

Ketenzorg, hoe nu verder?

Persoonsgericht, integraal en verantwoordelijkheid. Dat worden de komende jaren de belangrijkste thema's bij de verdere ontwikkeling van programmatische zorg, zo is de conclusie van de ongeveer tachtig deelnemers aan de Invitational Conference 'De ketenzorg voorbij', georganiseerd door InEen op 11 februari in Soesterberg.

In ruim tien jaar is de programmatische zorg voor chronische aandoeningen in Nederland goed neergezet. Er is veel ontwikkeld en bereikt, maar we zijn er - zeker in vergelijking met het buitenland - nog lang niet. Om het in kledingtermen uit te drukken: we hebben een confectiepak, maar we willen een maatpak. Dat vraagt om nog heel wat extra 'naaiwerk' in de vorm van datavergaring, onderlinge afstemming, verbreding van de samenwerking en implementatieondersteuning. Niet voor niets is de titel van de conferentie zo dubbelzinnig: het impliceert niet het einde van de ketenzorg, maar juist de vraag 'hoe nu verder?'

"De opzet van de conferentie was om input te krijgen voor de beleids- en ontwikkelagenda die we gaan opstellen voor programmatische zorg", zegt Frederik Vogelzang, programmamanager van InEen.

Vreemde mix

Bij de start van programmatische zorg voor chronische aandoeningen in Nederland was het de bedoeling om door middel van een financiële prikkel de samenwerking tussen de domeinen te verbeteren en op kwaliteit te sturen, zo vertelde Marc Berg via een beeldverbinding vanuit de Verenigde Staten. Berg is partner bij McKinsey & Company en was kwartiermaker ketenzorg toen Ab Klink de scepter zwaaide over het ministerie van VWS. Die financiële sturing is deels gelukt, aldus Berg, maar andere landen zijn veel verder op het

gebied van integrale bekostiging. Dat komt onder andere omdat Nederland een 'vreemde mix' kent van marktwerking en overheidsregulering, zo stelt hij. Dat andere landen verder zijn met alternatieve vormen van financiering, constateert ook Jeroen Struijs, senior onderzoeker bij het RIVM. Hij onderzocht de effecten van integrale bekostiging bij diabetes type 2 tussen 2008 en 2011 in Nederland. Al snel zag hij grote verschillen in mortaliteit en in kosten tussen de controlegroep en de groep die experimenteerde met integrale bekostiging.

Zowel de sterftcijfers als de kosten vielen lager uit in de groep met integrale bekostiging. Een mooi resultaat. Maar hij plaatst daar kanttekeningen bij. Mogelijk waren er selectie-effecten en is de hogere sterfte in de controlegroep van invloed op de kosten die in het laatste levensjaar doorgaans het hoogst zijn. Toch is een positief effect aangetoond,

'Van confectiepak naar maatpak'

ook internationaal. Zet alle reviews op een rij, dan laat de helft een verbetering zien op kosten en kwaliteit en de andere helft is neutraal. Struijs pleit voor vervolgonderzoek in Nederland. Maar daarvoor is nog geen financiering gevonden, zo legt Vogelzang uit.



Zorgprogramma's combineren

Uit de discussie met een panel en de zaal, die voor een deel uit InEen-leden en voor een deel uit andere stakeholders (zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, overheid) bestond, kwamen de kernbegrippen 'persoonsgericht', 'integraal' en 'verantwoordelijkheid' naar voren. "Bij integraal werken speelt bijvoorbeeld de vraag hoe je zorgprogram-

ma's kunt combineren", zegt Vogelzang. "Het is niet de bedoeling dat patiënten in meerdere programma's belanden." Bij verantwoordelijkheid gaat het om welke rol je als organisator of coördinator binnen ketenzorg neemt. Hoe pak je de samenwerking met andere disciplines



en andere domeinen aan? “Dat moeten we op zowel lokaal als regionaal niveau regelen, zo was de consensus in de zaal”, concludeert Vogelzang.

Praktijkvariatie

Eerdergenoemde thema’s kwamen ook naar voren in de workshops en de plenaire terugkoppeling daarna. Centraal staat de kwaliteit van leven van de patiënt, en dat vraagt om persoonsgerichte zorg. Maar de transitie daarnaartoe is een proces van jaren, dat moet de tijd krijgen. Het heeft ook gevolgen voor de praktijkvariatie. Persoonsgerichte zorg vraagt om maatwerk. Moet je dan meer pluriformiteit toestaan? Of willen we sterker inzetten op het beteugelen van ongewenste praktijkvariatie? En hoe dan? Om daar antwoord op te kunnen geven is nog meer spiegelinformatie nodig. Niet alleen medisch inhoudelijk, maar ook op het gebied van patiëntervaringen, zorgverlenerstevredenheid en kosten.

Persoonsgerichte zorg

“Deze thema’s en conclusies sluiten aan bij de onderwerpen waar we bij InEen ook mee bezig zijn en die zorgen voor een verdieping die behulpzaam is bij de verdere uitwerking”, concludeert Frederik Vogelzang. Als sterkste voorbeeld noemt hij het plan van aanpak voor de implementatie en opschaling van persoonsgerichte zorg dat werd vastgesteld in de laatste ledenvergadering. Verder heeft InEen een Taskforce Praktijkvariatie in het leven geroepen, die binnenkort met een eindrapportage komt. Aanleiding voor de taskforce was het terugdringen van ongewenste verschillen in de inclusie van patiënten in zorgprogramma’s voor chronische aandoeningen. <<

Tekst: Leendert Douma

Foto: Marjolijn van den Berg

Exquise maaltijd

Succesvolle ketenzorg is meer dan de som der delen. “Het is niet effectief als alleen alle bouwstenen aanwezig zijn”, zegt Bert Vrijhoef. “Er is sprake van een complex samenspel.”

Hij vergelijkt het weleens met het koken van een exquise maaltijd. “Met alleen het recept en de ingrediënten ben je er niet. Het gaat om de juiste temperatuur, timing en volgorde.” Vrijhoef is partner bij Panaxea, Senior PI Patient & Care bij Maastricht UMC+ en hoogleraar bij de vakgroep Family Medicine and Chronic Care aan de Vrije Universiteit Brussel. Hij deed in opdracht van InEen en 22 ketenzorgorganisaties onderzoek naar de effectiviteit van programmatische zorg. Daaruit concludeerde hij dat succesvolle ketenzorg meer is dan de som der delen. Juist omdat het zo’n complex proces is, keek Vrijhoef in zijn onderzoek niet alleen naar de resultaten of uitkomsten van programmatische zorg, maar ook naar de randvoorwaarden en mechanismen: de gedragingen en overtuigingen van betrokkenen. De methode die hij en zijn onderzoekers daarvoor hanteren, heet *realist evaluation* (zie De Eerstelijns van februari 2018). Vrijhoef: “Randvoorwaarden voor effectieve diabeteszorg zijn bijvoorbeeld opleiding en sociaaleconomische status van de patiënt of leeftijd, cultuur, ICT-vaardigheden en sociale vaardigheden van de zorgverlener.”

Tot nu toe zijn alleen data over uitkomsten en bouwstenen verzameld, toont Vrijhoef aan. “Dat zegt te weinig over waarom de ene zorggroep het wel goed doet en de andere niet. Zorgverzekeraars worden daarom huiverig en hebben de neiging te roepen dat programmatische zorg niet werkt.” Vrijhoef pleit daarom voor uitgebreider onderzoek op basis van andere data die moeten worden verzameld, bijvoorbeeld over betrokkenheid van de patiënt, samenwerking tussen de eerste en tweede lijn of gezamenlijke visie op zelfmanagement.