

Ketenzorg voor chronische ziekten: mode of must?

dr. H. Rosendal

Niet volgen
maar **Leiden.**



hogeschool
Leiden

“Als je voor elke positie de beste speler kiest,
heb je nog geen sterk elftal maar een team
dat als los zand uiteen valt.”

Johan Crujff

dr. H. Rosendal (2006),
Ketenzorg voor chronische ziekten:
mode of must?

Trefwoorden: gezondheidswetenschappen, informatief-gezondheid, chronische ziekten en ketenzorg.
© Hogeschool Leiden (mei 2006)
ISBN 90-810708-1-9

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Mocht informatie toch nog onvolledig of onjuist zijn, aanvaardt Hogeschool Leiden geen aansprakelijkheid.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise without the prior written permission of the Hogeschool Leiden, University of applied Sciences, Zernikedreef 11, 2333 CK Leiden. Tel: +31715188496, e-mail: rosendal.h@hsleiden.nl

KETENZORG VOOR CHRONISCHE ZIEKTEN: MODE OF MUST?

dr. H. Rosendal

**Lectorale rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van
Lector Mensen met chronische ziekten
Van Hogeschool Leiden
door dr. H. Rosendal**

op 17 mei 2006

Inhoudsopgave

1.	Introductie	6
2.	Het lectoraat	8
3.	Mensen met chronische ziekten	9
4.	Het zorgaanbod	18
5.	Oplossingsrichtingen	22
6.	Oplossingsrichtingen: Organisatie van zorg	28
7.	Rol lectoraat	36
8.	Tenslotte	38
9.	Curriculum vitae	39

Mijnheer de voorzitter, dames en heren,

De gezondheidszorg is volop in beweging. Op zich is dat niets nieuws, mensen veranderen en daarmee ook de wijze waarop we met elkaar omgaan. En dat heeft weer gevolgen voor de inrichting van de maatschappij waarin wij leven. Alles is voortdurend in beweging. Dit geldt zeker ook voor de wetenschap en het onderwijs.

Dat betekent dat onze gezondheidszorg voortdurend onderhevig is aan verandering. Nieuwe behandelmodaliteiten doen hun intrede en dat heeft niet alleen gevolgen voor de uitkomsten van onze zorg, maar ook voor de wijze waarop we dit allemaal met elkaar organiseren. Doorlopend ontstaan er nieuwe inzichten over wat wel en wat niet werkt. En zo zijn we voortdurend bezig met verandering, of beter: met vernieuwing.

Deze voortdurende vernieuwing is geen luxe, maar noodzaak. Willen wij een adequate gezondheidszorg realiseren, dan zal dat er een moeten zijn die doorlopend evolueert. Hier geldt dat stilstaan gelijk staat aan achterlopen. Anders geformuleerd: Behandelingen in de zorg die al langere tijd op exact dezelfde wijze worden aangeboden zijn te bestempelen als verdacht. Tegelijkertijd is niet iedere vernieuwing een verbetering, hetgeen een continu afwegingsproces betekent. Met aan de ene kant de vernieuwers die de anderen mee proberen te krijgen, en aan de andere kant de volgers die niet zonodig hoeven.

Vanuit het uitgangspunt dat alles verandert en dat daarom de zorg zich noodzakelijkerwijs ook moet ontwikkelen, bevind ik mij in principe in het kamp van de vernieuwers. Maar niet zonder meer, aangezien ik van mening ben dat iedere verandering of vernieuwing - liefst vooraf - moet worden getoetst op de mate van verbetering. Een ingrijpende vernieuwing verdient daarbij een zware toetsing, een milde vernieuwing een bescheiden toets.

Daarbij dient geen onderscheid gemaakt te worden tussen een nieuwe behandelmodaliteit, zoals een nieuw geneesmiddel of een chirurgische interventie, en de wijze waarop deze modaliteiten zijn ingebed in de zorg. Daarmee doel ik op de organisatie van zorg. Sterker nog, ik denk dat we de tijd van de grote, heroïsche vernieuwingen in behandelingen wel hebben gehad. En dat we de winst nu vooral kunnen verwachten van de organisatie van de zorg. Het gegeven dat de organisatie van zorg ook nog wel eens effect zou kunnen hebben op de gezondheid van cliënten, krijgt de laatste jaren meer aandacht¹.

Als we het hebben over zorg, dan gaat het in eerste instantie over de ontvangers daarvan: de patiënten en cliënten. Maar het gaat ook over aanbieders van zorg: de (para)medische professionals. En deze worden hier op de Hogeschool Leiden opgeleid. Binnen het Cluster Zorg en Welzijn betreft dat verpleegkundigen, advanced nurse practitioners, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, sociaal pedagogische hulpverleners en kunstzinnig therapeuten. Doordat alles doorlopend verandert zijn de eisen die aan deze professionals worden gesteld niet meer dezelfde als die van tien jaar geleden. De wereld verandert, de zorg verandert, de zorgaanbieders moeten veranderen, en dus ook de opleiding. Zo gesteld lijkt het alsof de opleiding als laatste moet veranderen. Niets is echter minder waar. In mijn ogen heeft de opleiding, in dit geval de hogeschool, hierbij een voortrekkersrol te vervullen. Zij moet actief de ontwikkelingen in de maatschappij en zorg volgen en daarop inspelen. Zodat onze studenten ten allen tijde adequaat zijn voorbereid op de praktijk.

Het lectoraat wil hier vanuit haar eigen, wetenschappelijke invalshoek een bijdrage aan leveren. Dat is de uitdaging voor de komende jaren. Graag licht ik mijn visie daarop toe.

1 Rosendal H. Comparative cohort studies in transmural care. Thesis. University of Utrecht: 2002.

2. Het lectoraat

Het lectoraat is binnen het HBO een relatief nieuw fenomeen. De introductie hiervan heeft alles te maken met de grotere ontwikkeling naar een kenniseconomie en de wens van Nederland om binnen Europa een van de belangrijkste spelers op het gebied van kennisinnovatie te zijn. Dit had gevolgen voor de hogescholen en de eisen die werden geteld aan de hbo-professionals. De HBO-raad² was van mening dat het docentenbestand vergrijsde en dat er sprake was van een te eenzijdige functie-ervulling. Veel docenten waren routineprofessionals, en leidden zo ook hun studenten op, terwijl er door de kenniseconomie juist behoefte is aan innovatieprofessionals. Een van de maatregelen om hierin verandering te brengen was het mogelijk maken van lectoraten, waar vanaf 2001 middelen voor beschikbaar kwamen. De algemene doelstellingen van het lectoraat zijn: kennisontwikkeling, professionalisering van docenten, doorwerking daarvan in het curriculum en kenniscirculatie.

Inmiddels zijn er in Nederland ongeveer 300 lectoren aangesteld, en heeft de Commissie Tussentijdse Evaluatie Lectoren en Kenniskringen een landelijk evaluatie uitgevoerd waaruit bleek dat de wijze waarop invulling aan het lectoraat wordt gegeven behoorlijk verschilt³. Zo is er niet een lectoraat dat op alle vier genoemde doelstellingen uitgesproken actief is. Desondanks, of misschien wel: dankzij dat, wordt het lectoraat in algemene zin als zeer positief ervaren. Een andere bevinding van de commissie was dat het nog niet altijd vanzelfsprekend is dat regionale instellingen en brancheorganisaties hun weg vinden naar lectoraten. Met het onderhavige lectoraat 'Mensen met chronische ziekten' hoopt de Hogeschool Leiden hierin verandering te brengen. Alvorens verder in te gaan op de rol die het lectoraat beoogt te spelen, wordt in deze rede achtereenvolgens stilgestaan bij het primaire aangrijpingspunt van het lectoraat: mensen met chronische ziekten en de verwachte ontwikkelingen ten aanzien van vraag en aanbod.

2 HBO-raad: Hogescholen 10 jaar vooruit, 2000.

3 Commissie Tussentijdse Evaluatie Lectoren en Kenniskringen. Succesfactoren voor lectoraten in het hbo Den Haag, 2005.

3 Mensen met chronische ziekten

Chronische ziekten is een veel voorkomende term. Het intypen hiervan levert bij Google 743.000 treffers op, de woorden 'Chronically ill' zijn goed voor 3.720.000 hits. Waar hebben we het over als we praten over chronische ziekten? Het wordt vaak omschreven als: langdurige ziekten. En het beeld dat we er meestal bij hebben is dat van de (hoog)bejaarde, die steeds 'minder kan'. Dit beeld klopt voor een deel. Chronische ziekten komen inderdaad veelvuldig voor bij ouderen, maar zeker niet uitsluitend. Belangrijke andere kenmerken van chronische ziekten zijn het variabele ziektebeloop en het feit dat de ziekte een forse impact heeft op het dagelijks functioneren van de patiënt. Dat laatste heeft grote gevolgen voor de arbeidsdeelname van patiënten, en - mede hierdoor - op hun financiële situatie. Ter illustratie: slechts 41% van de mensen met een chronische ziekte heeft een betaalde baan, tegenover 66% in de totale bevolking.

De overheid (VWS) omschrijft chronische ziekten als volgt: 'Onomkeerbare aandoeningen, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur'. Een iets meer precieze definitie is die van de Nationale Commissie Chronische Ziekten⁴: 'Chronische ziekten zijn ziekten die niet binnen zes maanden volledig genezen, of te genezen zijn, of ziekten waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledige genezing'. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de volgende somatische aandoeningen: CVA (Cerebro Vasculair Accident, of 'beroerte'), COPD (Chronisch Obstructief Longlijden), DM (Diabetes Mellitus), hartfalen, RA (Reumatoïde Arthritis), borstkanker, darmkanker, rugklachten, ziekte van Ménière, etc. Maar ook aan chronisch psychische klachten zoals angststoornissen, schizofrenie, depressie, dementie en autisme.

⁴ Nationale Commissie Chronisch Ziekten. Chronisch zieken aan zet: tussenbalans chronisch ziektenbeleid 1991-1994. Zoetermeer, 1994.

Hoewel chronische ziekten zeer veelvuldig voorkomen, is het exacte aantal niet bekend. Afhankelijk van de gehanteerde definitie betreft het tussen de 1,5 en de 4,5 miljoen mensen in Nederland. Dat wil zeggen dat tussen de 10% en bijna 30% van de Nederlandse bevolking een chronische ziekte heeft.

En inderdaad: ouderen krijgen er vaker mee te maken dan jongeren. Ter vergelijking: 50% van de mensen tussen de 55-64 jaar heeft last van een, of meerdere chronische ziekten. En dit stijgt met het klimmen der jaren: bij 75-jarigen is dit percentage al gestegen tot 75%. Ook de prevalentie van co-morbiditeit (bijkomende ziekten) stijgt: zo heeft in de groep 55-64 jarigen 1 op de 7 meerdere chronische aandoeningen, bij de groep 75+ers is dat gestegen naar 1 op de 4.

Het zal duidelijk zijn dat dit alles gevolgen heeft voor de benodigde zorg. In het algemeen is het zo dat de zorg voor mensen met chronische ziekten voor een relatief klein deel bestaat uit ziekenhuiszorg, en voor een groot deel uit eerstelijnszorg. Eerstelijnszorg is laagdrempelige zorg die dicht bij de cliënt wordt geboden door onder meer de huisarts, de thuiszorg, de (eerstelijns) fysiotherapeut, het maatschappelijk werk en de (eerstelijns) psycholoog.

Mensen met chronische ziekten gebruiken meer zorg dan anderen. Zij bezoeken bijvoorbeeld vaker een arts, zie tabel 1.

Tabel 1: Percentage mensen dat per jaar een arts bezoekt.

	Algemene bevolking	Chronisch zieken
Minstens 1x per jaar naar de huisarts	77%	92%
Minstens 1x per jaar naar de medisch specialist	40%	74%

Bron: Nivel, www.nivel.nl, 2006.

Zoals hiervoor beschreven, is er een sterke relatie tussen leeftijd en het voorkomen van chronische ziekten. Dat is ook de reden waarom ouderen veel meer zorg consumeren dan jongeren. Ter illustratie: een 85-jarige ontvangt momenteel gemiddeld tien keer zoveel zorg als een 60-jarige. In totaal gaat men ervan uit dat ruim 70% van de uitgaven in de zorg aan mensen met chronische ziekten wordt uitgegeven. Dat betekent, uitgaande van ongeveer 45 miljard euro per jaar aan zorguitgaven, dat er jaarlijks meer dan 31,5 miljard euro gaat naar de zorg voor chronisch zieken.

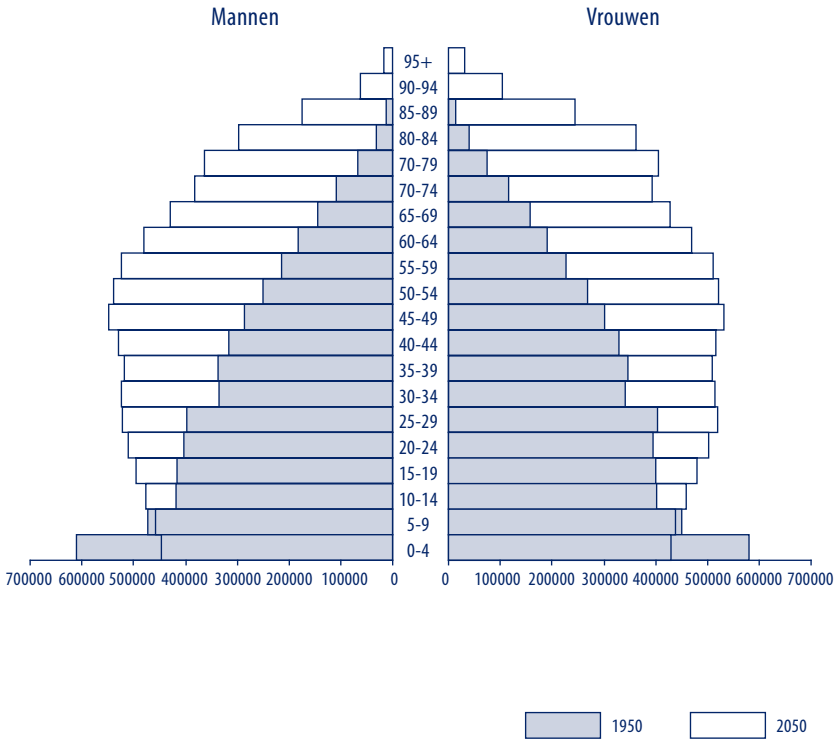
Zowel de grote aantallen patiënten, als het totale verlies aan kwaliteit van leven ten gevolge van deze ziekten, en de enorme kosten die hiermee zijn gemoeid, zijn op zich voldoende legitimatie om uiterst kritisch te kijken naar de zorg die deze groep ontvangt. Niet kritisch in de zin van: kan het niet wat minder? Maar wel: kan het nog beter?

Mijn stelling is dat het hier gaat om gemeenschapsgeld, waarvan in principe iedere euro op de beste denkbare wijze moet worden uitgegeven. Zowel zorgaanbieders als verzekeraars hebben de morele plicht om hier onafgebroken naar te streven, en bovendien om aan te tonen in hoeverre dat daadwerkelijk wordt gerealiseerd.

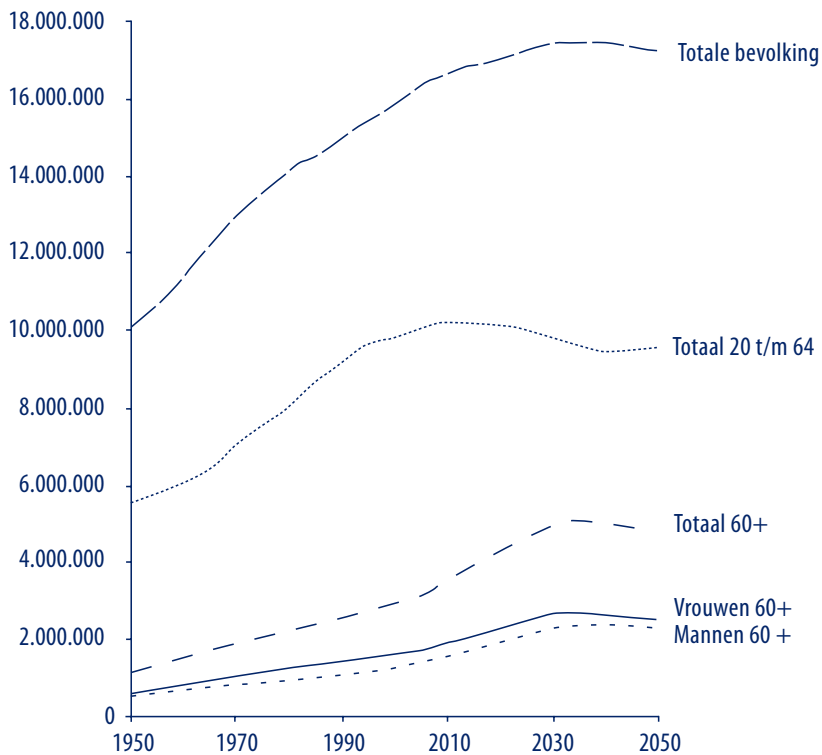
Op basis van het voorgaande is het van groot belang om te weten wat de komende jaren de verwachte demografische en epidemiologische ontwikkelingen ten aanzien van chronische ziekten zijn. Als bekend is dat het voorkomen van chronische ziekten verband houdt met het stijgen der jaren, is het allereerst zinvol om naar de verwachte bevolkingsgroei en –opbouw te kijken. Want meer ouderen betekent meer chronisch zieken, en ziekten. In Figuur 1 en 2 wordt een beeld gegeven van de ontwikkeling in de bevolkingsopbouw in Nederland tussen 1950 en 2050⁵.

⁵ Figuur 1 en 2 zijn gebaseerd op cijfers die zijn verkregen van dr.ir. W.T. van Beekum (TNO-Kwaliteit van Leven).

Figuur 1: De leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking in 1950 en 2050.



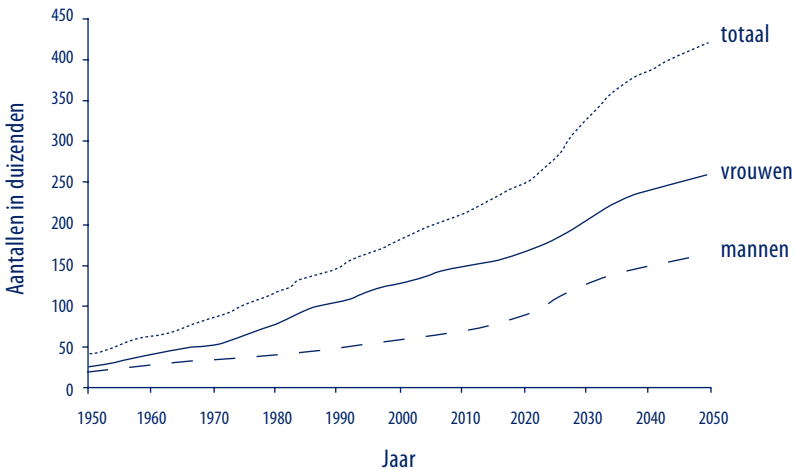
Figuur 2: Populatie in Nederland van 1950 t/m 2050.



De conclusie is duidelijk: het aantal ouderen, en daarmee het aantal chronisch zieken, zal de komende jaren fors stijgen. Zo raamt het RIVM deze stijging in de periode 2000 - 2020 op 35% en is de verwachting⁶ dat in 2015 de helft van de bevolking van 25 tot 85 jaar een chronische ziekte zal hebben.

Wat dit gegeven vooral dramatisch maakt, is de verhouding tussen ouderen en de leeftijdsgroepen eronder. Want dat is de groep die de zorg moet leveren voor de ouderen en de chronisch zieken. En juist als het aantal ouderen op zijn hoogtepunt is, is het aantal potentiële verzorgenden minimaal. Om de ernst van dit gegeven te illustreren volgt hieronder een voorbeeld op het gebied van dementie. De prevalentie van deze groep zal de komende jaren enorm stijgen, zie figuur 3⁷.

Figuur 3. Prevalentie van dementie in Nederland 1950 – 2050.

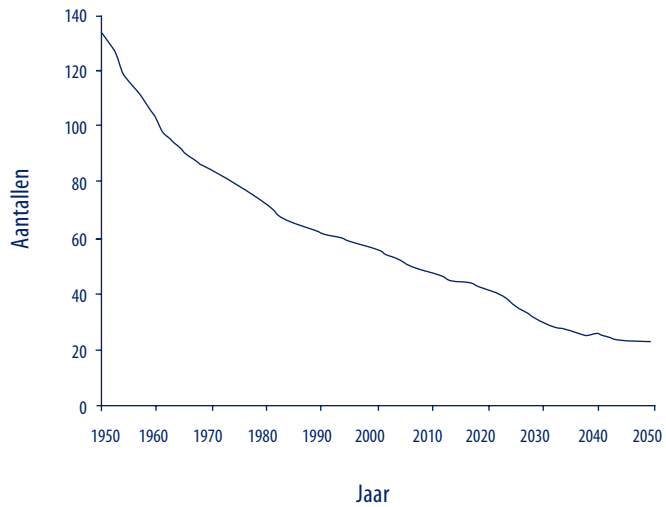


6 RIVM. Nationaal Kompas/Gezondheid en ziekte/sterfte, levensverwachting en DALY's. www.nationaalkompas.nl.

7 Met dank aan dr. Ir. W.T. van Beekum (TNO Kwaliteit van Leven) voor het gebruik van Figuur 3 en 4. Het onderliggende cijfermateriaal is grotendeels gebaseerd op het Advies Dementie van de Gezondheidsraad, adviesnr. 2002/04 (2002).

In figuur 4 wordt het bovenstaande afgezet tegen het aantal inwoners tussen 20 en 64 jaar (de potentiële verzorgers) per dementerende. Hieruit blijkt dat dit aantal drastisch daalt in deze periode.

Figuur 4. Aantal inwoners in Nederland tussen 20 en 64 jaar per dementerende.



De bovenstaande cijfers weerspiegelen in mijn ogen met afstand het grootste volksgezondheidsprobleem van Nederland in de komende jaren. Het betreft de enorme stijging van het aantal chronisch zieken in combinatie met het relatief kleine aantal potentiële verzorgenden. Dit zou met stip bovenaan de agenda moeten staan van de Minister en Staatssecretaris van VWS. Dit betreft geen 'mogelijk scenario', wat eventueel kan optreden, maar iets dat onontkoombaar op ons af komt en om drastische maatregelen vraagt.

Kijkend naar het huidige volksgezondheidsbeleid moet echter worden geconcludeerd dat de zorg voor chronisch zieken niet de hoogste prioriteit heeft. Ook in het recent verschenen Leidmotief van VWS⁸ wordt het probleem weliswaar onderkend, maar krijgt het geen absolute prioriteit. De reden hiervan is niet met zekerheid vast te stellen. Feit is dat investeren in de zorg voor chronisch zieken het doen van uitgaven betekent op de korte termijn, terwijl de vruchten pas op de langere termijn geplukt kunnen worden. Ofwel: het kost geld in de huidige kabinetsperiode, en de opbrengsten worden pas veel later, bij andere kabinetten, zichtbaar. Dat zou een, zij het zeer onterechte, reden kunnen zijn waarom het huidige kabinet hier niet zwaar op in wil zetten.

Mijn stelling is dat het beste wat nu voor de Nederlandse volksgezondheid gedaan kan worden, investeren is in maatregelen om de geschetste problemen zo goed mogelijk het hoofd te bieden. De benodigde maatregelen liggen op vele terreinen en eisen een aanpak met stevige regie, zodat afstemming op alle deelterreinen mogelijk is. Dit voorjaar wordt een document van de WHO verwacht met een voorstel voor een landelijke aanpak van dit onderwerp. Ook hierin wordt het belang van een integrale benadering van dit probleem benadrukt. Alvorens verder in te gaan op de mogelijke oplossingsrichtingen wordt in de volgende paragraaf stilgestaan bij de ontwikkelingen aan de aanbodzijde.

⁸ Ministerie van VWS. Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg. Leidmotief voor de kennis- en innovatieagenda voor de gezondheidssector. Den Haag, 2006.

4. Het zorgaanbod

De meeste chronisch zieken wonen thuis en bezoeken met enige regelmaat hun huisarts, het ziekenhuis, of de polikliniek. Afhankelijk van de aandoening en de situatie van de patiënt krijgen velen thuiszorg, al dan niet in combinatie met de behandeling door een paramedicus, zoals bijvoorbeeld fysiotherapie of maatschappelijk werk. Een kleiner deel verblijft intramuraal, tijdelijk in ziekenhuizen, of voor langere tijd in verzorgings- of verpleeghuizen. Maar veruit de meesten wonen thuis en ontvangen zorg vanuit de eerstelijns.

Kenmerkend bij chronische ziekten is dat er meestal verschillende typen zorgaanbieders bij de zorg betrokken zijn. Dit komt enerzijds omdat een deel van de zorg gericht is op cure, het (deels) genezen, of tegengaan van verslechtering, en een ander deel op care, op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Bovendien is er vaak ook nog een aanzienlijk welzijnsaspect aan verbonden. Een andere reden ligt in het veelvuldig voorkomen van co-morbiditeit, hetgeen ook weer aparte behandeling en verzorging behoeft.

Overigens is de zorgbehoefte van deze groep in werkelijkheid veel groter dan de zorg die door deze professionals wordt aangeboden. Deze extra zorg wordt gegeven door de mantelzorg, dat zijn mensen uit de directe omgeving van de cliënt/patiënt. Het gaat hierbij om aanzienlijke aantallen. Er is becijferd dat ongeveer 80% van alle uren verzorging in Nederland niet wordt geleverd door professionals, maar door de mantelzorg. Ongeveer 4 miljoen mensen in Nederland zijn hierbij betrokken, waarvan er 750.000 zijn die langer dan 3 maanden achtereen meer dan 8 uur per week zorg leveren. Hiervan zijn er 150.000 - 200.000 die zich (zwaar) overbelast voelen⁹.

Indien alleen wordt uitgegaan van de formele zorg die mensen met een chronische ziekte ontvangen, dan blijkt dat deze vooral bestaat uit eerstelijnszorg. Eerstelijnszorg is die zorg die gegeven wordt in de directe omgeving van de patiënt/cliënt. Een sluitende definitie van eerstelijnszorg is er niet, meestal wordt volstaan met het opsommen van de bekendste zorgaanbieders in de eerstelijns, zoals de huisarts, de thuiszorg, (eerstelijns) fysiotherapie, maatschappelijk werk, etc.

⁹ SCP. Mantelzorg in getallen. Den Haag, 2003.

Eerstelijnszorg is typisch zo'n begrip waarvan iedereen wel ongeveer weet waar het over gaat, zonder dat er een sluitende definitie is. Wel zijn de volgende onderscheidende kenmerken van eerstelijnszorg benoemd¹⁰:

- generalistische zorgverlening
- laagdrempelige toegang
- zorg in de buurt
- gericht op de mens in zijn omgeving
- ambulante karakter
- en gerichtheid op coördinatie en continuïteit van zorg.

Het zal duidelijk zijn dat onderscheidend hier vooral betekent: onderscheidend ten opzichte van tweedelijnszorg, zoals ziekenhuiszorg.

Onze eerstelijnszorg wordt internationaal regelmatig als voorbeeld genoemd, en dan vooral als het gaat om het voorkomen van onnodige zorg. Zo wordt in Nederland nog geen 2% van de klachten waarvoor mensen de huisarts bezoeken doorverwezen naar de tweede lijn, en slechts 1,5% naar andere eerstelijns aanbieders¹¹.

Het zijn deze eerstelijns aanbieders die van cruciaal belang zijn bij de zorg voor chronisch zieken. In de vorige paragraaf is stilgestaan bij de verwachte demografische ontwikkelingen van de Nederlandse bevolking. Recent heeft het NIVEL samen met het RIVM de verwachte ontwikkelingen in vraag en aanbod voor de eerstelijnszorg in beeld gebracht¹².

Naast zicht op de demografische ontwikkelingen is dit van belang voor de toekomstige zorg voor chronisch zieken. In eerste instantie werden bij veel voorkomende ziekten de grootste stijgers (en dalers) in de afgelopen periode aan de vraagzijde in kaart gebracht. De resultaten zijn gevisualiseerd in tabel 2.

10 Ministerie VWS. Intentieverklaring Versterking Eerstelijnsgezondheidszorg. Den Haag, 2004.

11 Cardol M, Dijk L van, Jong JJ de, Bakker DH de, Westert GP. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.

12 Bakker DH de, Polder JJ, Sluijs EM et al. Op een lijn: toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2005.

Tabel 2. Sterkste stijgers en dalers bij ziekten/aandoeningen in de periode 1990-2000.

	Prevalentie	Incidentie
Sterkste stijgers	Astma Staar Diabetes Mellitus (mannen) COPD (vrouwen) Osteoporose (vrouwen)	Blaasontsteking (vrouwen) Privé-ongevallen Depressie (vrouwen) Diabetes Mellitus (vrouwen) Angststoornissen
Sterkste dalers	Nek- en rugklachten (mannen) Aangeboren afwijkingen HV-stelsel Ziekte van Parkinson (vrouwen) Maagzweer (vrouwen)	Luchtweginfecties Maagdarminfecties (mannen) Sportblessures Longkanker (mannen) Maagkanker

Vervolgens is, op basis van de demografische en epidemiologische ontwikkelingen, het verwachte toekomstige zorggebruik beschreven. Van belang bij deze ramingen is dat het beleidsarme ramingen zijn. Dat wil zeggen dat geen rekening is gehouden met beleidsmaatregelen die mogelijk van invloed zijn op deze ramingen. In principe zijn hier de ontwikkelingen uit het verleden geëxtrapoleerd naar de toekomst. Hieruit komt het volgende beeld naar voren:

Tabel 3. Toekomstige veranderingen (in %) in zorggebruik per discipline in de periode 2005-2020.

Sector/Discipline	2005 – 2020
Huisartsenzorg	
- contacten	+16,6
- recepten	+22,5
Verloskundige zorg	-1,6
Fysiotherapie	+3,5
Thuiszorg	
- verpleging	+28,5
- verzorging	+22,7
- huishoudelijke verzorging	+23,9
- alfa hulp	+24,3
Maatschappelijk Werk	+0,8
Spoed Eisende Hulp	+11,8

In de studie van het NIVEL/RIVM is voorts nog een (gedeeltelijke) uitsplitsing gemaakt naar groepen cliënten/patiënten, waaruit blijkt dat vooral de groepen 'chronische lichamelijke ziekten' en 'psychische en sociale problemen' verantwoordelijk zijn voor deze vraagtoename.

Bovenstaande cijfers zijn vooral indicatief. Het is denkbaar dat de vraag nog veel meer zal toenemen indien de huidige extramuralisatie nog verder zal doorzetten. Extramuralisatie is niet alleen wenselijk vanuit het cliëntenperspectief - mensen willen in toenemende mate vooral thuis worden behandeld en verzorgd - maar ook de overheid heeft hier belang bij, aangezien extramurale zorg bijna per definitie goedkoper is dan intramurale zorg.

De hier genoemde cijfers geven de relatieve toe- en afname weer. Van belang, zeker in combinatie met de algemene demografische ontwikkelingen zoals gepresenteerd in de vorige paragraaf, is in mijn ogen vooral de vraagtoename naar thuiszorg. Daar zijn op dit moment ongeveer 180.000 mensen werkzaam, en een vraagtoename van 25% zou, gezien het karakter van de thuiszorg, een toename van de benodigde capaciteit met 45.000 mensen impliceren. Deze mensen zijn er eenvoudigweg niet. Een reden temeer om actief op zoek te gaan naar mogelijke oplossingsrichtingen, het onderwerp van de volgende paragraaf.

5. Oplossingsrichtingen

De in de vorige paragrafen beschreven ontwikkelingen hebben grote gevolgen, niet alleen voor vragers en aanbieders van zorg, maar ook voor de overheid. Zij heeft immers de taak om voorwaarden te scheppen voor een adequate gezondheidszorg, en door deze ontwikkelingen zal die taak enorm onder druk komen te staan.

Het is het probleem van het komende capaciteitstekort en, voor een deel daarmee samenhangend, het probleem van kwaliteitsverlies. Beide bedreigingen vragen om een effectieve aanpak. Er is echter geen simpel antwoord op een dergelijk omvangrijk en complex probleem. Dit vraagt om een brede en samenhangende aanpak die gericht is op zowel de zorgvragers als de zorgaanbieders. Hieronder wordt een aanzet gegeven voor mogelijke aangrijpingspunten. Een deel hiervan is afkomstig uit het genoemde onderzoeksrapport uit 2005 van het NIVEL/RIVM. Het betreft de volgende mogelijke aangrijpingspunten:

- a. Verminderen zorgbehoefte
- b. Verminderen zorggebruik
- c. Opleidingsvolume en -inhoud aanpassen
- d. Technologische innovatie
- e. Organisatie van zorg optimaliseren
- f. Beïnvloeden mentaliteit

ad a. Verminderen zorgbehoefte

Als door preventie de gezondheidstoestand verbetert, zal dit leiden tot vermindering van de zorgbehoefte. Het meeste effect wordt verwacht van leefstijlveranderingen¹³ (met name stoppen met roken en het terugdringen van overgewicht) en valpreventie¹⁴.

ad b. Verminderen zorggebruik

De in dit kader voorgestelde suggesties betreffen een optimalisering van triage door bijvoorbeeld taakherschikking of call centra, het bevorderen van zelfzorg, het nemen van pakketmaatregelen en het stimuleren van gepast gebruik. Zo kunnen wijkverpleegkundigen en nurse practitioners een aanzienlijk deel van de triage en verrichtingen in de huisartsenpraktijk overnemen¹⁵. Verder wordt gedacht aan betere informatievoorziening via advieslijnen¹⁶ en websites¹⁷. Door betere informatie leren mensen wanneer zij wel en niet professionele hulp moeten zoeken. In dit kader zijn er ook maatregelen mogelijk zoals het heffen van eigen bijdragen of het nemen van zogenaamde pakketmaatregelen. De eerste maatregel is weinig effectief, zoals is gebleken uit de ervaringen bij de geneesmiddelen, poliklinisch specialistenbezoek en thuiszorg.

In geval van de thuiszorg is het daarbij onbegrijpelijk dat er een eigen bijdrage als 'remgeld' wordt gevraagd, aangezien de behoefte daar eerst wordt vastgesteld door een onafhankelijke indicatiecommissie. Zorggebruik zou daarom juist moeten worden gestimuleerd (alleen al om erger te voorkomen) in plaats van afgeremd. Pakketmaatregelen zijn wellicht meer effectief¹⁹.

ad c. Aanpassen opleidingsvolume en -inhoud

Door te sturen op de instroom van (paramedische) opleidingen en op de uitstroom uit het beroep, kan de zorgcapaciteit worden beïnvloed. Zo is de instroom bij de huisartsenopleiding tussen 1990 en 2003 bijna verdubbeld. Het probleem bij dergelijke maatregelen is wel dat juist in de periode dat er capaciteit noodzakelijk is er een relatief gering arbeidspotentieel is, zie paragraaf 3. Wellicht dat maatregelen om de uitstroom van professionals te beperken daarom meer effect zullen sorteren, maar daarover zijn geen gegevens bekend.

- 13 Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. RIVM-rapport 270555004/2002. Bilthoven, 2002.
- 14 Berg Jeths A van den, Timmermans JM, Hoeymans N, Woittiez IB. Ouderen nu en in de toekomst Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. RIVM-rapport 270502001/2004. Bilthoven, 2004.
- 15 Commissie Modernisering Eerste Lijn. Een perspectief voor de eerstelijns gezondheidszorg. Den Haag, 2002.
- 16 RVZ. Gepaste zorg. Zoetermeer, 2004.
- 17 VGZ. Visie van VGZ op de huisartsgeneeskundige zorg binnen de geïntegreerde eerstelijns (2004-2007) Nijmegen, 2004.
- 18 Ziekenfondsraad. Evaluatie algemene eigen bijdrageregeling Ziekenfondswet. Amstelveen, 1998.
- 19 Cardol M. Verwachtingen van het nut van huisartsenzorg bij alledaagse klachten afgenomen. Huisarts en Wetenschap, 47, 2004;1:5.

ad d. Technologische innovatie

Technologie (in de brede zin van het woord) kan in dit kader een belangrijke rol spelen. Niet alleen ter ondersteuning van de werkdruk van professionals, maar ook om de kwaliteit van zorg te bevorderen. Te denken valt aan nieuwe ICT-toepassingen, het elektronisch patiënten dossier, moderne video-netwerkconcepten in de thuiszorg (Thuiszorg Online, Viedome, Camcare)²⁰, maar ook aan slimme aanpassingen in de directe woonomgeving ('domotica') en het ontwikkelen van nieuwe hulpmiddelen. Vooral oplossingen voor alledaagse problemen zullen hier relevant blijken te zijn. Van belang hierbij is het gegeven dat technologie een bepaalde levenscyclus heeft. Tussen het moment van starten met de ontwikkeling en de daadwerkelijke toepassing in de alledaagse praktijk ligt vaak een periode van jaren. Indien er voor problemen die zich over tien jaar zullen voordoen een technologisch oplossing moet worden gezocht, dan dient er reeds nu al te worden gestart met de ontwikkeling ervan. Ook hier geldt dat de kost voor de baat gaat.

ad e. Optimaliseren van de organisatie van zorg

Naast taakherschikking betreft dit vooral de samenwerking en afstemming tussen alle bij de zorg betrokken aanbieders. De wenselijkheid hiervan wordt door alle relevante partijen in de zorg omschreven. Samenwerken is niet altijd nodig, maar wel bij complexe hulpvragen, zoals in geval van co-morbiditeit. Chronisch zieken zijn een groep die hier veel baat bij kunnen hebben. In dit verband pleiten velen voor een geïntegreerde aanpak van specifieke chronische ziekten en het maken van keten-afspraken^{22 23 24}. Juist op dit onderdeel liggen er voor het lectoraat goede kansen om samen met regionale zorgaanbieders, zorgvragers en financiers de zorg te verbeteren, zie de volgende paragraaf.

20 www.camcare.nl; www.thuiszorg-online.nl; www.viedome.nl.

21 RVZ. Redesign van de eerstelijns in transmuraal perspectief. Zoetermeer, 1998.

22 Gezondheidsraad. European primary care. Den Haag, 2004.

23 IGZ. Staat van de gezondheidszorg 2003. Ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag, 2003.

24 Ministerie VWS. Intentieverklaring Versterking Eerstelijnsgezondheidszorg. Den Haag, 2004.

ad f. Beïnvloeden mentaliteit

Indien de beschreven oplossingsrichtingen onvoldoende soelaas bieden, dan zal er in de nabije toekomst onvoldoende zorgcapaciteit zijn om aan de stijgende zorgvraag te kunnen beantwoorden. Dat betekent dat er een enorme druk komt te staan op de toch al overbelaste mantelzorg, en dat we moeten accepteren dat adequate zorg voor chronisch zieken niet meer vanzelfsprekend is. Dat zal gevolgen hebben voor onze samenleving en de wijze waarop we met elkaar wonen en leven. Dit vraagt een andere mentaliteit van onze bevolking om hier dan mee om te gaan.

Overigens biedt dit ook weer mogelijkheden voor zorgaanbieders, zoals de thuiszorg, om specifieke diensten te ontwikkelen voor de ondersteuning van de mantelzorg. Deze zouden dan in het kader van de in 2007 komende Wet op Maatschappelijke Ondersteuning aangeboden kunnen worden.

Nu is het niet zo dat er de afgelopen periode op bovengenoemde gebieden niets is ondernomen. Integendeel. Er zijn op de meeste onderdelen vele initiatieven van de grond gekomen, die zich echter allen richtten op slechts één aspect. En daar bevindt zich een groot probleem: het ontbreken van de noodzakelijke regie. Veranderingen op één van deze onderdelen hebben namelijk direct gevolgen voor de aanpalende gebieden. Indien er bijvoorbeeld op het gebied van medische technologie, of domotica, effectieve innovaties op de markt komen, dan heeft dat gevolgen voor het professionele handelen zowel in opleiding als in de praktijk. En daarmee ook voor het effectief organiseren van de zorg voor, in dit geval, chronisch zieken. De noodzakelijk verspreiding en doorwerking van deze kennis in alle aanpalende gebieden gaat niet vanzelf, maar vraagt regie.

Voorgaande geldt ook voor de meer omvangrijke programma's, zoals de activiteiten die zijn uitgevoerd in het kader van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (1991 - 1999), en het Onderzoeksprogramma Chronisch Zieken van ZonMW (1993 - 2004). Er is in dat kader een breed scala aan onderzoeksprojecten uitgevoerd, van fundamenteel biomedisch onderzoek tot en met toepassingsgerichte projecten. Wat echter van cruciaal belang is om daadwerkelijk het hoofd te kunnen bieden aan de eerder beschreven problemen, is dat al deze kennis en ervaring in hun onderlinge samenhang nodig is om gericht en effectief beleid te kunnen voeren. Dit vraagt om visie en regie. En in mijn ogen is er een partij die dat op dit moment naar zich toe zou kunnen, en moeten trekken: de Minister van VWS.

Niet als excuus voor andere partijen om nu maar wat minder te gaan doen, of om iemand anders probleemeigenaar te maken, maar omdat een dergelijk omvangrijk probleem een aanpak met stevige regie eist. Op alle fronten zal men hier vervolgens mee aan het werk moeten, en de resultaten op al deze afzonderlijke gebieden dienen adequaat vertaald te worden naar de andere, relevante actoren. Zo wordt er een meerwaarde gecreëerd, die noodzakelijk is voor succes. Ook hier geldt dat het geheel meer is, veel meer dan de som der delen. Voorwaarde is wel dat de overheid eerst de ernst van situatie inziet, en vervolgens bereid is om over te gaan tot actie. Bijvoorbeeld door het instellen van een speciale task-force met regievoering als belangrijkste opdracht.

Dit alles betekent dat er op veel gebieden actie benodigd is. Zo liggen er voor zorg-aanbieders, voor financiers van zorg, maar ook voor het lectoraat veel mogelijkheden om hier een bijdrage aan te leveren. De mogelijkheden waarbij dit lectoraat een rol wil gaan spelen betreffen vooral het aspect 'organisatie van zorg'. Niet als totaal-oplossing voor het hiervoor geschetste probleem, maar wel als concrete mogelijkheid voor het aanbrengen van verbeteringen in de zorg. In de volgende twee paragrafen wordt dit verder uitgewerkt.

6. Oplossingsrichting: Organisatie van zorg

Het doorvoeren van veranderingen in de organisatie van zorg is niet eenvoudig. Veranderingen betreffen meestal de gehele organisatie, of op zijn minst een groot deel ervan. Veel mensen zijn erbij betrokken; mensen die vaak al langere tijd gewend zijn om op een bepaalde manier te werken. Organisatieveranderingen zijn daarom ingrijpend. Van belang is dan ook dat voor iedereen de meerwaarde van de beoogde verandering helder is. Dat lijkt een open deur, maar dat is het niet. Er zijn voorbeelden van ingrijpende veranderingen die, in tegenstelling tot wat iedereen aannam, een verslechtering van de uitkomst tot gevolg betekenden²⁵. Dit betrof een studie naar de effecten van transmurale zorg voor mensen die een totale heupvervangning ondergingen. Het onderzoek wees uit de patiënten in de transmurale groep, in tegenstelling tot wat iedereen verwachtte, na 6 maanden significant slechter functioneerden. Aan de andere kant zijn er ook voorbeelden die een positief effect van transmurale zorg, in dit geval voor CVA-patiënten, aantonen²⁶.

Organisatieveranderingen zijn ook kostbaar. Vanwege het complexe karakter vergt het veelal de inzet van een groot aantal mensen om dit te realiseren. Tijd en inzet die op die momenten niet kunnen worden benut voor het primaire proces van een organisatie. De opportunity-kosten zijn meestal hoog. Het is daarom van belang dat voordat een verandering wordt doorgevoerd bekend is in hoeverre dit een verbetering, of op zijn minst geen verslechtering, betekent. En indien dat niet bekend is, en dat is in veruit de meeste situaties het geval, is een adequate monitoring van de effecten op zijn plaats. Algemene aannames zijn zoals is gebleken²⁷ zeer gevaarlijk.

25 Rosendal H, Nijhof P, Beekun WT van, Witte LP de, Schrijvers AJP. Can shared care deliver better outcomes for patients undergoing total hip replacement? *International Journal of Integrated Care* Vol 1. Iss Nov. 2000 – ISSN 1568-4156, www.ijic.org.

26 Rosendal H, Wolters CAM, Beusmans GMHI, Witte LP de, Boiten J, Crebolder HFJM. Stroke service in the Netherlands: an exploratory study on effectiveness, patient satisfaction and utilisation of healthcare. *International Journal of Integrated Care* Vol 2; March 2002 – ISSN1568-4156, www.ijic.org.

27 Rosendal H. Comparative cohort studies in transmural care. Thesis. University of Utrecht: 2002.

De volgende vraag is dan wat hierbij de relevante uitkomstmaten zijn. Waaraan kan worden afgemeten of een (organisatie)verandering al dan niet een meerwaarde betekent ten opzichte van de oude situatie, of ten opzichte van een ander alternatief? In de zorg zijn hiervoor veel uitkomstmaten in omloop, die in mijn ogen in essentie zijn terug te brengen tot de volgende drie:

1. Effectiviteit
2. Patiënten/cliëntenoordeel
3. Doelmatigheid

De eerste uitkomstmaat verwijst naar het behalen van de primaire doelstellingen in de praktijk. In de zorg worden deze, afhankelijk van de diagnosegroep, verschillend geformuleerd. Soms in termen van klinische uitkomstmaten, bijvoorbeeld de metabole instelling bij patiënten met Diabetes Mellitus, soms in termen van zelfstandig functioneren, bijvoorbeeld na interventies bij aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Lang werd aangenomen dat de organisatie van zorg geen noemenswaardig effect zou hebben op dergelijke (klinische) uitkomstmaten. De organisatie van zorg werd lange tijd beschouwd als iets wat het klinisch handelen moest ondersteunen. De beoogde effecten zouden alleen via medische interventies kunnen worden bereikt. Dit was een misvatting: er is inmiddels voldoende bewijs dat de organisatie van zorg wel degelijk een factor van belang kan zijn, getuige de voorbeelden aan het begin van deze paragraaf.

De tweede uitkomstmaat betreft de mening van de cliënt/patiënt. Het bedenken van iets nieuws door aanbieders van zorg is één. Maar als de ontvanger van zorg dit niet als een vooruitgang ervaart, is er geen sprake van meerwaarde. In de zorg is het nog steeds niet gebruikelijk om vanaf het begin van een veranderingstraject, of bij het ontwikkelen van een innovatie, de uiteindelijke ontvanger er direct al bij te betrekken. Als je daar goed over nadenkt is dat eigenlijk heel vreemd. Want het gaat uiteindelijk om één persoon, en dat is de patiënt/cliënt. In die zin is het nog steeds het aanbod dat bepalend is in de zorg. De vaak genoemde en geroemde vraagsturing is wat dit betreft nog maar nauwelijks van de grond gekomen.

De derde uitkomstmaat heeft betrekking op doelmatigheid. In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht is dit niet hetzelfde als goedkoper. Doelmatigheid is een samengestelde uitkomstmaat. Het is de verhouding tussen input en uitkomst. En te vertalen als: waar voor je geld. In theorie kan een vernieuwing die duurder is dan het gebruikelijke alternatief wel degelijk doelmatiger zijn. Namelijk als de effectiviteit ervan beduidend hoger is. Het is daarbij altijd de cruciale discussie hoeveel euro een bepaalde effectiviteitsverbetering mag kosten.

Mijn stelling is dat er bij iedere verandering in de zorg, en dus bij ook iedere organisatieverandering, kritisch naar deze drie uitkomstmaten moet worden gekeken. En dat hoeft geen zwaar en kostbaar onderzoek te betekenen. Dat kan ook vrij eenvoudig door gaandeweg een beperkt aantal aspecten te monitoren. Overigens is het opvallend dat het in de zorg nog steeds niet overal gebruikelijk is om adequaat vast te leggen wat het teweeggebrachte effect van het medisch en paramedisch handelen is. Als dat de gangbare praktijk zou zijn, zou het al een stuk eenvoudiger zijn om aangebrachte veranderingen te monitoren.

Zoals beschreven in de vorige paragraaf betreft één van de genoemde oplossingsrichtingen om het hoofd te kunnen bieden aan het toekomstige capaciteitsprobleem de organisatie van zorg. De organisatie van zorg is de wijze waarop alles rondom de patiënt en cliënt is georganiseerd, vanaf het begin van de klacht tot aan het stoppen van de zorg.

En dat is op zich vreemd geregeld in Nederland. Aangezien het merendeel van de zorgvragers bestaat uit veelal oudere, chronisch zieken met de nodige co-morbiditeit, zou verwacht mogen worden dat de zorg hier specifiek op ingericht is. Niets is echter minder waar. Zo is voor deze groep bijvoorbeeld al een hele opgave om het ziekenhuis op een normale manier binnen te komen. Als men met de auto komt is parkeren voor de deur bijna nooit mogelijk, zodat men aangewezen is op een verder gelegen parkeerterrein of -garage. Vervolgens is de eerste ontvangst ook niet echt ingericht op deze doelgroep. Dit treft zowel gehandicapten in onze samenleving als veel chronisch zieken. Eenzelfde verhaal geldt ook voor de bereikbaarheid en toegankelijkheid van veel huisartsen. Deze zijn bijna per definitie telefonisch moeilijk bereikbaar, hetgeen mede komt omdat er in de meeste gevallen maar 1 uur per dag kan worden gebeld voor het maken van een afspraak. Voorts hebben veel huisartsen kleine en vaak moeilijk toegankelijke wachtkamers.

En dat is dan nog afgezien van hetgeen waar het uiteindelijk om gaat: de behandeling. Deze zijn, uitzonderingen daargelaten, in de regel ook niet afgestemd op deze groep patiënten. Kort-door-de-bocht geformuleerd komt het erop neer dat de meeste voorzieningen, zoals ziekenhuizen, gebouwd en georganiseerd zijn rondom een andere doelgroep dan chronisch zieken, namelijk op die van de werkende man of vrouw die 'gerepareerd' moet worden²⁸. Ook de behandeling en zorg zijn niet primair gericht op een doelgroep met veel co-morbiditeit, maar bestaan meestal uit een eendimensionale aanpak van het gepercipieerde probleem. Dit leidt onvermijdelijk tot kwaliteits- en doelmatigheidsverlies. De oorzaak hiervan ligt mijns inziens in het feit dat zorg nog steeds aanbodgestuurd van karakter is, en niet primair is gebaseerd op de zorgvrager: de patiënt. De zorg is nog steeds voornamelijk rondom de medisch specialist georganiseerd, en niet rondom de patiënt. De (para)medicus wordt nog steeds per verrichting betaald, en niet voor de uiteindelijke uitkomst van de zorg. Dat werkt goed in geval van eenduidige ziektebeelden, zonder complicaties of co-morbiditeit. Het werkt niet goed voor de meest voorkomende doelgroep in de zorg, de chronisch zieke.

Zoals gesteld zijn er ook goede voorbeelden van hoe het anders kan²⁹. Het feit echter dat er een aantal goede voorbeelden met bewezen meerwaarde bestaat, wil nog niet zeggen dat zij dan ook elders worden ingevoerd. Zoiets gaat niet vanzelf, en de Hogeschool Leiden wil hierbij met het huidige lectoraat een stimulerende en ondersteunende rol spelen.

Kenmerkend van veel van deze goede voorbeelden is dat zij gericht zijn op mensen met een chronische ziekte, en dat deze hierbij meer centraal staan in de zorg. De zorg wordt bij deze innovaties meer rondom de patiënt, en minder rondom de medisch specialist, georganiseerd. Een ander kenmerk is dat er meer gedacht wordt in zorgketens. De verschillende professionals die bij de behandeling en zorg zijn betrokken, stemmen gedurende het gehele zorgproces hun acties op elkaar af en gedragen zich meer en meer als speler in een zorgketen.

28 Met dank aan prof. dr. P. Schnabel.

29 Schrijvers AJP, Oudendijk N, Vries P de, Hageman M. red. Moderne patiëntenzorg in Nederland, van kennis naar actie. Maarssen: Elsevier 2002.

Deze werkwijze lijkt logisch, maar is het niet in onze gezondheidszorg. Tegelijkertijd beseffen we allemaal dat het uiteindelijk niet anders kan: de patiënt, en met name de chronisch zieke, maakt een heel zorgtraject door, dat loopt van A tot Z. En alles wat er gedurende dat traject gebeurt heeft consequenties voor de volgende fase(n), of gebeurtenis(sen). Afstemming en samenwerking is daarom noodzaak. Bovendien weten professionals door de alsmear toegenomen specialisatie in de zorg steeds meer van steeds minder; hetgeen op zich al voldoende reden is om bij complexe ziektebeelden gezamenlijk op te trekken.

Het kan dan ook niet anders dan dat de zorg voor chronisch zieken de komende jaren in toenemende mate in zorgketens zal worden georganiseerd. Patiënten en verzekeraars vragen hierom. Enerzijds vanwege de te behalen kwaliteitswinst, en anderzijds vanuit doelmatigheidsoverwegingen. Daarmee is dit ook een van de reële oplossingsrichtingen om het hoofd te bieden aan het in de eerste paragrafen geschetste probleem.

Ketenzorg is een term die de laatste jaren veelvuldig wordt gebruikt in de gezondheidszorg. De term is relatief nieuw, de inhoud ervan niet. Het werken in ketens kent in andere sectoren al een lange geschiedenis, zoals bijvoorbeeld in de luchtvaart, de tuinbouw, de papierindustrie en in de transportsector. Kenmerkend is dat het een samenwerkingsverband van partijen betreft die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren omdat ze samenhangende handelingen uitvoeren gericht op een gemeenschappelijk doel. De samenwerking is erop gericht om een zekere afstemming van activiteiten te bewerkstelligen, waarbij de ordening van partijen en hun activiteiten in die samenwerking vorm krijgen vanuit de invalshoek van het primaire proces³⁰.

Binnen de keten zijn er verschillende actoren met eigen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Ze staan in de keten los van elkaar, terwijl ze in dit verband ook niet zonder elkaar kunnen. Er wordt gekozen voor het in onderlinge afstemming realiseren van een gemeenschappelijk doel, dat niet door de afzonderlijke actoren op eigen kracht kan worden bereikt. Door ketenzorg wordt een meerwaarde gecreëerd. Hiermee is ketenzorg een voorbeeld van het vaak gehanteerde uitgangspunt dat het geheel meer is dan de som der delen.

³⁰ INK. Ketenmanagement. Zaltbommel, 2005.

Ook in de zorg zijn vergelijkbare concepten al eerder geïntroduceerd. Ongeveer tien jaar geleden deed transmurale zorg zijn intrede in Nederland. Transmurale zorg was een antwoord op de ervaren schotten tussen de verschillende zorgaanbieders, met name tussen eerste- en tweedelijns zorgaanbieders. Door deze schotten was een soepele overgang tussen bijvoorbeeld ziekenhuis en thuiszorg of het verpleeghuis vaak lastig, hetgeen leidde tot kwaliteitsverlies. Honderden projecten zijn eind jaren 90 onder de noemer van transmurale zorg van start gegaan, waarvan de meesten zich richtten op de transities tussen de verschillende zorgaanbieders³¹.

Ook buiten Nederland werden in die tijd vergelijkbare concepten geïntroduceerd. De engelse versie van transmurale zorg is 'shared care'³². In de VS ontstonden nog meer robuuste zorgmodellen, zoals disease management^{33 34}, en managed care³⁵. Al deze organisatieprincipes richten zich primair op het verbeteren van de organisatie, en vaak ook van de financiering van de zorg. Met als doel te komen tot een meer effectieve en doelmatige zorg.

31 Linden BA van der, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJP. Integration of care in the Netherlands: the development of transmurale care since 1994. *Health Policy* 2001;55/2:111-120.

32 Pritchard P, Hughes J. Shared care: the future imperative? Royal Society of Medicine Press. The Nuffield Provincial Hospital Trust. London, 1995.

33 Kesteloot K, Defever M. Disease management: the silver bullet for innovative healthcare management. *Eurohealth* 1998;4:28-30.

34 Bodenheimer T. Disease management in the American market. *BMJ* 2000;320:563-566.

35 Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. Managed care: implications of managed care for health systems, clinicians, and patients. *BMJ* 1997;314:1895.

Ketenzorg kan worden beschouwd als een vervolgstap op transmurale zorg. Richtte men zich daar vooral op een of twee transitieperiodes, bij ketenzorg staat meestal de gehele zorgketen centraal. Ketenzorg wordt gedefinieerd als een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd³⁶. Een zorgketen is volgens de RVZ een geïnstitutionaliseerd, regionaal of lokaal samenwerkingsverband van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën.

Het introduceren van ketenzorg brengt met zich mee dat het ketenbelang zwaarder weegt dan het afzonderlijke belang van de participerende zorgaanbieders. Dit is niet eenvoudig, maar wel noodzakelijk vanwege de bovenbeschreven redenen. Mijn stelling is dat er zonder ketenzorg geen adequate zorg voor chronische ziekten mogelijk is.

Dit inzicht wordt in toenemende overgenomen door relevante actoren in zorg, zoals de patiënten/cliëntenorganisaties, verzekeraars, zorgaanbieders en de overheid. Het inzien van de noodzaak hiervan is echter wat anders dan het daadwerkelijk realiseren ervan. Op de website van VWS staat het als volgt verwoord: "Ketenzorg lijkt nog niet goed van de grond te komen. Te vaak nog is het een inspanning van individuen. Door het ontbreken van ketengerichte organisatiestructuren, ontbreekt ook een duidelijke regie op de aansluiting tussen zorgaanbieders. Verder dienen patiëntorganisaties en zorgverzekeraars er meer bij betrokken te worden."

Ook anderen wijzen erop dat ketenzorg nog niet structureel van de grond komt. Zo rondde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2003 een onderzoek af naar ketenzorg voor chronisch zieken³⁸. Zij concludeerde dat de benodigde afstemming tussen de betrokken professionals onvoldoende gewaarborgd is en dat de continuïteit van zorg niet voldoende is gegarandeerd. Een van de redenen hiervoor was in de ogen van de IGZ het feit dat de zorg in ketens niet uit reguliere zorgbudgetten wordt gefinancierd, maar uit tijdelijke subsidiestromen.

36 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
Redesign van de eerstelijns in transmuraal perspectief. Zoetermeer, 1998.

37 www.minwv.nl

38 IGZ. Staat van de gezondheidszorg 2003, Ketenzorg bij chronisch zieken. Den Haag, 2003.

Het onderzoek van de IGZ was gebaseerd op een gezamenlijke studie van het NIVEL/RIVM waarin werd geconcludeerd dat chronisch zieken weinig zicht hebben op de (benodigde) afstemmingsafspraken die hun zorgverleners maken. Ongeveer 60 procent van de patiënten wist niet of de verschillende zorgverleners contact met elkaar hadden of gaf aan dat er geen overleg was. De overige 40 procent gaf aan dat er wel contact was tussen hulpverleners van verschillende disciplines, maar een kwart van hen vond de afstemming en samenwerking tussen deze hulpverleners toch onvoldoende.

Op basis van voorgaande kan worden dat ketenzorg goede mogelijkheden biedt om de zorg op het gebied van chronische ziekten te verbeteren, maar dat dit nog veel te weinig van de grond is gekomen. Het lectoraat wil hier een actieve bijdrage aan leveren.

Het antwoord op de vraag van de titel van deze rede, of ketenzorg mode of een must is, luidt dan ook: beide. Maar veruit het belangrijkste is de must. Willen we met elkaar adequate zorg bieden voor deze alsmaar groeiende groep, dan zal ketenzorg de komende periode het dominante organisatieprincipe moeten zijn.

7 Rol lectoraat

Het lectoraat beoogt een bijdrage te leveren aan deze 'must' door de komende jaren een nadrukkelijke rol te spelen in de regio als het gaat om het stimuleren, begeleiden en evalueren van ketenzorg voor chronische ziekten. Het lectoraat is daarvoor een ideale partner, aangezien zij is ingebed op de plaats waar de betreffende professionals worden opgeleid en bovendien beschikt over de hiervoor benodigde kennis en capaciteit. Het lectoraat bestaat naast de Lector uit een kenniskring. Deze kenniskring wordt gevormd door een aantal docenten van Hogeschool Leiden en (binnenkort) uit externe onderzoekers.

Samen met het veld wil het lectoraat vragen op het gebied van zorg voor chronisch zieken genereren en vervolgens beantwoorden via toegepast wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoek is daarbij expliciet gericht op het professioneel handelen van de beroepsbeoefenaren die met chronisch zieken werken.

Dit leidt tot kennisvermeerdering die zowel ten goede komt aan de betreffende veldpartijen, als aan de kwaliteit van het onderwijs aan de hogeschool. Het betekent een verdere professionalisering van de docenten. Primair bij die docenten die deel uitmaken van de kenniskring, en vervolgens ook bij alle anderen, aangezien de opgedane kennis actief zal worden verspreid binnen de opleidingen en curricula.

Zoals gesteld wil het lectoraat zich vooral richten op ketenzorg voor chronische ziekten. Zij doet dit vanuit de optiek dat:

- Ketenzorg betrekking heeft op een integraal aanbod op het gebied van zorg en welzijn, dat zich niet beperkt tot de grenzen van bepaalde beroepen of zorginstellingen.
- Onderkend moet worden dat ketenzorg niet vanzelf tot stand komt. Het inzien van het belang van ketenzorg is één ding. Het daadwerkelijk starten en doorvoeren is een tweede.
- De betrokken zorgaanbieders en hulpverleners op de hoogte moeten zijn van elkaars expertise en verantwoordelijkheden en dat zij hun activiteiten op elkaar moeten afstemmen. Dit vraagt om goede communicatie, planning en overdracht, waarbij de moderne ICT een onmisbare rol vervult.

- Alle betrokken aanbieders, voordat gestart wordt met ketenzorg, het te bereiken doel helder voor ogen hebben. Ketenzorg is een middel, geen doel. Deze beoogde meerwaarde heeft betrekking op een of meerdere van de hiervoor genoemde uitkomstmaten (effectiviteit, patiënt/cliëntoordeel, doelmatigheid) en dient expliciet (SMART³⁹) te worden geformuleerd. Dit biedt gelijk ook aangrijpingspunten voor het monitoren in hoeverre de beoogde doelen daadwerkelijk worden bereikt.
- Het bij ketenzorg niet gaat om de afzonderlijke prestaties van iedere individuele aanbieder, maar om het in onderlinge afstemming realiseren van het gemeenschappelijke doel. Dit doel kan niet door de afzonderlijke actoren op eigen kracht worden bereikt. Bij ketenzorg prevaleert het ketenbelang boven het deelbelang van de betrokken aanbieders.

Ketenzorg wordt in de praktijk meestal gestart met de zorg rondom een bepaalde doelgroep, waarbij de patiënt/cliënt centraal staat. Zo is het lectoraat op dit moment betrokken bij een groep zorgaanbieders die regionale ketenzorg voor diabetici willen organiseren. Een ander voorbeeld is de evaluatie van een nieuwe werkwijze van wijkverpleegkundigen die de samenwerking met huisartsen willen optimaliseren en zich als eerstelijnsverpleegkundigen profileren.

Door het op deze wijze stimuleren, begeleiden en evalueren van ketenzorg voor chronische ziekten wil het lectoraat een substantiële bijdrage leveren aan het in deze rede geschetste probleem. Graag gaan wij de komende tijd het gesprek met u aan over mogelijkheden voor verantwoorde verbetering. Dit mag u beschouwen als een uitnodiging.

39 SMART = Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

Aan het eind van deze rede wil ik graag iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan dit lectoraat en mijn benoeming.

Allereerst dank ik het College van bestuur van Hogeschool Leiden: Ton Ouwerkerk, Bert Vork en secretaris Harry Weijs voor het in mij gestelde vertrouwen.

Daarnaast wil ik het management van het Cluster Zorg en Welzijn: Erica, Aart, Dick, Nico en Peter bedanken voor de hartelijke ontvangst en de goede discussies over de (in)richting van het lectoraat.

Alle docenten van het cluster Zorg en Welzijn dank ik voor de warme ontvangst, ik kijk uit naar onze samenwerking. Dat geldt in het bijzonder voor Jeannette, Lodie, Rob en Peer. Ik ben ervan overtuigd dat we de komende jaren samen mooie dingen zullen realiseren.

Ingrid, Irene en Lisette wil ik graag bedanken voor alle hulp bij de totstandkoming van deze uitgave en bij de organisatie van vandaag.

Dit alles kan alleen maar gebeuren dankzij de ervaring die ik heb mogen opdoen bij verschillende werkgevers in het verleden. Daarom dank ik hierbij al mijn (oud-) collega's van het Streekziekenhuis Bennekom, psychiatrisch ziekenhuis Wolfheze, het Lucasziekenhuis in Amsterdam, het (toenmalige) Ministerie van WVC, TNO Preventie en Gezondheid en Zorg (voorheen de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg).

Graag noem ik nog Emma en Job, jullie zijn geweldig!

En tenslotte wil ik Diana bedanken, voor alles. Ik ben zo blij met je.

Ik heb gezegd.

Henk Rosendal (1961) studeerde Gezondheidswetenschappen in Maastricht, waar hij afstudeerde op Beleid en Beheer van de gezondheidszorg. In de periode daarvoor werkte hij als verpleegkundige A en B in algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Na zijn studie was hij van 1992 tot 1995 werkzaam als beleidsmedewerker Ziekenhuiszorg en Topzorg bij het (toenmalige) ministerie van WVC. Tussen 1995 en 2002 werkte hij bij TNO Preventie en Gezondheid, eerst als onderzoeker en later als hoofd van de Sector Health Technology Assessment. In die periode werkte hij ook aan zijn proefschrift over de effectiviteit van transmurale zorg, waar hij in 2002 op promoveerde bij de Universiteit van Utrecht. Hierna was hij als hoofd sectorbeleid werkzaam bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, tegenwoordig Z-org. Vanaf september 2005 is hij als Lector Mensen met Chronische Ziekten verbonden aan de Hogeschool Leiden.

Daarnaast is hij voorzitter van de Interacademiale Werkgroep Zorginnovatie (IWZ) en lid van de redactie van het Handboek Zorgvernieuwing, een losbladige uitgave die iedere drie maanden wordt aangevuld.

Publicaties:

Vondeling H, Rosendal H, Banta HD. Evaluation and diffusion of excimer laser treatment of myopia in the United States and in the Netherlands. *Health Policy* 34;1:21-33, 1995.

Rosendal H. Effectieve technology assessment. *Medisch Contact* 1996;(51)13:448-449.

Vondeling H, Rosendal H, Banta HD. Diffusion of medical lasers in the Netherlands. In: A. Inzelt, R. Coenen (red.). Knowledge, technology transfer and foresight. NATO ASI series 4, Science and Technology Policy (vol.8). Kluwer: Dordrecht, 1996, p. 73-98.

Rosendal H, Quak ABWM, Naaborg R. Wachttijden in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ). *MGv* 1999;9:892-900.

Rosendal H, Beekum WT van, Linden BA van der, Schrijvers AJP. De effectiviteit van transmurale zorg; een literatuurstudie naar de stand van zaken in Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)* 2000;78:426-39.

Rosendal H, Nijhof P, Beekum WT van, Witte LP de, Schrijvers AJP. Can shared care deliver better outcomes for patients undergoing total hip replacement? *International Journal of Integrated Care – Volume 1, issue 1, November 2000 – ISSN 1568-4156, www.ijic.org.*

Rosendal H, Beekum WT van, Legemaate J et al. Evaluatie Wet op de orgaandonatie. ZonMw-rapport, Den Haag, 2001.

Rosendal H, Quak ABWM, Beekum WT van, Akveld JEM et al. Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen. ZonMw-rapport, Den Haag, 2001.

Rosendal H, Beekum WT van, Quak ABWM, Akveld JEM et al. De Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV): waardevol, maar onbenut. *Zorg & Verzekering* 2001; 9(10):881-892.

Rosendal H, Beekum WT van, Davidse W. Op zoek naar organen: Wet op de orgaandonatie voldoet niet aan de verwachtingen. *Medisch Contact* 2002; (57)7:247-249.

Rosendal H, Vondeling H, de Witte LP, Hutubessy RCW, Heine RJ. Het instellen op insuline van patiënten met diabetes mellitus type 2: in een transmurale organisatievorm minstens even effectief als poliklinisch; een retrospectief onderzoek met 4 jaar follow-up. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002; 4(146): 166-171.

Rosendal H, Wolters CAM, Beusmans GHMI, Witte LP de, Boiten J, Crebolder HFJM. Stroke service in The Netherlands: an exploratory study on effectiveness, patient satisfaction and utilisation of healthcare. *International Journal of Integrated Care – Volume 2; March 2002 – ISSN 1568-4156, www.ijic.org.*

Rosendal H. Comparative cohort studies in transmural care, three cases of structurally embedded practice in the Netherlands. Thesis. Universiteit van Utrecht, 2002.

Van der Linden BA, Rosendal H. The birth of transmural care in the 1990s. In: van Rooij E, Droyan Kodner L, Rijsems T, Schrijvers G (Eds.). *Health and health care in The Netherlands. A critical self-assessment of Dutch experts in medical and health sciences.* Elsevier Gezondheidszorg, Maarsse, The Netherlands, 2002, p.191-197.

Lehoux P, Pineault R, Richard L, Saint-Arnaud J, Law S, Rosendal H. High-tech home care delivered by Quebec primary care organizations. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2003, 16(1):37-46.

In deze lectorale rede illustreert Henk Rosendal het grootste probleem voor de volksgezondheid in de komende decennia: de enorme groei van het aantal chronisch zieken in combinatie met het relatief geringe aantal potentiële verzorgenden. Hij schetst vervolgens een aantal mogelijke oplossingsrichtingen, en beschrijft de wijze waarop het lectoraat 'Mensen met chronische ziekten' hieraan een bijdrage wil leveren. Deze bijdrage bestaat uit het stimuleren, begeleiden en evalueren van ketenzorg voor chronische ziekten.

