dezelfde zorg geleverd door huisartsen. De patiëntstatisfactie is daarbij 4,9 op een schaal van 5 (het Nederlandse 'rapportcijfer' zou dus ruim een 9 zijn). Wat de inhoudelijke kwaliteit van de zorg betreft: in 99% van de gevallen worden de klinische richtlijnen gevolgd, terwijl dit percentage gemiddeld op 55% ligt. Ook dit is een voorbeeld waar hogere kwaliteit van zorg en lagere kosten hand in hand gaan.

Bij de voorgaande opsomming van mogelijkheden om de zorg beter en efficiënter te maken kan gesteld worden dat eigenlijk voor alle genoemde mogelijkheden, met uitzondering van de 'echte genezing' van ziekten, met de huidige stand van de wetenschap en technologie in beginsel al veel oplossingen in beginsel beschikbaar zijn. Zo is veel bekend over leefstijl en ziekte, over gedragsbeïnvloeding, er zijn hulpmiddelen voor zelfmanagement beschikbaar, er is kennis over de optimale organisatie van de zorg, er kunnen nurse practitioners en verpleegkundig specialisten opgeleid worden die zorgtaken over kunnen nemen.

8.3 Belemmerende factoren

Innovatie bestaat vaak uit het op een nieuwe manier combineren van reeds bestaande 'onderdelen'. Zoals hiervoor aangegeven, veel bouwstenen voor een betere en efficiëntere zorg zijn bekend en beschikbaar, ze worden alleen niet samengebracht en geïmplementeerd. Bewezen verbeteringen 'blijven op de plank liggen'. Twee belangrijke factoren die in de besproken casus steeds terugkeren zijn de financiering van en de cultuur binnen de zorg.

In het eerder genoemde RVZ-advies Van weten naar doen uit 2005 is deze problematiek uitgebreid besproken. De invoering van een bewezen innovatie cq. verbetering is een complex proces. Geconstateerd werd dat de cultuur in de zorgsector te veel risicomijdend is en te weinig ondernemend, dat het degene die investeert in bewezen verbeteringen vaak meer geld kost dan dat het hem zelf oplevert en dat veel zorgaanbieders niet de patiënt of cliënt als klant zien, maar de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Hoe is de situatie anno 2010?

Risicomijdend en te weinig ondernemend?

In 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden die meer concurrentie in de zorg beoogt. Een jaar eerder, in april 2005 was reeds het zogenaamde B-segment ingevoerd, kort na de introductie van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). In het B-segment kunnen zorgverleners en zorgverzekeraars vrij onderhandelen over de prijs, het volume en de kwaliteit van zorg. De zorgverlener krijgt betaald voor de geleverde DBC's. Dit in tegenstelling tot het A-segment, waarvoor landelijk vastgestelde DBC-prijzen en de functionele budgetteringssystematiek gelden.

Een aantal van de besproken casussen betreft behandelingen die in het B-segment zijn ondergebracht, zoals staaroperaties (cataractstraat) en de vervangende heup- en knieoperaties (Joint Care), alsmede een aantal laparoscopische verrichtingen, zoals liesbreukoperaties.

Externe druk op een organisatie kan veranderingen forceren. Een goed voorbeeld hiervan is de beschreven casus van het oogziekenhuis Rotterdam, dat in zijn existentie werd bedreigd. Dit vergemakkelijkte de invoering van de cataractstraat. Het toenmalige financiële systeem, met een vergoeding van fl. 9,34 € 4,25) voor een dagbehandeling dreigde evenwel roet in het eten te gooien, maar met creatieve oplossingen kon de innovatie uiteindelijk gefinancierd worden.

De opkomst van Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's), door de overheid erkende klinieken waar minstens twee specialisten medische zorg bieden, hebben voor een nieuwe dynamiek gezorgd, althans in het B-segment waar zij veelal actief zijn. In 2004 waren er 26 in Nederland, in 2007 was dit aantal gestegen tot 81 en in 2009 waren er 195.⁶⁵ De ZBC's kunnen zowel diagnostiek, bijvoorbeeld MRI-onderzoek of cardiologisch onderzoek, als behandelingen, bijvoorbeeld oogoperaties of verwijderen van spataderen, aanbieden. ZBC's spelen in op de wensen van de klant, met korte wachttijden en diagnostiek en snelle behandeling.

Zoals in een onderzoek van Gupta Strategists van april 2008, uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), is aangegeven, zorgen ZBC's voor meer dynamiek in het B-segment.⁶⁶ De aanbieders moeten dingen om, in geval van verzekerde zorg, de gunst van de verzekeraar. In theorie zou dit moeten leiden tot een betere prijs/kwaliteitverhouding van de zorg. Bij de invoering van het B-segment bestond de angst dat, aangezien het een systeem van open-eind financiering is, het volume sterk zou gaan stijgen en door weinig transparantie prijzen ook zouden stijgen. Ook zou afwentelegdrag kunnen ontstaan: zwaardere, complexe en daardoor duurdere patiënten zouden doorverwezen worden (de zorgaanbieder krijgt immers per patiënt, licht of zwaar, hetzelfde afgesproken bedrag per verrichte DBC).

In het eerder genoemde onderzoek van Gupta Strategists bleken de genoemde gevaren, volumegroei, prijsstijgingen en verminderde toegankelijkheid, niet te zijn opgetreden in de door hen onderzochte periode 2005 -2007 voor vier behandelingen: heupslijtage, knieslijtage, cataracten en diabetes mellitus. De prijzen van de eerste drie behandelingen/DBC's bleken sinds 2005 zelfs relatief in prijs te zijn gedaald. Binnen het B-segment blijkt in de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars veel aandacht te zijn voor kwaliteit, volledigheid van de contractering en kosten. Terwijl het B-segment slechts 6% van de zorg betrof, nam het 27% van de onderhandel-tijd in beslag. De registratie en uitkomsten van kwaliteit van zorg bleken ook verbeterd. Verder bleken er zowel op prijs als kwaliteit tekenen te zijn in de richting van specialisatie en differentiatie. Zo bleken ziekenhuizen met een hoog volume heupvervangingen een lager decubitusincidentie te realiseren dan aanbieders met een relatief laag volume. Bij staaroperaties bleken zorgaanbieders met een hoog volume dit voor een lagere prijs te kunnen bieden. De eerder genoemde toename van het aantal ZBC's in vrij korte tijd, geeft aan dat de markt aantrekkelijk is en de toetredingsdrempel tot de markt voldoende laag. In zijn advies inzake uitbreiding B-segment komt de NZa tot eenzelfde conclusie voor de periode 2007-2008-2009 (gedeeltelijk): afname van wachttijden, de stijging van de omzet en de prijzen is beperkt gebleven en de aandacht voor kwaliteit en transparantie van kwaliteit is toegenomen.⁶⁷

8.4 The innovator's prescription

Interessant in dit kader is een recenter rapport van Gupta Strategists⁶⁸ dat algemene ziekenhuizen veel efficiënter kunnen werken. Oorzaken van inefficiënties die worden genoemd: dubbel administratief werk, onlogische en onproductieve routing en slechte planning. Tot ongeveer dezelfde conclusie komt Ludwig:⁶⁹ "Ziekenhuizen zijn er vooral op gericht hun afdelingen efficiënt te houden. Ze vergeten vaak dat het om de patiënt gaat. Er wordt heel erg vaak vanuit het vak gedacht. Een röntgenoloog is vooral bezig met zijn röntgenfoto's. Dat leidt ertoe dat een patiënt soms meerdere keren terug moet komen. De eerste keer maken ze foto's. Bij de volgende afspraak moet er weer een foto komen. En bij de volgende afspraak is de foto kwijt, en moet het opnieuw." "Een niersteenvergruizer staat 80% van de tijd ongebruikt", aldus Leers, directeur van een grote zorgverzekeraar.⁷⁰

Voor wie het boek van Christensen et al., *The innovator's Prescription*,⁷¹ heeft gelezen hoeven deze uitspraken geen verbazing te wekken. Clayton Christensen is hoogleraar aan de Harvard Business School en auteur van een aantal boeken over innovatie, zoals *The Innovator's Dilemma* uit 1997 en *The Innovator's Solution* uit 2003.

Het boek *The Innovator's Prescription* uit 2008 gaat specifiek in op de zorgsector en maakt onderscheidt tussen drie verschillende organisatorische

settings waarbinnen zorg verleend kan worden: zogenaamd solution shops, value adding process businesses en facilitated networks.

In 'solution shops' trachten deskundigen ongestructureerde problemen op te lossen op basis van hun ervaring, analytisch denken en probleemoplossend vermogen. Voorbeelden buiten de zorg zijn advocaten- en adviesbureau's. Het gaat hier om hoogopgeleide, dure deskundigen. De betalingswijze die hier volgens Christensen et al. bij past is 'fee for service', aangezien vooraf niet bekend is welk proces doorlopen gaat worden en hoeveel tijd en geld daarmee gemoeid is. Het gaat hier om 'maatwerk'. De huidige algemene ziekenhuizen zijn ingericht als 'solution shops'.

Bij 'value adding process businesses' gaat het om processen die volgens vaste protocollen, routinematig, worden uitgevoerd. Voorbeelden buiten de zorg zijn Kwikfit en MacDonalds. Voorbeelden binnen de zorg zijn behandelstraten, zoals een cataractstraat, maar ook routinematige diagnostiek, bijvoorbeeld bij hartklachten. De processen zijn rule- of evidence based. Betaling kan in dit geval op basis van output geschieden ('fee for outcome', waarbij garantie gegeven kan worden), want aan het begin van het proces zijn de te ondernemen handelingen vastgelegd en is het eindresultaat in principe bekend. Voor dergelijke verrichtingen kunnen prijslijsten gehanteerd worden.

Volgens Christensen et al. - en zij onderbouwen dit met vele casestudies binnen en buiten de zorgsector - is een organisatie die is ingericht als een solution shop niet goed in staat om op een efficiënte wijze routinematige zorg te leveren en omgekeerd is een value adding process business niet goed in staat kwalitatief hoogwaardig maatwerk te leveren.

ZBC's passen goed in de value adding process business. Zij concentreren zich op een beperkte hoeveelheid routinematige diagnostiek en behandeling op sterk geprotocolleerde wijze uitgevoerd. In algemene ziekenhuizen worden echter niet alleen ongestructureerde problemen opgelost, maar ook routinematige verrichtingen uitgevoerd. In dit licht bezien, is de eerder genoemde constatering van onlogische en onproductieve routing en slechte planning in ziekenhuizen niet verwonderlijk. Het kan ziekenhuizen voor een deel ook niet kwalijk genomen worden, omdat ze als solution shops zijn opgezet. Het door Gupta gestelde, dat verbeteringen bereikt zouden kunnen worden door alle processen één voor één aan te pakken klinkt logisch, maar volgens het 'Christensen-model kan een als solution shop ingerichte organisatie voor routinediagnostiek en behandeling nooit de efficiëntie halen van een 'echte' value adding process business, zoals door veel ZBC's wordt gedaan.

Het voorgaande sluit aan bij wat Maljers en Wansink in hun boek *Alles is anders in de zorg*⁷² stellen, namelijk het concentreren op gespecialiseerde zorg. Door bijvoorbeeld staaroperaties te concentreren in tien klinieken kan 32 miljoen euro bespaard worden, stellen zij.

Bij de derde categorie van Christensen, de zogenaamd ‘facilitated networks’ gaat het om de onderlinge uitwisseling van zaken. Een voorbeeld buiten de zorg is de internverkoop e-Bay. Buitenlandse voorbeelden in de zorg zijn bedrijven die faciliteiten voor bepaalde patiëntgroepen aanbieden, bijvoorbeeld dLife.com en SugarStats.com voor diabetici.⁷³ Betaling geschiedt op basis van ‘fee for membership’. Deze organisatorische setting komt in het RVZ-advies Gezondheid 2.0 uitgebreid aan de orde en zal hier dan ook niet verder besproken worden.

8.5 Organisatie en financiering van de zorg

Zoals ook de beschreven casussen illustreren, is zorg steeds meer rule- en/of evidence based, zowel op het terrein van de diagnostiek als de behandeling in de vorm van diagnostische-respectievelijk behandelrichtlijnen. De wetenschappelijke kennis en de technologie schrijdt voort, hetgeen betekent dat het percentage van zorg die voorspelbaar is en in een value adding process setting het meest efficiënt geleverd kan worden, nog verder toe zal nemen. Zoals vermeld, zijn de algemene ziekenhuizen op dit moment ingericht als solution shops. Het vergt een grote omschakeling om de hoognodige efficiëncyslag te kunnen maken.

Wil dit realiteit worden, dan is het noodzakelijk dat de financiering van de zorg een dergelijke omslag bevordert.

Uit de beschreven casussen kan geconcludeerd worden dat met het creëren van het B-segment met vrije onderhandelingen over kwaliteit en prijzen en het ‘op de markt komen’ van ZBC’s een gunstig klimaat is geschapen voor de invoering van met name procesinnovaties, die de zorgverlening doelmatiger maken: cataractstraten etc.. In een systeem van marktwerking kunnen zorgverzekeraars door selectief in te kopen de invoering van bewezen innovaties bevorderen. Immers zij die achterblijven en inferieure of te dure zorg leveren, worden niet gecontracteerd. Zij moeten zich aanpassen cq. innoveren. Als zij dit niet doen is de ultieme consequentie het uiteenvallen van de organisatie cq. faillissement.

In de praktijk is dit mechanisme nog niet voldoende krachtig, aangezien zorgverzekeraars met vrijwel alle zorgverleners contracten sluiten. Selectieve contractering betekent inperking van de keuzevrijheid en zorgverzekeraars vrezen dat verzekerden dit niet appreciëren. Toch is er een voorzichtige kentering te zien: het begin van selectief of gedifferentieerd inkopen. Twee andere problemen die het mechanisme verzwakken, zijn de ex-post verevening en het feit dat de politiek de ultieme consequentie, faillissement van een (grote) zorgaanbieder, niet echt wil aanvaarden.

De DBC-problematiek

Naast het hiervoor genoemde, is er nog een probleem, namelijk de huidige wijze van financiering op basis van DBC's. Het gaat dan ondermeer om de ondeelbaarheid van DBC's. Immers onder een bepaalde DBC vallen alle activiteiten in een zorginstelling voor een patiënt met een bepaalde klacht. Er is één prijs voor het gehele traject dat de patiënt aflegt. Diagnose en behandeling zijn onlosmakelijk gekoppeld.

Behalve dat het 'in één hand' zijn van diagnostiek en behandeling binnen een open-eind financiering het gevaar van overbehandeling met zich meebrengt, behoeft bij een bepaalde klacht de diagnose en de behandeling of onderdelen daarvan niet in dezelfde 'Christensencategorie' te zitten. Een diagnose kan maatwerk zijn en de behandeling, bijvoorbeeld een operatie, routinewerk of omgekeerd. Vanuit kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen zou het ene in een solutionshop moeten gebeuren en het andere in een value adding process business. Stel dat een ziekenhuis innovatief is op het gebied van bepaalde diagnostiek en uit de diagnostiek vloeit voort dat een patiënt een operatie moet ondergaan, waar een ZBC zich in gespecialiseerd heeft. De zorgverzekeraar kan echter geen onderdelen van een DBC bij verschillende aanbieders inkopen cq. zelf DBC's samenstellen.

De ondeelbaarheid van DBC's geeft ook problemen op het terrein van innovaties in zelfmanagement. Bij zelfmanagement kan een aantal taken door de patiënt zelf verricht worden, bijvoorbeeld het bepalen van bloedglucose, creatininegehalte in het bloed of stollingstijd. Enerzijds zijn er de extra kosten van de benodigde apparatuur, bijvoorbeeld de meter om het creatinine te meten, teststrookjes, instructie van de patiënt. Anderzijds zijn er ook besparingen, zoals minder consulten, dus minder werk voor de medisch specialist. Deze besparingen kunnen door de zorgverzekeraar echter niet verzilverd worden. Het honorariumbedrag voor de medisch specialist in de DBC ligt, in het A-segment, vast en is niet onderhandelbaar, ongeacht de hoeveelheid werk die hij of zij daadwerkelijk verricht bij de patiënt. Voor de zorgverzekeraar betekent zelfmanagement dus extra kosten, terwijl het juist kosteneffectiever zou moeten en kunnen zijn.

Een ander probleem met het DBC-systeem treedt op bij taakherschikking. Het probleem vloeit ook hier voort uit de vaste honorariumcomponent voor de medisch specialist. Als taken worden overgenomen door bijvoorbeeld een verpleegkundige in een ziekenhuis, brengt dat extra kosten met zich mee voor het ziekenhuis, immers deze werkzaamheden moeten vergoed worden. Nu zijn de arbeidskosten van een verpleegkundige lager dan van een medisch specialist, per saldo zou dit een kostenvoordeel moeten opleveren. Echter het honorariumdeel van de DBC is, zoals gezegd, voor het A-segment vast, ongeacht de hoeveelheid werk die de medisch specialist verricht. In situaties waarin de medisch specialist niet in loondienst is, kost taakherschikking het ziekenhuis alleen maar geld.

Dat het DBC-systeem samenwerking tussen zorgverleners niet stimuleert, blijkt uit het gegeven dat kennelijk keten-DBC's nodig zijn om ketenzorg van de grond te krijgen. Daarbij moet voor elke keten een aparte DBC gecreëerd worden, een tijdrovende en omslachtige manier.

Een laatste probleem is de slechte medische herkenbaarheid van DBC's. Dit komt doordat er gegroepeerd is op basis van kosten- en werklathomogene DBC's. Hierdoor kunnen in een productgroep zeer verschillende diagnoses ondergebracht zijn. Als het voor de medisch specialist al niet goed duidelijk is, laat staan dat de patiënt er dan iets van begrijpt. Illustratief is het voorbeeld van de patiënt die door de invoering van de DBC-systematiek een tien keer zo hoge rekening krijgt. Voorheen betaalde hij ca. € 100 voor een halfjaarlijkse controle door een KNO-arts. Na introductie van de DBC's was dit bedrag bijna tien keer zo hoog.⁷⁴ Anderzijds zullen er ook patiënten zijn waarbij de rekening laag is in relatie tot de behandeling die zij hebben ondergaan. Dit leidt overigens tot een merkwaardige vorm van 'inter-patiënten solidariteit' in relatie tot het verplichte eigen risico in de zorgverzekering: een patiënt die bijvoorbeeld enkel een simpele jaarlijkse controle bij de oogarts heeft en verder geen zorgkosten, moet de rekening geheel zelf betalen. Door de DBC-systematiek betaalt hij als het ware een deel van de rekening van een andere patiënt. Maar deze door het systeem afgedwongen solidariteit geldt alleen voor deze categorie patiënten: 'lichte' patiënten betalen extra ten behoeve van zwaardere, maar gezonden hoeven niets extra bij te dragen.

DBC's op weg naar transparantie (DOT)

Een aantal problemen, zoals de onvoldoende medische herkenbaarheid zijn en de hoge administratieve belasting was reden voor het orgaan dat verantwoordelijk is voor de DBC-systematiek, DBC-onderhoud,⁷⁵ om een actieplan op te stellen met de titel 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT). Het plan omvat een nieuwe zorgproductstructuur, ofwel de wijze waarop diagnoses en behandelingen worden vertaald in DBC-zorgproducten. Het aantal zorgproducten wordt daarbij verkleind. Momenteel zijn er circa 30.000 DBC's en dit wordt teruggebracht tot circa 3000. Een DBC-zorgproduct is een clustering van verwante diagnoses en bijbehorende behandelingen, die medisch herkenbaar en kosten- en werklathomogeen zijn aldus DBC-onderhoud. Het is moeilijk in te zien hoe een verdere clustering van 30.000 naar 3000 DBC's de medische herkenbaarheid zal vergroten, immers er zullen nog meer verschillende diagnoses bij elkaar gevoegd moeten worden. Deze vraag is ook op de website van DBC-onderhoud⁷⁶ gesteld. Het antwoord maakt het voor de argeloze lezer echter niet veel duidelijker (zie kadertekst).

Vraag en antwoord op de site www.werkenmetdot.nl

Vraag:

Hoe kan het systeem transparanter worden als er veel minder zorgproducten zijn? Dan vallen toch veel meer behandelingen onder één en hetzelfde product?

Antwoord:

Een DBC-zorgproduct is geen geaggregeerd cluster van DBC's ondanks dat het aantal DBC-zorgproducten ten opzichte van DBC's dit wel doet vermoeden (resp. 3.000 versus 30.000). Een DBC kan naar een of meerdere DBC-zorgproducten worden herleid en andersom kan een DBC-zorgproduct zijn ontstaan uit een of meerder DBC-zorgproducten.

Twee voorbeelden: de DBC met diagnose arthrosis knie en behandeling operatief met knieprothese wordt onder andere opgesplitst in de DBC-zorgproduct arthropathieën met menisectomie en DBC-zorgproduct arthropathieën met knieprothese. Andersom leiden zowel de DBC's arthrosis knie operatief met knieprothese en de DBC meniscuslaesie operatief naar het DBC-zorgproduct arthropathieën met menisectomie. In sommige gevallen is een DBC-zorgproduct dus een verfijning van de huidige DBC's en in andere gevallen is een DBC-zorgproduct een samenvoeging van een aantal DBC's. Uiteindelijk hebben we te maken met ongeveer 3.000 DBC-zorgproducten.

Bij de ontwikkeling van zowel de oorspronkelijke DBC-systematiek als het nieuwe DOT heeft innovatieproblematiek geen wezenlijke rol gespeeld. Het ligt dan ook in de lijn der verwachting dat DOT met dezelfde problemen ten aanzien van het bevorderen van innovatie zal kampen als de huidige DBC-systematiek.

8.6 Belemmerende wetgeving

In paragraaf 7.1 is gesteld dat innovatie noodzakelijk is voor de zorg. De zorg moet beter en efficiënter. Dit betekent dat er prikkels moeten zijn om te innoveren: zorgaanbieders moeten er voordeel van hebben als zij snel bewezen verbeteringen invoeren en nadeel als zij achterblijven.

Wet marktordening gezondheidszorg

Veel van de regelgeving in de zorg belemmert innovatie. Het DBC-systeem is reeds genoemd, maar bij de beschrijving van de innovaties zijn er nog andere naar voren gekomen. Illustratief is het voorbeeld van de SOS-artsen, die in het private marktsegment, het gaat immers om zorg die buiten het basispakket valt, aan de slag willen, maar dat niet mogen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (wmg) zolang er geen tarief is vastgesteld voor hun dienst. In andere sectoren is dit ondenkbaar: Stel dat degene die op het idee kwam om een pizzakoeriersdienst te beginnen, eerst aan de overheid had moeten vragen wat hij hiervoor mocht rekenen.

Aan specifieke beroepsgroepen voorbehouden handelingen

Een ander probleem met betrekking tot samenwerking en andere verdeling van taken, als dan niet in de vorm van taakherschikking, is de wetgeving op het terrein van de beroepsuitoefening. Zo mogen een aantal handelingen, de zogenaamde voorbehouden handelingen, op basis van de Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) alleen door of in opdracht van bepaalde beroepsgroepen, met name artsen, uitgevoerd worden. Het gaat hierbij dan om handelingen met volgens de wetgever grote gezondheidsrisico's zoals operaties, injecties etc.. Anderen mogen alleen in opdracht en onder bepaalde voorwaarden een voorbehouden handeling uitvoeren. Inmiddels zijn de beroepsgroepen die bepaalde voorbehouden handelingen mogen uitvoeren wel wat verruimd. Zo mogen verpleegkundig specialisten zelfstandig geneesmiddelen op hun specifiek kennisterrein gaan uitschrijven. Deze bevoegdheden moeten nog wel geëffectueerd worden bij AMvB.

Waar het uiteindelijk in de zorgverlening om gaat, is dat men bekwaam is om een bepaalde handelingen te verrichten. Innovaties kunnen de bekwaamheid aantasten. Een goed voorbeeld is de in paragraaf 2.4, Implementatie van laparoscopische chirurgie in Nederland, beschreven problematiek rond de kwaliteitsborging, waarbij de Inspectie voor de Gezondheidszorg tekortkomingen constateerde. Laparoscopische chirurgie is een nieuwe techniek en vereist bijscholing van chirurgen. Deze chirurgen waren bekwaam in de conventionele chirurgie, maar onbekwaam in de nieuwe technieken.

Een ander voorbeeld zijn slokdarmoperaties. In 2008 gaf de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan dat elf ziekenhuizen moesten stoppen met slokdarmkankeroperaties.⁷⁷ In deze ziekenhuizen werden te weinig van deze operaties gedaan om voldoende ervaring cq. kwaliteit te kunnen leveren. Bekwaamheid hangt dus niet alleen af of een chirurg een bepaalde operatie kan verrichten, maar ook hoe vaak hij die verricht om voldoende routine te houden om voldoende de kwaliteit te kunnen waarborgen.

Innovatie maakt dat kennis en kunde snel verouderen en 'bekwame zorgverleners' onbekwaam maakt als zij niet bijblijven, als zij hun vaardigheden niet op pijl houden. Wet- en regelgeving kan dit niet in detail regelen en loopt per definitie achter op ontwikkelingen. Zoals de casussen van de laparoscopische operaties en slokdarmoperaties aangeven, geeft de huidige regelgeving op basis van voorbehouden handelingen onvoldoende garanties, terwijl het innovaties zoals taakherschikking belemmert.

8.7 Hoe zou het beter kunnen?

Bewezen verbeteringen moeten sneller ingevoerd worden. Om dit te bereiken moeten allereerst belemmeringen in wet- en regelgeving opgeheven worden. De belemmerende wet- en regelgeving simpelweg schrappen is vaak niet de oplossing, immers de regels zijn niet voor niets in het leven geroepen. Het gaat dan ook om zaken anders regelen, waardoor innovatie wordt bevorderd cq. flexibel op wordt ingespeeld en de oorspronkelijke doelen toch worden bereikt. In deze paragraaf worden ten behoeve van de discussie in de debatreeks Nieuwe Ordeningen een aantal mogelijke oplossingsrichtingen neergelegd.

Oplossingsrichting 1: Ontkoppel voorbehouden handelingen en beroepen.

De koppeling van voorbehouden handelingen aan bepaalde beroepsgroepen belemmert innovatie, met name op het terrein van taakherschikking, terwijl het doel, de patiënt behoeden voor gevaarlijke medische ingrepen door ondeskundigen, onvoldoende wordt bereikt. Het is dan ook beter deze los te koppelen van beroepsgroepen. Iemand moet bekwaam zijn om een risicovolle medische handeling te verrichten. Dit kan vorm gegeven worden door kwaliteitsborgingssystemen zoals die in bijvoorbeeld de industrie gebruikt worden. Onderdelen hierbij zijn zaken als certificering en kwaliteitsmonitoring. Dit laatste is in feite wat de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij de laparoscopische en slokdarmoperaties heeft gedaan.

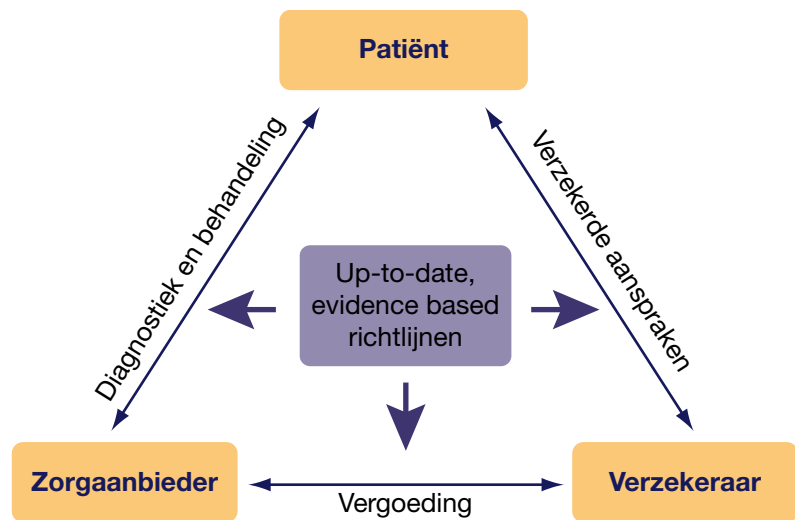
Oplossingsrichting 2: Neem up-to-date evidence based richtlijnen als basis voor zowel het medisch handelen, kwaliteitsborging, de aanspraken in het kader van de zorgverzekering en de financiering ('Richtlijn Gefinancierde Zorg', RGZ).

Neem up-to-date evidence based richtlijnen als basis voor het medisch handelen
Centraal bij kwaliteitssystemen staan beschrijvingen hoe zaken moeten plaatsvinden. Voor de zorgverlening zijn dit evidencebased richtlijnen. In een evidence-based richtlijn worden de stappen voor diagnostiek en behandeling van een patiënt met een bepaald gezondheidsprobleem beschreven. Het gezondheidsprobleem van de patiënt is het startpunt. De allereerste stap is het duiden van het probleem cq. het stellen van de diagnose. De weg waarlangs de diagnose tot stand komt, welke stappen genomen moeten worden, welke onderzoeken, welke beslissingen op basis van de onderzoeksresultaten etc. worden beschreven in de diagnostische richtlijn voor het gezondheidsprobleem. Het voorbeeld beschreven bij de mammapoli illustreert dit: het gezondheidsprobleem: knobbeltje in de borst. Aan de hand van anamnese, lichamelijk onderzoek en röntgenonderzoek wordt besloten tot het al dan niet afnemen van een weefselbiopt. Het volgen van de diagnostische richtlijn mondt uiteindelijk uit in een diagnose, bijvoorbeeld infiltratief mammacarcinoom. Dan volgt de behandeling op basis van de behandelingsrichtlijn voor

borstkanker, waarin ook weer verschillende stappen en besluiten te onderscheiden zijn: chirurgie, wel of geen bestraling en/of chemotherapie. Indien de tumor hormoongevoelig is, is behandeling met specifieke geneesmiddelen gewenst etc.. In richtlijnen wordt dus beschreven wat er wanneer gedaan moet worden, maar ze laten in beginsel vrij waar dit gebeurt en wie het moet doen. Sommige richtlijnen bestaan uit maar enkele stappen en zijn snel doorlopen en dan is het klaar, anderen zijn veel complexer en hebben een lange doorlooptijd. Bij complexe chronische aandoeningen, zoals diabetes, COPD en reuma, kan dit levenslang zijn. Voorbeelden uit de casus zijn transmurale richtlijnen voor deze aandoeningen. Het begrip transmuraal past evenwel niet in deze context. Het is een verwijzing naar de plaats waar de zorg geleverd wordt en gekoppeld aan deze plaats, vaak ook door wie. Voor een flexibele, innovatieve zorg is de ont koppeling van waar en wie van het wanneer en wat cruciaal. Het gaat om integrale richtlijnen, die uiteindelijk in de praktijk op verschillende manieren eventueel transmuraal, multidisciplinair etc. geïmplementeerd kunnen worden. De innovatieve kracht zit juist in de flexibiliteit van de uitvoering.

Indien deze richtlijnen regelmatig worden vernieuwd en nieuwe bewezen verbeteringen er in worden verwerkt, dan vormen ze het aangewezen instrument om bewezen verbeteringen snel ingang te doen vinden.

Figuur 1: Richtlijnen centraal



bron:

Richtlijnen als basis van de kwaliteitsborging.

Op dit moment wordt hier hard aan gewerkt. Wat in het voorgaande beschreven is, is niet nieuw, maar is reeds in volle gang. Richtlijnen krijgen een steeds prominentere rol in de zorg, evenals de kwaliteitsbewaking. In een aantal van de besproken casussen is de stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen genoemd, die op verschillende terreinen kwaliteitsindicatoren opstelt. Genoemd zijn de indicatorenset Mammacarcinoom in paragraaf 3.3 en Reumatoïde artritis in paragraaf 4.1. Vaak wordt hierbij nog wel een koppeling gelegd naar specifieke beroepen, maar dit kan gemakkelijk aangepast worden als er een systeem van certificering beschikbaar zou komen.

Wie stelt de richtlijnen vast en wie autoriseert ze?

Naarmate richtlijnen steeds belangrijker worden, worden de eisen die eraan gesteld moeten worden ook steeds zwaarder. Dit heeft consequenties voor de ontwikkeling ervan. Ze moeten van hoge kwaliteit zijn. Op dit moment worden ze vooral binnen beroepsgroepen ontwikkeld. Om de kwaliteit van de richtlijnen te borgen moet ook het ontwikkeltraject aan kwaliteitseisen voldoen. Aan de opstellers worden hoge eisen gesteld, qua deskundigheid en onafhankelijkheid. Naast zorgverleners moeten ook wetenschappers zoals epidemiologen en statistici, patiënten en verzekeraars een inbreng kunnen leveren. Gelet op de eindverantwoordelijkheid van de overheid voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, ligt het voor de hand dat de overheid regels stelt voor het opstellen van de richtlijnen en verantwoordelijk is voor de uiteindelijke autorisatie. Dit gaat veel verder dan de taak van de in mei 2009 opgerichte Regieraad Kwaliteit van Zorg. Deze heeft als opdracht de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen te faciliteren, maar de daadwerkelijke ontwikkeling blijft hierbij een taak van de betrokken veldpartijen. De Regieraad autoriseert niet. Qua uitvoering van de eerder genoemde taken van de overheid wordt dan ook eerder gedacht worden aan een organisatie analoog aan het National Institute for Clinical Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk.

Richtlijnen als basis voor de financiering van de zorg

Er moeten prikkels zijn voor zorgverleners om volgens de richtlijnen te werken. De sterkste prikkel is om de financiering van de zorg rechtstreeks te koppelen aan de toepassing van richtlijnen. Ingeval van de basisverzekering kunnen de aanspraken van de verzekerde beschreven worden in termen van richtlijnen: de verzekerde heeft recht op diagnostiek en behandeling van zijn of haar gezondheidsprobleem volgens geautoriseerde richtlijnen. In richtlijnen kunnen ook preventieactiviteiten opgenomen worden, zodat de verzekerde daar ook recht op heeft.

De zorgverlener heeft vervolgens recht op vergoeding van zorg die volgens de richtlijnen is verleend. Verrichtingen die volgens de richtlijn niet geïndiceerd zijn, bijvoorbeeld een onderzoeksuitslag die overbodig, ineffectief of obsoleet is, wordt niet vergoed.

De invulling van richtlijnen in de lokale situatie, dus wie welke zorg levert, op welke wijze en tegen welke prijs zou, net zoals nu het geval is in het B-segment, het resultaat kunnen zijn van de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars. De implementatie van de richtlijn is dus geen ondeelbaar geheel zoals bij een DBC, maar kan, uiteraard binnen de randvoorwaarden van de te leveren kwaliteit, in verschillende onderdelen opgesplitst worden en elk onderdeel kan in de meest optimale organisatorische setting plaatsvinden, bijvoorbeeld in een value adding process business als het om een gestandaardiseerde routine-ingreep gaat tegen een vaste vooraf overeengekomen prijs. In een aantal situaties kan ook aan betaling op basis van gezondheidswinst gedacht worden. Dit is de meest directe prikkel voor innovatie: het maakt niet uit hoe het resultaat behaald wordt, als het maar behaald wordt. Voorwaarde is dan wel dat het resultaat goed gemeten kan worden.

Een groot voordeel van de koppeling van richtlijnen met de financiering is de grote medische herkenbaarheid, ook voor de patiënt. De patiënt kan zelf nagaan of hij volgens de stand van wetenschap en techniek - conform de van toepassing zijnde richtlijn - wordt gediagnosticeerd en behandeld. Indien hij zelf de kosten draagt, bijvoorbeeld ingeval van een eigen risico en/of bij een restitutieverzekering, kan hij de rekening controleren of de juiste verrichtingen zijn gedeclareerd, iets wat binnen het huidige DBC-systeem nagenoeg onmogelijk is. Ook zijn er geen keten-DBC's en dergelijke nodig. De richtlijn beschrijft immers de gehele keten aan zorg. Deze moet in een of andere vorm geleverd worden. Hoe deze vorm er in de praktijk uiteindelijk uitziet is vrij en biedt ruime mogelijkheden voor (proces)innovatie, als het resultaat zoals in de richtlijn is omschreven maar gehaald en via een kwaliteitssysteem geborgd wordt.

Van DBC/DOT naar RGZ?

De vraag die opkomt is: 'Moet alles nu weer overhoop?' Eerst was er de invoering van het DBC-systeem in de ziekenhuizen. Nu staat het DOT er (misschien) aan te komen. Moet dan weer alles op de schop voor 'richtlijn gefinancierde zorg' (RGZ)?

In het voorgaande is beschreven dat de zorgverlening steeds meer evidence en rule-based wordt. Richtlijnen komen steeds centraler te staan bij de zorgverlening. Een financieringssysteem dat los staat van de daadwerkelijke zorgverlening is niet alleen inefficiënt, maar lijdt onherroepelijk tot problemen: perverse financiële prikkels die tot suboptimale en inefficiënte zorg leiden. In een RGZ-systeem staat het medisch inhoudelijk proces centraal en het financiële wordt hier vanaf geleid. In het DBC-systeem is het omgekeerd. Er wordt een financiële, medisch slecht herkenbare eenheid, de DBC, geopend waarna vervolgens wordt gekeken of de verrichte medische handelingen hiermee verenigbaar zijn.

Als naar de informatietechnische kant wordt gekeken, dan blijkt dat er helemaal niet zulke grote veranderingen nodig zijn om van DBC of DOT naar RGZ te komen. Bij alle drie de systemen wordt de basis namelijk gevormd door verrichtingen. Zowel bij het oorspronkelijke DBC-systeem als bij het nieuwe DOT worden DBC's geopend en verrichtingen geregistreerd. Het verschil tussen DBC en DOT is dat bij het eerste de DBC's gevalideerd worden aan de hand van de geregistreerde verrichtingen, dus gekeken wordt of de verrichtingen binnen de DBC passen. Bij het DOT-systeem worden de geregistreerde verrichtingen via het internet aangeleverd aan een centraal computersysteem, de zgn. Groupier, die de verrichtingen aggregeert tot DBC's.

Informatietechnisch kan het RGZ-systeem naadloos aansluiten aan het DBC-systeem. Alleen wordt er geen DBC geopend, maar wordt gestart met het toepassen van een bepaalde diagnostische of behandelrichtlijn. Vervolgens gaat het erom de medische handelingen te registreren die verricht worden bij het toepassen van de richtlijn. De financiële registratie zou dan ook geheel geautomatiseerd uit het medisch dossier afgeleid kunnen worden. Als bijeffect levert dit een sterke prikkel om het dossier compleet te houden, immers wat niet wordt geregistreerd wordt uiteindelijk niet vergoed.

Het antwoord op de vraag is dan ook dat een financieringssysteem op basis van richtlijnen met kleine aanpassingen binnen informatiesystemen geïmplementeerd kan worden.

Ook het RGZ-systeem moet een bewezen verbetering zijn!

Een innovatie mag pas breed worden ingevoerd als voldoende bewezen is dat het daadwerkelijk een verbetering is. Wijzigingen in de financieringsstructuur zijn in feite ook innovaties. De nieuwe financieringsstructuren in de zorg die in het verleden zijn ingevoerd voldeden zeker niet aan deze eis. De invoering van het DBC-systeem was in feite een sprong in het diepe. Dat er op korte termijn wijzigingen nodig blijken te zijn in de vorm van DOT illustreert dit.

Voor de invoering van richtlijn gefinancierde zorg mag niet in deze valkuil getrapt worden. In de voorgaande paragraaf is aangegeven dat het RGZ-systeem informatietechnisch goed aansluit bij het bestaande DBC-systeem. Dit betekent dat het RGZ-systeem op verschillende plaatsen in Nederland vrij gemakkelijk uitgetoetst en geëvalueerd kan worden en pas als het succesvol blijkt, breed kan worden ingevoerd.

Oplossingsrichting 3: Pas Wet marktordening gezondheidszorg aan: laat eis vervallen dat vooraf een tarief vastgesteld moet worden.

Een brede invoering van het RGZ-systeem kan dus niet op korte termijn. Wel kan op korte termijn een aantal barrières worden weggenomen door wet- en regelgeving, met name de Wet marktordening gezondheidszorg

(WVG) aan te passen. Genoemd kan worden het laten vervallen van de eis dat er vooraf een tarief voor een bepaalde verrichting vastgesteld moet worden, zeker als het zorg betreft die buiten de basisverzekering valt.

Oplossingsrichting 4: Breid B-segment uit en flexibiliseer de honoreringscomponent in A-segment.

Het is wenselijk het B-segment te vergroten en een verdere flexibilisering mogelijk te maken door de vaste honoreringscomponent te vervangen door een vrij onderhandelbare of, indien men bang is voor te hoge honoraria, een maximum honoreringscomponent. De door de NZa voorgestelde uitbreiding van het B-segment naar 50% is een goede aanzet.⁷⁸

9 Conclusie

In deze achtergrondstudie is de stand van zaken betreffende een aantal innovaties uit het boek *Moderne patiëntenzorg in Nederland (2002)* beschreven.

Als rode draad door vrijwel alle innovaties loopt de problematiek van de financiering, zowel in het stadium dat de innovatie nog niet bewezen nuttig is, als in de fase daarna, de invoering van bewezen innovaties in de zorg.

De cultuur van de zorgsector is nog steeds risicomijdend en (deels) weinig ondernemend. Deze risicomijdendheid is niet slecht als het de gezondheid van de patiënt betreft - innovaties moeten zich eerst voldoende bewezen hebben en dit kost tijd - maar is niet acceptabel als daardoor de patiënt goede zorg wordt onthouden of als de zorg op ondoelmatige wijze wordt geleverd.

De invoering van het B-segment met vrije onderhandelingen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar laat zien dat financiële prikkels de ondernemingsgezindheid van de zorgsector, met name in de vorm van ZBC's, bevorderen.

De huidige productstructuur van DBC's werkt evenwel belemmerend op de snelle invoering van bewezen innovaties in de zorg. Dit komt door de ondeelbaarheid van DBC's en de vaste honoreringscomponent. Dit verandert waarschijnlijk niet met de nieuwe DBC-systematiek, DOT, zodat ook deze geen adequate oplossing biedt.

De koppeling van voorbehouden handelingen aan een aantal beroepen in de wet BIG belemmert innovatie op het terrein van taakherschikking. Andere belemmerende wetgeving die genoemd wordt is de wmg. Het gaat om de vaste honorariumcomponent en de eis dat vooraf een tarief vastgesteld moet zijn.

Ten behoeve van de discussie zijn vier oplossingsrichtingen geformuleerd, die een snellere invoering van bewezen verbeteringen kunnen bevorderen:

1. Ontkoppel voorbehouden handelingen en beroepen.
2. Neem up-to-date evidence based richtlijnen als basis voor zowel het medisch handelen, het toezicht, de aanspraken in het kader van de zorgverzekering en de financiering ('Richtlijn Gefinancierde Zorg', RGZ).
3. Pas de Wet marktordening gezondheidszorg aan: laat eis dat vooraf een tarief vastgesteld moet worden vervallen.
4. Breidt B-segment uit en flexibiliseer honoreringscomponent in A-segment.

Noten

- ¹ Schrijvers, G, Oudendijk, N., Vries, P. de, Hageman, M. Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie. Elsevier Gezondheidszorg, 2002.
- ² Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. In: Bemmel J, McCray AT, editors. Yearbook of Medical Informatics 2000: Patient-Centered Systems. Stuttgart, Germany: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH; 2000:65-70.
- ³ Advies Van weten naar doen, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005 (www.rvz.net).
- ⁴ Veen S, Sassen ML, Schreuder AM, Ens-Dokkum MH, Verloove-Vanhorick SP, Brand R, Grote JJ, Ruys JH. Hearing loss in very preterm and very low birthweight infants at the age of 5 years in a nationwide cohort. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1993 Feb;26(1):11-28.
- ⁵ Straaten, H.L.M. van, Dommelen, P. van, Verkerk, P.H. Jaarverslag neonatale gehoorscreening in de Neonatale Intensive Care Units 2006, Isala Klinieken, Zwolle, 2007.
- ⁶ Borghuis, M.E., Schreuder J.L.M. Vrouwen met incontinentieklachten. Groepsgewijze behandeling in de eerste lijn. *Medisch Contact* 1993;48:1129-1132.
- ⁷ Hay-Smith, E.J.C. et al. Pelvic Floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane review* 2006.
- ⁸ Dubois, F, Berthelot, G., Levard, H. Cholecystectomy par coelioscope. *Presse Med.* 1989;18:980.
- ⁹ Elberse, W.P., Matser, J. Reumaconsulenten in Groningen. Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Rijksuniversiteit Utrecht, rapport nr. 91.26 Utrecht 1991.
- ¹⁰ Elberse, W.P., Schrijvers. A.J.P. Reumaconsulenten in Nederland. Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie, Rijksuniversiteit Utrecht, rapport nr. 92.04, Utrecht, 1992
- ¹¹ Hill, J. Patients satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. *J. Adv. Nursing* 25 (1997), pp. 347-354.
- ¹² Hill, J., Hale, C. Clinical skills: evidence-based nursing care of people with rheumatoid arthritis, *British J. Nursing* 14 (2004), pp. 852-857.
- ¹³ Diabetes tot 2025. Preventie in samenhang, RIVM 2009.
- ¹⁴ Arend, I.J.M, van den. Op weg naar een optimale diabeteszorg. Eindrapport ecaluatie van het diabetes zorginnovatieproject te Gorinchem/Leerdam. Vakgroep Alg. Gezondheidszorg en Epidemiologie, Universiteit van Utrecht, januari 1996.
- ¹⁵ Kraan, W. van der, Zeijden, J. van der, Chorus, R. Evaluatieverslag diagnostiek service 1999 en 2000 (2001) (interne notitie).
- ¹⁶ Smeele, I.J.M. et al NHG-standaard COPD, *Huisarts & WETenschap*, 50(8) juli 2007, pp. 362-379.

- 17 Lakerveld-Heyl, K. et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak COPD, Huisarts & Wetenschap, 50(8) juli 2007, pp. S21-S27.
- 18 Eyck, A., Perenboom, P.B. Revalidatie in Nederland. De grenzen van AWBZ en ZVW. ETC TANGRAM, Leusden, oktober 2006.
- 19 Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer in zake de CVA, 6 maart 1997.
- 20 Rosendal H. et al. Stroke service in the Netherlands: an exploratory study on effectiveness, patient satisfaction and utilisation of healthcare. Int. J. of Integrated Care-Volume2: March 2002.
- 21 Transmuraal Zorgmodel CVA, implementatie revalidatierichtlijnen. Zorgvernieuwingsproject Behandelen en Zorggevoel 7, Transmurale zorg, AzM., 2002.
- 22 Huijsman et al. Stroke service biedt betere zorg voor CVA-patiënten, Medisch Contact november 2001, nr 48.
- 23 Haan, R.de et al. Use of health care services after stroke. Quality in Health Care 1993;2:222-227.
- 24 Visser-Meily, J.M.A. Fu Pro-mantelzorg, een cohortonderzoek naar kinderen en partners van CVA-patiënten in meerdere revalidatiecentra in Nederland 2005.
- 25 Burgwal-Bronger, L. van de et al. Bealsting van partners van CVA-patiënten in dagbehandeling van het verpleeghuis. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde 2007;32:12-16.
- 26 Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie, Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, Actiz, mei 2009.
- 27 Lighthart, S.A. Casemanagement bij Dementie. Aanpak en effecten van casemanagement bij dementie. Een exploratieve studie in het kader van het Landelijk Dementieprogramma. Masterscriptie, Radboud Universiteit, Nijmegen, 26 september 2006.
- 28 Leidraad Ketenzorg Dementie. Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie, Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, Actiz, mei 2009.
- 29 Efficiencykorting op huisartsendienstenstructuur, persbericht ministerie van VWS, 12 juni 2003.
- 30 Ebbens, E. Bruijne, M. de, Geneeskundige zorg buiten kantooruren in Almere. Huisarts en Wetenschap 2000;43 (12).
- 31 Wensing, M. Giesen, P. Spoedeisende geneeskunde: het patiëntenperspectief. Huisarts en Wetenschap 2000;43 (12).
- 32 Geloven, A. van, et al. Door de huisarts verwezen patiënten en zelfverwijzers op de afdeling spoedeisende hulp. Huisarts en Wetenschap 2000: 43 (12).
- 33 Rieffe, C., Wijkel, D. Motivatie van patiënten om de eerste hulp te bezoeken. Een inventariserend onderzoek in twee Amsterdamse ziekenhuizen. Rapport Onderzoekscentrum 1e-2e lijn AZVU, februari 1995.

- 34 Jaarsma-van Leeuwen, I., et al. Patiënten zonder verwijzing op de
afdeling spoedeisende hulp. Ned. T. Geneesk. 2000;144:428-31.
- 35 Spoedpost in Boxmeer loopt vast op NZA regelgeving, Medical Facts,
22 februari 2010, <http://www.medicalfacts.nl/2010/02/22/spoedpost-in-boxmeer-loopt-vast-op-nza-regelgeving/>.
- 36 http://www.sos-arts.nl/persbericht_15022010.html.
- 37 LHV heeft 24 bedenkingen bij SOS-arts <http://www.skipr.nl/actueel/lhv-heeft-24-bedenkingen-bij-sos-arts-36849.html>.
- 38 NZa: nog geen financiering voor SOS-huisarts, <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/129825/>.
- 39 Spoedeisende hulp: te haastige spoef is zelden goed. Consumentengids
maart 2010, p. 52-53.
- 40 Sixma. New land, new town, new health care system. Proefschrift 1997.
- 41 Presentatie van de Zorggroep Almere op 7 januari 2010.
- 42 Douma, J. et al. Eindrapport cie. Oncologie/haematologie ziekenhuis
Rijnstate Arnhem. Voorstellen voor nieuwe zorgconcepten. Een
blauwdruk voor de toekomst, 1992.
- 43 Velde, C., de. Et al. Samenwerking in netwerken. Een analyse van
de zorgketen oncologie/haematologie Ziekenhuis Rijnstate Arnhem,
inclusief het netwerk palliatieve zorg in de regio Arnhem, 2002.
- 44 Voorbij 'het gouden uur'- Evaluatie beleidsvisie traumazorg 2004.
College voor Zorgverzekeringen, circulaire 25024858, nr. 212, 2005.
- 45 http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/CVZ_Internet/nl/documenten/persberichten/2005/pb0501-traumazorg.pdf.
- 46 Damkot, J.G. Laar, A.C.B.M. van der. Opnamestops in algemene
ziekenhuizen in de regio Zuidoost Brabant. Afstudeeronderzoek
Faculteit der Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht, 2001.
- 47 Laar, A.C.B.M. et al. Opname gewijgerd. Toegankelijkheid van acute
zorg in Zuidoost-Brabant wordt bedreigd. Medisch Contact, nr. 44 jrg.
56, 1613-1616, 30 oktober 2001.
- 48 www.rivm.nl/vtv/object_document/o7787n35621.html#2.
- 49 http://www.volkskrant.nl/economie/article1329007.ece/Wachttijd_zorg_is_langer_dan_officiële_norm.
- 50 Vragen van de leden Van Gerven, De Roos en Langkamp (allen SP)
aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over een
patiëntenstop voor zwangeren met pathologie alsook barend vrouwen
met acute problematiek in de ziekenhuizen te Goes en Vlissingen,
31 juli 2009.
- 51 <http://www.nvi-vaccin.nl/?id=221>.
- 52 Advies Gezondheidsraad Algemene vaccinatie tegen meningococci C
en pneumococci, Publ. Nr. 2001/27, Den Haag, 2001.
- 53 HPV Nieuws nr. 1, RIVM, 28 januari 2010.
- 54 <http://www.rivm.nl/cib/actueel/nieuws/helft-12-jaige-meisjes-haalt-hpv-vaccinatie.jsp>.

- 55 Slade, B.A. et al. Postlicensure Safety Surveillance for Quadrivalent Human Papillomavirus Recombinant Vaccine. *JAMA*, 2009;302(7):750-757.
- 56 Rothman, S.M., Rothman, D.J. Marketing HPV Vaccine: Implications for Adolescent Health and Medical Professionalism. *JAMA*. 2009;302(7):781-786.
- 57 Haug, C. The Risks and Benefits of HPV Vaccination *JAMA*. 2009;302(7):795-796.
- 58 Boomsma, L, Drenthen, T., Veld, K. in 't. HPV-vaccinatie weinig zinvol. *Medisch Contact*, 21 november 2008, 63 nr. 47. pag. 1948-1952.
- 58 Advies Gezondheid 2.0, U bent aan zet, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010.
- 59 http://www.europa-nu.nl/id/vidwefmc9ezd/nieuws/raad_van_europa_autoriteiten_zaaiden?ctx=vi5sc6d6revo.
- 60 <http://www.framinghamheartstudy.org/>.
- 61 Uitgavenbeheer in de Gezondheidszorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008, publicatienummer 08/11.
- 62 Crone, K. Behandeling in Bangkok straks heel gewoon. *Zorgmarkt* nr 3 maart 2009.
- 63 Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Healthcare*. New York, NY: McGraw-Hill; 2008.
- 64 Nationale Atlas Volksgezondheid, RIVM, http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o2921n21159.html.
- 65 B-segment. Onderzoek naar de belangrijkste ontwikkelingen. Gupta Strategies, Utrecht, april 2008.
- 66 Advies uitbreiding B-segment 2011, brief van de NZa aan minister Klink, 23 februari 2010.
- 67 Zen and the art of hospital maintenance. *Dutch Hospital Study* 2008, Gupta Strategies.
- 68 Effting, M. Gesol met patiënten door inefficiënte ziekenhuizen., Interview met Martijn Ludwig i.v.m. promotie aan Universiteit Maastricht in *Volkskrant* 20 november 2008.
- 69 Devenijns, W. Zorgverzekeraars: Regels nekken zorgpolis. Interview met CZ-directeur Mike Leers, in *FEM Business*, nr.12, jrg. 11, 22-3-2008.
- 70 Christensen CM, Grossman JH, Hwang J. *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Healthcare*. New York, NY: McGraw-Hill; 2008.
- 72 Maljers, J. Wansink, W. Alles is anders in de zorg. Over bizarre budgetten, perverse regels en prima donna's. Bert Bakker, 2009.
- 73 <http://www.dlife.com> en <http://www.sugarstats.com>.
- 74 Rekening ziekenhuis tien keer hoger door dbc's. *Juridisch Dagblad*, 6 augustus 2009.
- 75 <http://www.dbconderhoud.nl>.
- 76 <http://werkenmetdot.nl> Begrippenlijsten en FAQ.

- ⁷⁷ Smolders, K, Haeck, J., Schellekens, W. Over aansporen en opsporen. Handhavingsbeleid bij oesopaguscardiaresectie. Medisch Contact, jrg. 63 nr. 22, 30 mei 2008, pp. 955 -958.
- ⁷⁸ Advies uitbreiding B-segment 2011, brief van de NZa aan minister Klink, 23 februari 2010.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Publicaties RVZ vanaf 2007

- 10/08 Moderne patiëntenzorg: Acht jaar later (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
- 10/07 Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
- 10/06 Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie bij discussienota), april 2010
- 10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010
- 10/04 De patiënt als sturende kracht
- 10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg
- 10/02 Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie bij advies Gezondheid 2.0), februari 2010
- 10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
- 09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009
- 09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
- 09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010
- 09/11 Werkprogramma 2010, november 2009
- 09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
- 09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
- 09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
- 09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
- 09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
- 09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
- 09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
- 09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009
- 09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009

- 09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
- 08/11 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008
- 08/12 Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008
- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
- 08/09 Schaal en zorg: achtergrondstudies mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
- 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies, april 2008
- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
- 07/06 Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitationnal conference, 22 mei 2007)
- 07/05 Werkprogramma 2008, december 2007
- 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg (advies), oktober 2007
- 07/02 Vertrouwen in de arts (advies), mei 2007
- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies, mei 2007
- Sig 08/01a Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008
- Sig 07/02 Goed patiëntschap, februari 2008
- Sig 07/01 Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, maart 2007
- Sig 07/01a Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, oktober 2007

Publicaties CEG vanaf 2007

- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS), juni 2008

- Sig 07/04 Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (signalement), januari 2007
- Sig 07/03 Financiële stimulering van orgaandonatie (signalement), november 2007
- Sig 07/02 Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg (signalement), juli 2007

